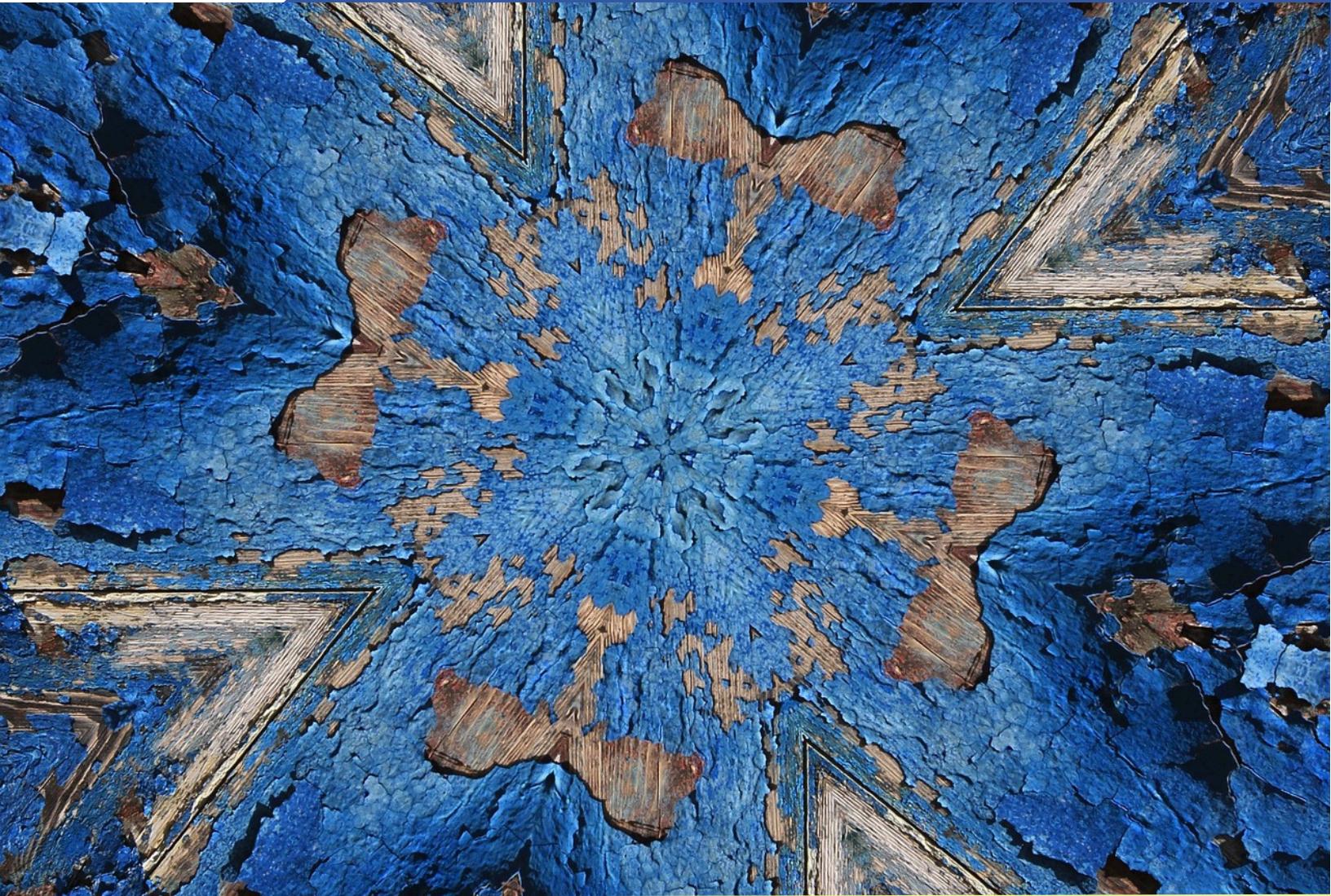


KUPURI
REVISTA DE PSICOLOGÍA APLICADA

Año 4, Núm. 4. Enero - Diciembre 2025



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD



Año 4, Núm. 4. Enero – Diciembre 2025



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Universidad de Guadalajara

Mtra. Karla Alejandrina Planter Pérez
Rectora General
 Dr. Héctor Raúl Solís Gadea
Vicerrector Ejecutivo
 Dr. Jaime F. Andrade Villanueva
Vicerrector Adjunto Académico y de Investigación
 Mtra. María Guadalupe Cid Escobedo
Vicerrectora Adjunta Administrativa
 Mtro. César Antonio Barba Delgadillo
Secretario General

Equipo Editorial

Dra. Josefina Sandoval Martínez
Directora
 Dra. Rosa Margarita López Aguilar
Editora
Departamento de Psicología Aplicada
CUCS, Universidad de Guadalajara (México)

Comité Editorial y Científico

Dra. Albertina Mitjáns Martínez
Universidad de Brasília (Brasil)
 Dra. Alicia Saldivar Garduño
Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (México)
 Dra. Ana Cecilia Morquecho Güitrón
CUCIENEGA, Universidad de Guadalajara (México)
 Dra. Adriana Berenice Torres Valencia
CUCIENEGA, Universidad de Guadalajara (México)
 Dr. Daniel Magalhães Goulart
Universidad de Brasília (Brasil)
 Dr. David Elicerio Conchas
CUCS, Universidad de Guadalajara (México)
 Dra. María de los Dolores Valadez Sierra
CUCS, Universidad de Guadalajara (México)
 Dr. Enric Pol Urrutia
Universitat de Barcelona (España)

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Mtro. Eduardo Gómez Sánchez
Rector
 Dra. Beatriz Verónica Panduro Espinoza
Secretaría Académica
 Lic. Lorena López Calderón
Secretaría Administrativa
 Dra. Gabriela Macedo Ojeda
Directora de la División de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud
 Dra. Mónica Almeida López
Jefa del Departamento de Psicología Aplicada

Dra. Erika Yadira Macías Mozqueda
CUCS, Universidad de Guadalajara (México)
 Dra. María de Fátima Flores Palacios
Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales-UNAM (México)
 Dr. Francisco Augusto Laca Arcena
Universidad de Colima (México)
 Dra. Genoveva Echeverría Gálvez
Universidad San Sebastián (Chile)
 Dr. Germán Rozas Ossandón
Universidad de Chile (Chile)
 Dr. Jorge Gastón Gutiérrez Rossete Hernández
CUCSH, Universidad de Guadalajara (México)
 Dra. Luz María Martínez
Universitat Autònoma de Barcelona (España)
 Dr. Martín Acosta Fernández
CUCEA, Universidad de Guadalajara (México)
 Dr. Miguel Ángel Aguilar
Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (México)
 Dr. Pablo Páramo
Universidad Pedagógica Nacional (Colombia)
 Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Brasil)
 Dr. Raúl Flores Carrillo
CUCS, Universidad de Guadalajara (México)
 Dra. Soraya Santana Cárdenas
CUSUR, Universidad de Guadalajara (México)

Kupuri, Año 4, No. 4, Enero-Diciembre 2025, es una publicación anual, editada por la Universidad de Guadalajara, a través del Departamento de Psicología Aplicada, por la división de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, ubicado en Sierra Nevada 950, puerta 16, Edificio "H" primer nivel, Colonia Independencia, CP 44340. Guadalajara, Jalisco, México. Tel. [52] (33) 10585200, Ext. 33650. <https://www.cucs.udg.mx/kupuri>. Correo: revistakupuri@cucs.udg.mx. Editora responsable: Rosa Margarita López Aguilar.

Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-090513081700-102, ISSN: 2954-5277, otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Departamento de Psicología Aplicada, por la División de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, ubicado en Sierra Nevada 950, puerta 16, Edificio "H" primer nivel, Colonia Independencia, CP 44340. Guadalajara, Jalisco, México, Hugo Alberto Vivar Galván. Fecha de la última modificación: Diciembre 2025.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad de Guadalajara.

CONTENIDO

La exclusión radical del "otro": Una mirada filosófica sobre las personas en situación de calle con discapacidad psicosocial	1
<i>Guillermo Ramírez Zavala</i>	
Conversaciones con usuarios de servicios de psicoterapia. Una perspectiva desde el análisis del discurso	21
<i>Jonathan Andrés Segovia Varela</i>	
Consecuencias psicológicas a largo plazo del duelo por SARS-CoV2: Un análisis cualitativo en dos mujeres mexicanas	42
<i>Alexis Hernández Stevens, Barbara Pérez Pedraza y Karla Patricia Valdés García</i>	
Jubilación y salud mental en adultos mayores: Análisis de relevancia de un proyecto de vida para el retiro en jubilados de la Universidad de Colima	54
<i>Alejandra Grajeda Gutiérrez, José de Jesús Mercado Schulte y Dulce Viviana Corona Sánchez</i>	
Intervención clínica en un caso de abuso sexual infantil: Estudio de caso desde la perspectiva de derechos	71
<i>Mariana Yuen Reynaga y Rosario Leticia González Hurtado</i>	
Análisis de la relación entre autoeficacia y autocuidado en personas con sobrepeso y obesidad. Revisión Sistemática	93
<i>Erandi de la Salud Ávila Herrera y Adriana Berenice Torres Valencia</i>	
Efectos sociodemográficos en la cognición de estudiantes universitarios: Escolaridad paterna y diferencias de sexo en memoria de trabajo, habilidades visoespaciales y razonamiento abstracto	108
<i>Eva Eunice Ventura Martínez, Franco Giordano Sánchez García, Luis Eduardo Becerra Solano, Víctor Javier Sánchez González y Luis Miguel Sánchez Loyo</i>	
Uso de tecnologías de la información y comunicación durante y después del confinamiento por COVID-19 y su relación con la inteligencia socioemocional de adolescentes	119
<i>Edwin Keller Solís Elizalde y Erika Yadira Macías Mozqueda</i>	

LA EXCLUSIÓN RADICAL DEL “OTRO”: UNA MIRADA FILOSÓFICA SOBRE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Radical Exclusion of the 'Other': A Philosophical Inquiry into Homelessness and Psychosocial Disability

Guillermo Ramírez Zavala¹

Resumen

Este artículo examina la exclusión radical de las personas con discapacidad psicosocial en situación de calle en México, desde una perspectiva crítica, filosófica y de derechos humanos. A partir de una revisión documental con enfoque hermenéutico y sociojurídico, se analizan las condiciones estructurales, institucionales, normativas y discursivas que perpetúan la marginación de esta población. Se incorporan marcos analíticos provenientes del pensamiento foucaultiano, la ética de la liberación de Enrique Dussel y la crítica al capitalismo de Franz Hinkelammert, los cuales permiten comprender la exclusión no como una falla circunstancial del sistema, sino como el resultado de dispositivos históricos de poder y racionalidades normativas que definen quién merece ser visto, cuidado o descartado. Se identifica una brecha alarmante entre los compromisos jurídicos del Estado mexicano –como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la reforma de 2022 en salud mental– y la realidad en las calles, caracterizada por prácticas coercitivas, falta de atención integral, estigmatización y ausencia de mecanismos de inclusión efectiva. El artículo propone una relectura del problema desde el horizonte ético de los oprimidos, con énfasis en políticas públicas centradas en la dignidad, el acompañamiento comunitario y la restitución de derechos. Finalmente, se aboga por un giro epistemológico que reconozca a estas personas como sujetas de saber y transformación. La situación analizada se presenta como una deuda histórica que interpela no solo al Estado, sino a toda la sociedad en su capacidad de construir un orden inclusivo.

Palabras clave: Discapacidad psicosocial, Situación de calle, Exclusión estructural, Ética de la liberación, Salud mental.

Abstract

This article examines the radical exclusion of people with psychosocial disabilities living on the streets in Mexico, from a critical, philosophical, and human rights perspective. Based on a documentary review using a hermeneutic and socio-legal approach, it analyzes the structural, institutional, normative, and discursive conditions that perpetuate the marginalization of this population. The analysis draws on Foucauldian theory, Enrique Dussel's ethics of liberation, and Franz Hinkelammert's critique of capitalism, to argue that this exclusion is not an accidental failure of the system but the result of historical power devices and normative rationalities that determine who is visible, cared for, or discarded. A stark gap is identified between Mexico's legal commitments—such as the CRPD and the 2022 mental health reform—and the lived realities marked by coercion, lack of comprehensive care, stigmatization, and absent inclusion mechanisms. The article calls for a reinterpretation of the issue through the ethical lens of the oppressed, proposing public policies grounded in dignity, community-based support, and rights restoration. It also advocates for an epistemological shift that recognizes these individuals as subjects of knowledge and transformation. This situation is framed as a historical debt that challenges both the State and society's ability to build an inclusive order.

Keywords: Psychosocial disability, Homelessness, Structural exclusion, Ethics of liberation, Mental health.

* Contacto: gramirez@ucol.mx

¹ Investigador independiente. Doctorando en Criminología por el Colegio Internacional de Ciencias Criminológicas y Forenses (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4179-8303>



Recibido: 26/06/2025. Aceptado: 09/09/2025.

INTRODUCCIÓN

La realidad de las personas que viven en situación de calle con discapacidad psicosocial en México representa una forma extrema de exclusión múltiple. Se trata de individuos que, además de carecer de una vivienda y redes de apoyo, enfrentan trastornos mentales o psicológicos severos –lo que hoy se denomina discapacidad psicosocial– y sufren un fuerte estigma social (Trejo Flores, 2010). Desde una perspectiva de derechos humanos y justicia social, esta problemática exige un examen crítico de las estructuras y dispositivos que perpetúan su marginación. Asimismo, un enfoque foucaultiano aporta herramientas teóricas para entender cómo el poder institucional y discursivo define la “anormalidad” y aísla a quienes no encajan en la norma dominante (Colussi, 2004). En diálogo con el pensamiento social latinoamericano –por ejemplo, la filosofía de la liberación de Enrique Dussel y las críticas al capitalismo de Franz Hinkelammert–, el análisis revelará claves interpretativas para visibilizar esta realidad y trazar caminos de transformación.

En este artículo académico-filosófico se abordará la situación de estas personas desde varios ángulos complementarios. Primero, se ofrecerá un panorama general del fenómeno en México, incluyendo datos sobre su prevalencia y el marco normativo e institucional vigente. Posteriormente, se analizarán los dispositivos estructurales e institucionales que perpetúan la exclusión –tales como políticas insuficientes, falta de recursos, prácticas coercitivas o discriminatorias y la ausencia de apoyos integrales– iluminándolos con la perspectiva foucaultiana del poder y la exclusión.

A continuación, se identificarán los retos que enfrenta el Estado mexicano para garantizar los derechos de esta población, especialmente a la luz de sus compromisos legales y éticos. Seguidamente, se propondrán claves interpretativas desde la filosofía política y social latinoamericana, articulando las nociones de Dussel (ética de la

liberación, *exterioridad* de los oprimidos) y Hinkelammert (crítica a la “razón” económica que sacrifica a los sobrantes) para replantear la cuestión de fondo. Finalmente, en la discusión crítica y conclusiones, se integrarán hallazgos y reflexiones, destacando la necesidad de un giro estructural, epistemológico y moral para superar esta forma de exclusión múltiple.

Panorama general: Exclusión múltiple y derechos vulnerados

Vivir en la calle con una discapacidad psicosocial coloca a una persona en la intersección de múltiples vulnerabilidades. En términos numéricos, se estima que tan solo en la Ciudad de México hay poco más de mil personas en situación de calle, de las cuales casi 4 de cada 10 presentan una discapacidad psicosocial de moderada a grave (Tirado, 2025; Saguchi, 2019). Organizaciones civiles advierten, sin embargo, que las cifras oficiales subestiman la magnitud real del fenómeno. Esta población es predominantemente masculina y se concentra en zonas urbanas centrales, aunque incluye mujeres, personas mayores e incluso jóvenes y niños. Los casos documentados revelan historias de ruptura familiar, violencia, pérdidas traumáticas y adicciones, a menudo como intentos de sobrellevar la dura realidad de la calle. La confluencia de pobreza extrema, falta de vivienda, y enfermedades mentales severas crea un círculo vicioso de exclusión difícil de romper (Boy, 2012 como se citó en Palva, 2023).

Desde la óptica de los derechos humanos, estas personas ven vulnerados cotidianamente derechos fundamentales reconocidos en la Constitución mexicana y en tratados internacionales. El derecho a la salud, por ejemplo, es sistemáticamente inaccesible para quienes padecen trastornos mentales severos en la calle. Según un estudio jurídico, las autoridades sanitarias mexicanas han incurrido en un virtual abandono de este colectivo, violando su derecho a la atención médica

especializada. De hecho, se les considera uno de los grupos más desprotegidos de la sociedad: por sus condiciones, tienen dificultad para hacer valer sus derechos y quedan expuestos a múltiples violaciones de los mismos (CDHCM, 2023).

Caber recordar que México forma parte de un robusto sistema jurídico internacional en materia de derechos humanos, al ser Estado parte tanto de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) como del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Estos instrumentos establecen la obligación positiva de los Estados de garantizar el acceso efectivo, sin discriminación, a derechos fundamentales como la salud, la vivienda y la asistencia social para todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial. La CDPD, en particular, marca un cambio de paradigma al reconocer a las personas con discapacidad como titulares plenos de derechos y no como objetos de asistencia, obligando a los Estados a asegurar su inclusión efectiva en todas las esferas de la vida pública (Saguchi y Soberano, 2019, pp. 86–88).

En el plano interno, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tras la reforma de 2011, reconoce en su artículo 1º y 4º el derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizar su acceso en condiciones de igualdad y no discriminación. Sin embargo, tal como exponen Saguchi y Soberano (2019), esta arquitectura normativa, aunque formalmente sólida, contrasta profundamente con la realidad de las personas con discapacidad mental o psicosocial en situación de calle, quienes enfrentan un abandono sistemático por parte de las autoridades sanitarias y sociales, vulnerando flagrantemente su derecho a la salud y su dignidad humana.

Este desfase entre el marco legal y su implementación efectiva revela lo que los autores denominan una “brecha abismal” entre norma y realidad, particularmente visible en contextos de exclusión extrema como el de las PCD en situación

de calle, cuya condición requiere atención diferenciada e interseccional que el Estado mexicano no ha sabido garantizar (Saguchi y Soberano, 2019, pp. 95–97).

Esa brecha se manifiesta en condiciones materiales indignas. Muchas de estas personas deambulan sin rumbo, hurgando en la basura para comer y viviendo en condiciones inhumanas que degradan su dignidad. Las calles se vuelven espacios de supervivencia diaria donde la persona con trastorno mental severo está expuesta a riesgos constantes (violencia física –incluso ataques deliberados, abusos, frío, insalubridad) sin ninguna red que la proteja (Di Iorio, 2022). La dignidad humana, entendida como el derecho de todo individuo a ser valorado y respetado por el simple hecho de ser persona, se ve reducida al mínimo: socialmente son tratados como “nadie”, invisibles o molestos (Gómez, 2022).

No es de extrañar que socialmente se les aplique el apelativo despectivo de “*loquitos*” o “*desechables*”, reflejo de una estigmatización profunda. Nos encontramos, pues, ante una vulneración flagrante de derechos civiles (por la discriminación y violencia que sufren), derechos sociales (por la falta de vivienda, salud, alimentación adecuada) y también de su capacidad jurídica –pues a menudo ni siquiera se les reconoce como sujetos plenos de derecho, por carecer de documentos de identidad o estar bajo tutela forzada (Di Iorio, 2023; Herrera Spencer, 2012).

Frente a la grave vulneración de derechos que enfrentan las personas en situación de calle, distintas instancias han emitido pronunciamientos con carácter estructural. La Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) ha formulado diversas recomendaciones orientadas a visibilizar esta problemática y exigir al Estado una respuesta integral. En su Recomendación General 01/2021, el organismo enfatizó la necesidad de garantizar el derecho a la inclusión social y a la unidad familiar de las personas en situación de calle, subrayando que su atención requiere

enfoques interseccionales y libres de discriminación estructural (CDHCM, 2021). Posteriormente, en el Informe Temático sobre Derechos Humanos de las Personas en Situación de Calle (Boletín 14/2024), la CDHCM reiteró que este grupo no es homogéneo, y que es indispensable el diseño de políticas públicas diferenciadas con enfoque psicosocial y de derechos humanos, que reconozcan la multiplicidad de trayectorias vitales y las condiciones estructurales que perpetúan su exclusión (CDHCM, 2024).

Asimismo, en la Recomendación 08/2023, la CDHCM documentó casos de detención ilegal, malos tratos y violaciones al debido proceso dirigidas contra personas en situación de calle, instando a las autoridades responsables a implementar medidas urgentes para garantizar su acceso efectivo a la justicia, así como a servicios de salud mental y atención psicosocial especializados (CDHCM, 2023). Estos pronunciamientos reafirman la urgencia de una política pública integral que aborde las intersecciones entre salud mental, exclusión social y criminalización, bajo un enfoque de derechos humanos, participación comunitaria y justicia social.

Se subraya que cualquier estrategia debe ser oportuna, adecuada e inclusiva, reconociendo la especificidad de esta población. Asimismo, la reciente reforma de 2022 a la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones marcó un hito normativo: por primera vez la legislación federal dispone que la atención en salud mental *debe darse con enfoque comunitario y con consentimiento informado*, prohibiendo los internamientos forzados (CDHCM, 2022; Documenta, 2024).

La reforma mexicana en materia de salud mental y adicciones de 2022 representa un esfuerzo por armonizar el orden jurídico nacional con los estándares internacionales establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y por resoluciones como la 36/13 del Consejo de Derechos Humanos. Este

marco promueve el tránsito hacia un modelo basado en el respeto irrestricto a los derechos humanos, la vida independiente, la inclusión comunitaria y la desinstitucionalización progresiva.

En teoría, ello implica que las personas con discapacidad psicosocial —incluyendo aquellas en situación de calle— no deberían ser sometidas a internamientos involuntarios, ni a tratamientos coercitivos, sino acceder a apoyos consensuados, personalizados y culturalmente adecuados, en entornos comunitarios accesibles y no segregadores, (Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 2008, 2009, 2017) la implementación de la reforma no puede limitarse a ajustes normativos declarativos: exige desmantelar el paradigma biomédico-coercitivo aún dominante y reconfigurar los sistemas de atención para garantizar el acceso a servicios comunitarios, voluntarios, con enfoque psicosocial, culturalmente pertinentes y diseñados con participación activa de las personas usuarias. Esto es especialmente urgente tratándose de personas en situación de calle, cuyas trayectorias vitales suelen quedar fuera del radar institucional y cuya voz ha sido históricamente silenciada (Rodilla, 2025).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y enfoque epistemológico

Este artículo se inscribe en una metodología de *revisión documental crítica* con enfoque filosófico y sociojurídico. Se optó por un abordaje cualitativo-hermenéutico que privilegia el análisis de discursos, normativas y textos teóricos relevantes para la comprensión profunda del fenómeno de exclusión de personas con discapacidad psicosocial en situación de calle en México. El enfoque epistémico parte de una posición crítica e interpretativa, inspirada en la teoría del poder de Michel Foucault, la ética de la liberación de Enrique Dussel y la crítica al capitalismo de Franz Hinkelammert.

Este marco se alinea con las tradiciones investigativas críticas latinoamericanas, en las que el conocimiento no se considera neutral ni aseptico, sino situado, encarnado y orientado hacia la transformación de las condiciones estructurales de injusticia (Santos, 2006). Se rechaza el positivismo legal como única fuente de validación normativa, y se propone una lectura crítica de la producción y aplicación del derecho desde la voz de los sujetos excluidos.

Estrategia de revisión documental

La estrategia metodológica adoptada en este trabajo consistió en una revisión documental crítica orientada por un enfoque filosófico-político y sociojurídico. El proceso de selección de fuentes se basó en un muestreo teórico intencionado, en el cual se priorizaron documentos que abordaran de manera directa o indirecta la situación de personas con discapacidad psicosocial y/o en situación de calle, particularmente en el contexto mexicano y latinoamericano. La pertinencia temática fue el primer criterio de inclusión: se buscó integrar textos que permitieran comprender las múltiples dimensiones de exclusión que atraviesa esta población, así como su vinculación con marcos normativos, dispositivos institucionales y discursos culturales. A la vez, se consideró el valor epistemológico de las fuentes, favoreciendo obras filosóficas, teóricas y críticas que aportaran categorías analíticas para interpretar las formas estructurales de marginación, con especial atención a aquellos textos que dialogan con la teoría del poder, la filosofía de la liberación y la crítica al orden capitalista neoliberal.

Asimismo, se valoró la relevancia normativa y empírica de los documentos seleccionados, incluyendo legislación nacional actualizada, reformas recientes en salud mental, instrumentos internacionales de derechos humanos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como informes de organismos públicos de derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, jurisprudencia constitucional y estadísticas oficiales. En términos de procedencia, se incorporaron tanto fuentes académicas indexadas en bases de datos como SciELO, RedALyC, Dialnet, DOAJ y Academia.edu, como publicaciones institucionales provenientes de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM), Documenta A.C., El Caracol A.C., entre otras entidades con trabajo reconocido en el tema.

El corpus documental (Tabla 1) finalmente integrado estuvo conformado por normas jurídicas fundamentales —como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud reformada en 2022, y los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por México—, informes oficiales y reportes técnicos (como los boletines de la CDHCM y el monitoreo de Documenta A.C.), textos teóricos clave de autores como Enrique Dussel, Franz Hinkelammert y Michel Foucault, artículos científicos sobre discapacidad y exclusión (entre ellos, Saguchi y Soberano, 2019), así como artículos periodísticos verificables de medios como N+ que han documentado casos y problemáticas actuales.

TABLA 1
Corpus documental por objetivo y aportación

Objetivo analítico	Aportación acumulativa de los documentos	Fuentes representativas
1. Analizar la exclusión estructural de personas con discapacidad psicosocial y/o en situación de calle	Visibilizan procesos de exclusión multidimensional: jurídica, institucional, social, epistémica. Se critica la falta de políticas integrales y el carácter punitivo del Estado frente a la pobreza y la locura.	Di Iorio (2022, 2023), CDHCM (2010, 2022, 2023), Ruiz Coronel (2020, 2023), Ferrante (2015), Documenta A.C. (2024), Tirado (2025), INEGI (2022)
2. Cuestionar los marcos biomédicos y psiquiátricos tradicionales en salud mental	Se cuestionan las prácticas de medicalización, institucionalización y control social del “loco” desde enfoques críticos y performativos. Se reivindican las voces de usuarios y movimientos de resistencia.	Foucault (2001), Bilbao y Vermeren (2024), De Juan Franco (2023), Abeijón (2019), Dorta (2022), Villamor Iglesias (2019), Madera Minondo (2022), Herrera Spencer (2012)
3. Fundamentar éticamente el análisis desde la filosofía de la liberación y otras perspectivas críticas	Se propone una ética fundada en la exterioridad, la alteridad radical y el reconocimiento del “Otro” como sujeto de derecho. Estas visiones se contraponen a la racionalidad instrumental dominante.	Dussel (1998), Allard (2011), Díaz Fernández (2022), Sánchez (2020), Gómez Castañeda (2021), Natividad Zácaras (2019), Santos (2018), Hinkelammert (1995)
4. Explorar los dispositivos de poder, saber y control sobre cuerpos anormales o desviados	Se analizan mecanismos discursivos, jurídicos y simbólicos de producción de subjetividades marginales (locura, calle, mendicidad), en contextos modernos y contemporáneos.	Foucault (2001), Gómez Villar (2020), López Barrios (2024), Rodilla et al. (2025), Valverde Molina (2004), Colussi (2004)
5. Evaluar críticamente las políticas públicas y reformas normativas en salud mental	Se examinan avances legislativos (como la reforma de 2022), su implementación desigual, y las tensiones entre el discurso de derechos y las prácticas institucionales.	García-Avitia (2025), CDHCM (2022), Documenta A.C. (2024), Granados Covarrubias (2015), Flores y Hernández (2019), Méndez Méndez (2023)
6. Recuperar saberes situados y experiencias de vida desde la calle y la locura	Se rescatan narrativas biográficas, testimonios, activismos y prácticas colectivas como fuentes legítimas de saber y resistencia frente a la patologización y el abandono.	De Juan Franco (2023), Strickland (2022), Martínez Arellano (2019), Paiva (2023), Trejo Flores (2010), Tirado (2025)
7. Establecer fundamentos metodológicos desde enfoques cualitativos y críticos	Se justifica el uso de metodologías cualitativas, hermenéuticas, interseccionales y del análisis crítico del discurso como estrategias idóneas para este objeto de estudio.	Taylor y Bogdan (1994), Wodak y Meyer (2003)

Fuente: Elaboración propia².

² La tabla acumulativa del corpus documental fue construida mediante un proceso de sistematización cualitativa orientado por objetivos de investigación y criterios de pertinencia analítica. Se utilizó una técnica de análisis documental comparativo que permitió clasificar cada fuente según su país de origen, tipo de documento (normativo, empírico, teórico), y su aporte específico (descriptivo, crítico, propositivo o normativo). La codificación se realizó de forma abierta y axial, a partir de matrices emergentes generadas durante el proceso de lectura crítica, con el fin de facilitar la triangulación conceptual entre enfoques filosóficos, sociojurídicos y de derechos humanos. Esta organización sintética permite visualizar las convergencias y vacíos temáticos en torno a la exclusión de personas con discapacidad psicosocial en situación de calle.

Técnicas de análisis

El análisis del corpus se desarrolló mediante un abordaje metodológico cualitativo que combinó varias técnicas complementarias. En primer lugar, se aplicó el análisis crítico del discurso (ACD), siguiendo la tradición inaugurada por autores como Wodak y Meyer (2003), con el objetivo de deconstruir los discursos jurídicos, políticos, mediáticos y psiquiátricos que producen, sostienen o naturalizan la exclusión de personas con discapacidad psicosocial en situación de calle. Esta técnica permitió identificar no solo los contenidos manifiestos, sino también las lógicas subyacentes que legitiman prácticas de exclusión en nombre del orden, la salud o la seguridad³.

En segundo lugar, se recurrió a la hermenéutica filosófica como herramienta interpretativa clave, especialmente aquella inspirada en las obras de Michel Foucault, Enrique Dussel y Franz Hinkelammert. Esta aproximación permitió comprender las estructuras simbólicas de poder, los mecanismos de exteriorización del Otro y las violencias epistémicas que atraviesan la producción del saber sobre la locura, la calle y la pobreza⁴. Paralelamente, se aplicó una perspectiva interseccional para analizar cómo se articulan diversos ejes de opresión —género, discapacidad, pobreza, racialización, entre otros— en la

construcción de una exclusión múltiple y acumulativa, siguiendo los planteamientos de autoras como Crenshaw (1991) y Vega (2022).

A esto se sumó una lectura sociojurídica⁵ de las normativas revisadas, con el propósito de contrastar el mandato jurídico con las condiciones reales de su implementación. Esta estrategia permitió identificar omisiones, contradicciones, desfases y violencias legales en las prácticas estatales. Finalmente, se utilizó la técnica de triangulación discursiva, que permitió integrar los hallazgos desde tres planos complementarios: el plano normativo (relativo a los derechos reconocidos formalmente), el plano práctico (relacionado con las condiciones efectivas de vida y exclusión) y el plano filosófico (que interroga la justificación ética y política de las estructuras de exclusión). Esta triangulación posibilitó una comprensión holística del fenómeno y fundó la base argumentativa para las propuestas de transformación formuladas en el artículo⁶.

Alcances y limitaciones

El diseño metodológico adoptado permitió ofrecer una mirada integral y crítica sobre la exclusión de las personas con discapacidad psicosocial en situación de calle en México. Entre sus principales alcances se encuentra la articulación de análisis jurídico, filosófico y estructural, así como la

³ En los discursos de políticas públicas revisadas, se observa la sistemática omisión de estos sujetos como destinatarios de estrategias integrales, lo que evidencia una violencia simbólica por exclusión discursiva. Asimismo, el análisis permitió evidenciar cómo el lenguaje médico hegemónico refuerza prácticas de control y contención más que de inclusión y participación.

⁴ Se contrastó el principio de autonomía consagrado en la Convención con la realidad de internamientos involuntarios y falta de acceso a vivienda digna para personas en situación de calle, revelando la incongruencia entre norma y práctica.

⁵ La lectura sociojurídica consistió en analizar los marcos normativos (nacionales e internacionales) no solo como textos legales, sino como dispositivos performativos que estructuran la inclusión o exclusión. Se revisaron, por

ejemplo, la Ley General de Salud en materia de salud mental, la Ley de Asistencia Social y la CDPD, destacando su carácter ambivalente entre la garantía de derechos y su vaciamiento operativo en el caso de personas sin red de apoyo familiar, sin CURP o sin domicilio fijo.

⁶ Se recurrió a la triangulación de fuentes para fortalecer la validez argumentativa del estudio, articulando categorías provenientes de la filosofía política (Levinas, Butler), bioética del cuidado (Gilligan, Tronto), estudios críticos de discapacidad y evidencia empírica secundaria (informes de la CDHCM, CONAPRED, OMS). Por ejemplo, se trianguló el concepto de “alteridad radical” con hallazgos empíricos de exclusión en albergues y hospitales psiquiátricos, lo que permitió construir una mirada multidimensional del fenómeno.

visibilización de las dimensiones éticas y epistémicas del problema, frecuentemente omitidas en los enfoques asistencialistas o clínico-legales tradicionales. A su vez, el artículo aporta claves interpretativas desde el pensamiento latinoamericano, centradas en la voz y la dignidad de los excluidos, lo que le otorga un carácter contrahegemónico y transformador.

No obstante, esta estrategia metodológica también presenta algunas limitaciones. Al tratarse de una revisión documental, no se incluyen datos empíricos derivados de trabajo de campo, entrevistas o testimonios directos de personas en situación de calle, lo cual se considera indispensable para futuras investigaciones participativas que profundicen desde el conocimiento situado y vivencial.

Además, la sistematización de fuentes está condicionada por la disponibilidad y accesibilidad de información pública, lo cual representa un reto particular en el caso de esta población, dado su estatus de invisibilidad estadística y social. Por último, el enfoque crítico y filosófico que sustenta el análisis podría encontrar resistencia en ámbitos institucionales que se rigen aún por paradigmas biomédicos, tuteladores o asistencialistas.

Reconociendo esta carencia, se considera imprescindible incorporar en futuras investigaciones metodologías cualitativas participativas, particularmente el enfoque de investigación-acción participativa (IAP), los relatos de vida, los grupos de diálogo y las etnografías colaborativas, que permitan recuperar la pluralidad de sentidos, trayectorias y resistencias construidas por las personas con discapacidad psicosocial en situación de calle. Su participación no solo enriquecería la comprensión fenomenológica del fenómeno, sino que también constituye una exigencia ética de coherencia con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, especialmente en su artículo 4.3, que manda la consulta y participación activa de las personas con discapacidad en todas las

decisiones que les afectan.

Asimismo, se propone que las próximas fases de trabajo contemplen alianzas con colectivos, organizaciones de base y actores comunitarios, para diseñar procesos de investigación más horizontales, sensibles al contexto, y orientados a la transformación social desde los saberes situados de quienes han sido históricamente marginados tanto de las políticas públicas como de las narrativas académicas.

En este sentido, la ausencia de voces no debe considerarse un vacío menor, sino una interpelación ética que obliga a repensar los modos en que producimos conocimiento sobre “el Otro” sin convertirlo nuevamente en objeto de análisis, sino en sujeto epistémico activo, con derecho a nombrarse, representarse y construir mundo.

Justificación del diseño metodológico

La elección de una metodología cualitativa de corte crítico-filosófico responde directamente a la naturaleza del problema abordado. En lugar de intentar cuantificar variables, el objetivo de este trabajo ha sido desentrañar las lógicas profundas de exclusión, invisibilización y deshumanización que afectan a uno de los grupos más vulnerables de la sociedad mexicana. Se parte de la premisa de que conocer es un acto político —como advierte Dussel (1998)—, y que todo proceso investigativo implica una toma de posición frente al orden existente. Desde esta perspectiva, las metodologías críticas no solo permiten comprender los fenómenos sociales, sino también interpelar a la sociedad y contribuir a su transformación.

Como sostienen Taylor y Bogdan (2004), las metodologías cualitativas son especialmente útiles cuando se busca explorar los significados que las personas —y las sociedades— atribuyen a sus prácticas, discursos y estructuras. Este artículo, en consonancia con esa tradición, se propone como una contribución al pensamiento crítico en salud mental, derechos humanos y filosofía política, a través de una estrategia metodológica coherente

con su horizonte emancipador. En este sentido, no se trata de producir conocimiento neutro ni de ofrecer una descripción técnica de carencias institucionales, sino de colocar en el centro la voz del Otro excluido, con el fin de desmontar los dispositivos que lo niegan y de imaginar colectivamente nuevas formas de convivencia basada en la dignidad y la justicia social.

RESULTADOS

Dispositivos estructurales e institucionales de exclusión: Una mirada foucaultiana

Desde una perspectiva foucaultiana, la exclusión de las personas “*locas*” (Bilbao, 2024) y pobres de los espacios sociales no es un accidente, sino un efecto de dispositivos de poder bien arraigados. Michel Foucault analizó cómo, en la modernidad occidental, la sociedad “perfeccionó el espacio de marginación de la irracionalesidad” mediante dispositivos pretendidamente científicos: el manicomio y la figura del médico alienista. Históricamente, bajo la lógica de la *raison* ilustrada, todo aquel elemento que sobraba o divergía de la norma racional-productiva era confinado o segregado. “La locura no es sólo la enfermedad mental; es todo aquello que ‘sobra’ en la lógica dominante” (Colussi, 2004) señala gráficamente Foucault (Madera, 2022; Villamor, 2019).

En el París del siglo XVIII, por ejemplo, el gran asilo de La Salpêtrière albergaba no sólo a enfermos mentales, sino a mendigos, inválidos, prostitutas, huérfanos, ancianos y todo tipo de indeseables –una pléthora de “*incurables de toda clase*”. Aquella institución total era un microcosmos de la marginación social: la sociedad producía a sus marginales y luego los encerraba juntos, borrando sus diferencias individuales bajo la etiqueta común de la desviación (Abeijón, 2019).

Hoy día, aunque los métodos han cambiado y ya no se encierra masivamente a todos los “sobrantes” en asilos generales, subsisten

dispositivos más sutiles pero igualmente excluyentes. Foucault hablaría de un régimen de poder-saber que sigue definiendo quién es normal y quién no, quién merece ser visto y quién debe ser *invisibilizado* (Fair, 2010). En el caso que nos ocupa, múltiples engranajes institucionales contribuyen a la exclusión de estas personas:

Falta de atención en salud mental y fragmentación de servicios:

Existe un vacío enorme en la atención psiquiátrica y psicológica para personas en calle. Aunque en teoría podrían acudir a hospitales públicos, en la práctica enfrentan barreras de acceso por estigma, burocracia (falta de documentos) o simplemente por la ausencia de dispositivos de alcance comunitario. En CDMX, por ejemplo, se dispone de algunos Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) con atención psicológica; sin embargo, sólo cubrieron a unas 1100 personas en 2024 y muchas otras “no acuden por iniciativa propia” y se quedan sin valoración médica. La atención proactiva del Estado brilla por su ausencia: cientos de personas que nunca irán voluntariamente a un centro permanecen sin diagnosticar ni tratar (Jafet, 2025).

Este dejar hacer es en sí mismo un dispositivo de poder: el Estado administra la población estableciendo centros fijos, pero no extiende su mano hasta quienes están fuera del radar, con lo cual tolera pasivamente que muchos queden excluidos –una forma de lo que Foucault llamaría “*hacer vivir y dejar morir*”, propia del biopoder. Los programas públicos existentes, por otra parte, suelen ser asistencialistas básicos (albergues nocturnos, comedores) que no abordan el componente de salud mental de manera integral. La CDHCM subrayó la ausencia de una política pública específica para salud mental en calle y la necesidad de diseñarla con enfoque psicosocial, lo cual indica que institucionalmente el tema ha sido ignorado (Valverde, 2004).

Presupuesto y prioridades:

Los recursos asignados revelan mucho sobre las prioridades reales. El gasto público en salud mental en México es extremadamente bajo —apenas cerca del 1% del presupuesto de salud, cuando la OMS recomienda al menos 10% (Trejo Flores, 2010, p. 46). Esto implica que faltan programas, personal capacitado e infraestructura para atender trastornos mentales en general, y más aún para una población que requiere enfoques comunitarios y outreach (intervención en calle). En la CDMX, por ejemplo, el rubro de asistencia social para personas en situación de calle disminuyó 33% de 2024 a 2025.

Dicha partida financia albergues y servicios básicos, pero evidentemente es insuficiente y retrocede. La consecuencia de esta invisibilidad presupuestal es clara: quienes enfrentan problemas de salud mental y viven en la pobreza quedan en la invisibilidad, víctimas de discriminación y violaciones sistemáticas de sus derechos fundamentales. Se enfrentan a obstáculos severos para acceder a educación, empleo o servicios públicos, con lo cual la exclusión inicial conduce a más pobreza y esta, en círculo vicioso, agrava aún más la discapacidad y la vulnerabilidad (por desnutrición, enfermedades no atendidas, condiciones de vida insalubres). En síntesis, el Estado mexicano no ha respaldado con recursos suficientes las promesas legales de inclusión; la salud mental sigue sin ser prioridad real, agravada por políticas de austeridad o enfoques neoliberales que relegan la protección social (Méndez, 2023).

Dispositivos de control social y “limpieza” del espacio público:

Otra faceta de la exclusión institucional es cómo se gestionan —o eliminan— las poblaciones marginales en el espacio urbano. En muchas ciudades, las autoridades responden a la visibilidad de personas con trastornos mentales en la calle con acciones de “retiro” o internamiento forzoso en instituciones. Si bien la reforma legal de 2022 prohíbe expresamente los internamientos involuntarios

salvo consentimiento informado, en la práctica persisten casos de hospitalizaciones psiquiátricas forzadas o detenciones por alteración del orden público. Antes de la reforma, era común que personas en situación de calle con conductas psicóticas terminaran involuntariamente internadas en hospitales psiquiátricos por tiempo indefinido —algunos por años o décadas— sin un debido proceso (CDHCM, 2022; Documenta, 2024).

Estos internamientos prolongados constituyen graves violaciones a los derechos humanos, equiparables a privaciones de la libertad arbitrarias, con frecuentes denuncias de malos tratos. Foucault describió cómo el confinamiento de la locura iba acompañado de la idea de proteger a la sociedad de elementos peligrosos o improductivos; esa lógica sobrevive cuando la respuesta institucional a la “*locura en la calle*” es sacarla de la vista mediante la reclusión (Gómez Villar, 2020; López Barrios, 2024).

Por otro lado, las prácticas policiales hacia la población callejera también operan como dispositivo excluyente: hay reportes de personas sin hogar con enfermedad mental que son víctimas de violencia, ya sea por agentes de seguridad o por particulares, sin que sus agresores enfrenten consecuencias. La mera presencia del “*vagabundo errante*” se considera una intrusión en la normalidad citadina, y la reacción espontánea es expulsarlo —ya sea a golpes, prendiéndole fuego (casos extremos documentados), o empujándolo fuera de las zonas comerciales—. Todo esto refleja lo que Marcelo Colussi llamó “el mecanismo ad hoc de la sociedad para neutralizar lo extraño: la segregación”. La ciudad neoliberal (Martínez, 2019) tiende a estetizar el espacio público para el consumo, por lo que los cuerpos que desentonan (sucios, delirantes, miserables) son tratados como *cuerpos extraños* a extirpar. Esta dinámica profundiza la marginalidad y refuerza la idea social de que estas personas “no pertenecen” a la comunidad legítima (ENADIS, 2022; Ruiz

Coronel, 2020).

Estigma, discurso y epistemologías excluyentes:

Un componente menos visible pero crucial es la dimensión cultural y epistemológica. La manera en que la sociedad y las instituciones conciben a las personas con discapacidad psicosocial en calle influye en cómo se les trata. Predomina una narrativa patologizante y a la vez moralizante: se les ve como “*locos*”, “*drogadictos*” o “*perezosos*” que eligieron su condición, en lugar de reconocerlos como sujetos de derechos atravesados por determinantes estructurales. Esta *epistemología de la exclusión* resulta en deshumanización y apatía social: la mayoría de la gente los ve con miedo o desprecio, normalizando que vivan y mueran en las calles. Tal como apunta Colussi, “lo extraño produce rechazo; de ahí a la estigmatización hay solo un paso”.

Hoy no se les quema en la hoguera como en la Edad Media a los “*poseídos*”, pero se les marginan con refinamiento: *manicomios, cárceles, asilos, o el confinamiento invisible de la calle misma*. En efecto, la beneficencia tradicional (darles alguna limosna o llevarlos a un refugio temporal) puede ser en sí otra forma de segregación si no se acompaña de genuina inclusión. En el plano del saber, por otro lado, es pertinente mencionar la ausencia de datos y diagnósticos oficiales completos sobre esta población: no hay censos nacionales detallados de cuántas personas con trastorno mental viven en calle, cuáles son sus necesidades específicas, etc. Esta falta de conocimiento sistemático refuerza su invisibilidad (lo que no se cuenta, no cuenta) (De Juan Franco, 2023)

En suma, persiste una epistemología que prima la seguridad pública o la limpieza urbana por encima de la comprensión humanizada de estas personas. Mientras se las perciba como “monstruos producidos por el sueño de la razón” – parafraseando a Goya– o simplemente como “gente que sobra”, difícilmente habrá voluntad colectiva para integrarlas. En cambio, si las concebimos

como ciudadanos con igualdad de dignidad, cuya situación es fruto de injusticias acumuladas, entonces la sociedad tendría que cuestionar sus valores y su orden económico.

En conclusión de esta sección, el enfoque foucaultiano revela que no se trata solo de fallas aisladas del sistema, sino de un conjunto de dispositivos interrelacionados –legales, institucionales, económicos, discursivos– que en su funcionamiento actual perpetúan la exclusión. La persona con enfermedad mental sin hogar es, hasta cierto punto, el producto inevitable de una sociedad que separa lo que no encaja en su estructura de productividad y normalidad. Como bien señala Foucault, “la sociedad industrial preserva su normalidad apartando severamente los ‘cuerpos extraños’”. Sin embargo, reconocer esta operación de poder nos permite también pensar en su contracara: ¿cómo desmontar o reconfigurar esos dispositivos para invertir la lógica, colocando la vida y la dignidad por encima del orden excluyente? (Dorta, 2022; Strickland, 2022).

ANÁLISIS

Tras revisar los diversos aspectos –contextuales, estructurales, normativos y filosóficos– emerge una **visión crítica integral** sobre esta problemática. Es evidente que nos enfrentamos a una forma de exclusión compleja, **interseccional** (donde confluyen factores de pobreza extrema, discapacidad, salud mental, falta de soporte familiar, y con frecuencia también adicciones y discriminación múltiple: por género, origen étnico, etc.). Cualquier respuesta simplista o unidimensional fracasará. A continuación, se discuten algunas tensiones y puntos críticos que surgen de este análisis:

México ha asumido compromisos internacionales y reformas legales progresivas – como la del 2022 en salud mental– que suenan prometedoras (García-Avitia, 2025). No obstante,

la brecha entre la **retórica de derechos humanos** y la **realidad en las calles** sigue siendo abismal. ¿A qué se debe esto? Parte de la respuesta está en la inercia institucional y la falta de asignación de recursos, como ya se señaló. Pero críticamente, también radica en que las leyes por sí solas no desmontan los “*dispositivos*” foucaultianos más arraigados: prejuicios, temores sociales, y las prioridades implícitas del sistema socioeconómico.

Por ejemplo, la reforma de salud mental prohíbe internamientos involuntarios, pero informes recientes muestran que *todavía cientos de personas permanecen internadas por años en hospitales psiquiátricos*, muchas de ellas sin haber dado consentimiento (Documenta, 2024). Esto sugiere que las prácticas coercitivas no se eliminan de un plumazo legal; persiste una mentalidad tutelar en la psiquiatría y una ausencia de alternativas reales. Asimismo, la obligación legal de dar atención comunitaria choca con el hecho de que *no existen suficientes servicios comunitarios*.

La **implementación deficiente** puede terminar convirtiendo buenas leyes en letra muerta o, peor, en retrocesos involuntarios (por ejemplo, cerrar manicomios sin plan alterno podría dejar a pacientes crónicos literalmente en la calle). La crítica aquí debe ser dialéctica: celebrar los avances normativos pero exigir su traducción fiel y **monitorizar** que no queden en simulación. La sociedad civil y la academia tienen un rol vital de vigilancia crítica en este sentido (Ferrane, 2015).

¿Caridad, asistencia o justicia? Otro eje de debate es cómo conceptualizar la respuesta: tradicionalmente el enfoque hacia indigentes con enfermedad mental ha sido asistencialista o caritativo –dar comida, techo temporal, ropa usada– generalmente visto como actos de benevolencia. Sin embargo, desde la óptica de derechos y justicia social, **no se trata de caridad sino de justicia**. La diferencia es sustancial: la caridad es voluntaria y unidireccional (el “dador” poderoso decide qué y cuándo dar), mientras la justicia es obligatoria y basada en igualdad de

dignidad. En México, muchas acciones hacia personas en calle provienen de grupos religiosos o ONG que hacen labor humanitaria; su trabajo es valioso pero no debe eximir al Estado de su *obligación jurídica* de garantizar derechos. La beneficencia, como señaló el texto citado, puede ser una forma de segregación suave si mantiene a los marginados en dependencia pasiva.

La **Justicia social**, en cambio, implicaría empoderarlos: por ejemplo, en vez de solo darles una cena caliente, crear mecanismos para que puedan exigir su derecho a vivienda o a salud ante las autoridades. En esta línea, la discusión crítica sugiere repensar los programas públicos: ¿están fomentando autonomía o perpetuando dependencia? ¿Son migajas que apaciguan la conciencia pública, o cambios estructurales que alteran la condición de estas personas? La filosofía de la liberación urgiría a lo segundo: a **liberar** en el sentido de remover las cadenas estructurales, no solo aliviar momentáneamente las heridas que causan (Marque Gómez, 2018).

Al reflexionar críticamente, se hace patente que esta situación es también fruto de una **deuda histórica**. Los habitantes de calle con padecimientos mentales encarnan, en cierto modo, el fracaso histórico de múltiples sistemas: el sistema de salud mental (que durante décadas invirtió en hospitales aislados y nunca desarrolló atención comunitaria adecuada), el sistema económico (que produjo miseria y desempleo generacional), el sistema educativo y familiar (que no pudo proteger a muchos de ellos en su infancia de abusos, abandono escolar, etc.), y el sistema de seguridad social (que deja fuera a quien no tiene un empleo formal o una familia que lo apoye). Son víctimas de **violencias acumuladas** a lo largo de su vida y de **omisiones estatales** persistentes (Grandon et al., 2018).

Reconocer esto lleva a hablar de *responsabilidad reparativa*: el Estado tiene la responsabilidad no solo de asistir sino de reparar, en la medida de lo posible, el daño acumulado. Esto conectaría con

noción de justicia transicional o reparaciones que solemos aplicar a víctimas de violencia política, pero aquí de manera análoga: son víctimas de la violencia estructural. En la práctica, podría expresarse en políticas como **priorización en acceso a programas** (por ejemplo, darles prioridad en listas de vivienda social, similar a como se hace con grupos vulnerables específicos), o incluso compensaciones simbólicas (reconocer oficialmente que se les ha fallado como colectivo) (Flores y Hernández, 2019; Marquez, 2018; Granados Covarrubias, 2015).

Epistemología de la inclusión:

Un aspecto crítico final es la necesidad de una **transformación epistemológica**. ¿Qué quiere decir esto? Que además de cambiar leyes e instituciones, debemos cambiar la forma en que *conocemos y narramos* la realidad de estas personas. Actualmente, su realidad está contada principalmente por terceros (periodistas, trabajadores sociales, académicos). Sería un avance incluir su propia voz en la producción de conocimiento: investigaciones participativas donde ellos cuenten sus historias, espacios en medios donde puedan expresarse sin filtros.

Esto no es solo anecdótico; es epistemológicamente subversivo porque rompe con la idea de que “los locos de la calle” no tienen nada que aportar o decir racionalmente. Ya hay esfuerzos en este sentido a nivel internacional con el movimiento de *Usuarios de servicios de salud mental*, pero en México es incipiente. La crítica foucaultiana al saber psiquiátrico tradicional puede dar pie a **nuevos saberes situados**: por ejemplo, reconocer el valor de estrategias comunitarias informales –como cuando personas en calle se ayudan entre sí para tomar sus medicamentos antipsicóticos, administrándolos semanalmente para que la policía no se los robe. Ahí hay un saber práctico de sobrevivencia y cuidado mutuo que debería informarnos (Natividad, 2019).

La **representación digna** en la cultura –sea en estadísticas, en literatura, en cine– también es parte de cambiar la epistemología: dejar de retratarlos solo como objetos de lástima o miedo, y mostrarlos como seres humanos plenos, con personalidad, con anhelos (recordemos cómo en entrevistas muchos expresan sueños sencillos pero profundamente humanos: reunirse con su familia, “ser un hombre de bien”, tener un hogar propio). En esta línea, un giro epistemológico implica pasar de hablar *sobre* ellos a hablar *con* ellos y eventualmente a que ellos mismos hablen *por sí* mismos en los foros donde se decide su destino.

DISCUSIONES

La filosofía política y social latinoamericana, especialmente la corriente de la Filosofía de la Liberación, proporciona un marco crítico para entender la situación de las personas excluidas y orientar una respuesta ética y política. Tomemos dos referentes: Enrique Dussel y Franz Hinkelammert, quienes, desde ángulos complementarios, han analizado la exclusión, la pobreza y la deshumanización bajo las lógicas dominantes, proponiendo alternativas basadas en la dignidad de los oprimidos.

Enrique Dussel plantea que en toda sociedad existe un “exterior”, un ámbito de los oprimidos y excluidos que la filosofía eurocéntrica tradicional ha ignorado pero que es la fuente de la ética de liberación. En su obra, el pobre, el oprimido, el “nadie” ocupa un lugar central como sujeto de transformación. Dussel retoma la idea levinasiana de que el “rostro del Otro” –especialmente del otro sufriente– nos interpela con un mandato ético ineludible: “¡No matarás!”, es decir, afirma la vida del otro por encima de cualquier sistema. En este caso, las personas con discapacidad psicosocial en calle representan al “Otro” radical de nuestra sociedad: viven en la exterioridad del sistema, fuera del mercado, fuera del reconocimiento pleno del

Estado, prácticamente “nadificados” por el orden vigente (Díaz, 2022; Sánchez, 2020).

Dussel nos invitaría a cambiar la perspectiva: en vez de mirar desde la norma hacia la periferia con lástima o miedo, mirar desde la periferia hacia el sistema. Esto revela, por ejemplo, que el orden socioeconómico actual produce víctimas necesarias para su funcionamiento (como argumenta también la teoría de la dependencia). La ética de la liberación exige una “irrupción analéctica” –un escuchar la voz de los oprimidos desde su lugar de exterioridad y dejar que oriente la reconstrucción del orden social. Traducido a nuestro tema: significaría tomar en serio las demandas y necesidades de estas personas como punto de partida de la política pública, no como un apéndice. Supone, por ejemplo, darles voz en la formulación de las soluciones (¿qué quieren ellas? ¿cómo imaginan su salida de la calle?), algo congruente con la consigna “Nada sobre nosotros sin nosotros” del movimiento de vida independiente (Gómez, 2021).

Dussel también habla de un principio material de la ética: producir y reproducir la vida de la comunidad humana. Si alguna estructura impide la vida digna de un grupo (como ocurre aquí), esa estructura es éticamente ilegítima y debe cambiarse. Su principio de liberación nos insta a crear una sociedad donde aquellos que hoy son últimos pasen a ser prioridad –lo cual recuerda la opción preferencial por los pobres en la Teología de la Liberación. Por su parte, Franz Hinkelammert, economista y teólogo de la liberación, ofrece una crítica aguda al “sistema de dominación” capitalista neoliberal. Hinkelammert analiza cómo la lógica del mercado global convierte a poblaciones enteras en “sobrantes”. Según él, el proyecto neoliberal dogmático busca eficiencia técnica y acumulación, y en ese proceso de “progreso” ya no necesita de amplios segmentos de la población, a quienes considera prescindibles. Cita que “la dominación no necesita de los dominados, los considera sobrantes y los trata como tales” (Allard, 2011).

Esta afirmación resuena fuertemente con la situación de los indigentes con discapacidad: son tratados como desechos humanos del sistema económico, sin valor productivo, por tanto, sin lugar en la sociedad de consumo. Hinkelammert denuncia que, bajo la ideología del libre mercado, se hace una “abstracción de la realidad” que ignora a estos sectores sobrantes, entre los cuales menciona explícitamente a “las personas con discapacidad (física, psíquica o sensorial)”. Se les deja fuera de las decisiones y del disfrute de los bienes colectivos, a pesar de la existencia de leyes formales de igualdad de oportunidades.

Esto refleja una hipocresía estructural: se promulga la inclusión en el discurso, pero en la práctica la economía genera altos niveles de exclusión de este grupo vulnerable, que queda confinado en la miseria. Hinkelammert aboga por una “sociedad sin exclusión”, una cultura de la esperanza frente a la cultura de la muerte (entendida esta última como la que acepta sacrificar vidas humanas en el altar del mercado o de cualquier ídolo ideológico). En varios de sus escritos plantea el principio-utopía de la vida: la economía debe estar al servicio de la vida de todos y no al revés. Aplicado a nuestro tema, ello implicaría que ni la eficiencia económica, ni la estética urbana, ni la “seguridad” deben anteponerse al imperativo de salvar y dignificar la vida de quienes hoy están en la calle.

Si el mercado laboral no puede incluir a todos, se deben crear formas alternativas (economía solidaria, renta básica, etc.) para que ninguno quede excluido. Hinkelammert también coincide con Dussel en criticar la visión tecnocrática que culpa al individuo de su exclusión; en su lugar, culpa a la “racionalidad irracional” del sistema que exige víctimas. Para el autor, reconocer la realidad concreta de los excluidos es el primer paso para cambiar las políticas abstractas que los ignoran.

Combinando estas visiones, obtenemos claves interpretativas potentes: primero, comprender que la presencia de personas con enfermedad mental en

las calles no es un accidente lamentable sino un síntoma estructural de un orden injusto que produce sobrantes (Foucault y Hinkelammert coincidirían con la noción de “gente que sobra”, rebelion.org). Segundo, afirmarnos en que esas personas no son un “error” individual, sino que su exclusión es responsabilidad ética y política de la sociedad en su conjunto; por tanto, la justicia social demanda integrarlos como parte del pueblo que debe ser sujeto de la transformación (Dussel). Tercero, extraer el horizonte utópico: imaginar una comunidad donde nadie quede expulsado. Dussel y Hinkelammert inspirarían propuestas radicales como: reconfigurar las ciudades para que tengan espacio para todos (no gentrificar expulsando a los pobres), garantizar condiciones materiales básicas para la vida (alimentación, techo, atención) antes que las ganancias del capital, y sobre todo, poner la ética de la vida por encima de la lógica mercantil. Esto conecta con principios de derechos humanos como la dignidad intrínseca y la igualdad material.

En la práctica, ¿qué implicaría seguir estas claves? Podríamos pensar en políticas de liberación: por ejemplo, una reforma urbana bajo el paradigma del “derecho a la ciudad” donde los habitantes de calle sean reconocidos como legítimos moradores con voz en el uso del espacio público. O enfoques de economía solidaria que integren a personas con discapacidad en cooperativas de producción social, en lugar de relegarlas a la limosna. O la construcción de comunidades terapéuticas autogestionadas (con apoyo estatal), donde estas personas encuentren no solo tratamiento sino un lugar en el mundo.

Todo esto requiere, ciertamente, de una profunda voluntad política que hoy es incipiente, pero la filosofía de la liberación nos enseña que toda transformación empieza por validar la perspectiva de quienes sufren la opresión. En este sentido, darle centralidad a la voz de las personas sin hogar con discapacidad psicosocial –escuchar sus sueños, como cuando se les pregunta y responden que “desean conseguir trabajo y salir de las calles”,

nmas.com.mx— es ya un acto disruptivo frente a la indiferencia dominante.

CONCLUSIONES

La situación de las personas en situación de calle con discapacidad psicosocial en México es un **termómetro de la justicia social** en nuestra sociedad: refleja hasta qué punto estamos dispuestos a cumplir el principio de que *todas las personas tienen igual dignidad y derechos*. Actualmente, ese termómetro marca una fiebre alta de exclusión, indiferencia y vulneración de derechos. El análisis realizado –desde una perspectiva de derechos humanos, pensamiento foucaultiano y filosofía latinoamericana– nos permitió comprender que no se trata de casos aislados ni de “elecciones personales desafortunadas”, sino del resultado de **estructuras históricas de poder**: económicas (capitalismo excluyente), institucionales (Estado social débil y fragmentado), y discursivas (estigma y desconocimiento).

Hemos identificado cómo **dispositivos estructurales** –presupuestos insuficientes, ausencia de políticas integrales, prácticas coercitivas heredadas, mecanismos de limpieza social– perpetúan la marginación de este colectivo. También vimos que hay avances normativos importantes (reforma en salud mental, mandatos de la CDPD, recomendaciones de derechos humanos), pero que su implementación es el gran desafío pendiente. Los **retos para el Estado mexicano** son numerosos y urgentes: convertir las leyes en acciones concretas, coordinar sectores, invertir en lo que antes descuidó, y cambiar la relación entre las instituciones y los ciudadanos más vulnerables, de una paternalista/excluyente a una emancipadora/inclusiva.

La aplicación de las **claves filosóficas** de Dussel y Hinkelammert nos reveló la dimensión ética profunda: estas personas representan al otro negado

que clama por justicia. Su presencia nos cuestiona sobre qué tipo de civilización queremos ser –una que considera a algunos de sus miembros desechables, o una que no deja a nadie atrás. Adoptar un enfoque de ética de la liberación implica situarlos en el centro de la preocupación política: asumir que **la liberación de los oprimidos es la liberación de toda la sociedad**. Asimismo, la crítica al modelo neoliberal nos urge a reorientar las prioridades sistémicas hacia la vida y la inclusión, en lugar de aceptar la lógica darwinista de “supervivencia del más apto”.

Propuestas para una política pública integral con enfoque de derechos humanos

El análisis filosófico y socioestructural de la exclusión de personas con discapacidad psicosocial en situación de calle permite derivar una serie de propuestas orientadas a la transformación del paradigma asistencialista hacia un modelo de inclusión con enfoque de derechos humanos, salud mental comunitaria y justicia social. Estas propuestas responden a la necesidad de interrumpir los ciclos de exclusión, invisibilización y estigmatización que marcan las trayectorias vitales de este sector históricamente vulnerado.

Una primera acción indispensable consiste en la conformación de **equipos de alcance comunitario**, capaces de intervenir directamente en el espacio público, reconociendo a las personas en situación de calle no como objetos de control sino como sujetos de derecho. Estos equipos deben estar integrados por profesionales de la salud mental, el trabajo social y la mediación comunitaria, capacitados en la atención sin coerción, el vínculo terapéutico y el respeto a la voluntad de la persona.

En segundo lugar, se requiere la implementación de **programas de vivienda de transición con apoyos psicosociales**, que superen el modelo de refugio temporal para apostar por espacios habitacionales dignos, adaptados a los principios de autonomía progresiva y desinstitucionalización. Estos espacios deben

diseñarse desde un enfoque de vida independiente, brindando acompañamiento profesional continuo y acceso a redes comunitarias.

Asimismo, resulta fundamental el desarrollo de **programas de reinserción laboral con ajustes razonables**, orientados a garantizar el acceso al empleo digno y sostenido para personas con trayectorias de exclusión. Tales programas deben reconocer los desafíos asociados a la estigmatización laboral y proveer acompañamiento individualizado, esquemas de capacitación, incentivos a empresas inclusivas y dispositivos de cuidado comunitario.

Otro eje prioritario consiste en el despliegue de **campañas educativas y comunicativas antiestigma**, dirigidas tanto a la sociedad en general como a sectores clave como profesionales de la salud, medios de comunicación y personal de seguridad pública. Estas campañas deben abordar críticamente los imaginarios sociales que asocian la locura con el peligro o la calle con la marginalidad incurable, y promover narrativas centradas en la dignidad, la diversidad psíquica y el derecho al cuidado.

Finalmente, toda política pública dirigida a este grupo poblacional debe garantizar **la participación activa de personas con experiencia vivida**, tanto en situación de calle como con discapacidad psicosocial, en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas. Esta participación debe entenderse no como un gesto simbólico sino como un ejercicio concreto de ciudadanía y reparación histórica.

En conjunto, estas propuestas permiten delinear un marco de actuación que no solo responde a una deuda ética y social, sino que también se alinea con los estándares internacionales en materia de derechos humanos, discapacidad y salud mental, como lo establecen la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Observación General N.º 5 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, y los principios de la salud mental comunitaria definidos por la OMS y OPS.

Finalmente, es preciso enfatizar la idea de que incluir plenamente a estas personas no es un acto de compasión opcional, sino una exigencia de justicia y un indicador de desarrollo humano auténtico. Como reza un dicho de la filosofía política: “*El nivel de civilización de una sociedad se mide por cómo trata a sus miembros más desfavorecidos*”. Si logramos que una persona con esquizofrenia crónica que hoy duerme entre cartones pueda mañana vivir en una casa, recibir tratamiento y ser parte activa de una comunidad, habremos avanzado no solo en resolver su problema individual, sino en sanar como sociedad. Impulsar esa metamorfosis requerirá afrontar resistencias – presupuestales, burocráticas, culturales– pero los argumentos éticos, legales y económicos están de lado de la inclusión. En un país que aspira a ser democrático y respetuoso de los derechos humanos, **no puede haber ciudadanos descartables**.

En conclusión, transformar la realidad de las personas en situación de calle con discapacidad psicosocial en México es una empresa de **Justicia social integral**: demanda cambios estructurales (en políticas económicas y sociales), institucionales (en cómo el Estado concibe y atiende la salud mental y la pobreza), y epistemológicos (en cómo la sociedad entiende la locura, la marginalidad y la solidaridad). Requiere, en suma, *reconocer en esos “Otros” a nuestro prójimo*, asumir colectivamente la responsabilidad de que gocen de los mismos derechos y posibilidades que el resto, y trabajar en consecuencia para derribar las múltiples barreras que hoy los excluyen. Solo entonces podremos decir que hemos comenzado a saldar esta enorme deuda de dignidad y humanidad que pesa sobre nuestra conciencia colectiva.

REFERENCIAS

- Abeijón, M. (2019). El cuerpo histérico en las experiencias clínicas de la Salpêtrière: Un análisis performativo. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 12, 206-222. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codig_o=6992221
- Allard O., B. (2011). Notas sobre la materialidad de la ética de la liberación de Enrique Dussel. *Tareas*, (137), 133-143. <https://www.redalyc.org/pdf/5350/535055526010.pdf>
- Bilbao, A., y Vermeren, P. (2024). ¿Qué es un loco? de Canguilhem a Foucault. *Alpha (Osorno)*, (58), 250-267. <https://doi.org/10.32735/s0718-22012024000583571>
- Colussi, M. (2004, 20 de agosto). Sobre la marginalidad. *Rebelión*. <https://rebelion.org/sobre-la-marginalidad/>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2010). Discapacidad psicosocial: Invisibilidad inaceptable. *Dfensor*, (11). https://piensadh.cdhcm.org.mx/images/2010_dfensor11_discapacidadpsicosocial.pdf
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2021, 22 de julio). *Seguimiento a Recomendación General 01/2021: Sobre la inclusión social y el derecho a la unidad familiar de las personas en situación de calle*. <https://cdhcm.org.mx/2024/01/seguimiento-a-recomendacion-general-01-2021/>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2022, 14 de abril). *La modificación a la Ley General de Salud en materia de salud mental y prevención de adicciones contribuye a respetar el derecho a ejercer la capacidad jurídica de las personas sin discriminación* [Boletín 39/2022]. <https://cdhcm.org.mx/2022/04/la-modificacion-a-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-salud-mental-y-prevencion-de-adicciones-contribuye-a-respetar-el-derecho-a->

- ejercer-la-capacidad-juridica-de-las-personas-sin-discriminacion/
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2023). *Derechos humanos de las personas en situación de calle de la Ciudad de México* (1.^a ed.). <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2024/02/Personas-en-situacion-de-calle-DIG.pdf>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2024, 12 de febrero). *Informe temático: Derechos humanos de las personas en situación de calle de la Ciudad de México* [Boletín 14/2024]. <https://cdhcm.org.mx/2024/02/96147/>
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2008). *La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes: Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Manfred Nowak (A/63/175). Naciones Unidas. <https://documents.un.org/es/A/63/175>
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2009). *Estudio temático sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (A/HRC/10/48). Naciones Unidas. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g09/104/58/pdf/g0910458.pdf>
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2017). *Resolución 36/16: Los derechos humanos en la administración de justicia, incluida la justicia juvenil* (A/HRC/RES/36/16). Naciones Unidas. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/289/96/PDF/G1728996.pdf>
- De Juan Franco, E. (2023). *Voces de la locura: Una aproximación desde la antropología social a las experiencias en el activismo loco y los grupos de apoyo mutuo* [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa. <https://tesisenred.net/bitstream/handle/10803/689942/edjf1de1.pdf?sequence=1>
- Díaz Fernández, J. (2022). Desde las éticas hacia la política de la liberación de Enrique Dussel. Aproximación crítica y debates sobre su filosofía de la liberación. *Revista de Filosofía*, 79, 61-85. <https://doi.org/10.4067/S0718-43602022000100061>
- Di Iorio, J. (2022). Cartografía de violencias hacia personas en situación de calle. *Ciudadanías. Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (10). <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1460>
- Di Iorio, J. (2023). Intersecciones entre salud mental y situación de calle: Una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos. *Cuestión Urbana*, 7(13), 63-78. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/cuestionurbana/article/download/9024/7615>
- Documenta. (2024). *¿Qué ha pasado con su implementación? Primer informe de monitoreo de la reforma en salud mental*. <https://documenta.org.mx>
- Dorta, G. (2022). Los dispositivos foucaultianos y la salud mental en Uruguay. *Nuevo Itinerario*, 18(2), 35-52. <https://doi.org/10.30972/nvt.1826158>
- Dussel, E. (1998). *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Editorial Trotta.
- Ferrante, C. (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado? *Convergencia*, 22(68), 151-176. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352015000200151
- Flores Dávila, J. I., y Hernández Gaona, E. D. (2019). Los derechos políticos de las personas en situación de calle a la luz de la jurisprudencia del TEPJF. En F. de la Mata Pizaña, M. G. Pérez y N. L. Otero (Coords.), *Justicia electoral y derechos humanos: Incidencia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación en la protección de los derechos humanos* (2.^a ed.) Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

- https://www.te.gob.mx/editorial_service/media/pdf/160420241140411630.pdf
- Foucault, M. (2001). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores.
- <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- García-Avitia, C. A. (2025). Análisis de la Reforma de la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental en México y su Relación con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS. *De Jure*, (1), 236-274. <https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/dejure/article/view/2412>
- Gómez Castañeda, O. (2021). Exterioridad y zona del no-ser. Hacia una comprensión transversal de la(s) opresión(es): un diálogo crítico con Enrique Dussel y Ramón Grosfoguel. *Contextos: Revista de Semiótica, Lingüística y Teoría del Discurso*, 2(25), 1-19. <https://doi.org/10.32870/cl.v2i25.7866>
- Gómez Villar, A. (2020). Los dispositivos de la sociedad de control y el exceso de subjetividad. *Ideas y Valores*, 69(174), 35-58. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v69n174.62325>
- Granados Covarrubias, M. (2015). Hacia un marco legal que haga efectivos los derechos fundamentales de las personas en situación de calle. *Dfensor*, (6), 19-23. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/10/DFensor_06_2015b.pdf
- Herrera Spencer, M. (2012). *Acompañamiento psicosocial con personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de Salud Mental: Una mirada desde los gestores de Calle* [Tesis magíster, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105907>
- Hinkelammert, F. (1995). *Cultura de la esperanza y sociedad sin exclusión*. DEI. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), y Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2022). *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)* 2022. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022/>
- López Barrios, J. I. (2024). Instintos peligrosos. Foucault, criminalidad y animales. *Tabula Rasa*, (51), 183-207. <https://doi.org/10.25058/20112742.n51.08>
- Madera Minondo, M. (2022). La salud mental y locura a partir de Michel Foucault. *Claridades: Revista de Filosofía*, 14(1), 191-197. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8671297>
- Martínez Arellano, I. (2019). El mundo de la trashumancia: los habitantes de las calles en la Ciudad de México. Cuiculco. *Revista de Ciencias Antropológicas*, 26(75), 93-115. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882019000200093
- Méndez Méndez, J. S. (2023, 9 de octubre). *Presupuesto para la salud mental: Un derecho humano universal*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2023/10/Presupuesto-para-la-Salud-Mental.-Un-Derecho-Humano-Universal..pdf>
- Natividad Zacarías, C. G. (2019). *Filosofía de la resistencia: Simone Weil y el compromiso ético de la palabra* [Tesis de maestría, Universidad Veracruzana]. Repositorio Institucional UV. <https://cdigital.uv.mx/server/api/core/bitstream/s/8a5a978a-511c-42ed-b03b-a3f629a666ca6/content>
- Paiva, V. (2023). Organizaciones civiles y personas en situación de calle. Ciudad de Buenos Aires, 2021. *Espiral (Guadalajara)*, 30(87), 75-102. <https://doi.org/10.32870/eees.v30i87.7281>
- Rodilla, J. M., Payri, R., Puchol, G., y Pasarin, M.

- (2025). Sinhogarismo y salud mental: factores determinantes en la salida de la situación de calle en adultos residentes en un centro de acogida. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (63), 63-85. <https://doi.org/10.5944/empiria.63.2025.43877>
- Ruiz Coronel, A. (2020, 19 de diciembre). *Vivir en la calle, herencia que alcanza a la tercera generación* [Boletín UNAM-DGCS-1120]. Dirección General de Comunicación Social, Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_1120.html
- Ruiz Coronel, A. (2023). *La inclusión de las personas en situación de calle como una oportunidad para el ejercicio de ciudadanía*. SDSN México. https://sdsmexico.mx/wp-content/uploads/2023/02/A_Ruiz_4.pdf
- Saguchi Chávez, J., y Soberano Serrano, A. A. (2019). Personas con discapacidad mental o psicosocial en situación de calle. *Novum Jus*, 13(2), 83-101. <https://doi.org/10.14718/NovumJus.2019.13.2.5>
- Sánchez, E. G. (2020). Crítica a la modernidad capitalista. Aportes desde Enrique Dussel y Franz Hinkelammert. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, (11), 117-130. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3693044>
- Santos, B. de S. (2018). *Conocer desde el Sur: epistemologías del Sur*. CLACSO. https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/2018124092336/Epistemologias_del_sur_2018.pdf
- Strickland, D. (2022). Crecer en las calles de México: La historia de Ojitos. *Psicología Iberoamericana*, 30(2), e303497. <https://doi.org/10.48102/pi.v30i2.497>
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
- Tirado, J. (2025, 13 de enero). ¿Quién atiende la salud mental de personas en situación de calle? *N+ (Nmas)*. <https://nmas.com.mx>
- Trejo Flores, K. (2010). Adolescentes en busca de salud mental y espacio social. *Dfensor*, (11). https://piensadh.cdhcm.org.mx/images/2010_dfensor11_discapacidadpsicosocial.pdf
- Valverde Molina, J. (2004). *Apuntes sobre el diálogo terapéutico en la intervención sobre personas en situación de exclusión social*. Centro de Documentación en Intervención Psicosocial. [https://centrodocumentacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2004/01/Valverde-Apuntes-sobre-el-dialogo-terapeutico-.pdf](https://centrodокументacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2004/01/Valverde-Apuntes-sobre-el-dialogo-terapeutico-.pdf)
- Villamor Iglesias, A. (2019). La experiencia de la locura según Michel Foucault: Enfermedad mental y personalidad, Historia de la locura y el Nacimiento de la clínica. *Ala: Revista de Estudios Transversales*, (8), 13-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codig=o=7078014>
- Wodak, R., y Meyer, M. (2003). *Methods of Critical Discourse Analysis*. SAGE Publications. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/2134/3660?inline=1>

CONVERSACIONES CON USUARIOS DE SERVICIOS DE PSICOTERAPIA. UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS DEL DISCURSO

Conversations with users of psychotherapy services. A discourse analysis perspective

Jonathan Andrés Segovia Varela¹

Resumen

Este artículo presenta un estudio de investigación cualitativa basado en entrevistas con tres participantes: un ex usuario de servicios de psicoterapia que también es psicólogo titulado; un usuario actual que anteriormente se mostraba reacio a participar en procesos psicoterapéuticos; y un participante cuya implicación en la psicoterapia fue no consensuada, ya que fue ingresado de manera forzada en una clínica de rehabilitación para adicciones por decisión de su familia. El estudio se estructura desde una perspectiva genealógica y emplea el análisis crítico del discurso para construir su metodología, realizar las entrevistas y analizar los resultados. Se analizan las entrevistas desde cuatro áreas semánticas generales; las expectativas del servicio, con 35 aplicaciones de categorías en las conversaciones, la relación con los discursos psi con 17 aplicaciones, la atención psi recibida con 14 aplicaciones y la adscripción al servicio psi con 11 aplicaciones. Con estos códigos de análisis se puede ilustrar cómo la historia que cada usuario comparte sobre su experiencia con el servicio psicoterapéutico influye directamente en sus expectativas, relación y adscripción a los servicios psi, siendo una condición muy importante el acceso voluntario o involuntario a estos.

Palabras clave: Servicios psicológicos, Estudios de usuarios, Investigación cualitativa, Análisis crítico del discurso, Perspectiva genealógica.

Abstract

This article presents a qualitative research study involving interviews with three participants: a former user of psychotherapy services who is also a trained psychologist; a current user who was previously reluctant to engage in psychotherapy; and a participant whose involvement in psychotherapy was non-consensual, having been forcibly admitted to an addiction rehabilitation clinic by their family. The study is structured through a genealogic perspective and considers critical discourse analysis to build its methodology, conduct the interviews and analyze the results. The interviews were examined through four overarching semantic domains: service expectations (with 35 category applications across conversations), engagement with psychological discourse (17 applications), received psychological care (14 applications), and affiliation with psychological services (11 applications). These analytical codes illustrate how each user's narrative regarding their psychotherapeutic experience directly shapes their expectations, relational dynamics, and affiliation with psychological services. A critical factor influencing these dimensions is whether access to such services was voluntary or involuntary.

Keywords: Psy Services, Users Studies, Qualitative Research, Critical Discourse Analysis, Genealogic Perspective.

* Contacto: jonathan.seg@icloud.com

¹ Psicólogo, Universidad de Guadalajara (México).



Recibido: 09/09/2025. Aceptado: 13/10/2025.

INTRODUCCIÓN

En la atención a la salud mental llevamos décadas intentando implementar un enfoque biopsicosocial, considerar, por ejemplo, que las intervenciones únicamente psiquiátricas solo abordan la dimensión “bio” de la salud mental, que las intervenciones psicológicas solo atienden la dimensión “psico”, y la asistencia social (políticas públicas, administración del desarrollo, trabajo social, etc.) lo mismo con la parte “social”. Sin embargo, este enfoque, además de no haber sido logrado en muchas latitudes, por ejemplo, en Latinoamérica cerca de un tercio de los países todavía no cuentan con una política pública nacional de salud mental y existen grandes desigualdades en las tasas de cobertura para la población entre países de ingresos altos y bajos, también se ha realizado con un enfoque mayormente biomédico, incluso en contra de las sugerencias de la OMS, a nivel internacional todavía el 67% de los recursos de salud mental se mantienen focalizados en los hospitales psiquiátricos (Leiva-Peña et al, 2021).

Por condiciones como éstas, grupos de profesionales de la salud mental están planteando discusiones y proyectos innovadores que, cuestionando los reduccionismos anteriores, nos enseñan que la salud mental no debe entenderse ni abordarse desde los cajones de ciencias desarticuladas, y que, además, los fundamentos de estos proyectos deben acentuar los aspectos experienciales, performativos y situacionales. Así lo entiende Nikolas Rose (2025) cuando explica el surgimiento de las “5E’s de la salud mental” (Embodiment, Extended, Emplaced, Experienced, Enacted).

Con este trabajo de investigación busco marcar una dirección hacia estudiar estos fenómenos lingüísticos, sociales y políticos, para respaldar con datos empíricos los argumentos en contra de los reduccionismos biomédicos. Conversando con usuarios de los servicios de psicoterapia

tematizando los diagnósticos psiquiátricos, quiénes les encausan o recomiendan tomar dicho tratamiento, cómo son sus vidas y malestares, entre otros tópicos, busco acentuar los argumentos que invitan a transitar del sistema biomédico a uno comunitario y participativo (Leiva-Peña et al, 2021). En pocas palabras, podemos y debemos involucrar a los usuarios en la construcción de las instituciones de salud mental de todos.

Durante la última década los estudios sobre usuarios han aumentado de manera exponencial, para ejemplo un metaanálisis realizado por Li et al (2022) en el que muestran que hemos pasado de menos de 150 publicaciones anuales al respecto en 1999 a más de 2,200 en el último corte que realizan en 2019. El estudio muestra evidencia de un hecho paradójico sobre el cual esta investigación circula y profundiza, ¿cómo es que, siendo una propuesta investigativa que surge desde la psicología, los proyectos con esta dirección sean significativamente menores en el área de las ciencias de la salud que los del área de ciencias de la computación y las ingenierías?

Esta investigación ofrece algunas razones que contribuyen a argumentar en favor de un incremento de investigaciones en esta área para el campo de la salud mental, a) porque es relevante exemplificar cómo de distintos son los estudios sobre usuarios en los diferentes sectores, y b) porque aporta a la discusión sobre la situación del involucramiento de los usuarios, especialmente en la 1) construcción, 2) monitoreo y 3) evaluación de los servicios de salud mental que reciben.

Estructurada teóricamente desde el análisis sociológico de Nikolas Rose sobre el *complejo psi* (Rose, 1985) y el *complejo neuro-bio* (Rose y Abi-Rached, 2013), además, siendo coherente con los análisis históricos y críticos de las *disciplinas psi* de Foucault (1974/2006a; 1975/2009), quien nos ha explicado la función de asistencia a la gobernabilidad por parte éstas, esta exploración se exige en el sentido del conocimiento histórico, social y político para que lo conversado y analizado

no se entienda inconexo respecto del contexto macrosocial.

De ahí que, el objetivo central de este trabajo es analizar las tensiones entre el contexto macrosocial de las prácticas *psi*, las prácticas psicoterapéuticas y las perspectivas de los usuarios de los servicios *psi*, considerando el marco del análisis del discurso y manteniendo una posición de sensibilidad y respeto a las versiones de los usuarios de los servicios *psi*.

De manera concreta me propongo los siguientes objetivos:

- Examinar cómo los discursos de la psicoterapia son integrados y transformados por los usuarios en contextos sociales específicos.
- Analizar las relaciones entre las instituciones *psi* y las situaciones problemáticas de los usuarios y exusuarios a partir del enfoque del análisis crítico del discurso.
- Investigar cómo los diagnósticos *psi* influyen en la autopercepción de los usuarios.
- Estudiar cómo los lenguajes del sufrimiento estructuran y expresan las experiencias de malestar en contextos culturales y sociales específicos.
- Analizar cómo los usuarios definen y delimitan lo psicoterapéutico a partir de sus experiencias personales y sociales.

MÉTODOLOGÍA

El diseño metodológico cualitativo de este trabajo se divide en dos partes. La recolección de datos a través de la entrevista cualitativa y el análisis de

discurso para la comprensión temática de las conversaciones y la lectura-sistematización de los datos.

Los participantes fueron seleccionados discrecionalmente, priorizando el interés en la temática del estudio, sin discriminar o filtrar por categorías como sexo, género, edad, orientación sexual o grado de estudio. Por supuesto, los criterios de inclusión central fueron a) haber sido o ser usuarios del servicio de psicoterapia y b) que ésta sea una experiencia sobre la cual pueden conversar.

En un primer momento fueron convocados a través de la red social Facebook, usando una serie de publicaciones en las que se explicaron los propósitos del estudio y la temática central de la conversación; “experiencias de usuarios en sus servicios psicoterapéuticos recibidos”; al ser contactados se les explicó el marco bioético del estudio y se firmaron las cartas de consentimiento informado, buscándose en todo momento que los participantes pudiesen negar la publicación y discusión pública de lo que aquí se comparte. En lo subsecuente fueron citados a entrevista.

Participantes

En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes, los cuales fueron obtenidos a través de la conversación del estudio sin que fuera necesario aplicar una técnica de recolección sociométrica. Esto nos ayudará a comprender a los datos analizados desde un entendimiento sistémico que afirma que el testimonio personal no está incomunicado con el entorno de los participantes.

TABLA 1
Datos sociodemográficos de los participantes

Participante:	K.	E.	L.
Lugar de nacimiento	Guadalajara, Jalisco.	Zapopan, Jalisco	Guadalajara, Jalisco.
Lugar de residencia	Tonalá, Jalisco.	Zapopan, Jalisco.	Guadalajara, Jalisco
Estado civil	Soltera	Soltera	Soltero
Número de hijos	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Nivel de estudios	Licenciatura	Preparatoria	Egresado de Universidad
Trabajo	Encargada de recursos humanos	Operadora de producción en Marinela	Encargado de logística en el sistema BKT de MiBici
Miembros de su familia nuclear	3	5	3
Escolaridad/ Ocupación de los padres	Madre: Operadora en Paquetería Castores. Padre: Fallecido	Madre: Operadora de Producción en Marinela. Padre: Fallecido	Madre: Normal Superior/ Maestra Padre: Secundaria/ No especificado
Ingreso familiar promedio	40,000 pesos mexicanos mensuales	10,000-15,000 pesos mexicanos mensuales	25,000 pesos mexicanos mensuales
Religión	Católica	Ninguna	Ninguna

Fuente: Elaboración propia.

Instrumento

Entrevista cualitativa para la investigación del discurso

Para diseñar una entrevista cualitativa orientada al estudio del discurso (Parker, 2005), fue necesario reflexionar sobre el abordaje de los fenómenos de poder cuando el encuadre metodológico sitúa al entrevistador en un rol activo y propositivo. Esta distinción en roles e intereses desemboca en dos modelos generales de entrevista cualitativa: la centrada en la experiencia (de corte fenomenológico) y la centrada en el lenguaje (de corte analítico-discursivo). Aunque ambas se ocupan tanto del lenguaje como de la experiencia, el orden de prioridades y las intenciones del proyecto pueden jerarquizar una u otra perspectiva. Cabe señalar que muchas de estas cuestiones están

ya contempladas en la entrevista cualitativa fenomenológica (Kvale, 2011).

Una entrevista cualitativa centrada en el lenguaje orienta la conversación hacia cómo se dialogan y negocian los usos de los discursos psi por parte de usuarios y exusuarios de los servicios psi al relatar sus problemas. Este abordaje plantea dificultades específicas: intervenir en los discursos dominantes en la interacción *in situ*, ya que no son “textos terminados” (Parker, 2005), son textos en los que el entrevistador participa como interlocutor.

El problema central es la acción: durante la conversación los investigadores también construyen el texto que será la entrevista; los temas y los discursos expresados pueden reproducir o desafiar jerarquías sociales que se buscan transformar; y el entrevistador puede adoptar

posturas diversas —desde la neutralidad hasta la confrontación o la facilitación de problematizaciones— que afectan el desarrollo del relato. En este sentido, recursos terapéuticos como la externalización (White, 2007) pueden emplearse para enfrentar discursos psicopatologizantes sin anular el interés por comprender por qué esos discursos resultan útiles para las personas en sus vidas.

La evaluación situacional que realiza el entrevistador no proviene únicamente de la teoría del lenguaje o de la teoría social del discurso, sino también del entendimiento compartido del contexto de la persona, de las convenciones sociales y lingüísticas que permiten la comunicación. Este juicio informará decisiones metodológicas: cuándo indagar, cuándo reproducir términos usados por el entrevistado y cuándo introducir elementos que problematizan una designación o control social ejercido mediante el lenguaje *psi*.

Estructura de la entrevista

En cuanto a estructuras y estilos de entrevista, seguí la sistematización de Svend Brinkmann (2013) sobre entrevista semiestructurada. Éste es el formato típico de la entrevista cualitativa, que combina propósitos definidos y una línea argumental dirigida por el investigador con la apertura para captar la visión de mundo del entrevistado; permite balancear objetivos teóricos con sensibilidad a lo que el entrevistado considera relevante.

Este esquema es coherente con del objetivo investigativo. Una entrevista para investigar el discurso exige un estilo conversacional que permita observar cómo se negocian significados, identificar recursos lingüísticos que funcionan como designación o control y, cuando proceda, permite intervenir de forma reflexiva para problematizar discursos dominantes sin obviar la utilidad que los entrevistados hallan en ellos.

Las temáticas que guiaron las conversaciones se pueden observar en la Tabla 2:

TABLA 2
Esquema para la Guía de entrevista

Temas	Subtemas
Experiencia de usuario	Adscripción al servicio <i>psi</i> Expectativas del servicio/Imaginario clínico Relación del usuario con los discursos <i>psi</i>
Situación clínica/ Relato del problema	Problemas y malestares expuestos Lenguajes del sufrimiento Negociación de los problemas y malestares a intervenir (entre los entrevistados y sus clínicos)
Identidad psicopatológica	Etiquetado <i>psi</i> Relación del usuario con el etiquetado <i>psi</i> Sanción moral del lenguaje <i>psi</i>
Contexto del usuario	Vida cotidiana y malestares referidos Vida cotidiana e intervención clínica Contexto sociopolítico del usuario

Fuente: Elaboración propia.

Dichas temáticas indagan en los siguientes aspectos:

Experiencia de usuario. Con esto busqué comprender qué es un usuario de psicoterapia, cómo se “es” un usuario de psicoterapia, qué expectativas existen del servicio psicoterapéutico, qué valoraciones se hacen de la experiencia de ser un usuario, como se argumenta a favor y/o en contra del servicio de psicoterapia desde las voces de usuarios y exusuarios.

Por eso las conversaciones comienzan con un relato inicial de la suscripción al servicio psicoterapéutico por parte de las personas participantes, esto es, 1) ¿quién o quiénes sugieren asistir a psicoterapia?, en caso de tomar la decisión de manera personal 2) ¿por qué medio/s se enteró la persona de la existencia de la psicoterapia?, me interesó saber 3) ¿cuál fue el problema o malestar en cuestión que valoraron como posibles usuarios (los usuarios o quienes sugirieron el servicio de psicoterapia)?, y si, 4) ¿además de la psicoterapia habían considerado otra forma de ocuparse de tu problema/malestar?

Posterior a esto pregunté por las expectativas que tienen los usuarios, 5) ¿qué piensan que es la psicoterapia; para qué sirve, cómo funciona?, así como las interrogantes y curiosidades que tenían o tienen sobre la psicoterapia, también buscamos entender 6) ¿qué hace un usuario en psicoterapia? y su pregunta obligada 7) ¿qué hace un psicoterapeuta en psicoterapia?, a través de una descripción desde cómo lo entienden los usuarios, además, 8) ¿cómo evaluarían su experiencia de usuarios; en función de qué?

Por último, teniendo un repaso general de lo que significa la psicoterapia para los usuarios les pregunté 9) ¿cuáles son los argumentos que justifican al servicio de psicoterapia y cuales le desafían?

Situación clínica / Relato del malestar-problema de los usuarios. Sobre esta temática me interesó conocer la experiencia de los malestares y problemas de los usuarios, esto es; ¿qué miedos, preocupaciones, pendientes, sensaciones desagradables, dudas, curiosidades, etc., son reconocidos por los usuarios y ex usuarios como motivos de consulta?, esto es relevante de distintas maneras, una de ellas es para comprender el carácter particular de problemas y malestares que tradicionalmente son expuestos en manuales con un lenguaje técnico (en los que se describen síntomas, ej. DSM), también, porque permite analizar la forma de expresión de los usuarios y ex usuarios de sus motivos de consulta, esto es, ¿qué discursos se prefieren para exponer los problemas y malestares personales?

Siguiendo a Dreier (2008) partí de que en la estructura de la intervención clínica existen al menos dos niveles de interpretación de los problemas y malestares de los usuarios; 1) lo que los usuarios exponen como motivo de consulta y 2) lo que el marco conceptual del clínico ordena como diagnóstico para el plan de intervención. Por esto me propuse conocer las conformidades e inconformidades de los usuarios respecto a los temas elegidos para la conversación terapéutica, es decir, ¿se conversaba en sesión sobre el problema o malestar expuesto?, ¿se agregaban o deseaban temas de conversación?, ¿qué agente agrega o desecha temas: usuario/clínico?, ¿participabas en el proceso, podías agregar o desechar temas de conversación?, ¿qué valoraciones hace el usuario de los temas de conversación agregados o deseados?

Identidad Psicopatológica: Un aspecto central de la experiencia de usuario de un servicio *psí* es el fenómeno identitario, esto es, las maneras en las que el autoconocimiento y la autopresentación se relacionan con las categorías de uso psicoterapéutico y psiquiátrico, Parker y otros (1995) consideran que fenómenos como la <identidad> o el <yo> surgen a partir de las redes y

los marcos de significación social, en la situación de los servicios *psi* el diagnóstico clínico y el tratamiento a un usuario son elementos del discurso *psi* con los que los usuarios dialogan su autoconocimiento y autopresentación, por esto en este apartado me concentré en lo que Parker señala como *identidad psicopatológica*.

De inicio tuve que distinguir entre distintas aproximaciones hacia los usuarios y como en algunos casos se trabaja la psicoterapia con perspectiva psicopatológica de manera explícita y como en otros acercamientos se rechaza el marco psiquiátrico tradicional, mi primera curiosidad fue 1) si en su experiencia como usuarios de una disciplina *psi*/las personas recibieron un diagnóstico clínico (¿Recuerdas si el profesional *psi* nombró a tu problema/malestar de una forma Particular?)

Sobre la situación/problema discutido en psicoterapia 10) ¿el usuario/exusuario se preguntó si eras malo o mala? (concretar, usuario por usuario), en caso de que sí 11) ¿a quién/es se la profesional *psi* acude para ocuparse de una situación como esta?

Contexto del usuario: Esta temática la consideramos transversal a las anteriores, la forma de exposición personal es distinta al lenguaje técnico de los manuales clínicos, en la exposición personal de nuestras experiencias incluimos las relaciones que mantenemos con otras y otros; parentescos, amistades, relaciones laborales y/o relaciones afectivas entre otras, así que entendemos que en el desarrollo de distintas sub-temáticas que no directamente indaguen sobre el entorno relacional de los usuarios se hablará sobre dichas relaciones e interacciones cuando sea significativo para los usuarios/ex usuarios.

RESULTADOS

Para la presentación de nuestros resultados agregaré antes una breve sinopsis de las conversaciones para que se pueda seguir la interpretación de los

fragmentos teniendo un fondo introductorio de las conversaciones en cuestión.

K, mujer, 27 años, Licenciada en Psicología y usuaria de los servicios de psiquiatría y psicoterapia.

K es una joven de 27 años que estudió la carrera de Psicología, está estrechamente relacionada con la psicoterapia, tanto en la posición de profesional que la práctica como en la posición de usuaria. Desde muy temprana edad, en la secundaria, tuvo sus primeras interacciones con profesionales de la psicología. *K* comparte que entendió desde la adolescencia que la manera en la que vivía sus problemas, malestares y sufrimientos requería un abordaje profesional por lo que se interesó por los servicios de psiquiatría y psicoterapia. En los distintos servicios *psi* que ha recibido ha escuchado y aceptado varias etiquetas y diagnósticos *psi*; “trastorno límite de la personalidad”, “depresión”, “ansiedad” y “personalidad neurótica” son las designaciones más formales pero los encuadres clínicos que ha recibido y entendido van más allá que las categorías de manual. En nuestras conversaciones con *K* podemos entender cómo acompañan los servicios *psi* a los problemas expresados por *K*, a veces en conformidad, a veces desde juicios clínicos que son denunciados como “poco profesionales” y “poco empáticos”. El entendimiento de *K* sobre estas cuestiones es uno mayoritariamente técnico y nos ilustra cómo se puede “leer” el sufrimiento a través de los textos de la psicología.

E, mujer, 20 años, usuaria del servicio de psicoterapia.

E es una mujer joven que confiesa ser una escéptica convertida de la psicología y la psicoterapia. En sus primeros encuentros con psicólogos *E* sintió que eran personas que hacían juicios morales sobre los demás sin preocuparse auténticamente por su sufrimiento, ella parte de este entendimiento porque durante su adolescencia fue cuestionada sobre su orientación sexual y sintió que los

profesionales *psi* que conoció buscaban “corregir” su deseo de afecto dirigido hacia otras mujeres para encausarlo al curso “normal”, es decir, hacia los hombres. Ésta y otras experiencias son recuperadas y denunciadas por *E* como heteropatriarcales y machistas. Es decir, *E* pone en práctica su capacidad de discernimiento y juicio político durante las conversaciones. Además, comparte que después de una experiencia agradable de un servicio *psi* ha revalorado a los profesionales *psi* y los considera como una alternativa útil para asistirle en momentos de crisis, también ha empezado a familiarizarse con el lenguaje *psi*; “ansiedad”, “depresión” y “narcisismo” son algunos de los nuevos términos adquiridos. Por lo anterior, encontramos en las conversaciones con *E* una comunicación entre las formas políticas de entender el sufrimiento y las formas clínicas de la psicoterapia.

L, hombre, 30 años, usuario involuntario de los servicios de psicoterapia y rehabilitación de adicciones.

L es un joven adulto que no tuvo relación con los servicios *psi* hasta que lo internaron en un centro de rehabilitación para adicciones en contra de su voluntad, debido a esto su relato sobre sus

expectativas del servicio o su juicio sobre sus malestares, problemas o sufrimientos no encajan en la idea común que nos hacemos de un usuario de estos servicios. Sin embargo, la conversación muestra que la lógica del internamiento y de las intervenciones sobre los cuerpos de los internados siguen una forma técnica cuyo origen podemos asociar a los discursos *psi*. Dentro de lo compartido podemos entender los malestares y sufrimientos causados por el internamiento involuntario, a través de las denuncias explícitamente políticas de *L*.

Conjuntos significantes

Procederé a mostrar la información analizada utilizando el recurso conceptual de los *conjuntos significantes*, ya que, según Greimas (1971), estos nos ayudan a entender las jerarquías entre los campos semánticos de los textos. Esta misma lógica se puede seguir en la guía temática que propuse para la entrevista, expuesta en la tabla 2. En el caso de los objetos textuales analizados no coinciden todas las agrupaciones de manera nítida con la guía temática, principalmente por motivos de claridad y pedagogía de la exposición de resultados, a excepción del *conjunto significante* que muestro en la Tabla 3:

TABLA 3
Códigos aplicados dentro del conjunto Experiencia de usuario

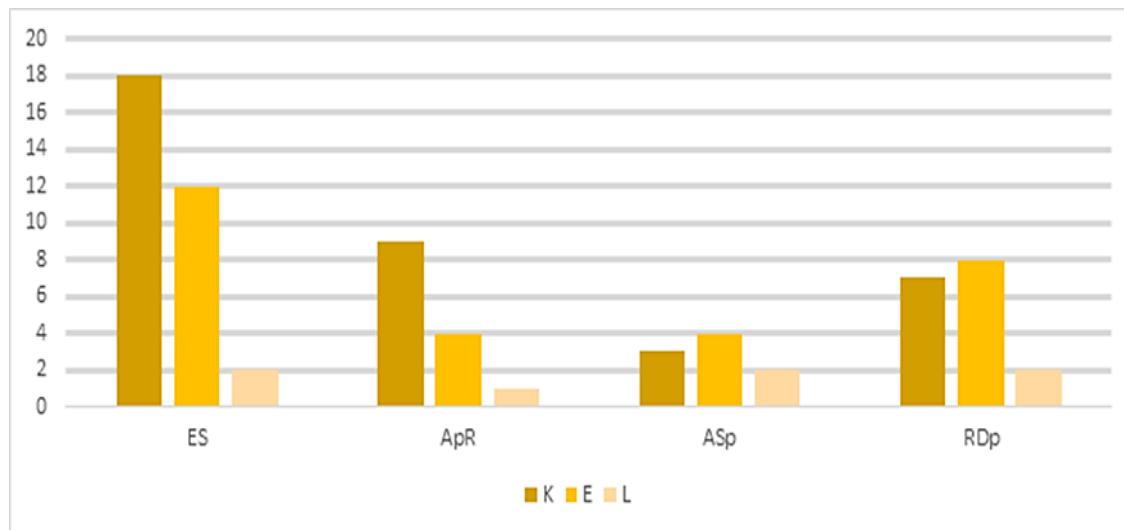
Conjunto significante	Código	Número de veces aplicado
Experiencia de usuario	Expectativas del servicio	35
	Relación con los discursos <i>psi</i>	17
	Atención <i>psi</i> recibida	14
	Adscripción al servicio <i>psi</i>	11

Nota: Aquí se muestra el campo de significado *Experiencia de usuario* con sus respectivos componentes, los números de la derecha indican cuantas veces analicé lo conversado y asigné las categorías de estos subcampos a determinados fragmentos de texto.

Como se puede observar en la Tabla 3, la cantidad de etiquetas analíticas es de un volumen importante para considerar describir a detalle cada una de sus aplicaciones. Un enfoque cualitativo no puede tomar esta dirección, sin embargo, es importante mostrar al lector que, aunque no se muestren y discutan todos los fragmentos de texto, el trabajo analítico acumulado sirve para dirigir y guiar las decisiones que tomó para explicar qué valoran y qué concluyen los participantes del estudio sobre sus servicios de psicoterapia recibidos. En primer lugar, qué tanto comparte y analiza cada participante sobre sus expectativas de lo que obtendrá de la psicoterapia cambia según su circunstancia y vínculo con la psicoterapia, esto es visible en el volumen de lo comentado.

Una hipótesis interpretativa que planteamos sobre las relaciones de poder y la forma del vínculo entre usuarios y su experiencia del servicio de psicoterapia puede ser ejemplificada en los gráficos incluidos en la Figura 1. *K*, quien es tanto una usuaria como una profesional de los servicios *psi* acumula el grupo textual más amplio de información respecto a lo que significa ser un usuario de estos servicios, con 37 fragmentos de texto categorizados de esta manera, mientras que *L*, quién fue internado de manera forzada por su familia en un centro de tratamiento de adicciones solo agrupa 10 fragmentos de texto bajo estas categorías. Sin embargo, esta forma de entender las categorías cualitativas diluye verdadera la densidad de lo que podemos sustraer de un análisis textual guiado por el análisis del discurso.

FIGURA 1
Volumen de aplicación de las categorías del grupo Experiencia de Usuario



Nota: La escala del lado izquierdo corresponde al número de veces que se aplicó la categoría a lo conversado con cada participante. Las categorías mostradas corresponden a Expectativas del Servicio (*ES*), Atención *psi* Recibida (*ApR*), Adscripción al Servicio *psi* (*ASp*), y Relación con los Discursos *psi* (*RDp*).

Los análisis textuales muestran su utilidad cuando en un mismo fragmento de texto pueden ser expuestos distintos discursos, algo que no es visible cuando se sigue un proceso explicativo basado exclusivamente en los grupos temáticos. Esto permite que se estudien fenómenos lingüísticos como la heterogeneidad de los discursos (Authier-Revuz, 2014).

Así que, para mantener un acento en la riqueza del análisis textual recorreré brevemente las áreas temáticas ofreciendo ejemplos de estos fragmentos de cada uno de los participantes para construir una imagen representativa de aquello que es comentable y discutible, más que “representativo”.

Expectativas del servicio: Esta es una de las áreas en las que se pueden ilustrar más claramente las posiciones de los participantes frente a la psicoterapia. Por parte de *K* es constante la confirmación del discurso clínico *psi* como uno que “sana” y “resuelve”:

A.- (Eeh) ¿Sobre tus expectativas que tenías en ese momento de la conversación con una psicóloga o de un proceso clínico?

K.- Pues a esa, a los 14 tenía la expectativa de que me quitaran el dolor. Y de que... . Sí de que me quitara el dolor, la necesidad de... , la renuencia de que no veía esperanzador el futuro después de la secundaria, como qué sigue después de la secundaria sin él. Es como de "¿de quién me voy a agarrar ahora?" "No, no lo voy a decir", pero como "¿qué voy a hacer con este dolor?, quiero que me curen, digo", ¿no?

Mientras que la posición de *E* en sus primeros acercamientos fue más escéptica:

E.- Bueno, supuse que iba a tener una experiencia experimentada, porque yo estaba en la prepa (...) digo, en la prepa (...) en la secundaria, este señor [titubeo] trabajaba como psicólogo de secundaria, dije: bueno, va a tener experiencia, va a tener algo, ¿no? Con

los chavos de la secundaria. Entonces yo fui por (-) este tema, de lo de la sexualidad y todo ese rollo, que me causaba conflicto, que yo me sentía mal, que estaba, (o sea), en la secundaria empiezas a descubrir muchas cosas y te empiezas (como que) a sentir triste; todo ese tipo de cosas, ¿no? Entonces fui con este señor: nada más alejado de la realidad, (o sea), este señor no tenía idea de lo que era un adolescente, (...).

Está de más añadir que la expectativa de *L* sobre la psicoterapia no será citada, porque no la tenía. Pero sí podemos entender qué expectativas tenían sus padres al internarle:

A. – A eso me refiero. De algo similar o familiar respecto a tu relación con tus padres, convivencia con amigos o pareja, etcétera. ¿Se comentó algo (de-) de ese tipo?

L. – Sí, en general era “estás aquí porque tu familia no puede contigo y no puede con la forma con que piensas, con lo que haces. Aunque es como bastante en la mirada de lo normal, pero para tu familia conservadora, pues estás fuera de su contexto familiar o su idea de lo que tiene que hacer la familia o los hijos. Entonces sí, tú estás aquí porque tu familia quiso, pero tu familia también es la que necesita la terapia”.

No quisiera construir una caricatura sobre la capacidad de pensamiento y juicio crítico de los participantes, también *K* cuestiona sus experiencias en la psicoterapia y muestra una cierta inteligencia estratégica para oponer los elementos del discurso liberal que proponen los discursos *psi* al discurso conservador de control familiar que experimenta por parte de su madre:

K- Entonces me acuerdo que era esa parte. Entonces, me acuerdo que me dijo la psicóloga., me dijo "es que, entiéndeme", dice (esteh) "estás bonita", me dijo "estás bonita (esteh) le preocupa, estás bonita, tienes buen

cuerpo", así me dijo, antes estaba delgada, ¿no?, "es bonita, tienes buen cuerpo", me dijo, "y le preocupa ya bueno, preocupación de mamá, así de que "entiéndela ¿no?" y yo así como de "Ah, OK, bueno".

Pero, o sea, mis expectativas eran, nada más esas dos, como que-que yo quería usar mi ropa y que mi mamá me dejara, y la otra era, dejar de sufrir por él.

A esto ella responde desafiliándose de dicho servicio, algo que ilustra con claridad la explicación foucaultiana del poder de la *función psi*:

Creo que esa es, en verdad, la función de esos psicólogos, psicoterapeutas, criminólogos, psicoanalistas, etc. ¿Y cuál es sino ser agentes de la organización de un dispositivo disciplinario que va a ponerse en marcha, a precipitarse, cuando se produzca un vacío en la soberanía familiar? (Foucault, 1974/2006, p. 85, la traducción es mía).

Además de servir como el terreno de las disputas políticas entre otros discursos, como el liberal y conservador, las conversaciones de usuarios con profesionales *psi* en el contexto de la psicoterapia también nos exponen la imagen cultural que los usuarios tienen de éstos:

A.- ¿Qué recuerdas tú de (-) esos (-) primeros momentos de tener que conversar con un psicólogo?

E.- Esperaba un viejito.

A.- [Asiente].

E.- O sea, a mí me dijeron: "vas al psicólogo", y yo esperaba un señor. Entonces llegó y mi primera impresión fue que, pues el vato tenía como cinco o seis años más que yo.

A.- [Asiente].

E.- Y dije: ay, Dios. Dije: se ve muy joven.

A.- [Asiente].

E.- Ese fue mi primera impresión. (Este), segundo, las malas [titubeo] experiencias que

he tenido con psicólogos, generalmente son como sexistas, like como por hombres.

El razonamiento de *E* muestra una idea cultural que asocia a los profesionales *psi* a la adultez mayor, algunos símbolos asociados a esta idea es el par Experiencia-Sabiduría, a su vez, cuestiona implícitamente este par al agregar que Experiencia tiende a Tradición y Tradición tiende a conservadurismo, y en su experiencia a machismo.

Atención psi Recibida: Esta es una categoría diseñada para rastrear qué tipo de atención o servicios de salud mental han recibido los participantes a lo largo de sus vidas. Esto no motivará que desarrolle un análisis discursivo, aunque sí es posible. Más bien, mencionaré la cantidad de servicios *psi* referidos, a manera de contextualización sobre el nivel de familiaridad que los participantes han desarrollado con estos; *K9*, *E4*, y *L1*.

Adscripción al Servicio *psi*: Esta categoría agrupa a los fragmentos de texto que expresan la relación militante de los usuarios con los servicios *psi*, se distingue de la categoría *Expectativa del Servicio* en que, la ya referida, se centra en aspectos imaginarios, mientras que ésta está más orientada a la praxis; qué tanto los usuarios se convierten en miembros activos de las instituciones *psi*, ya sea como divulgadores o como agentes.

En ciertos adjetivos calificativos, tonos emotivos y connotaciones se pueden comunicar las simpatías o apatías con las prácticas *psi*, tomemos a las categorías del psicodiagnóstico, por una parte, la distancia de *E*:

E.- Y (-) sí, (este), empecé a escuchar más esto (...) estos tipos de (...) esas palabras =

A.- = [Asiente].

E.- Tan raras que yo había escuchado: disforia, dismorfia. Yo no sabía qué era eso.

A.- [Asiente].

E.- (Este), trastornos de (...) trastornos alimenticios, TDA, todo ese tipo de cosas |

Y por otro la apertura y simpatía que muestra K con éstas, de tal manera que las explicaciones de los discursos *psi* sobre su comportamiento funcionan de manera retroactiva para explicar lo que ella es en el sentido ontológico:

K.- ¿Sabes? De decir, o sea, yo ya me hago daño, o sea, solamente que esta forma de nada, yo nunca la he probado. O sea, nunca la he probado y tiraba alcancías. Por ejemplo, aventando cosas una vez estrellé mi celular en el piso, o sea, eran episodios muy explosivos de ira. Aventaba cosas al piso, luego no sé qué, luego me castigaba mucho con mis pensamientos, mucho con, y luego dije “¿por qué no me castigo realmente como se debe?”. Pues ya, empecé a cortarme las piernas primero, ¿no? O sea, con un cíter, las piernas, y luego me corté los brazos, me corté los brazos. Y ya (este), fue como cuando yo recuerdo que mis, o sea, me empeoró mi situación cuando regrese con el psiquiatra porque le dije que, que el muchacho, mi amigo, se me había declarado y que yo le había dicho que sí. Que le había dicho que sí, pero que yo era todo un caos. Y le dije [a su amigo]: “pero bajo tu advertencia”. Entonces tener una relación amorosa... |

En este fragmento *K* nos explica que, aunque ya no comete autolesiones, las conductas de agresión hacia ella misma o hacia su entorno permanecen como un factor constante en su historia de vida y este es un rasgo característico de su diagnóstico clínico. Lo cual abre pie a que analicemos lo siguiente.

Relación con los discursos *psi*: Propongo esta categoría como parte del esclarecimiento teórico, el que a su vez es necesario para poder mapear las relaciones entre los usuarios y los discursos *psi*. Si seguimos la lectura discursiva foucaultiana

podremos relacionar cómo se expresa conformidad o disconformidad con los discursos *psi*. Pero, para no caer en un relativismo poco reflexivo que sentencie “cada cual según su circunstancia”, como si el análisis social solo sirviera para confirmar obviedades, es importante para nosotros discutir ese “afuera de la discursividad” antes mencionado.

a) Relación simbólica

El rasgo típico de lo simbólico en los fenómenos lingüísticos es el de un grupo textual que hace sentido ante un hablante o una comunidad, a partir de un vínculo de autoridad, y en este fragmento que muestro sobre el auto etiquetado se observa. Hace falta hacer saber al lector que es una explicación de *K* que surge de un intento, por mi parte, de cuestionar el discurso psicopatológico, mi sugerencia fue señalar que ella ya no se identificaba con uno de los rasgos característicos de su cuadro clínico asignado. Aquí los conceptos como *disciplinamiento* y *auto-disciplinamiento* son útiles para comprender de qué espacios sociales provienen los discursos psicopatológicos y porqué su tendencia es la de las relaciones verticales entre cuidador capacitado y paciente incapaz —porque si mi naturaleza es la de una persona destructiva requeriré un monitoreo técnico, una especie de cuidador que guíe mi actuar. Nos atrevemos a proponer una hipótesis, tal vez la aspiración de *K* por conocer más y mejor su naturaleza a través de los discursos *psi* implica el objetivo de lograr las credenciales *psi* y enfrentar esa asimetría social, otorgándole otro tipo de autonomía, donde ahora lo que ella es no depende solo de una exterioridad, sino que ella está “autorizada” para concluir lo quien ella es.

Discutir los elementos textuales de este solo fragmento nos puede permitir utilizar los recursos del análisis del discurso foucaultiano de una manera fluida, discutir, por ejemplo, ¿la agresión expresada hacia nosotros o hacia el resto debe (o no) ser *a priori* patológica?, cuando narramos nuestros momentos desagradables y nuestros errores al convivir con otros y con nosotros mismos ¿no

solemos olvidar los momentos donde satisfactoriamente logramos convivir en paz con los demás?, ¿cómo podemos explicar nuestra naturaleza sin el sesgo de las etiquetas externas que hemos recibido a lo largo de la vida?, etc.

Por supuesto que podemos hacer este tipo de lectura con cada fragmento y no inmiscuirnos con la discusión teórica antes mencionada, pero nos parece que sería evitar la cuestión misma y faltar a nuestro entendimiento. El hecho de que uno de los límites de la discursividad es la imaginación política.

b) Relación imaginaria

A continuación, retomaré el comentario de *E* sobre lo que ella se imagina cuando piensa en un “psicoterapeuta”, aunque advierto, no quiero que parezca que la dimensión imaginaria de las relaciones tiene que ver sencillamente con la especulación imaginativa, comparto este fragmento especialmente por su denuncia política:

E.- (...). Entonces llegué y mi primera impresión fue que, pues el vato tenía como cinco o seis años más que yo.

A.- [Asiente].

E.- Y dije: ay, Dios. Dije: se ve muy joven.

A.- [Asiente].

E.- Ese fue mi primera impresión. (Este), segundo, las malas [titubeo] experiencias que he tenido con psicólogos, generalmente son como sexistas, like como por hombres.

Para *E*, denunciar a algo o alguien como “sexista” sirve para expresar su desagrado y desaprobación a un cierto tipo de discurso político (el discurso machista) para posicionarse en contra de sus argumentos, razonamientos y prácticas. Aparentemente hasta aquí seguimos en el terreno de la discursividad. Sin embargo, Žižek (2000) señala que además de la disposición pluralista de discursos y alternativas de acción existe un impulso idealista que supera el cinismo al que nos lleva el

relativismo discursivo: *el idealismo de la imaginación política.*

La seguridad de que existe un mundo social mejor, que supere el discurso machista, no solamente implica la existencia de un discurso feminista, implica un vínculo imaginario con un “nosotras” virtual en el que el individuo forma parte de una organización amplia con propósitos y objetivos de un mejor porvenir. Comprender esto ilustra cómo se construyen las preferencias entre discursos según la imaginación política de cada uno, pero también expresa la pregunta sobre la naturaleza de esa misma aspiración.

Tanto para *E*, como para *K* y *L*, la denuncia política es algo que se practica en distintos momentos de nuestras conversaciones, son seres éticos que razonan cómo podrían ellos y otros usuarios tener una mejor relación con los discursos *psi*.

c) Relación fáctica

A. – En un caso a lo mejor más estándar de convivencia (con-con-) con la situación (de la) de la psicoterapia, (eh) (el, la, los) las tareas, o las técnicas para asistencia por malestares mentales o físicos, conviven con la rutina de cada uno y alguno dice lo puede integrar, no lo puede integrar. En tu caso, esta, digamos, convivencia es distinta porque todo el tiempo estás dentro (de) del espacio de intervención. No es como saliendo de ahí, vas a tu casa y prácticas, y si te sirve o no te sirve. ¿Terminando encontraste formas de integrar algo (de lo que) de lo que viviste en ese lugar? ¿Y qué tipo (de) de conocimiento, de aprendizaje (pues) estuvo relacionado a la clínica, estuvo relacionado a la convivencia con otros internos?

L. – Un tema muy amplio. Pues personalmente me sirvió mucho para, pues, confrontarme a mí mismo. Será como (eh) ponerme un contexto general familiar y decir: “ok, estoy aquí por esto y por esto. No le tengo

culpa a mi familia, no tengo resentimiento a familia". Finalmente, como te dije el otro día, hicieron lo mejor que pudieron, con lo mejor que tuvieron. No tengo pedos con eso, pero saliendo de ahí, pues fue como qué necesito como para que no vuelva a pasar. Era como mi objetivo número uno, ¿no? O sea, porque es muy común que te vuelvan a sacar una y otra vez y otra vez. Así tengas 18 años, hasta 60, la familia... si no cambias tu aspecto legal, que no lo he cambiado, pero sí en general te la llevas mal con la familia, la familia se va a poner ruda y te va a decir otra vez, no nos importa pagar lo que se tenga que pagar, vas pa' dentro, ¿no? Entonces, mi primer objetivo, gracias a la psicóloga, fue como de maneja tus emociones (este), llévatela mejor con tu familia. Esto te puede funcionar, esto no. Entonces, personalmente, me sirvió para decir: "ok, (este) o sea, está bien que ello sea así, pero mi objetivo es no caer aquí".

Le doy especial énfasis a este fragmento porque nos enseña que, aunque existe la dimensión discursiva de la institucionalidad *psi*, además, existe lo Real de la institucionalidad *psi*. La ley *psi*. Que evidentemente está soportada en la discursividad *psi*, pero la obligatoriedad de ciertos protocolos, marcos de actuación, marcos jurídicos, deliberaciones legales, etc., nos inclina a considerar este como otro dominio ontológico.

L nos responde qué centralmente la experiencia de internamiento le enseñó sobre esa realidad fáctica de la institucionalidad *psi*; el señalamiento de criminal/drogadicto, la incomunicación con su red de apoyo, la obligatoriedad de ciertos actos, la presión psicológica, la violencia jurídica. Aquí entra la explicación lacaniana sobre la ley como un espacio social distinto al de la discursividad:

De este carácter constitutivamente absurdo de la ley, se desprende que hemos de obedecerla, no porque sea justa, buena o ni siquiera beneficiosa, sino simplemente porque es la ley —

esta tautología articula el círculo vicioso de su autoridad, el hecho de que el último fundamento de la autoridad de la ley reside en su proceso de enunciación (Žižek, 1992, p. 66).

La red social que establece la operatividad de una ley no necesariamente tiene que discernir si es apropiada, proporcional, justa o buena, simplemente la hace cumplir. Ese es el mandato (reconocido jurídicamente o no) de la ley *psi*. Si se te considera como no juicioso (por consumo de sustancias ilícitas) existe una materialidad social de protocolos que se aplican a un ciudadano para corregirlo. Y *L* es plenamente consciente de esto.

Analizando los discursos *psi*

Una de las tesis que sostienen a esta investigación, el estudio de los *discursos psi*, es trabajada por el campo de Análisis del Discurso Crítico (Parker, 2002/2015). Ian Parker nos propone entender el término de discurso como "una organización del lenguaje en ciertas formas de relación social" (2005, p. 88), por esto nos asiste en nuestra pregunta guía sobre la relación que mantienen usuarios y exusuarios del servicio de psicoterapia con las prácticas de las instituciones *psi*, ya que, también, el concepto de discurso ha sido muy usado en estudios que mantienen *distancia crítica* con el *estado de verdad* de distintas disciplinas científicas.

El análisis del discurso, nos dice Parker (1992/2014), nos ha enfrentado a la manera en la que naturalizamos la vida social, lo que era objetivo y dado ahora es relativo y construido, por consiguiente, tenemos más lejanía con discursos deterministas; religiosos o científicos, y más cercanía con discursos liberales; políticos o culturales. En un sentido pragmático, cuando hablamos tenemos más recursos discursivos (más *distancia crítica*) para distinguir los discursos religiosos y los científicos y menos (*distancia crítica*) para distinguir los discursos liberales, esto lleva a que al tomar decisiones sobre cómo actuar

tengamos la libertad de polemizar sobre religión y ciencia y no así (no con la misma facilidad) con los discursos liberales.

Esta comparativa muestra el sentido que tiene el uso del concepto *distancia crítica*, y agrego, el concepto de *estado de verdad* tiene su origen en el trabajo de Michel Foucault. Parker (2002/2015) explica que se puede comprender más a detalle el *complejo psi* utilizando las conceptualizaciones foucaulteanas de *régimen de verdad* y de *efectos de verdad*, de las que deriva el concepto de *estado de verdad*.

Según Foucault:

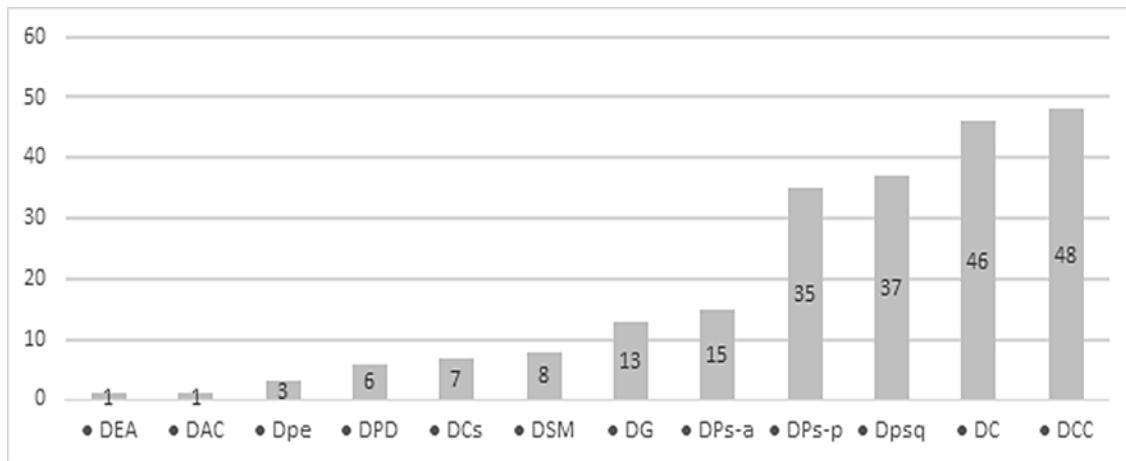
Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su «política general de la verdad»: es decir, los tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero (Foucault, 1979, p. 187).

De acuerdo con la conceptualización foucaulteana podemos entender determinadas prácticas psicoterapéuticas (ej., el psicodiagnóstico) como prácticas que articulan un determinado *régimen de verdad* y en consecuencia adquieren un *estado de verdad*; esto es, el tener el respaldo y autorización del régimen de verdad (ej., de la Psiquiatría). Para este proyecto está conceptualización ayuda a identificar cómo ciertos discursos y prácticas al gozar de un *estado de verdad* operan tanto en profesionales del *complejo psi* como en usuarios de estos servicios.

Para este propósito nos servimos del concepto de *cultura del diagnóstico*, que encontramos en el trabajo de Svend Brinkmann (2016) quien ha estudiado a la disciplina psicológica siguiendo de cerca el trabajo de investigación de Nikolas Rose. Brinkmann ha propuesto este concepto para entender cómo el desarrollo del *complejo psi* permea en la cultura, compartiendo en esto el interés de Parker (2015) de estudiar, además de las instituciones *psi*, la manera en que distintos objetos culturales como películas, series de televisión, o novelas presentan los discursos *psi*. Señala un estado de saturación de distintos objetos culturales que encontramos en la vida cotidiana y que refieren a las formas de etiquetado de la psiquiatría y la psicología como formas idóneas para comprender nuestros problemas y nuestro sufrimiento, desplazando así otras formas de referirles (Brinkmann, 2016). Nos parece de gran utilidad para poder comprender cómo las personas en nuestros entornos cotidianos nos explicamos a nosotros y a nuestros cercanos a partir del lente del diagnóstico, en particular del psicodiagnóstico.

En la gráfica de la Figura 2 mostraré cómo están distribuidos los Discursos *Psi*, según su volumen de uso en las conversaciones. En esta se podrán observar las categorías de Discurso "etapas del amor" (*DEA*), Discurso de la atención en crisis (*DAC*), Discurso de la personalidad (*DPe*), Discurso de la psicología del desarrollo (*DPD*), Discurso de la conciencia (*DCs*), Discurso de la salud mental (*DSM*), Discurso Gestalt (*DG*), Discurso Psicoanalítico (*DPs-a*), Discurso psicopatológico (*DPs-p*), Discurso psiquiátrico (*DPsq*), Discurso conductual (*DC*) y Discurso cognitivo conductual (*DCC*).

FIGURA 2
Volumen de los códigos contenidos en el grupo Discursos *Ps'*



Esta distribución es evidencia de que puede haber un gran volumen de significantes presentes en una investigación, pero estos no representan a todos los individuos con quienes se conversó, no obstante, la proximidad de tal o cual usuario con los discursos *psi* efectivamente nos muestra una constelación de posiciones, y la riqueza y variedad de usos que le puede dar un usuario al Discurso Cognitivo-Conductual también plantea una geografía política específica. Por ejemplo, podemos especular sobre la fluidez con la que *K* podría lograr ser una activa militante de los discursos *psi*, mientras que encontraríamos en *E* y *L* más limitaciones.

Una distribución similar tenemos en el caso del Discurso Conductual. Es importante señalar que, aunque estos dos comparten muchos nichos y argumentos base, sí existe una aplicación distinta e identificable de los anteriores discursos. Por parte de la aproximación cognitivo-conductual hay un acento más explícito en el monitoreo de nuestros pensamientos, emociones y acciones, así como la

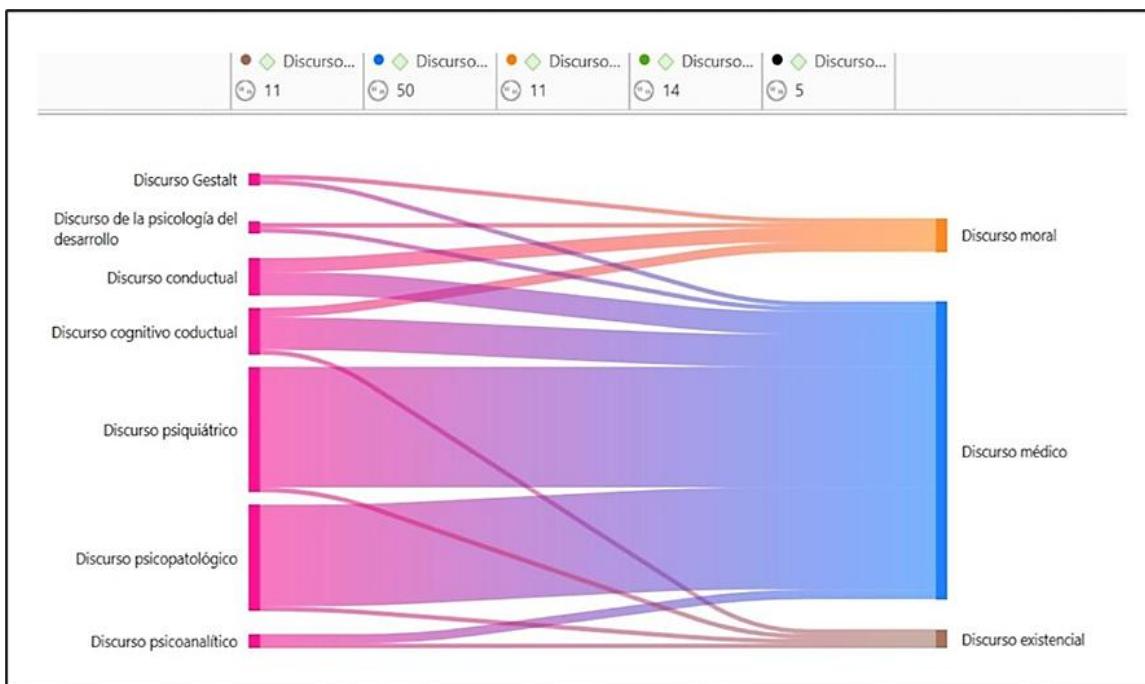
interrelación de estos, mientras que en la aproximación conductual el acento es en el control, dirección o manipulación del comportamiento, *a)* de nosotros hacia otros, *b)* de otros hacia nosotros, *c)* o de nosotros hacia nosotros mismos.

Discursos del sufrimiento

El diagrama de la Figura 3 nos muestra cómo están relacionados los discursos *psi* con los discursos del sufrimiento, es decir, si en el diagrama no aparecen el Discurso Político y el Discurso Religioso es porque la relación mostrada en las conversaciones no fue significativa. Sin embargo, podemos confirmar que un cierto tipo de discurso *psi* sí es mayoritariamente coincidente con el Discurso Médico. Es decir, utilizando la jerga de Laclau y Mouffe (2001), el Discurso Médico se muestra como hegemónico en nuestras conversaciones con usuarios. Esto no confirma nada en términos poblacionales, pero sí expone el conjunto de reglas conversacionales que ambientaron nuestras charlas.

FIGURA 3

Diagrama de Sankey: Discursos *Psí*-Discursos del sufrimiento



Nota: El diagrama que observamos es una herramienta para el análisis de co-ocurrencias, es decir, codificaciones coincidentes en los mismos fragmentos de texto. En la parte superior observamos los *Discursos del Sufrimiento* de Brinkmann (2016); *Discurso Existencial* (café), *Discurso Médico* (azul), *Discurso Moral* (naranja), *Discurso Político* (verde) y *Discurso Religioso* (negro).

Aunque un caso, o un grupo pequeño de estos, no sirva para hacer conjeturas sobre la naturaleza amplia de un problema social, sí sirve para hipotetizar sobre cómo se estructuran los razonamientos y lógicas sobre dichos problemas, y más aún, debido a que este proyecto no es solo contemplativo sino participativo podemos también valorar estos discursos desde la perspectiva de la disputa por el significado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El primer estudio con perspectiva crítica sobre usuarios de los servicios de salud mental que me entusiasmó por el alcance y fondo de la discusión

pública que proponía fue el de Lois Holzman sobre las valoraciones que hacían los usuarios de los servicios de salud mental sobre ser diagnosticados (Holzman y Genn, 2019). Recientemente la investigación cualitativa en esta área ha avanzado significativamente, los estudios de usuarios son tan abundantes que ya se pueden realizar metaanálisis de estos, como el publicado el año pasado sobre las experiencias negativas de usuarios con el servicio de psicoterapia en la revista *Psychotherapy research* (Vybíral et al, 2024). Las categorías de ahí surgidas facilitan a los terapeutas obtener retroalimentación sobre qué hacer o cómo corregir acciones, que realizan u omiten realizar, cuando proveen servicios de psicoterapia. Pero ¿qué aporta una investigación con las características del estudio aquí presentado?

¿A quiénes les puede parecer más formativo y esclarecedor lo que aquí se comparte y argumenta?

El que podamos tener datos empíricos que muestran cómo cada persona tiene una forma de discernir, estructurar juicios y argumentos respecto de los servicios de salud mental que han recibido debe invitarnos, como profesionales de estos servicios, a cuestionar de qué maneras estamos desarrollando modelos de incorporación de estas visiones, qué tan ambiciosos estamos siendo para diseñar plataformas en la que los usuarios y exusarios puedan ofrecernos retroalimentación de lo que han vivido en un ambiente de respeto y colaboración.

Muchas preguntas pueden surgir de esta área de trabajo institucional que está pendiente de desarrollarse, ¿cómo decidimos qué valor tiene cada testimonio y cada argumento?, ¿qué sistemas de participación serán los más adecuados?, ¿las plataformas de representación sujetas a figuras institucionales como las asociaciones civiles son el mejor modelo?, ¿deben, los sistemas de involucramiento de usuarios y exusarios, funcionar como espacios de formación de “unidades verificadoras” de los servicios de salud mental?, ¿debe ser un espacio plural de indagación académica, como lo es ahora, o desde el trabajo académico pueden surgir propuestas de desarrollo institucional?

En esta investigación subrayé diferentes formas de vínculo entre las instituciones psi y los usuarios, en los casos descritos mayormente de la esfera del servicio privado, unos de libre elección, en otros casos de maneras coercitivas (si entendemos las intenciones de los familiares a cargo) y uno particular como modelo asilar. Esta relación de poder es una dimensión presente en todas las formas de vínculo entre las instituciones *psi* y los usuarios, pero no serán visibles sin el enfoque metodológico adecuado, en estos casos si no se pregunta, no existe.

Lo que no quiere decir que esta identificación sea directa, clara y sin complejidad, como un arriba

y abajo, adentro y afuera, entre instituciones públicas y/o privadas y los usuarios. Más bien, si leemos de nuevo los testimonios entenderemos cuando manifiestan que el uso es *disciplinar* y cuando el uso es *auto-disciplinario*. Lo que añade otros aspectos de complejidad a la situación. El trato entre profesionales psi y usuarios de sus servicios no debería ser condescendiente, considerando que la única asimetría será entre experto y no-experto, ¿qué pasará con las y los usuarios que practican el *auto-disciplinamiento*?, ¿qué consideraciones éticas deben construirse al respecto?

En relación a esto me parece que el marco de los estudios del discurso son un recurso ideal para marcarnos límites, sí, los profesionales psi, sobre en qué direcciones indagar, de qué manera hacerlo, cuándo sugerir, cuándo dirigir y cuándo no hacerlo. ¿Por qué?, porque esta perspectiva ofrece los recursos conceptuales para tratar a estos fenómenos como una relativa exterioridad, sí, siguen siendo visiones de mundo de los usuarios y profesionales psi, pero poder tratarlos como un recurso lingüístico es una retórica para evitar ser muy incisivos en dimensiones del problema que no corresponden con el interés colectivo y público de la situación, vaya, deberíamos ser capaces de entender que el abordaje y estudio de los fenómenos ideológicos no tiene como propósito dirigir a otros o corregirles.

Estudiar cómo los lenguajes del sufrimiento estructuran y expresan las experiencias de malestar en contextos culturales y sociales específicos

Por eso la herramienta conceptual para describir qué tanto se usan los discursos del sufrimiento es importante. En las conversaciones que aquí se analizan se demuestra que ciertos paquetes textuales se acompañan, en tendencia, por otros, y que esto sería una pregunta interesante para extender en un sentido poblacional, ¿cómo se presentarán estas relaciones en muestras poblacionales altas?, implica

un reto técnico mayúsculo desarrollar los instrumentos adecuados para concluir esto, claro está.

Pero, centrándonos en los resultados, es visible cómo y a través de qué categorías lingüísticas se conectan unos corpus y otros, es decir, unos discursos y otros. Por ejemplo, categorías como “*registrar*” observamos que coinciden cuando se está relatando una técnica de la terapia cognitivo conductual, pero también sabemos que la lógica de su uso implica el monitoreo de los procesos de salud-enfermedad, por lo que el Discurso Cognitivo-Conductual y el Discurso Médico del sufrimiento se intersecan.

Conocer los discursos que, ya no solo usuarios y exusarios, sino, todos estamos usando para comunicar y entender el sufrimiento es una pregunta que excede a las preocupaciones de las instituciones de la salud mental, y, me parece, es un marco de problematización que nos ayudará para evitar pensar nuestro trabajo y responsabilidades exclusivamente en estos parámetros.

Una de las principales fortalezas de un proyecto de investigación como el aquí presentado es que quien lo conduce desarrolla, gracias al rigor metodológico, una perspectiva integral y crítica de las necesidades que suscita el problema en cuestión: el involucramiento de los usuarios y exusarios en las instituciones que ofrecen servicios de salud mental. Por ejemplo, para este caso me parece que hay dos maneras generales de sacar provecho de este estudio, la primera dentro del campo de las políticas públicas de salud mental, y la segunda en el área clínica y/o de acompañamiento psicosocial.

Transformando las instituciones psi: Aspectos macrosociales

Podríamos proponer, hipotéticamente, un esquema transicional desde una perspectiva de monitoreo y evaluación estadística no-participativa de las instituciones de salud mental hacia una perspectiva de tipo comunitaria y participativa. En este esquema podríamos considerar un progreso

integrar las valoraciones de los usuarios y exusarios dentro del esquema de monitoreo y evaluación (aún, siendo solo estadística). Posteriormente sería positivo observar que estas valoraciones sean recuperadas con estrategias de recolección cualitativas que no diluyan los sentidos que hacen los usuarios y ex usuarios de sus procesos y realidades. Después, podría ser interesante incorporar en estas indagaciones cualitativas ejercicios de reflexión y discusión entre usuarios (pares) y con profesionales psi sobre las relaciones de poder en los espacios de la salud mental.

Y si consideramos lo anterior como una posibilidad cada vez más latente, tomemos como ejemplo al decreto de creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (Decreto 29/05/2023, Presidencia de la República) y a las últimas reformas de la Ley General de Salud en su apartado sobre Salud Mental (Ley General de Salud, 2024), entonces lo presentado y explorado aquí puede servir como una caja de herramientas, de reflexiones, conceptos, recursos metodológicos y testimonios que en unos casos acompañará, en otros resolverá y en algunos inspirará a otros trabajos y proyectos que buscan construir mejores instituciones *psi*.

Transformando las instituciones psi: Aspectos microsociales

Pero, también puede resultar formativo y útil para aquellos que son profesionales psi y han considerado que sus conversaciones con los usuarios de sus servicios ofrecen distintos niveles de complejidad y sienten una curiosidad genuina por entender cómo ocurre el ejercicio clínico desde los ojos de uno y/o distintos usuarios.

Piénsese en cómo las aproximaciones como la terapia narrativa (White, 2007) y las instituciones de formación en materia de género han logrado una amplia aceptación en los profesionales psi y en cómo se han expuesto las necesidades formativas en estos rubros (Sanabrias-Moreno, 2022), es decir, las dinámicas y relaciones de poder.

Por mi parte, la originalidad que, defiendo, se encuentra en esta investigación y por la cual invito a conocerla es que a través de ella es más fácil entender a los usuarios de los servicios de salud mental como agentes que construyen significado, con más o menos pericia, con más o menos condicionamientos sociales, pero siempre en el ejercicio de una identidad y capacidad diferente y diferenciadora.

REFERENCIAS

- Authier-Revuz, J. (2014). Enunciative heterogeneity. En J. Angermuller, D. Maingueneau, y R. Wodak (Eds.), *The discourse studies reader: Main currents in theory and analysis* (pp. 155-165). John Benjamins Publishing.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford University Press.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge.
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud. (2023, 29 de mayo). *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690237&fecha=29/05/2023
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2006). *Psychiatric power: Lectures at the Collège de France (1973-1974)*. Palgrave Macmillan. (Obra original publicada en 1974).
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1975).
- Greimas, A. (1971). *Semántica estructural*. Gredos.
- Holzman, L., y Genn, E. (2019). Diagnosis: A thousand people speak out. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(1), 48-68.
- <https://doi.org/10.1177/0022167818803478>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Laclau, E., y Mouffe, C. (2001). *Hegemony and socialist strategy*. Verso Books.
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Ley General de Salud. (1984, 7 de febrero). *Diario Oficial de la Federación*. (Última reforma publicada el 7 de junio de 2024).
- Li, R., Zhang, H., Liu, C. Q., y Zhang, L. (2022). Bibliometric and visualized analysis of User Experience Design research: From 1999 to 2019. *Sage Open*, 12(1). <https://doi.org/10.1177/21582440211073574>
- Parker, I. (2005). *Qualitative psychology: Introducing radical research*. Open University Press.
- Parker, I. (2014). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. Routledge. (Obra original publicada en 1992).
- Parker, I. (2015). *Critical discursive psychology*. Palgrave Macmillan. (Obra original publicada en 2002).
- Rose, N. (1985). *The psychological complex: Psychology, politics and society in England (1869-1939)*. Routledge & Kegan Paul.
- Rose, N. (2025). 5E Mental Health? Notes on an emerging style of thought. *Transcultural Psychiatry*, 62(3), 325-340.
- Rose, N., y Abi-Rached, J. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.
- Sanabrias-Moreno, D., Sánchez-Zafra, M., y Zagalaz-Sánchez, M. L. (2022). Análisis de la formación en igualdad de género y compromiso con los estudios del futuro profesorado. *Publicaciones*, 52(2), 77-95.

- <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v52i2.22279>
- Vybíral, Z., Ogles, B. M., Řiháček, T., Urbancová, B., y Gocieková, V. (2024). Negative experiences in psychotherapy from clients' perspectives: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 34(3), 279-292. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2218413>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W.
- W. Norton & Company.
- Žižek, S. (1992). *El sublime objeto de la ideología*. Siglo XXI.
- Žižek, S. (2000). Class struggle or postmodernism? Yes, please! En J. Butler, E. Laclau, y S. Žižek (Eds.), *Contingency, hegemony, universality: Contemporary dialogues in the left* (pp. 90-135). Verso Books.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO DEL DUELO POR SARS-COV2: UN ANÁLISIS CUALITATIVO EN DOS MUJERES MEXICANAS

*Long-term psychological consequences of SARS-CoV-2 grief: A qualitative analysis
in two Mexican women*

Alexis Hernández Stevens^{1*}

Bárbara Pérez Pedraza²

Karla Patricia Valdés García³

Resumen

El presente estudio cualitativo tuvo como propósito describir las consecuencias psicológicas del proceso de duelo en dos mujeres mexicanas que experimentaron la pérdida de un familiar durante la pandemia por SARS-CoV-2. Con base en la metodología de la teoría fundamentada, se realizaron entrevistas a profundidad para explorar los componentes cognitivos, emocionales y conductuales asociados a la vivencia del duelo en un contexto de confinamiento y restricción social. Los resultados mostraron la presencia de emociones intensas como tristeza, soledad, impotencia y enojo, así como pensamientos recurrentes sobre la posible responsabilidad en el contagio y la imposibilidad de despedirse del ser querido por la interrupción de los rituales funerarios. La falta de contacto físico con las redes de apoyo incrementó el malestar emocional, aunque se identificaron factores protectores, como el acompañamiento empático de personas cercanas y la participación en actividades significativas, que favorecieron la resiliencia y el afrontamiento adaptativo. Los hallazgos refuerzan la relevancia de los rituales de despedida y de las estrategias de afrontamiento en la elaboración saludable del duelo, además de aportar evidencia sobre las implicaciones psicológicas de las pérdidas ocurridas durante la emergencia sanitaria.

Palabras clave: Duelo, Afrontamiento, Emociones, SARS-CoV-2, Factores protectores.

Abstract

This qualitative study aimed to describe the psychological consequences of the grieving process in two Mexican women who experienced the loss of a family member during the SARS-CoV-2 pandemic. Based on grounded theory methodology, in-depth interviews were conducted to explore the cognitive, emotional, and behavioral components associated with the experience of grief within a context of confinement and social restriction. Results showed the presence of intense emotions such as sadness, loneliness, helplessness, and anger, as well as recurring thoughts regarding possible responsibility for the infection and the inability to bid farewell due to the interruption of funeral rituals. The lack of physical contact with support networks exacerbated emotional distress; however, protective factors were identified, such as empathetic support and participation in meaningful activities, which favored resilience and adaptive coping. The findings highlight the importance of farewell rituals and coping strategies in healthy grief processing and provide evidence of the psychological implications of losses experienced during the health emergency.

Keywords: Grief, Coping, Emotions, SARS-CoV-2, Protective factors.

¹ Maestrante en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de Coahuila (Méjico). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0956-7392>

* Contacto: alexistevens20@gmail.com

² Docente e investigadora, Departamento de Posgrado en Psicología Clínica – Universidad Autónoma de Coahuila (Méjico). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9685-3814>

³ Docente e investigadora, Departamento de Posgrado Facultad de Psicología – Universidad Autónoma de Coahuila (Méjico). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1681-1954>



Recibido: 01/06/2025. Aceptado: 03/11/2025.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19, ocasionada por el virus SARS-CoV-2, trajo consigo un gran número de decesos humanos, lo que aumentó los síntomas psicológicos y las dificultades entre la población para hacer frente a esta nueva situación. No solo se vio alterada la forma de vivir, sino que también cambiaron las maneras de transitar el duelo, debido a un contexto en el que no era posible mantener los rituales para despedir al ser querido o acercarse a las redes de apoyo, como se hubiera hecho antes (Méndez et al., 2021).

Para octubre de 2022, se habían reportado, a nivel mundial, 624,235,272 casos de personas infectadas por SARS-CoV-2 y 6,555,270 muertes; el 43 % de estas ocurrieron en el continente americano. México se encontraba entre los países más afectados, según la Organización Panamericana de la Salud (2023), lo que puede relacionarse con una gran cantidad de personas atravesando un proceso de duelo al momento de redactar este artículo. Osorio y colaboradores (2022) señalan cómo este proceso repercutió a nivel psicológico, económico y social en la población mexicana.

De acuerdo con Fernández y Gómez (2022), el duelo debe entenderse como un proceso normal de adaptación por el que pasa cualquier ser humano ante la pérdida de un ser querido, y que puede generar interferencia en la vida cotidiana del individuo. Entre las razones por las cuales la persona que atraviesa este proceso ve alterada su rutina diaria, se encuentran la modificación de las actividades que realizaba comúnmente con el ser perdido y el dolor mismo asociado al duelo (Aguinaga y Pérez, 2022).

En el caso de las personas que vivieron la pandemia por SARS-CoV-2, atravesaron una situación especialmente difícil debido a la modificación de los rituales funerarios y las alteraciones en las dinámicas sociales, lo que pudo llevar a una alteración del proceso de duelo

(Neimeyer y Lee, 2022). Aunque no requiere atención por sí mismo, el duelo puede llegar a prolongarse y requerir atención psicológica para tratar los síntomas derivados del mismo (Stroebe et al., 2007).

Si bien en algunos estudios aún se utiliza el modelo de etapas del duelo (Sinaei et al., 2024), otros autores han señalado la ineeficacia de esta forma de conceptualizar el proceso, incluso advirtiendo que puede resultar potencialmente dañina al no considerar la singularidad de cada caso (Avis et al., 2021).

Es importante destacar que la atención clínica y la intervención no siempre están indicadas. Antes de intervenir, es necesario considerar las capacidades de afrontamiento de la persona que atraviesa el duelo. Aunque en este estudio se centra la atención en el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, este puede surgir a partir de cualquier cambio significativo en la vida del individuo que implique adaptarse a una nueva situación (Stroebe et al., 2017).

Como parte de la respuesta psicológica ante la pérdida de un ser querido, pueden presentarse sentimientos de preocupación, añoranza o dolor profundo (Aguinaga y Pérez, 2022). También es común encontrar emociones como tristeza, ira, culpa, negación, dificultad para aceptar la muerte, incapacidad para experimentar emociones positivas y aturdimiento entre las personas que atraviesan un proceso de duelo (Salas et al., 2021).

Diversos autores han señalado los efectos psicológicos negativos que tuvo la pandemia sobre la salud mental de la población general (Áspera et al., 2021; Huarcaya, 2020), entre los que se observaron mayores niveles de depresión, ansiedad, desesperanza, estrés y conductas desadaptativas en general (Aguilar y Arciniega, 2022; Fabila y Montaño, 2022).

Entre estas conductas desadaptativas se encontró que la evitación, la rumiación y la supresión mantuvieron los síntomas por más

tiempo, lo que se relacionó con la ausencia de estrategias de afrontamiento directas y centradas en el problema (Vizioli, 2022). Asimismo, se observó que los síntomas de duelo se asociaban con un alto nivel de estrés sostenido en el tiempo (Barraza, 2020) y que entre los miedos más comunes se encontraban el temor a la muerte y al aislamiento social (Peña y Montaño, 2022).

Otros estudios refirieron que algunas personas experimentaron sentimientos de culpa por no haber actuado de manera distinta para salvar a su familiar fallecido, por negarse a aceptar su partida o por no poder perdonarse el “haber llevado el virus a casa”. Además, manifestaron un profundo malestar debido a la dificultad para despedirse presencialmente de su ser querido y por no poder acceder normalmente a sus redes de apoyo (Chávez y Heredia, 2021).

Finalmente, entre los factores protectores más relevantes para transitar el duelo de manera saludable se encuentran las estrategias de afrontamiento adaptativas, la realización de rituales funerarios para despedir al ser querido, las redes de apoyo familiares y las creencias religiosas (Romero et al., 2023; Salas et al., 2021).

En esta investigación se tomó como referencia la teoría de la terapia cognitivo-conductual para recopilar la información de las participantes. Desde este modelo se considera que las emociones no provienen directamente de las situaciones a las que se enfrenta el individuo, sino de la interpretación que hace de ellas (Beck y Fleming, 2021).

En personas con duelo se ha identificado que las atribuciones negativas acerca del evento y de sí mismas repercuten de manera desfavorable en sus emociones, modificando el proceso del duelo y la aceptación de la pérdida (Carmona, 2009). Aunque esta investigación no se centró en realizar una intervención terapéutica, sino en conocer la experiencia de las personas dolientes y sus características, sí se consideró importante contar con un marco de referencia explicativo de los posibles síntomas o características para guiar la

recopilación de la información.

En cuanto al enfoque metodológico, se utilizó la teoría fundamentada descrita por Mejía (2011), la cual propone transcribir la entrevista antes de realizar un análisis exhaustivo de la información, con el fin de obtener los datos más útiles para los objetivos de la investigación.

El objetivo de este estudio fue describir las consecuencias psicológicas derivadas del proceso de duelo en el contexto del SARS-CoV-2. Este trabajo aporta evidencia sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo del duelo por COVID-19 en mujeres mexicanas, destacando el papel de los factores protectores culturales y sociales. Su enfoque cualitativo ofrece una base para futuras intervenciones adaptadas al contexto mexicano.

MÉTODOLOGÍA

Objetivo y tipo de estudio

El objetivo de este estudio fue examinar, desde una perspectiva cualitativa, las consecuencias psicológicas a largo plazo del duelo en dos mujeres mexicanas que enfrentaron la pérdida de un familiar directa durante la pandemia por SARS-CoV 2, mediante la aplicación de entrevistas en profundidad orientadas a comprender los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en su experiencia de pérdida.

Se realizó una investigación cualitativa basada en el enfoque de teoría fundamentada, que busca generar una teoría a partir de un análisis exhaustivo de los datos mediante la generación de categorías iniciales, la identificación de conceptos y la creación de subcategorías y códigos para describir y explicar el fenómeno estudiado a través de la relación entre categorías (Mejía, 2011). Este método se utiliza cuando existe dificultad para explicar un fenómeno a partir de las teorías predominantes y sigue una secuencia inductiva (Rodríguez, 2019). Se eligió este tipo de estudio debido a la escasa información existente sobre las

consecuencias psicológicas a largo plazo en mujeres mexicanas que vivieron un proceso de duelo durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Se empleó este método por su capacidad para explorar fenómenos desde la experiencia directa de quienes los han vivido. Dentro de esta teoría no se trabaja con muestras específicas de participantes, sino que se busca un acercamiento más profundo a la experiencia mediante la aplicación de métodos de recogida de datos cualitativos, como la entrevista a profundidad (Rodríguez, 2019). Aunque no se trabaja con un número específico de participantes, se han reportado estudios con la misma metodología en los que se aborda un caso único (Salas et al., 2021).

Es importante señalar que este estudio pretende aproximarse a la experiencia de personas que sufrieron una pérdida significativa durante la pandemia por SARS-CoV-2 y que, al momento de la investigación, aún presentan consecuencias psicológicas. El objetivo es contribuir a una mejor comprensión del fenómeno que continúa afectando a quienes pasaron por esta experiencia y motivar futuras investigaciones sobre el tema.

Participantes

La muestra se conformó por dos participantes de sexo femenino seleccionadas mediante un muestreo intencional. Los criterios de inclusión consistieron en haber perdido a un familiar cercano durante la pandemia por SARS-CoV-2 y tener más de 18 años.

Los criterios de exclusión fueron contar con un diagnóstico de trastorno mental, no firmar el consentimiento informado o no otorgar su consentimiento verbal expresamente grabado en audio antes de iniciar la entrevista.

La primera participante tenía 50 años al momento de la investigación, trabajaba en la coordinación de una institución universitaria en el estado de Coahuila y perdió a su madre y a su padre durante la pandemia a causa del SARS-CoV-2. La

segunda participante tenía 49 años al momento de la investigación, residía en San Luis Potosí, por lo que la entrevista se realizó por videollamada; trabajaba en un restaurante y perdió a su madre durante la pandemia por SARS-CoV-2 a causa de la enfermedad.

Aspectos éticos

En esta investigación se siguieron los lineamientos del Código Ético del Psicólogo Mexicano (Morquecho et al., 2022), atendiendo a los principios de respeto, responsabilidad y confidencialidad descritos en sus capítulos II y III. Asimismo, se cumplió con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título Segundo, Capítulo I, artículos 13 al 22), garantizando la obtención del consentimiento informado y la protección del anonimato de las participantes. Estos criterios aseguraron el resguardo ético y legal de la información recabada durante el estudio. Así mismo, el presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Instrumento / Técnica

Se aplicó una entrevista a profundidad con la finalidad de conocer la experiencia de las participantes durante la pandemia y cómo parte de esa vivencia había influido en su situación actual, así como las consecuencias psicológicas que pudieron haber surgido a partir de ello. También se exploró la experiencia de la pérdida del familiar, las redes de apoyo con las que contaban en ese momento, el proceso de duelo y la perspectiva actual acerca de la pérdida.

Para este tipo de entrevista no se utiliza una estructura de preguntas preestablecidas, sino que se realiza una serie de preguntas abiertas que sirven como guía y pueden modificarse a lo largo de la conversación (Giraldo, 2011).

Algunos ejemplos de preguntas fueron: ¿Qué emociones sintió después de la pérdida? ¿Qué hizo

inmediatamente después de la pérdida del ser querido? ¿Contaba con alguna red de apoyo? ¿Cuál es su percepción actual acerca de la pérdida? ¿Qué emociones tiene actualmente respecto a la pérdida?

Procedimiento

Se lanzó una convocatoria en formato electrónico a través de las redes sociales Facebook y WhatsApp. La participación de las participantes fue voluntaria, y se les informó acerca del objetivo de la investigación y del procedimiento a seguir. Antes de iniciar las entrevistas, se estableció una cita previa con un tiempo estimado máximo de dos horas para concluir la sesión. Asimismo, se comunicó que el audio de la entrevista sería grabado y se procedió a la firma de un consentimiento informado en el que se explicaba este punto.

Una de las entrevistas se realizó de manera presencial en la ciudad de Saltillo, Coahuila, y la otra a través de videollamada por WhatsApp desde la ciudad de San Luis Potosí, San Luis Potosí. En el caso de la entrevista realizada por videollamada, el documento de consentimiento informado fue enviado por vía electrónica, impreso y firmado por la participante, y posteriormente escaneado y devuelto antes de iniciar la entrevista.

Plan de Análisis

La información obtenida de las grabaciones de las entrevistas fue transcrita textualmente, preservando la redacción original de las participantes. Posteriormente, los datos se organizaron siguiendo la estructura propuesta por Mejía (2011), dividiéndose en ejes de análisis, categorías y códigos. Esta fase de reducción de datos permitió sistematizar la información y facilitar su manejo durante las etapas posteriores del análisis.

A continuación, se realizó un análisis descriptivo, en el cual se examinaron las categorías y códigos identificados para detectar patrones, tendencias y relaciones significativas dentro del discurso de las participantes. Posteriormente, se efectuó un análisis sintético, enfocado en la integración y síntesis de los hallazgos, con el fin de construir interpretaciones teóricas que explicaran los significados subyacentes en los datos.

Este procedimiento se aplicó de manera consistente en ambos casos analizados, lo que permitió la comparación sistemática de los resultados y la identificación de similitudes y diferencias entre las participantes.

En la Tabla 1 se muestran las categorías de análisis y las definiciones que se utilizaron dentro de este estudio.

TABLA 1
Definiciones de categorías de análisis

Categoría	Definición conceptual	Definición operativa
Ritual funerario	Según Torres (2006) un ritual funerario se define como una práctica sociocultural derivada de la muerte de alguien y asociada a un conjunto de actividades con la finalidad de atenuar el dolor y que dependerá de la percepción que se tenga de la vida y la muerte en una determinada sociedad.	Prácticas asociadas a la pérdida del ser querido y derivadas de esta como las misas realizadas a su nombre, funerales o reuniones con el objetivo de despedirse de él.
Afrontamiento	Montaño (2022) explica el afrontamiento como el esfuerzo cognitivo y conductual que se realiza para intentar resolver la fuente de estrés o cumplir con la demanda que lo genera. Estos esfuerzos pueden ser adaptativos o desadaptativos.	Conductas realizadas por el sujeto después de la pérdida para manejar el dolor de la pérdida o las emociones y el malestar emocional que surgió después de la muerte del ser querido.
Factores de protección	Mason (2020) describe que los factores de protección son los factores que promueven una mayor adaptación después del suceso estresante e influye en el menor desarrollo de síntomas graves.	Conductas realizadas por el sujeto que influyeron en que los síntomas no aumentaran o que promovieron una mayor sensación de bienestar.
Consecuencias psicológicas	Broche et al. (2020) refieren como consecuencias psicológicas las reacciones negativas a nivel psicológico que surgen después de un evento estresante y que generan malestar en el sujeto.	Emociones desagradables referidas por el sujeto que surgieron asociadas a la pérdida del familiar y que se mantenían al momento de la investigación.

Fuente: Elaboración propia.

Una vez concluida esta fase del análisis, se procedió a generar los enunciados descriptivos de cada categoría identificada en el texto, con el fin de facilitar su posterior integración en el análisis de los datos obtenidos a partir de la entrevista.

RESULTADOS

Se presentan primero las emociones identificadas entre las participantes. En los resultados se observa que, de manera general, ambas entrevistadas

refirieron haber experimentado emociones de estrés, cansancio, miedo, preocupación, incomodidad y soledad durante la pandemia. Por otro lado, las emociones predominantes después de la pérdida del ser querido fueron tristeza profunda, soledad, impotencia y, en menor medida, enojo.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se presentan las principales emociones identificadas en las participantes, clasificadas por categoría y código, e ilustradas con ejemplos extraídos de su discurso.

TABLA 2
Emociones relacionadas al duelo

Categoría	Código	Discurso
Emociones angustiantes	Estrés	P1 "...me preocupaba por mi papá... Fue estresante..."
	Miedo	P2 "...a mí no me daba miedo contagiarlo, lo que me daba miedo era contagiarlos a ellos o sea las personas que estaban cerca de mí..."
	Preocupación	P1...era como preocupante, si me asustaba, me asustaba, me preocupaba por mi papá...
Emociones de tristeza	Incomodidad	P1 "...De manera general fue... pues fue incomoda..."
	Cansancio	P1 "...Si estaba enojada mucha parte del tiempo, preocupada a veces...ah y cansada...bueno, esa no es emoción, pero sí..."
	Soledad	P2 "... la Navidad...sola...aja... (se le quiebra un poco la voz) ya después me preguntaban, pero pues como que en estos momentos no hay nada que te... consuele..."
	Tristeza	P1 "...Tu estas sumido en tu dolor, en tu tristeza, en tu depresión, en tu...todo, y los días pasan...los días pasan, la vida se va..."
Emociones de enojo	Enojo	P1...Estoy enojada con los dos... Y lo siguiente que me he descubierto... Lo digo enojada...
	Impotencia	P2... Mucha impotencia porque... enojada hasta cierto punto con él...

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3 se observa que una de las participantes presentó pensamientos recurrentes acerca del momento del contagio y de su responsabilidad sobre el evento, mientras que en la

otra se identificaron pensamientos asociados con la dificultad para aceptar la pérdida e incredulidad acerca del evento y de la situación en la que ocurrió.

TABLA 3
Consecuencias cognitivas

Categoría	Código	Discurso
Pensamientos recurrentes	Búsqueda de explicaciones	P1: "Me preguntaba qué hice mal o cómo se contagió..."
Dificultad de aceptación	Negación de la pérdida	P2: "No podía creer que se hubiera ido así, sin despedirnos..."

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 se observa que ante la ausencia de rituales funerarios tradicionales dificultó el duelo en la primera participante, mientras que la creación

de rituales simbólicos permitió un cierre emocional parcial en la segunda.

TABLA 4
Ritual funerario

Categoría	Código	Discurso
Ausencia de ritual	Imposibilidad de despedida	P1: "No hubo velorio... sentí que no había cerrado ese ciclo."
Necesidad simbólica	Reinterpretación del adiós	P2: "Encendía velas en su nombre, era mi forma de despedirme."

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5 se observa que entre los factores de afrontamiento y protección se destacaron actividades significativas, apoyo social cercano y

creencias religiosas, favoreciendo la resiliencia en las participantes.

TABLA 5
Factores de afrontamiento y protección

Categoría	Código	Discurso
Estrategias conductuales	Actividad significativa	P2: "El teatro me ayudó a desahogarme, era como terapia."
Apoyo social	Presencia y escucha	P1: "Hablar con mis amigas me hacía sentir acompañada."
Creencias religiosas	Fe como sostén emocional	P2: "Sentía que Dios me daba fuerza para seguir."

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 6 se observan los cambios en la percepción del presente y crecimiento personal en las participantes. Mientras que en primera participante se hizo patente la revalorización del

presente con su familia, en la segunda se pone de manifiesto una sensación de fortaleza y resiliencia después de comenzar a superar la perdida.

TABLA 6
Cambios en la percepción de la vida

Categoría	Código	Discurso
Revalorización del presente	Apreciar el tiempo con los seres queridos	P1: "Ahora valoro más los momentos simples con mi familia."
Transformación personal	Fortaleza y resiliencia	P2: "Aprendí que soy más fuerte de lo que pensaba."

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio permiten profundizar en la complejidad del duelo en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, confirmando que las condiciones de restricción sanitaria no solo alteraron los rituales de despedida, sino que exacerbaron la sintomatología emocional y cognitiva en los deudos. A diferencia de un proceso de duelo normativo, las experiencias de las participantes reflejan cómo la "prohibición del acompañamiento" generó un escenario de aislamiento que, consistente con lo reportado por Huarcaya (2020) y Aspera et al. (2021), potenció emociones de soledad, impotencia y estrés agudo.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, un hallazgo central de esta investigación fue la presencia de pensamientos recurrentes relacionados con la culpa y la causalidad del contagio, tal como se evidenció en los resultados sobre las consecuencias cognitivas. Según el modelo de Beck y Fleming (2021), citado en este trabajo, el malestar no deriva únicamente de la pérdida, sino de la interpretación catastrófica o de auto-reproche sobre el evento. En el caso de la primera participante, la rumiación sobre "qué se hizo mal" ilustra cómo la incertidumbre del virus facilitó atribuciones internas negativas que obstaculizan la aceptación de la pérdida. Esto sugiere que, en el duelo por COVID-19, la reestructuración cognitiva es un componente clínico crítico, dado que las narrativas de culpa pueden cronificar el duelo al impedir la

integración de la experiencia.

Asimismo, el análisis comparativo entre las participantes resalta el papel fundamental de los rituales funerarios como organizadores psíquicos ante la muerte. La ausencia de rituales tradicionales (velorios, misas de cuerpo presente) dejó a los deudos sin un espacio de validación social del dolor, un fenómeno que Neimeyer y Lee (2022) asocian con complicaciones en el proceso de duelo. Resulta significativo observar que, mientras la ausencia total de despedida generó una sensación de "ciclo abierto" y dificultad de aceptación en una de las participantes, la capacidad de la segunda participante para generar rituales simbólicos (e.g., encendido de velas, reinterpretación del adiós) actuó como un mecanismo de afrontamiento adaptativo eficaz. Esto corrobora que, ante la imposibilidad de los ritos culturales habituales, la flexibilidad cognitiva para resignificar la despedida es un factor protector determinante.

En cuanto a los factores protectores, los resultados subrayan la relevancia de la cultura y la red de apoyo en el contexto mexicano. A pesar del distanciamiento físico, el acompañamiento empático mediado por tecnología y la red de amigos funcionaron como amortiguadores del estrés, alineándose con lo expuesto por Romero et al. (2020) sobre la resiliencia comunitaria. De igual forma, las creencias religiosas emergieron no solo como un sistema de valores, sino como una estrategia de afrontamiento emocional que proveyó consuelo y sentido frente a la impotencia de la crisis

sanitaria.

Finalmente, es crucial destacar que, a largo plazo, el proceso no culminó únicamente en la resignación, sino en un fenómeno de crecimiento postraumático. Las categorías emergentes sobre la "revalorización del presente" y la "fortaleza personal" indican que, aun tras pérdidas traumáticas y en aislamiento, es posible transitar hacia una reestructuración de prioridades vitales. Esto valida la noción de que el duelo es un proceso dinámico de adaptación que, apoyado en recursos conductuales significativos (como el teatro o actividades expresivas), permite recuperar la funcionalidad y el bienestar.

CONCLUSIONES

La presente investigación cualitativa aporta evidencia detallada sobre cómo la pandemia por SARS-CoV-2 configuró un tipo de duelo singular, caracterizado por la interrupción abrupta de las coordenadas sociales y rituales que habitualmente sostienen a los dolientes. Se concluye que las consecuencias psicológicas a largo plazo en estas mujeres mexicanas no se limitaron a la tristeza reactiva, sino que involucraron una compleja elaboración cognitiva marcada por la culpa y la necesidad de cierre ante la ausencia de cuerpo y despedida. Las experiencias narradas por las participantes muestran que la pandemia por SARS-CoV-2 afectó tanto el duelo inmediato como su evolución a largo plazo. La ausencia de rituales y de contacto con redes de apoyo incrementó el malestar, mientras que estrategias de afrontamiento adaptativo, apoyo social y creencias religiosas funcionaron como factores protectores. Este estudio subraya la relevancia de los recursos socioculturales y de la perspectiva cognitivo-conductual para comprender y acompañar el duelo prolongado, ofreciendo evidencia útil para futuras intervenciones psicológicas adaptadas al contexto mexicano.

Se identificó que la severidad de las secuelas psicológicas está mediada por la capacidad del individuo para flexibilizar sus estrategias de afrontamiento. Específicamente, la transición de la rumiación y la negación hacia la aceptación estuvo facilitada por dos ejes principales: 1) la implementación de rituales sustitutivos o simbólicos que permitieron externalizar el dolor en ausencia de funerales tradicionales, y 2) la activación de redes de apoyo y recursos espirituales que contrarrestaron el aislamiento físico.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos sugieren que las intervenciones psicológicas dirigidas a población mexicana en duelo por COVID-19 no deben centrarse únicamente en la ventilación emocional. Es imperativo integrar técnicas de reestructuración cognitiva para abordar las atribuciones de culpa y responsabilidad en el contagio, así como fomentar la creación de rituales de despedida extemporáneos que faciliten el cierre del ciclo vital.

Si bien la naturaleza de estudio de caso limita la generalización de los datos, la profundidad del análisis fenomenológico ofrece una comprensión situada y culturalmente relevante de los mecanismos de resiliencia. Este estudio invita a futuras investigaciones a explorar cómo las estrategias de afrontamiento identificadas (significación religiosa y revalorización del presente) evolucionan con el tiempo, consolidando modelos de atención sensibles a las particularidades del duelo en contextos de crisis sanitaria global.

REFERENCIAS

- Aguilar Maita, A. P., y Arciniega Carrión, A. C. (2022). Secuelas psicológicas post COVID-19. *RECIAMUC*, 6(2), 365-374. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.2.mayo.2022.365-374>

- Aguinaga-Arcos, S. N., y Pérez-Mori, D. N. (2022). Duelo y duelo complicado: Una revisión de la literatura científica en el tiempo. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 2(1), 197-204.
<https://doi.org/10.46363/jnph.v2i1.4>
- Aspera-Campos, T., León-Hernández, R. C., y Hernández-Carranco, R. G. (2021). Niveles de depresión, ansiedad y estrés en una muestra mexicana durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 12(1), 46-57.
<https://revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/404>
- Avis, K. A., Stroebe, M., y Schut, H. (2021). Stages of grief portrayed on the internet: A systematic analysis and critical appraisal. *Frontiers in Psychology*, 12, 772696.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.772696>
- Barraza Macías, A. (2020). *El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana*. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S., y Fleming, S. (2021). A brief history of Aaron T. Beck, MD, and cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology in Europe*, 3(2), Article e6701.
<https://doi.org/10.32872/cpe.6701>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Fernández-Castillo, E., y Rodríguez-Martín, B. C. (2020). Gender and work attention during the COVID-19 pandemic in Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, 1-19.
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3792>
- Carmona Portocarrero, C. I. (2009). Análisis de un caso de duelo patológico desde la Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de Psicología da IMED*, 1(2), 231-242.
- <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2009.v1i2.32>
- Fabila Lucero, H. A. (2021). Las pérdidas y el duelo en tiempos de pandemia. *Clínica Contemporánea*, 12(1), e5.
<https://doi.org/10.5093/cc2021a3>
- Fernández-Fernández, R. (2020). El duelo y sus etapas: un análisis psicológico. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 25(2), 115-125.
- Giraldo Prato, M. (2011). Abordaje de la investigación cualitativa a través de la teoría fundamentada en los datos. *Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*, 2(6), 79-86.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215021914006>
- Guarnizo Chávez, A. J., y Romero Heredia, N. A. (2021). Determinantes sociales y salud mental en el manejo del duelo en tiempos de la COVID-19. *MediSur*, 19(1), 1-10.
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4734>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., y Buck, H. G. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 14(1), 20-31.
<https://doi.org/10.5590/JSBHS.2020.14.1.02>
- Mejía Navarrete, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1(1), 47-60.
<http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/realmis/article/view/11>
- Méndez Salazar, V. (2021). El duelo en tiempos de COVID-19. *El Hilo Analítico*, (8), 15-22.

- Montaño, S. A., y Walteros, A. (2020). Efectos de la pandemia en la salud mental de la población general. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 1-15.
- Morquecho Güitrón, R. (Coord.). (2021). *La ética en la investigación y la intervención psicológica: Desafíos ante la pandemia*. Universidad de Guadalajara.
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79-91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Neimeyer, R. A., y Lee, S. A. (2022). Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. *Death Studies*, 46(1), 34-42. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1896459>
- Osorio Guzmán, M. (2020). La psicología ante la pandemia de COVID-19. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(3), 345-356.
- Pan American Health Organization. (2022). *The COVID-19 pandemic in the Region of the Americas*. <https://www.paho.org>
- Peña-Villamar, M., y Hernández-Montaño, A. (2022). Intervención cognitivo conductual en duelo por muerte inesperada por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 47(2). <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3068>
- Rodríguez Martínez, D. I. (2021). *Duelo en pandemia: Un estudio de caso bajo una mirada cognitivo-conductual* [Trabajo inédito]. ResearchGate.
- Romero Acosta, K., y Ruiz, M. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 180-188.
- Salas-Méndez, Z. K., y Salas-Rodríguez, D. I. (2021). Duelo en pandemia: Un estudio de caso bajo una mirada cognitivo-conductual. *Políticas Sociales*, 11-12. <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/29>
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sinaei, M., Saberi, M., Tabatabaei, S. S., Moradi, M., Bavandi, F., y Raesi, R. (2024). Emotional changes in hospitalized patients in the COVID-19 ward: Elizabeth Kübler-Ross theory as an analytical framework. *The Open Public Health Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.2174/0118749445274531231123063858>
- Stroebe, M., Schut, H., y Boerner, K. (2017). Models of coping with bereavement: An updated overview. *Studies in Psychology*, 38(3), 582-607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
- Stroebe, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Torres, A. (2021). El duelo en tiempos de pandemia: Una revisión teórica. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 22(1), 58-69.
- Vizioli, N. A., y Pagano, A. E. (2020). Vivencias y emociones en el contexto de la pandemia COVID-19. *Revista ConCiencia EPG*, 5(2), 64-81. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.5-2.5>

JUBILACIÓN Y SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES: ANÁLISIS DE RELEVANCIA DE UN PROYECTO DE VIDA PARA EL RETIRO EN JUBILADOS DE LA UNIVERSIDAD DE COLIMA

Retirement and Mental Health among Older Adults: An Analysis of the Relevance of a Life Project for University of Colima Retirees

Alejandra Grajeda Gutiérrez^{1*}

José de Jesús Mercado Schulte²

Dulce Viviana Corona Sánchez³

Resumen

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la depresión en las personas mayores se ha establecido como un trastorno mental común, siendo este grupo uno de los más afectados. Se adoptó una perspectiva de abordaje biopsicosocial en una investigación de tipo cualitativo, descriptivo y transversal, con un enfoque fenomenológico. El objetivo fue analizar los efectos de la jubilación y del proyecto de vida para el retiro laboral en relación con la salud mental de las personas mayores pertenecientes a la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima. Los resultados mostraron que las y los participantes expresaron un contraste entre su vida laboral activa y la jubilación, destacando expresiones de libertad y tranquilidad, así como un estado de bienestar físico y psicoemocional. Asimismo, se identificó que permanecen ocupados en actividades que disfrutan. Se concluyó que definir un proyecto de vida para el retiro laboral resulta significativo. Si bien se identificó que las personas entrevistadas no desarrollaron uno previo o posterior a su jubilación, manifestaron mantenerse activas, con planes y proyectos en mente. No se identificó sintomatología asociada a un diagnóstico de depresión; sin embargo, a partir de las reflexiones, no se descarta su posible presencia en poblaciones con características diferentes a las de este grupo participante.

Palabras clave: Depresión, Jubilación, Salud mental, Proyecto de vida, Personas mayores, Biopsicosocial.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO, 2023), depression among older adults has been recognized as a common mental disorder, with this population being among the most affected. A biopsychosocial approach was adopted within a qualitative, descriptive, and cross-sectional design using a phenomenological framework. The objective was to analyze the effects of retirement and life planning for labor withdrawal in relation to the mental health of older adults belonging to the Association of Retirees and Pensioners of the University of Colima. The results indicated that participants expressed a clear contrast between their active working life and retirement, highlighting expressions of freedom and tranquility, as well as a state of physical and psychoemotional well-being. It was also found that they remain engaged in activities they enjoy. It was concluded that defining a life project for retirement is meaningful. Although the participants had not developed one either before or after retirement, they reported remaining active, with plans and projects in mind. No symptoms associated with a diagnosis of depression were identified; however, based on participants' reflections, its possible presence cannot be ruled out in populations with characteristics different from those of this group.

Keywords: Depression, Retirement, Mental health, Life project, Older adults, Biopsychosocial.

* Contacto: alejandrag017@gmail.com

¹ Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología – Universidad de Colima (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8197-6598>

² Maestría en Psicología Clínica y Maestría en Desarrollo Organizacional y Humano – Universidad de Colima y UNIVA (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1783-9529>

³ Maestría en Psicología Clínica, Maestría en Gerontología y Maestría en Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica – Universidad de Colima e ISEO (México).



Recibido: 10/08/2025. Aceptado: 14/11/2025.

INTRODUCCIÓN

La jubilación puede llegar a ser una de las transiciones más significativas en convergencia con la adultez tardía, ya que implica cambios considerables en la cotidianidad de la persona, en su medio social, financiero e incluso en la identidad personal, aunado a la salud mental y lo que esta abarca. Si bien este momento puede percibirse como una etapa de descanso y/o libertad, también puede traer sentimientos de pérdida, de vacío o de inutilidad; considerando que el trabajo puede llegar a ser el eje sobre el cual gira la vida de una persona, involucrando ahí su sentido y pertenencia de vida.

En este sentido, Cornachione (2016, p. 168), menciona: “La pérdida de roles, la falta de lugar, tienen una connotación importante en la cultura, porque se relaciona con la sensación de ya no servir más”. Referenciando a esto una cultura productivista, que tiende a la marginación de aquellos que ya no tienen la capacidad, o no como se esperaría, de producir y contribuir a la sociedad misma; siendo esta quien estimula y crea tales conflictos, así como sentimientos de inutilidad y aislamiento en esta población, en vez de integrar y ayudar a dar una resolución y nueva integración adecuada a estas personas.

De la mano con lo anterior, la autora también expresa que: “El viejo pierde su identidad, su libertad y disminuye su nivel de autoestima a raíz de dejar de ser productivo para este sistema” (pp. 168-169). A esto menciona que el pasar de un estado productivo a un estado de ocio improductivo, genera rupturas, destacando la ruptura del jubilado con su grupo de pertenencia, pues le daba sentido; y al salirse de ese medio, hay una pérdida de identidad y disminución de autoestima, propiciando la marginación, introspección, aferrarse al pasado, aparición de sentimientos de inferioridad, y aquí se agregaría también la sintomatología asociada al diagnóstico de depresión. La identidad se ha centrado en el trabajo como un eje fundamental.

Diversas investigaciones han referido que la finalización de una vida laboral activa puede incrementar la vulnerabilidad de padecer síntomas asociados a un diagnóstico de depresión, pudiendo ocurrir de manera abrupta o forzada, sin haber tenido la oportunidad de mentalizarse y/o de desarrollar un proyecto de vida para el retiro que pueda dar continuidad y propósito a su vida (Hermida et al., 2024; Ambriz et al., 2024; Vilageliu, 2025).

A partir de lo anterior, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), la depresión se ha establecido como un trastorno mental común. Esta puede afectar a cualquier persona, impactando en todos los ámbitos de su vida, considerando que el haber vivido eventos de gran impacto emocional (como abusos, pérdidas, o cualquier evento estresante) aumenta la probabilidad de padecer dicho trastorno. Resaltando también que son las mujeres más propensas a la depresión que los hombres.

Por lo tanto, se destaca la relevancia de análisis en población a partir de los 60 años (que es la edad en que comienza la vejez, de acuerdo con Filatelia el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019), ya que: “La Organización Mundial de la Salud reporta que en la actualidad la depresión afecta a más de 300 millones de personas, siendo las personas mayores uno de los grupos más afectados” (INAPAM, 2021).

Considerando lo anterior, Ambriz et al. (2024), mencionan que el envejecimiento “no solo trae consigo cambios bioquímicos, sino también biopsicosociales -donde la salud mental de la persona- puede verse afectada de manera positiva o negativa manifestándose como depresión, ansiedad o estrés en el adulto mayor”.

Expresando también estos autores que, desde la perspectiva geriátrica, donde el componente multifactorial de la depresión comprende desde el deterioro en el estado de salud, el cambio en el rol social y/o económico, el cese de actividades

cotidianas, hasta la falta de red de apoyo a la persona; este trastorno llega a ser uno de los más prevalentes. Aumentando esto el riesgo de morbilidad ante enfermedades físicas y que puedan agregarse a otros trastornos mentales o del estado de ánimo.

Es aquí donde se considera un impacto entre la convergencia de la jubilación y la vejez. Ante el inminente progreso del envejecimiento, se suman los posibles cambios socioeconómicos, como lo es la jubilación, reflexionando Ambriz y colaboradores que esto puede ser un parteaguas en la vida social y emocional del adulto mayor.

A partir de lo anterior, con la jubilación y la vejez, la vida no termina ahí, como bien lo postulaban Cumming y Henry en 1961, en su teoría de la desvinculación; en la cual expresaron que es una necesidad el reducir la participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la edad, ya que la tarea principal al envejecer es ir abandonando gradualmente y de la mejor manera posible, aquellas actividades y/o roles en los que la persona se desempeñaba (Petretto et al., 2016)).

Así mismo, Petretto y colaboradores, analizando esta teoría, mencionan: “Según Cumming, el envejecimiento activo se define como el deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte”. Sin embargo, surge una contrapropuesta, con la teoría de la actividad de Robert Havighurst (1961), siendo el primer autor en emplear el concepto de envejecimiento activo, y definió por primera vez lo que es el envejecimiento con éxito, describiéndolo en términos de felicidad y satisfacción vital.

Considerando también esta teoría, Petretto y colaboradores, mencionan que, según Havighurst, el envejecimiento activo puede ser interpretado como una adhesión continua a las actividades y a las actitudes de las personas de mediana edad, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo.

De la mano con esto, se referencia a Robert Atchley y las etapas de la jubilación, propuestas en 1989: 1) Prejubilación, 2) jubilación: a) Luna de miel, b) rutina y c) descanso; 3) desencanto, 4) reorientación, 5) estilo de vida rutinario y 6) fase final (como se citó en Cornachione, 2016, pp. 170-171); cobrando estas especial importancia para entender las experiencias de jubilación.

Es precisamente la etapa de “desencanto” donde las personas se dan cuenta de que algunas o la mayoría de las fantasías que tenían para la jubilación no se cumplen como lo pensaban. Lo descrito en esta permite entender cómo pueden llegar a ser algunas vivencias, y es donde se visualiza un posible inicio de sintomatología asociada al diagnóstico de depresión.

De acuerdo con De La Torre (2025), “el envejecimiento saludable se ha convertido en un tema de gran relevancia en la sociedad actual, ya que implica no solo la ausencia de enfermedades, sino también el mantenimiento de un buen estado físico, mental y social a lo largo de los años”.

El proceso de envejecimiento puede variar de una persona a otra, y como bien lo menciona De La Torre, los factores biopsicosociales influyen en su vivencia. En este sentido, en la población gerontológica, padecer depresión pudiera llegar a atribuirse a la edad, mayormente; sin embargo, como se mencionaba, la vejez también supone ciertos cambios y crisis, los cuales, pueden convertirse en factores de riesgo para este trastorno. Por ello, en el presente trabajo se consideró el abordaje con una perspectiva biopsicosocial, factores que conforman la salud mental.

Por otra parte, una estereotipación de la vejez negativa se vincula con menores niveles de satisfacción vital (López et al., 2020). En relación con De La Torre, la percepción que se puede tener sobre la vivencia de la vejez puede llegar a ser determinante, tanto en la experiencia futura como la visión que se tiene para con las personas cercanas en esta etapa.

A partir de todo lo anterior, se planteó el siguiente supuesto de investigación, en el cual se buscaba que las personas jubiladas y en etapa de vejez, tuvieran una percepción en mayor o menor grado displacentera sobre su salud mental y la vivencia de la jubilación, considerando una posible ausencia de proyecto de vida para el retiro laboral; es decir, que la población percibiera incomodidad o complicaciones en algunas o casi todas las áreas de su vida a partir de haberse jubilado y no contar un proyecto de vida para esta etapa.

Por lo tanto, se buscó la presencia de sintomatología asociada al diagnóstico de depresión, definiendo los siguientes aspectos a indagar: proyecto de vida para el retiro laboral, experiencia con la jubilación, salud mental y física, finanzas y redes de apoyo social. Se ha observado que el mantenerse ocupados, contar con redes de apoyo sólidas, percibir un buen estado de salud y estabilidad económica son los factores principales que ayudan a afrontar y/o prevenir la presencia de sintomatología asociada al diagnóstico de depresión.

METODOLOGÍA

Este trabajo es de corte cualitativo, descriptivo, transversal con método fenomenológico. El objetivo fue analizar los efectos de la jubilación y del proyecto de vida para el retiro laboral en relación con la salud mental de las personas mayores pertenecientes a la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima.

Para ello se realizó un guion de entrevista semiestructurada, llevándola a cabo en un solo contacto con cada participante. Se indagó en cinco aspectos de su vida: jubilación, proyecto de vida para el retiro laboral, salud mental y física, finanzas y redes de apoyo social. Así mismo, el trabajo siguió las consideraciones éticas de acuerdo con el Código

ético del psicólogo (2009) de la Sociedad Mexicana de Psicología y el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP).

Selección de la muestra

Se trabajó en coordinación con la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima y los asesores, ya que así los participantes estarían dentro de un mismo contexto, considerando los criterios de selección.

La muestra seleccionada sigue al método no probabilístico intencional, para lo cual se establecieron los siguientes criterios de selección: tener al menos dos años de jubilado(a), recibir una pensión, tener al menos 60 años de edad cumplidos, y por supuesto, estar incorporado(a) a la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima. A partir de estos, las personas se acercaron voluntariamente a participar; de cumplir con dichos criterios, se les dio a conocer y firmar el respectivo consentimiento informado apegado al código ético ya mencionado.

Participantes y contexto de estudio

La población de trabajo comprende a cinco jubilados y pensionados de la Universidad de Colima, de diferentes puestos laborales (Tabla 1).

La Asociación de Jubilados y Pensionados organiza mensualmente un desayuno para los afiliados y otras actividades de recreación e incluso de aprendizaje, donde las personas pueden convivir, distraerse y seguir aprendiendo nuevas cosas. Tal forma de operar ayuda a la transición en la jubilación. Así mismo, comentando también con el presidente en función, ellos tratan de seguir motivando a los jubilados, en el sentido de que la jubilación no es significado de que “el propósito en la vida terminó”; y realizan diversas actividades: talleres, viajes, reuniones, apoyo en temas que les implican como jubilados, entre otros.

TABLA 1
Características de la muestra

Jubilado	Descripción
Dafne	Mujer de 61 años de edad, es soltera y no tiene hijos. En referencia a su preparación académica, cuenta con una Maestría en Salud Pública. Su última ocupación laboral fue en la Universidad de Colima como profesora de tiempo completo. Teniendo 12 años de jubilada.
Gustavo	Hombre de 90 años de edad, es casado y tiene 3 hijos. En referencia a su preparación académica, cuenta con una Licenciatura en Contaduría y cuenta con carreras técnicas. Su última ocupación laboral fue como administrativo en la Universidad de Colima. Teniendo 15 años de jubilado.
Joel	Hombre de 70 años de edad, es casado y tiene 4 hijos. En referencia a su preparación académica, cuenta con un Doctorado en Materia Fiscal. Su última ocupación laboral fue como contador público. Teniendo 10 años de jubilado.
Julián	Hombre de 68 años de edad, es casado y tiene 2 hijos. En referencia a su preparación académica, cuenta con una Maestría en Educación. Su última ocupación laboral fue como funcionario en la Universidad de Colima. Teniendo 8 años de jubilado.
Enrique	Hombre de 69 años de edad, es soltero y tiene 2 hijos. En referencia a su preparación académica, cuenta con una preparación como Médico Veterinario Zootecnista. Su última ocupación laboral fue como docente en la Universidad de Colima. Teniendo entre 8 y 9 años de jubilado.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Los nombres de los jubilados participantes son seudónimos, respetando la inicial de sus nombres.

Técnica e instrumento para la recolección de datos

Como instrumento de recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada para conocer su experiencia con la jubilación, analizando las expectativas (fantasías) que tenían, comparándolas con su realidad en ese momento; conocer si tuvieron algún tipo de planificación para esta, su percepción de su propia salud física y mental, finanzas, y su percepción sobre sus redes de apoyo social; siendo estas las categorías de investigación definidas.

Para definir dichas categorías en la entrevista, como se mencionó anteriormente, se partió de

investigaciones y lecturas realizadas; determinando que estos aspectos pueden ser significativos en la presencia de sintomatología asociada al diagnóstico de depresión; es decir, cuando la persona no identifica y/o realiza actividades que le gusten, físicamente presentan alguna enfermedad o discapacidad que consideren limitante, incluso el estado anímico es influyente estableciéndose la existencia de una relación físico-emocional; que tengan una situación financiera complicada, así como no identificar o contar con redes de apoyo sólidas.

En cada categoría de la entrevista, se plantearon

preguntas eje y complementarias, es decir, las primeras son aquellas que proporcionan la información principal sobre ese tema, mientras que

con las preguntas complementarias se buscó profundizar más al respecto (Tabla 2).

TABLA 2
Preguntas eje y complementarias

Categorías	Preguntas eje	Preguntas complementarias
Experiencia con la jubilación	<p>¿Cómo vivió el proceso de transición hacia la jubilación?</p> <p>¿Cómo describiría su vida ahora, en general, en comparación con su vida activa laboral?</p>	<p>¿Considera que el rol de la vida laboral impacta de alguna forma en su sentido de identidad? (“Definirse” como persona a partir del rol laboral)</p> <p>¿Cómo describiría su vida, en general, cuando trabajaba?</p> <p>Durante todos sus años de trabajo, ¿cómo se sentía anímicamente?</p> <p>¿Cómo se sentía emocionalmente cuando inició su proceso de jubilación?</p> <p>¿Qué expectativas tenía antes de jubilarse sobre cómo viviría su jubilación?</p> <p>¿Esas expectativas que tenía se han cumplido?</p> <p>¿Cómo describiría el inicio de vida como jubilado(a)?</p>
Proyecto de vida y planificación para el retiro laboral	<p>¿Qué opina sobre el tener un proyecto de vida para el retiro laboral?</p>	<p>Antes de jubilarse, ¿tenía algún plan o proyecto de vida definido para el momento en que llegara su retiro laboral? (Pasatiempos, metas, viajes, aprender cosas, etc.)</p> <p>De no tener un proyecto, ¿en algún momento lo pensó?</p> <p>¿Cuáles son sus planes actuales para el futuro?</p> <p>De tener un proyecto de vida para el retiro laboral definido, ¿qué tan importante fue para usted el tener ese proyecto?</p> <p>¿Cuál considera que es el efecto en su bienestar, de haber tenido o definido un proyecto de vida para el retiro laboral?</p>
Salud mental y física	<p>¿Considera que hay relación entre su salud mental y la jubilación? Si es así, ¿en qué aspectos nota esa relación? De responder que no, ¿por qué piensa que no hay relación?</p>	<p>Para usted, ¿qué es tener buena salud?</p> <p>¿Cómo describiría su estado de salud física actualmente?</p> <p>¿Considera que, desde que se jubiló, su estado de salud física, en general, ha cambiado?</p> <p>¿Cómo describiría su estado emocional actualmente?</p> <p>¿Considera que, desde que se jubiló, su estado emocional, en general, ha cambiado? (Si es así, ¿cómo describiría ese cambio?)</p> <p>¿Cómo influye su situación de salud emocional y física en la posibilidad de llevar a cabo sus planes?</p> <p>¿Usted asistió a terapia psicológica como método de preparación para la jubilación? (De responder que “no”, ¿cómo ha sido su forma de “afrontamiento” o “preparación” para la jubilación?)</p> <p>De asistir a terapia, ¿cree que le ha ayudado de alguna forma?</p> <p>¿Cuál?</p> <p>Desde que se jubiló, ¿ha buscado o recibido apoyo psicológico? (Si las respuestas fueron negativas) Derivado de las reflexiones anteriores, ¿considera usted ahora la asistencia a terapia psicológica?</p>

Categorías	Preguntas eje	Preguntas complementarias
Finanzas (pensión)	¿Considera que su situación económica influye en su bienestar físico y mental? Si es así, ¿de qué forma?	¿Cómo describiría, en general, su forma de administración financiera? ¿Considera que, a partir de la jubilación, su forma de administrar las finanzas ha cambiado? (Si es así, ¿en qué sentido? ¿Qué cambios ha hecho?) ¿Cómo describiría su estado financiero estando activo laboralmente? ¿Cómo describiría su estado financiero ahora como jubilado? A partir de la pregunta anterior, considerando la percepción de su ingreso económico ya como jubilado, ¿cuál fue su sentir ante su presente percepción económica? ¿Cómo considera que influye su situación económica en la posibilidad de llevar a cabo sus planes? ¿Tiene alguna fuente extra de ingreso económico actualmente? (¿Cuál? ¿Con qué fin?)
Redes de apoyo social	¿Cómo describiría sus relaciones sociales actuales? (Familia, amigos, asistencia a grupos comunitarios)	¿Cómo se describiría a sí mismo en cuanto a sus habilidades sociales? (Hacer amigos, convivencias, organizar salidas/reuniones, frecuentarse, etc.) ¿Considera que sus redes de apoyo sociales, han cambiado a partir de haberse jubilado? (De ser así, ¿en qué sentido notó usted el cambio?) ¿Cómo describiría sus relaciones sociales cuando estaba activo laboralmente? (Familia, amigos, asistencia a grupos comunitarios)

Fuente: Elaboración propia.

Previo a la entrevista, se aseguró su confidencialidad y bienestar a lo largo del trabajo, firmando un consentimiento informado apegado al respectivo Código ético. Cada entrevista fue audio grabada y transcrita, siendo enviada al respectivo participante. Así mismo, en el consentimiento se mencionó que su manejo será solo por parte de la investigadora, y en caso de dudas u orientación, los asesores también tendrían acceso a las grabaciones y transcripciones para su análisis.

Análisis de datos

Una vez recolectada la información, se realizó una transcripción de las entrevistas, para lo cual se realizó un análisis de contenido, partiendo de las categorías establecidas, realizando con ello, una matriz de relación considerando las preguntas eje. Los códigos generados se obtuvieron a partir del análisis de contenido de las entrevistas (Tabla 3).

TABLA 3
Categorías de codificación y análisis

Categoría	Códigos
Jubilación	Carga emocional variada en la transición a jubilarse Mantenerse ocupados Actual sentimiento de libertad y tranquilidad Cuidado propio
Proyecto de vida para el retiro laboral	Indispensable Fundamental Preparación Cuidado por parte de las instituciones (sensibilización y preparación)
Salud física y mental	Deterioro normativo Ejercicio físico Acceso a servicios de salud Actividades recreativas y de aprendizaje Estado emocional de bienestar Relación dependiente entre salud física y lo psicoemocional
Finanzas (pensión)	Preocupación por las finanzas al jubilarse Actual estabilidad y comodidad Adecuada administración Impacto en el bienestar físico y psicoemocional Ahorros, inversiones y/o fuentes de ingreso extras
Redes de apoyo social	Redes de apoyo sociales sólidas Valores y afecto Impacto en el sentimiento de realización Fortalecimiento de las redes de apoyo tras la jubilación

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las categorías, presentando cinco apartados correspondientes, los cuales responden a la visión biopsicosocial de este trabajo, y es en el último apartado donde se hace una integración de los mismos considerando la jubilación misma y la salud mental.

Salud física, hábitos y enfermedades

En general, los jubilados entrevistados, comentaron ser conscientes de su deterioro normativo de salud

(por la edad), y también fueron coincidentes en la expresión de un estado de bienestar. Fuera de esa normatividad en su salud física, no se identificó un contraste al estar activos laboralmente y al momento de la entrevista ya como jubilados. Así mismo, expresan contar con el servicio de salud por el IMSS, y algunos de ellos comentan tener acceso a servicio particular de salud; mencionando también los participantes que no padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa. Dentro de los hábitos reportados, coinciden el caminar y trotar; así como la realización de actividades recreativas y de aprendizaje.

Para Dafne, su salud física “es buena”, y

considera que ya a “cierta edad”, es importante fortalecer su salud física con algunos suplementos:

“Creo que mi salud física, gracias a Dios, eh me parece que es buena”.

“Parece ser que sí requiero ciertos suplementos nutricionales que que necesitamos pues a cierta edad este irlos recibiendo”.

Así mismo, Dafne también comparte que, a partir de su jubilación, ahora se dedica a ella misma y a hacer actividades que le agradan y le aportan a su conocimiento:

“Entonces este eh eh siento que pues ahora con a la diferencia ahora pues esa parte que que que estoy teniendo como la parte de tranquilidad, y, y mi formación en en los otros asuntos que te he hablado de la pintura, el canto, mis mis actividades de de formación de de teología, de de cosas de de labores de pastoral social y eso, pues a mí me han enriquecido muchísimo”.

Para Gustavo, su salud física no ha mejorado, pues precisa ser consciente del declive físico por la edad, pero expresa el mantenerse activo y en forma:

“Bueno, no ha mejorado. Es lógicamente, la, la edad le hace a uno que tenga muchas limitaciones, pero lo importante es que no ceda uno ante ellas, sino hacer todo lo posible por mantenerse de la mejor forma posible. No es igual”.

“... ahora pues camino, sí, 5 o 6 km, pero no es eso lo que camino, sino ciertos ejercicios que me hacen que mantenerme en forma, por decirlo así”.

Por su parte, Joel comenta no tener alguna molestia o padecimiento físico alguno, describiendo su salud física como “buena” y “excelente”:

“Yo, yo diría que excelente, porque voy a cumplir 70 años y, no tengo diabetes, no

tengo hipertensión, no tengo ninguna molestia de nada”.

Cambios psicoemocionales y percepción de bienestar psicológico

En general, expresan tener un estado emocional de bienestar, sin impacto alguno tras la jubilación. Así mismo, los participantes coinciden en su discurso, el identificar un contraste al momento de haberse jubilado, en comparación cuando se encontraban activos laboralmente, resaltando un sentimiento de libertad y tranquilidad; exceptuando a uno de ellos, Gustavo, quien comparte sentirse decaído (“apachurrado”) por la situación de salud de su esposa.

Julián comparte el siguiente contraste entre estar activo laboralmente y ya ahora como jubilado.

Cuando se encontraba activo laboralmente, él comenta:

“Eh, en el pasado, como trabajador en activo, había algunos algunas situaciones que me sacaban de balance, me desequilibraban”.

Actualmente como jubilado, expresa lo siguiente: “Me parece que emocionalmente ahora eres más eh ecuánime. Me, me considero más eh, más estable emocionalmente hablando”.

Así mismo, desde la perspectiva de jubilado, expresa: “Sí, justamente el que yo, el que yo mencionaba hace, hace un momento. Sí, sí hay un sí hay un contraste, eh hoy hoy como que si encuentras soluciones eh, de manera más sencilla, a problemas de carácter emocional”.

De igual forma, la perspectiva de Dafne complementa lo expresado por Julián y complementa también las perspectivas, en general, de los otros participantes:

“Este, esa parte a la diferencia, bueno, que, que casi te digo que la parte física también fui, fui tranquila dentro de lo que cabe saludable, pero

sí siento que en la parte emocional hay una paz, hay una felicidad que siento que en aquel momento no tenía. O sea, es así ahí sí veo más diferencia”.

Dinámicas sociales y percepción de integración en redes de apoyo social

En general, se destacaron redes de apoyo sociales: “fortalecidas”, “saludables”, “cercanas”, “auténticas” y “afines”. A partir de la jubilación, las dinámicas sociales se han centrado en el trabajo y atención para con ellos mismos, procurando también a amigos y familiares.

Dafne habla de la solidaridad que hay entre sus amigas en situaciones complicadas:

“(...) ahora recuerdo que, que, que estamos retomando más esa parte y, y que nos buscamos. Que alguien tiene a su mamá enferma, o, o alguien una persona, alguna persona que ha tenido problemas de salud, nos unimos y, y creo que que que sí ha sido como, para mí, pues más este satisfactorio, eh sentir que cuando yo tengo necesidad le puedo hablar a quien yo considero que me puede atender”.

Por su parte, Julián expresa que a través de sus amistades encuentra un sentido de realización y salud; así como la importancia que tiene para él el estar activo de alguna forma, “estar en el terreno”, en sus palabras:

“Hmm, pudiera decir yo, saludables, en el sentido de que me, me generan salud, porque me permiten realizarme a través de ellas, de... Hay, hay, o sea, no, no soy de los tipos que me gusta estar en, en, en casa, o sea, soy malo para estar en casa, tengo que estar en el terreno, me refiero en el terreno en, en, en, fuera, ¿no?”.

Para Enrique, dentro de sus amistades, se resalta la afinidad entre ellos; identificando una actitud más selectiva:

“Somos afines. Somos afines en muchas cosas. Tenemos una afinidad por el deporte. Todos son hombres”.

“Tengo mucha mucha amistad con ellos. Un poco, es poco mi núcleo de amigos. Pero nos vemos con mucho gusto”.

“(...) nos llevamos bien, estamos bromeando, hay uno que canta, y hay biólogo, es el que más nos saca el coraje. Pero tengo, no soy muy amiguero, tengo esas amistades, las he conservado por muchos años, nos llevamos bien (...)”.

En el sentido de las amistades, también comentan identificar un contraste en las relaciones sociales cuando estaban activos laboralmente, y actualmente como jubilados; identificando que tras la jubilación, las relaciones entre amigos y amigas tienden a volverse más unidas y solidarias.

Joel expresa que tras la jubilación, sus relaciones se han fortalecido y “que han cambiado pero para bien”, y que también sin ellas, no se enteraría de temas aún relativos a su preparación y trabajo en la Universidad:

“Se han fortalecido. Las relaciones se han fortalecido. No, no, no, no han cambiado, se han fortalecido. Sí”.

“Han mejorado, han, han crecido. Han sido indispensables porque, porque si no las tuviera, no me enteraría cosas que, que, o sea, si no las tuviera, no me entraría cosas de la Universidad, por ejemplo, que debe uno de conocer. Y sí, han mejorado porque, pues no falta quien pregunta: —Oye, esto, fíjate que hay que hacer esto—. Detalles, ¿no?”.

Por su parte, Julián establece una opinión contraria a lo que compartió Joel. Sin embargo, es importante considerar que los puestos en los que Julián estuvo, tuvieron cierto nivel de influencia y/o disposición, por lo tanto, se puede inferir que su perspectiva está definida y/o sesgada por tal motivo:

“Yo calificaría esa, esas relaciones contrastando cuando estaba, y que ya no estoy, como auténticas, o sea, hoy en día son más auténticas, son más desinteresadas”.

“Te das cuenta de que mucha gente, este, te trataba, o se acercaba, o te decía en función de un interés o de una, eh, conveniencia”.

Proyecto de vida para el retiro laboral y el bienestar psicoemocional

Comentaron que conocían a personas que, al momento de jubilarse, presentaron sintomatología asociada con la depresión e incluso algunas fallecieron. A partir de esos casos, los participantes expresaron que comenzaron a cuestionarse el impacto que puede tener la jubilación y la falta de objetivos o metas que mantengan la motivación y la acción dirigida hacia ellos.

Los participantes expresan tener un estado de bienestar e identifican las cosas que les gustaría hacer y para lo cual están trabajando o se motivan. Si bien comentan que no definieron previamente a la jubilación un proyecto de vida para el retiro laboral, y que ahora, como tal, tampoco lo tienen; en su discurso expresan el realizar actividades que les gustan, el cuidar de su salud y, en general, se identifica que son personas que se mantienen ocupadas.

Julián expresa que el desarrollo de un proyecto de vida para el retiro laboral es “significativo” y “trascendental”, compartiendo a la par, como los otros participantes, que conoces casos de jubilados que, una vez retirados, padecen sintomatología asociada a la depresión:

“Yo creo que es muy significativo, muy trascendental porque, conozco, no fue mi caso, como lo pude haber expresado en la charla anterior, pero sí he visto casos de compañeros que sufren una gran depresión por no haber planificado su, su, su salida, y luego andan como perdidos, o tristes, o desmotivados, eh, olvidados de su propia

persona, y me parece que es, eh, muy importante hacer un, un, un, un plan de desarrollo después de, de la vida laboral”.

Por su parte, la perspectiva de Joel es similar:

“Yo pienso que un jubilado que no tiene un proyecto de vida, se muere. Se muere, y he visto tres, cuatro casos. Así de plano. Yo pienso que si no tiene, perdón por la repetición, pero es indispensable, esa es la palabra correcta. Eh, tener un proyecto de vida es indispensable para el próximo jubilado”.

Así mismo, Dafne hace reflexión en la misma situación que algunos jubilados llegan a experimentar a una posible depresión; considerando también el tener un proyecto de vida para el retiro laboral como algo “fundamental”:

“He sabido de compañeros que se han deprimido, he sabido de compañeros, pues es es coincidencia, pero algunos compañeros han fallecido, este, no sé, no sé si, si, si es coincidencia que ya traían una enfermedad o no sé; también es posible que, que esa parte de, de no fortaleza para, para, eh, este, afrontar nuestra, nuestra segundo camino”.

“Eh, pues yo considero que es fundamental. Es importante que nosotros, eh, al momento de... y yo creo que debe de ser desde antes. Pienso que, que sí, este, esa parte del, del, del plan de vida laboral, este, tenemos que considerar que, que debemos ir planeando esa segundo plan de vida de, del proyecto de, de retiro laboral. Creo que tiene que ser pues previa”.

De igual forma, dos de los participantes comentan que sería interesante que las instituciones se “preocuparan” por brindarles a los próximos jubilados una “preparación” para esa nueva etapa.

Gustavo comparte lo siguiente, expresando que, en muchas ocasiones, por el tipo de trabajo sedentario de las personas, no mueven ciertos

músculos que, a largo plazo, impacta en el bienestar físico:

“Pero no, no. Yo siento que sí debe preocuparse la institución, o las instituciones, o empresas que tienen gente, gente que va a salir, de, de que físicamente estén bien”.

“Fíjese, el trabajo, yo he visto a muchas personas que el trabajo que tienen las obliga a ciertas posiciones que le impide mover ciertos músculos, y que después andan encorvados, se andan sueltos, se andan no sé qué tanto. Eso es lo que debería de preocuparse mucho la Universidad. Si está uno sano, en la mente también funciona muy bien. De que se diga la mejor parte de hacer ejercicio”.

En sintonía, Joel comparte esta perspectiva de Gustavo sobre el cuidado que deben tener las instituciones para con quienes están por jubilarse:

“Y, y quisiera, no sé, ahondar un poquito más en que, el patrón, en este caso la Universidad de Colima, debería o debe, o creo que sí lo hace, eh, a esas personas que ya están, eh, prontas a la, a jubilación, deberían darle una preparación. Por ejemplo, esa frase, proyecto de vida, es muy importante”.

Lo expresado por Gustavo y Joel, se ve respaldado también por Hernández y Almejo (2022), quienes mencionan que:

“para la planificación para la jubilación es importante antes de que se llegue a cese laboral, que a los trabajadores se les sensibilice por medio de talleres para que ellos conozcan los trámites que se llevan a cabo y despertar conciencia sobre su próximo retiro laboral. De la misma manera también se debe planificar y estimular acciones de preparación en los trabajadores para que tengan más participación y así pueden llegar a una adecuada jubilación”.

Interacción de los factores biopsicosociales con la jubilación y la salud mental

Cada jubilado comenta estar ocupado o haciendo algo a favor de ellos mismos (planes, proyectos, metas u objetivos), llegando a interpretar que el mantenerse ocupados, influye en el no experimentar sintomatología asociada al diagnóstico de depresión, ya que “no dan cabida a esos pensamientos depresivos”.

Como bien se menciona, hubo situaciones familiares que influyeron en la decisión de jubilarse, y así lo expresan Dafne y Gustavo.

Dafne se vio influenciada, principalmente, por el cuidado que su padre requería, ya que él era un adulto mayor y estaba presentando problemas de salud:

“(…) mi decisión de jubilarme fue por la necesidad que yo sentía de estar más tiempo con mi padre”.

“Y fue un poco angustiante para mí, porque en los últimos 2 o 3 años antes de jubilarme, pues él tuvo algunas complicaciones, este, requirió de atención médica y pues, este, pues yo estuve, pues muy, muy al pie de ese proceso, me preocupaba mucho pues tener que faltar en mi trabajo. Pero, este, pues gracias a Dios que, que, este, sí hubo un momento en que, este, yo sentía que, que estaba como demasiado estresada por no saber qué hacer, y, y fue cuando pues sentí la necesidad de investigar cómo era el proceso de, de, de jubilación, y que pues la verdad no, no me arrepiento de, de haber tenido la oportunidad de poderme jubilar”.

Gustavo sabía que en algún momento la jubilación se daría, y la influencia de su familia fue distinta a la de Dafne, pues en su caso, la decisión radicaba mayormente en un disfrute:

“Pues fíjese dice que que yo sabía que en algún momento dado iba a llegar”.

“Pues yo esperaba, yo lo deseaba también. Eh, y no porque estuviera incómodo en el trabajo, sino porque sí ya me quería vacacionar con mi esposa y salir”.

“(…) me sentí muy contento, muy contento. Este, le digo por el tiempo que pude disfrutar de mi familia, de mis amigos, de mi tiempo, porque el trabajo distrae y lo hace uno, este, tener, pues, actividades que a lo mejor, este, le quitan de, de disfrutar de estas cosas. Pero a mí me gustó siempre mi trabajo. No, no tuve problemas”.

Por su parte, Joel tuvo influencia para jubilarse, mayormente, de su ambiente laboral. Él fue llamado por recursos humanos, notificándole que ya podía jubilarse, quedándose aún dos años más, sin embargo, fue un comentario de una trabajadora el que le llevó a tomar la decisión de jubilarse:

“Y unas maestras, una, la, la segunda de recursos humanos me dijo, me dice una frase que me, me, me impactó bastante, me dice — Maestro, ya váyase, ya no cause lástima—. Y me deprimió un poco más, y ya empecé a ver, eh, la relación con, con mis alumnos, lógicamente ya era una diferencia de edades fuerte”.

“(…) y también me, me, me, me, me con este, me con consternaba el hecho de que pudiera ganar menos. Pero la misma señora Frida me dice —No, maestro, usted se va a ir con carro grande—. Yo no sabía que podíamos irnos con una pensión que nos daba la Universidad y otra pensión que nos daba el Seguro. Entonces, mi estado de ánimo cambió. Mi estado de ánimo cambió”.

En contraste con lo que Joel comparte, Enrique decidió empezar su proceso de jubilación por decisión propia una vez que le notificaron de recursos humanos, comentando que desde que se retiró, no ha perdido “conectividad” con el trabajo que tenía, ya que su hijo quedó con sus horas

docentes, este y otros conocidos lo consultan para dar ciertas materias:

“Porque nunca solicité a quién pedirle asesoría sobre cómo jubilarme. De repente, vamos a poner, estaba en la mañana, estaba dando clases, no me cansé ni nada. Nada más que me llegó un papel por parte de la Universidad, que pues ya podía jubilarme. Ya estaba ya para jubilarme. Que la universidad iba a estar... — Ah, espérame tantito—, dije yo, —No, espérame—. Vine acá a Colima, porque soy de Manzanillo. Vine a Colima, vine con el licenciado Rovira, que todavía estaba aquí. Y llegué. —Licenciado Rovira, vengo a jubilarme—. —¿Qué te pasa? ¿Estás bien?—, —Sí, estoy perfectamente bien. Vengo a, a jubilarme por propia decisión. ¿Se puede?—, —¡Claro! Pásale con fulanita, y taz, taz, taz...—”.

“Me siento muy a gusto, o sea, no, no, no he perdido la conectividad con el mundo laboral como docente. No perdí. Igual”.

Este último comentario por parte de Enrique, que no ha perdido conectividad con su mundo laboral docente, es porque su hijo quedó con sus horas en la materia que impartía, y en ocasiones, recurre a su él, su padre, para orientación o sugerencias sobre cómo abordar un tema. De igual forma, expresa que otros docentes o directivos de escuelas lo han invitado a impartir alguna clase; lo cual lo hace sentir aún involucrado.

A partir de las respuestas de cada jubilado en este sentido de la jubilación y la salud mental, se identifica, mayormente, cierto patrón en relación a un bienestar emocional, es decir, si bien hubo cierta incertidumbre y posibles sentimientos displacenteros ante el proceso de jubilación, posteriormente, son coincidentes en una mejora emocional, ya que expresan sentirse bien consigo mismos.

De igual forma, comentan estar haciendo actividades que les gustan y trabajando por ellos

mismos.

En el caso de Dafne, ella expresa que se ha sentido “más responsable” de sí misma:

“Este, ahora, eh, me he sentido como que más responsable de mí, por ejemplo, estoy más al pendiente de mis, de mis cuestiones médicas, de mis exámenes, este, procuro actividades, este, de recreación. He tenido la oportunidad de, de, de, de este viajar un poquito. Y, este, y, y algo que ahorita me tiene muy, muy contenta es esta parte que te hablo de mi formación espiritual. Estoy en un diplomado de teología, estoy en cuarto año, y, y ese acercamiento con esa información pues para mí ha sido muy valiosa en mi vida integral”.

En sintonía, Julián comparte una perspectiva parecida, reconociendo los cambios físicos normativos que la edad trae consigo, tomando la edad como un marco de referencia o de diferencia:

“El hecho de jubilarte, este, pues bien, si bien es cierto, te da tiempo para procurarte más, más cuidados, pero la edad pues va, va, va mermando lo, lo, lo, lo, lo físico. Entonces, digo, compararme no, no, no para mí no habría un punto de comparación”.

“Pues mire, comparándome contra mis propios, eh, compañeros generacionales, yo creo que muy bien. Este, porque me, me permite todavía desarrollar actividades deportivas que muchos de ellos ya no ya no pueden. Así de que... Pero también debo de decirle que la misma actividad física pues me ha traído algunas consecuencias, ¿no? Este, debo decirle que tengo, por ejemplo, cinco o seis hernias discales, producto de, de, de, de, de la misma actividad. Este, tengo muchas fracturas. Pero pues eso es parte, no, no puedo dejar de hacer deporte”.

DISCUSIÓN

Al comparar los resultados obtenidos con los postulados y estudios revisados, así como con el supuesto de este trabajo, se refuerza lo que algunos estudios proponen en el sentido de que jubilados y adultos mayores necesitan sentirse activos y productivos, mantenerse ocupados; referenciando en este aspecto a Guerrero et al. (2022), quienes en su estudio resaltan la relevancia de la actividad física en el bienestar de los adultos mayores, así como el estar ocupados y con la mente activa, lo cual les ayuda a no caer en depresión o cualquier otra manifestación psicológica.

Se retoman las etapas de la jubilación propuestas por Robert Atchley (1989), mencionadas anteriormente. En este caso, en general, los jubilados experimentaron las fases de formas diferentes, es decir, en lo que concierne a la primera de esta llamada “prejubilación”, que es en donde se presentan las fantasías sobre cómo será la jubilación, y cada uno tuvo experiencias y motivos diferentes para jubilarse.

Al inicio de su proceso de jubilación, se identificaron, emocionalmente, posturas de incertidumbre, de emoción, de tristeza y de nostalgia; influyendo en cada uno, situaciones que en su momento estaban viviendo.

Ejemplificando lo anterior, es que mientras uno de los participantes decidió jubilarse para estar más tiempo con su padre por temas de salud, otro quería ya pasar más tiempo con su familia, a otro le llegó la notificación de jubilación y empezó su proceso, otro de alguna forma ya había pensado en que ese momento llegaría y desde un año antes empezó a planear su jubilación, y a otro de ellos, que le notificaron que ya se podía jubilar, se esperó dos años más, y fue un comentario que le hizo una trabajadora el que lo llevó a tomar la decisión de jubilarse.

Lo encontrado también se contrapone a la postura de Cumming y Henry (1961) en su teoría

de la desvinculación, en la cual plantearon, que al estar las personas en una etapa de “declive”, se esperaría que redujeran su participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la edad, que deberían abandonar gradualmente aquellas actividades y/o roles en los que se desempeñaba.

Dicha perspectiva se contrasta con lo expresado por los jubilados, ya que, si bien estos no definieron un proyecto de vida para el retiro laboral y tampoco lo tiene actualmente, sí identifican las cosas que les agrada hacer, cuáles son sus planes próximos, lo que les gustaría hacer, y qué están haciendo con una visión a favor de su bienestar y vivir un envejecimiento sano (cuidado de la salud física y mental).

Al contrario de la teoría anterior, lo encontrado en este trabajo favorece y confirma lo postulado por Robert Havighurst en 1961, en su teoría de la actividad y el envejecimiento activo, donde este lo interpreta como una “adhesión continua a las actividades y actitudes de las personas de mediana edad, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de una mismo” (Petretto et al., 2016).

Así mismo, este autor considera que para tener un envejecimiento con éxito, la persona está satisfecha, es activa, independiente, autosuficiente y se identifica una visión opuesta al declive, es decir, que la persona se percibe aún en actividad, en auge, en productividad.

Si bien los jubilados participantes no tenían un proyecto de vida definido cuando se jubilaron, reconocieron su relevancia y reflexionaron en el impacto que este puede llegar a tener. Así mismo, algo importante a destacar es el cuestionamiento que a lo largo de algunas entrevistas se realizó, de experiencias conocidas de otros jubilados de ellos que llegaron a enfermar o fallecer al jubilarse; considerando fuertemente la presencia de sintomatología asociada al diagnóstico de depresión en esos casos. Pensando en situaciones como esas, se reflexiona en el impacto positivo que puede

haber al tener un proyecto de vida para el retiro laboral, así como el sensibilizarse y prepararse para esta etapa.

CONCLUSIONES

A partir de lo anterior, tomando en cuenta la estereotipación de la vejez y lecturas revisadas, se concluye que se encontró todo lo contrario a lo que se buscaba: adultos mayores jubilados y pensionados, con una percepción de su salud física muy buena, sin padecimiento alguno de enfermedad crónico degenerativa, pero no dejan de lado la conciencia del deterioro normativo de edad.

Puede decirse que no hay afectación al bienestar psicológico de los adultos mayores jubilados y pensionados, pues comentaron tener un estado de bienestar en lo que respecta a lo psicoemocional, es decir, hasta el momento de haber realizado la entrevista, no consideran tener alguna situación que les implique una alteración emocional significativa (en este caso, pensando en sintomatología asociada al diagnóstico de depresión), o tener un diagnóstico de alguna cuestión mental.

Por otro lado, socialmente, las personas expresan estar cómodas con sus relaciones interpersonales, redes de apoyo sociales, y que ahora las valoran de tal forma que la jubilación las ha fortalecido. Se concluye que la integración de sus redes de apoyo sociales son más sólidas, reconocidas y valoradas.

A partir de lo encontrado, se reflexiona que la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima es una institución que contribuye a un sentimiento de apoyo y de pertenencia, principalmente; destacando su labor al promover entre los jubilados viajes, talleres, reuniones y asesorías en diversos temas que les impliquen ya como jubilados; sin dejar de lado la relevancia que pueden llegar a tener los compañeros

que forman parte de esta Casa de Jubilados. Esta institución refuerza lo revisado en estudios anteriores.

El mantenerse ocupados influye en el no experimentar sintomatología asociada al diagnóstico de depresión, ya que “no dan cabida a esos pensamientos depresivos”, confirmando lo que se menciona en investigaciones previas revisadas (por ejemplo, en Nieto y Aguilera (2019); Guerrero et al. (2022); Hernández y Almejo (2022)). Expresando que, actualmente, en general viven una vida de bienestar, de libertad, de satisfacción, de tranquilidad y de alegría.

A partir de lo anterior, se concluye que pertenecer a la Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad de Colima e involucrarse en las actividades que se realizan por parte de esta institución, puede ayudar en el hecho de mantenerse ocupados, a desarrollar y/o fortalecer un sentimiento de pertenencia e identidad, además de poder crear o crecer sus redes de apoyo; un ejemplo de esto es el estudio de Nieto y Aguilera (2019).

Sin embargo, también se reflexiona una comparativa de poblaciones, es decir, se trabajó con adultos mayores jubilados y pensionados que fueron trabajadores de una institución que de alguna forma, les aseguró su retiro; sin embargo, se piensa entonces en el qué sería de aquella población de adultos mayores jubilados que no fueron parte de una institución así, que su situación económica fuera diferente (pensando en un nivel medio-bajo), que no contara con redes de apoyo sociales sólidas, y encima que la persona pudiera padecer alguna enfermedad física o cognitiva que le implicara de alguna forma una limitante o dependencia.

Finalmente, así como lo mencionan Mora y Priego (2025), se estima que para el año 2030 y 2050 habrá una población con mayor esperanza de vida, lo cual tendrá como consecuencia un mayor porcentaje de personas adultas mayores. Es ahí donde se considera la oportunidad para trabajar con dicha población, con miras a una calidad de vida y

un grado de bienestar.

Se motiva al desarrollo de programas para las personas próximas a jubilarse, en donde se sensibilice y prepare para la jubilación misma, desde diferentes puntos de vista disciplinarios; dentro de esto, se puede sugerir el desarrollo de un proyecto de vida para el retiro laboral; así como el desarrollo de futuras investigaciones donde se consideren otros requisitos igualmente en una población de adultos mayores jubilados, lo cual pudiera llegar a proporcionar una visión o información diferente, que permita propuestas adecuadas a cada tipo de población de jubilados, adultos mayores según sus necesidades.

REFERENCIAS

- Ambriz Cota, E. A., Pelayo Leal, A., Haro Acosta, M. E., y Ayala Figueroa, R. I. (2024). Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores jubilados. *Archivos en Medicina Familiar*, 26(4), 181-184. <https://doi.org/10.62514/amf.v26i4.66>
- Cornachione Larrínaga, M. A. (2016). *Psicología del desarrollo: Vejez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Editorial Brujas.
- De La Torre, K. L. (2025). *Elaboración de material didáctico para la tutoría a partir de la representación del envejecimiento saludable en los relatos de vida de la comunidad estudiantil universitaria* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. https://tesisunamdocumentos.dgb.unam.mx/pt/d2025/abr_jun/0872402/Index.html
- Guerrero Castañeda, R. F., Luna Ruiz, T. G., Paramo Ramírez, S. V., Razo Moreno, L. A., Vega Vázquez, I. E., y Chávez Palmerín, S. (2022). Experiencia vivida del cuidado de la salud mental en el adulto mayor durante el aislamiento por COVID-19. *Revista ACC*

- CIETNA *Para el cuidado de la salud*, 9(1), 68-82. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.723>
- Hermida, P. D., Ofman, S. D., Feldberg, C., Irrazabal, N., y Tartaglini, F. (2024). Calidad de vida y depresión en adultos mayores jubilados: Un estudio comparativo por género. *Revista AJAYU*, 22(2), 200-216. <https://doi.org/10.35319/ajayu.222264>
- Hernández Delgado, Y., y Almejo Vargas, J. (2022). La jubilación y su impacto en la vida del adulto mayor: Revisión integradora. *Vorágine: Revista Interdisciplinaria de Humanidades y Ciencias Sociales*, 4(7), 82-96. <https://zenodo.org/records/7102648>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019, 5 de marzo). *Envejecimiento y vejez*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021, 2 de febrero). *La depresión en la vejez y la importancia de su prevención*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion>
- López Fernández, V., Salessi, S., y González Restrepo, K. J. (2020). Estereotipos sobre el envejecimiento, temores y percepción sobre la felicidad: Un análisis sociodemográfico. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(1), 43-56.
- <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18092>
- Mora Solís, A. I., y Priego Álvarez, H. R. (2025). La percepción negativa del envejecimiento en adultos jóvenes: Una revisión sistemática. *Revista Pensamiento Transformacional*, 4(13), 45-72. <https://doi.org/10.63526/pt.v4i13.102>
- Nieto Marín, C. C., y Aguilera Velasco, M. A. (2019). Vivencias de depresión en un grupo de jubilados mexicanos. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 9(2), e-6431. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2019.6431>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 29 de agosto). *Trastorno depresivo (depresión)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Vilageliu Sánchez, C. (2025). *Exploración de la salud mental en el proceso de jubilación* [Trabajo de grado, Universitat Internacional de Catalunya]. Repositori Digital UIC. <https://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/4957>

INTERVENCIÓN CLÍNICA EN UN CASO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: ESTUDIO DE CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS

Clinical intervention in a case of child sexual abuse: A case study from a rights-based perspective

Mariana Yuen Reynaga^{1*}
Rosario Leticia González Hurtado²

Resumen

El maltrato, abuso y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA) constituyen una problemática de salud pública global. A pesar de que la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y las legislaciones nacionales tipifican estas prácticas como delitos graves, las cifras de denuncia en México son alarmantes, estimándose una cifra negra del 85% y sólo el 3% concluyen en un juicio y obtienen sentencia. De las NNA que han sido víctimas solo el 20% recibe atención psicológica, médica o psiquiátrica adecuada.

Este artículo presenta un estudio de caso sobre la intervención clínica multidisciplinaria e interinstitucional realizada con Ana, una niña de 9 años víctima de abuso sexual. Ana fue referida por el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) con un diagnóstico de “Episodio depresivo mayor, Trastorno de ansiedad generalizada, con evidencias de daño psicoemocional severo y problemas asociados al inadecuado apoyo familiar”. La intervención se llevó a cabo en Fundación PAS, A.C., utilizando un Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica bajo una perspectiva de defensa y protección de los derechos de NNA. El objetivo central fue lograr el restablecimiento psicoemocional y físico, así como la restitución de sus derechos vulnerados que permitan a la paciente desarrollarse íntegramente en un entorno social sin violencia. El artículo detalla el proceso de Diagnóstico y Tratamiento que incluyó Psicoterapia, Psicoeducación y Psiquiatría, abarcando 14 meses desde la develación del abuso. El análisis de resultados, basado en la comparación de instrumentos clínicos pre y post-tratamiento, demostró una disminución significativa de la depresión, la ansiedad, las conductas autolesivas e ideas suicidas. Se observó también una mejora en su salud general, el desempeño académico y la adquisición de habilidades sociales. Adicionalmente, la intervención facilitó la restitución de derechos fundamentales, asegurando un entorno de seguridad física, alimentaria, así como el acceso a la educación y a la salud.

Palabras clave: Violencia y Abuso Sexual Infantil, Psicoterapia Integrativa, Enfoque Multidisciplinar, Colaboración Interinstitucional, Derechos de NNA.

Abstract

Child abuse, neglect, and sexual violence constitute a global public health problem. Although the Convention on the Rights of the Child (1989) and national laws classify these practices as serious crimes, reporting rates in Mexico are alarming, with an estimated 85% of cases going unreported and only 3% resulting in a trial and conviction. Of the children and adolescents who have been victims, only 20% receive adequate psychological, medical, or psychiatric care.

This article presents a case study of the multidisciplinary and interinstitutional clinical intervention carried out with Ana, a 9-year-old girl who was a victim of sexual abuse. Ana was referred by the Jalisco Institute of Mental Health (SALME) with a diagnosis of “Major Depressive Episode, Generalized Anxiety Disorder, with evidence of severe psycho-emotional damage and problems associated with inadequate family support.” The intervention was carried out at Fundación PAS, A.C., using a Systemic Integrative Psychotherapy Model from a perspective of defending and protecting the rights of children and adolescents. The central objective was to achieve her psycho-emotional and physical recovery, as well as the restitution of her violated rights, enabling her to develop fully in a social environment free from violence. This article details the diagnostic and treatment process, which included psychotherapy, psychoeducation, and psychiatric care, spanning 14 months from the disclosure of the abuse. The analysis of results, based on a comparison of pre- and post-treatment clinical instruments, demonstrated a significant decrease in depression, anxiety, self-harming behaviors, and suicidal ideation. Improvements were also observed in her overall health, academic performance, and acquisition of social skills. Additionally, the intervention facilitated the restoration of fundamental rights, ensuring an environment of physical and food security, and access to education and health.

Keywords: Violence and Child Sexual Abuse, Integrative Psychotherapy, Multidisciplinary Approach, Interinstitutional Collaboration, Children and Adolescents Rights.

* Contacto: evaluacion@fundacionpas.org

¹ Psicoterapeuta Fundación PAS, A.C. (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9877-4847>

² Profesora Investigadora retirada del Departamento de Educación y Valores – ITESO (México).



INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil, es un fenómeno grave que afecta a la sociedad en su conjunto. Según un informe publicado en el año 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la mitad de los niños del mundo —aproximadamente 1000 millones— se ven sujetos cada año a violencia física, sexual o psicológica, sufriendo traumatismos, discapacidad y muerte. Según este informe, 120 millones de niñas han tenido algún tipo de contacto sexual contra su voluntad antes de los 20 años.

En México es complicado obtener datos exactos sobre cuántas niñas, niños y adolescentes son víctimas de este tipo de violencia y ello dificulta dimensionar la gravedad de la situación y sus consecuencias. Sin embargo, de acuerdo con datos del INEGI, en 2021 se registraron 22 mil 410 víctimas de violencia sexual infantil en el país. De 2020 a 2021 hubo un incremento de 3 % en este delito. Este índice es relativo, ya que solo se toman en cuenta los casos denunciados o los que son atendidos en los hospitales. El rango de edad más afectado fue de 10 a 14 años y cerca de 2,000 víctimas son menores de 5 años. Según cifras preliminares de la Secretaría de Salud de 2024, se estima que se atendieron 8,775 infantes por lesiones de violencia sexual (Chávez y Valencia, 2004, p. 22).

En el informe 2023 de la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM), se señala que a nivel mundial en Latinoamérica y México, el Abuso Sexual Infantil (ASI) es un problema de salud pública en ascenso (REDIM, 2023a). En México, de 2019 a 2022, el número de personas de 1 a 17 años hospitalizadas a causa de violencia sexual aumentó 239.7%, pasando de 2,932 a 9,959. El 92.9% de las víctimas registradas en el país durante 2022 fueron mujeres. La población adolescente es

particularmente vulnerable, en 2022 el 76.2% de las víctimas atendidas en hospitales tenían entre 12 y 17 años. A la vez, los ataques se incrementan dado el acceso de las y los menores a medios electrónicos sin supervisión y por el desconocimiento de padres y cuidadores sobre los mecanismos de protección digital. REDIM (2023b) reporta que 702.9 mil personas de entre 12 y 17 años recibieron insinuaciones o propuestas de tipo sexual a través de teléfono celular o desde internet durante 2022 (555.2 mil mujeres y 147.7 mil hombres). Además, 1 de cada 5 NNA es abordado/a a través de Internet. (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas [CEAV], 2015).

Las denuncias por este delito en México y otros países no superan el 20% de los ataques; sólo un 5% se judicializan y un 3% alcanzan una sentencia condenatoria. Las razones principales incluyen una burocracia ineficiente, la revictimización, y la falta de profesionales especializados en gestión de la denuncia, atención de víctimas menores de edad, y enfoque de género. Asimismo, existe una limitada asignación de médicos, psicólogos y psiquiatras en las agencias de ministerios públicos y clínicas que diagnostiquen adecuadamente y den seguimiento al proceso, aunada a la inaccesibilidad a procuradurías e instancias de atención en todo el país. La falta de orientación a las familias, educadores, cuidadores y personal de instituciones sobre prevención y denuncia, contribuye a la no disminución de los índices de maltrato, abuso y violencia contra NNA.

Los factores de riesgo asociados a una alta incidencia de violencia sexual ejercida en la infancia y adolescencia están directamente relacionados con bajos ingresos familiares, baja escolaridad de las familias y cuidadores, inestabilidad y hacinamiento en la vivienda, descuido y abandono en la atención y cuidado. Una marcada cultura patriarcal y autoritaria en las familias y la comunidad operan como una cadena transgeneracional que da continuidad a las prácticas abusivas tradicionales, como el matrimonio infantil forzado, el comercio sexual y otras que se actualizan con las tecnologías

contemporáneas como los abusos cibernéticos y el tráfico de NNA.

En este contexto, organizaciones de la sociedad civil y grupos de profesionales de diferentes disciplinas, se han comprometido a aportar ayuda profesional y generar conocimiento que contribuya a prevenir y superar los efectos nocivos causados por las violencias sexuales y maltrato contra NNA. Fundación PAS ha realizado importantes esfuerzos a lo largo de 15 años para consolidar y ampliar la prevención y atención terapéutica de las víctimas y las familias. De este modo, este artículo tiene como propósito poner a disposición de otros profesionales la sistematización y análisis de un caso, aplicando el Modelo de Terapia Integrativa Sistémica propio de Fundación PAS, y mostrar los resultados alcanzados, sustentados en instrumentos clínicos y técnicas cualitativas.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Problemática de la violencia sexual

La OMS define el abuso sexual como la utilización de personas menores de 18 años en actividades de orden sexual que no comprenden y para las cuales no están capacitados para negarse, resistirse o consentir debido a su inmadurez cognitiva.

La *Cartilla de derechos de las víctimas de violencia sexual infantil* (CEAV, 2016), define el ASI como “todo contacto y/o actividad sexual entre un NNA y una persona en posición de poder, sin su consentimiento o mediante engaños, violencia o amenazas; para estimularse sexualmente o estimular a otras personas.

Jurídicamente la violencia sexual está determinada como un delito y se sanciona judicialmente. El abuso sexual (AS) se clasifica según las formas en que se ejerce y el nivel de daño y deterioro que provoca en distintas áreas de la vida y el desarrollo de la personalidad de la víctima. El AS directo puede ser simple, agudo, crónico o

extremo, incestuoso o no incestuoso, mientras que el AS indirecto comprende conductas como el exhibicionismo (pornografía) y el acoso o abuso sexual de carácter cibernético. (Fundación PAS, 2018). Al menos la mitad de estos delitos son cometidos en el hogar de la víctima y el 60% por familiares o conocidos, hombres en casi todos los casos. La mayoría de los NNA no revelan la violencia por miedo, vergüenza o culpa, pero principalmente por falta de capacidad para reconocer la victimización. El AS vulnera el derecho a una vida libre de violencia y deja daños que persisten en el desarrollo de los supervivientes.

El panorama actual del AS es desalentador. Las investigaciones muestran que éste comienza a edades más tempranas cada vez, alrededor de los 5 años y aumenta significativamente entre los 5 y los 9. Según Gómez Pérez et al. (2024), los daños incluyen síntomas físicos, problemas emocionales como tristeza, pesadillas, miedo, aislamiento e ideas suicidas, y bajo rendimiento escolar; a largo plazo, pueden presentarse depresión, ansiedad, victimización, dificultades de pareja, consumo de alcohol o drogas, y conductas de riesgo (p. 20). La gravedad depende de la frecuencia, duración y violencia de los ataques y de la relación con el agresor (CEAV, 2016).

Enfoques y modelos de atención con NNA

Históricamente, el maltrato y los abusos hacia NNA se ha naturalizado como prácticas permitidas para prepararles para la vida adulta: trabajos serviles, trabajos forzados en los hogares, en los campos, servicios de cuidado, de entretenimiento, de compañía y de satisfacción sexual. Estas prácticas se han ido modificando y tomando diferentes expresiones de acuerdo con los contextos sociales hasta la actualidad.

A partir de 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos por parte de la ONU, se replanteó la relación con la infancia, reconociéndolos como sujetos de derechos y la obligatoriedad de los gobiernos para su protección.

Sin embargo, los patrones de opresión y violencia perviven en diferentes formas y escalas, amenazando y vulnerando dichos derechos. En especial el ASI intrafamiliar e incestuoso es el tipo de mayor incidencia, y de los menos denunciados y sancionados, causando rupturas en el sistema familiar y vulneración de los derechos de todos sus miembros.

En nuestro país, aun cuando se ha avanzado en la Ley de Protección y Atención a las víctimas, no se cuenta con un sistema consolidado y programas permanentes para tratar profesionalmente a las NNA afectados por la violencia sexual. Para los gobiernos este tipo de violencia representa un costo significativo, ya que están obligados legalmente a proporcionar una infraestructura médica, clínica y jurídica para su atención, y a la restitución de los derechos vulnerados.

Los profesionales que atienden el ASI, tienen un papel importante en la contención de la crisis, no obstante, conforme avanza el proceso terapéutico enfrentan carencias relacionadas con una metodología especializada para abordar daños graves, que impactan diferentes áreas de la vida de un o una sobreviviente. Como lo refieren Gómez Pérez et al. (2024), los enfoques y metodologías utilizados en la detección y abordaje clínico de los casos de ASI denunciados son diversos: métodos conductuales, narrativos y de rastreo generacional, la psicoeducación y terapia cognitiva, la psicología positiva y la intervención en crisis:

Los estudios examinados ...enumeran varias dificultades psicológicas, sociales, conductuales y físicas, ciertamente, no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior, esto dependerá de las circunstancias en que se presente el suceso. El abordaje ... se deberá hacer desde diversas perspectivas, como el derecho y la psicología que confluyen junto a otras ciencias como la medicina y el Trabajo Social ...se considera importante promover el diálogo entre disciplinas científicas, ...contar con más

elementos y estrategias para su intervención (p.24).

Según las autoras, sólo algunos de los trabajos analizados hacen referencias precisas sobre las metodologías y enfoques utilizados en las intervenciones, y algunos tampoco dan cuenta de los resultados y eficacia alcanzados. Entre sus conclusiones señalan la importancia del trabajo multi e interdisciplinar, tanto en la detección, evaluación y manejo terapéutico, la particularidad del caso, el entorno familiar y comunitario.

Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica

La atención de las y los sobrevivientes representa un reto profesional, institucional y social que evite el abandono del tratamiento, la revictimización y que garantice la protección de derechos vulnerados que, como en este caso, mejore progresivamente su calidad de vida.

La Psicoterapia Integrativa, conceptualizada por Richard G. Erskine en 1972, es “un enfoque terapéutico unificador que responde de manera apropiada y efectiva a la persona en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, abordando también la dimensión espiritual de la vida” (Gómez Masana y Etxeberria Ibáñez, 2021, p. 2). La investigación demuestra que los tratamientos psicoterapéuticos integrativos son eficaces en una variedad de trastornos psiquiátricos, siendo la alianza terapéutica un predictor clave del cambio del paciente (Zarbo et al., 2016).

Desde una perspectiva ecosistémica y de enfoque integrativo, el Modelo de Intervención y Prevención de Fundación PAS establece dos premisas centrales para el abordaje de la violencia sexual contra NNA. En primer lugar, se sostiene que las violencias sistemáticas ocurren preponderantemente en los entornos inmediatos de los menores (hogar, escuela, vecindario, comunidad), perpetradas por personas con acceso privilegiado y presuntos vínculos de confianza, cuidado y protección. En segundo lugar, se postula

que el abuso sexual no constituye una problemática circunscrita exclusivamente a la víctima, sino que evidencia una vulneración estructural en el ecosistema social. Estas premisas son fundamentales para trascender los abordajes reduccionistas que limitan tanto el análisis como la intervención a la dimensión individual.

En consonancia con lo anterior, Delgadillo y Arce (2020) enfatizan que el abordaje del abuso sexual infantil en el contexto mexicano exige trascender la visión clínica aislada para adoptar una postura interdisciplinaria y estructural. Los autores sostienen que la violencia sexual no es un evento fortuito, sino una problemática de agenda pública que impacta profundamente la integridad psíquica y corporal de los menores. Esta postura valida teóricamente la necesidad de nuestro modelo de intervención, el cual busca articular los recursos legales, sociales y psicológicos para reparar el tejido dañado por un entorno que no garantizó el cuidado y la protección necesarios.

Bajo estos lineamientos y respaldados por la experiencia clínica en la atención a las víctimas sobrevivientes de violencia sexual, el equipo de profesionales de Fundación PAS ha sistematizado el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica. Este modelo se fundamenta en principios de la psicología cognitiva y la antropología filosófica, conceptualizando al ser humano como un sistema dinámico y unificado que integra dimensiones mentales, corporales, espirituales y sociales, orientado intrínsecamente hacia la dignidad y la libertad.

Metodológicamente, el modelo se caracteriza por su apertura y flexibilidad, integrando aportaciones de los enfoques cognitivo-conductual, humanista, sistémico, fisiológico, social y transpersonal, siempre en concordancia con las etapas evolutivas del paciente. Dicha convergencia teórica permite una comprensión holística de la conducta humana, facilitando la identificación de factores clave para la transformación cognitiva, emocional y comportamental (Fundación PAS,

2018).

La estrategia de intervención se despliega bajo las siguientes directrices:

- *Multidimensionalidad del Impacto*: Se aborda el abuso sexual reconociendo sus múltiples factores causales y sus consecuencias en las esferas física, psicológica, emocional, familiar y social.
- *Agencia del Paciente*: El tratamiento busca articular y potenciar los recursos internos que cada individuo posee para gestionar su propio proceso de recuperación.
- *Inclusión del Sistema Familiar*: El entorno inmediato es incorporado activamente, no solo en momentos de crisis, sino como un agente esencial en la protección, la educación sexual y el desarrollo de Competencias Parentales Positivas.

Finalmente, para exemplificar la aplicabilidad y eficacia de este marco teórico, el equipo clínico seleccionó el caso paradigmático de "Ana", dada la severidad de la violencia sufrida, la complejidad de sus componentes sistémicos y a los retos para su tratamiento. La intervención, basada en el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica, ha sido documentada por la psicóloga tratante con el objetivo de publicar los resultados obtenidos a mediano plazo.

METODOLOGÍA

En este apartado se presenta el desarrollo del Caso, atendiendo las **pautas CARE** para su sistematización (Riley et al., 2017): Información de la paciente y hallazgos, Línea del tiempo, Evaluación diagnóstica, Intervención terapéutica, Seguimiento y resultados, Discusión del caso, Conclusiones, Perspectiva de la paciente, Consentimiento informado.

Información de la paciente y hallazgos: Descripción del caso

Con el propósito de proteger su identidad, los datos personales de la paciente y otras personas citadas a lo largo de este trabajo han sido modificados.

Ana, de 9 años fue referida a Fundación PAS por el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) en octubre de 2021, el diagnóstico inicial fue “abuso sexual intrafamiliar”, ejercido por un tío materno.

Proviene de una familia disfuncional, experimentaba violencia física, psicológica y sexual, abandono en sus cuidados, desintegración familiar, entre otras formas de maltrato ejercido por la madre y el padre, ambos con problemas de adicciones.

Los datos que refiere el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Procuraduría de Protección de NNA del Estado de Jalisco (PPNNA), la madre de Ana la deja en casa de la abuela materna donde residía con su abuela, una tía y un tío de 29 años, y en donde sufrió abuso físico, psicológico y sexual, además de explotación laboral.

Línea del tiempo: Cronología de la problemática - Develación y denuncia del ASI

El proceso de atención multidisciplinaria e interinstitucional duró 14 meses e involucró a la PPNNA, SALME, Fundación PAS, DIF, una Casa Hogar, Paidopsiquiatra particular y la Tutora representante.

El 06 de mayo de 2020, la maestra de Ana después de terminar de aplicar un examen observó un incidente con un dibujo realizado por la menor, lo observó y le solicitó salir a hablar, al principio se niega pero finalmente acepta. La maestra la cuestiona sobre el dibujo, insiste, lo que lleva a la develación del abuso sexual que su tío cometía, mencionando tocamientos y violación con agresión física. La maestra informa a la directora del plantel educativo quien reporta lo ocurrido a la PPNNA,

comenzando la denuncia de hechos y el diagnóstico inicial el 02 de julio de 2021. Por instrucciones de la Juez que procesó de la denuncia se resguardó a Ana en el DIF, posteriormente se canalizó a una Casa Hogar, allí permaneció semanas, transitando a varios lugares hasta integrarse a la casa donde habita actualmente. En octubre del 2021 mientras se encontraba en la casa hogar, Ana presenta una tentativa de suicidio con estrangulación con sus propias manos, autolesiones, mordiéndose y refirió ideación suicida. Se realizó la valoración de Paidopsiquiatría en el servicio de Urgencias de SALME, quedando internada durante una semana, para recibir tratamiento farmacológico y atención especializada. Se le dio de alta con citas en consulta externa y tratamiento farmacológico. En noviembre de 2021 SALME la refiere a Fundación PAS, por ser un caso de abuso sexual grave que requiere la atención especializada.

Evaluación Diagnóstica, Intervención Terapéutica: Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica con enfoque multidisciplinario y de Derechos

El modelo de atención a las víctimas de violencia sexual utilizado en Fundación PAS utiliza instrumentos estandarizados de la metodología clínica para evaluar y diagnosticar la problemática de los pacientes, e instrumentos cualitativo-descriptivos de la psicología social que recuperan información descriptiva, observacional y testimonios de los diferentes actores y contextos del problema. Se explicará a lo largo de la sistematización del caso, el uso particular de dichos instrumentos durante las diferentes etapas de la atención a la paciente.

Descripción cronológica del proceso de atención

A continuación, en la Tabla 1 se muestran las etapas de la intervención, las acciones y las instituciones participantes.

TABLA 1
Etapas de la Intervención, Acciones e Instituciones participantes

Cronología de las acciones y procedimientos. (códigos de identificación)	Instrumentos/Técnicas	Participantes
02/Julio/2021 PROC01. Denuncia de Hechos	Declaración de testigos e investigación de campo	Dir. de Atención y Protección de la Procuraduría. Dir. y Docentes de la escuela primaria. Testigos colaterales (vecinas)
07/Julio/2021 PROC02. Diagnóstico Inicial	Entrevista directa. Declaración de testigos.	Equipo interdisciplinario (abogada, psicóloga y trabajadora social). Docentes de la escuela primaria.
01/Oct./2021 SALME01. Resumen clínico	Valoración urgencias/ Paidopsiquiatría. Examen mental de ingreso y de egreso Hospitalización.	Equipo interdisciplinario (médico residente, médico psiquiatra, trabajo social).
Octubre/2021 FPE01 Entrevista Inicial	Entrevista con la Trabajadora social del DIF.	Coord. de Atención Fundación PAS. Trabajadora social.
19/Nov./2021 FPEI01 Informe de Valoración Psicológica	Batería de pruebas aplicada: FPS01. Autoinforme SENA. Entrevista, Juego Simbólico, Perfil SENA autoinforme 8 a 12 años, Escala de Ansiedad CMASR-2, Escala de Depresión Infantil CDI.	Psicólogo encargado de Evaluación y diagnóstico de Fundación PAS.
18/Feb/2022 FPIT01 Informe tratamiento clínico	Inicio de intervención: Relación terapéutica y estructura de la intervención.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante.
Marzo/2022 FPIT01 Informe tratamiento clínico	Intervención clínica. Desarrollo de habilidades de regulación emocional. Videos educativos, Técnicas expresivas y de respiración.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Psic., Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF.
Abril/2022 FPIT02 Informe tratamiento clínico	Intervención Clínica. Psicoeducación Sexual Integral. Seguimiento emocional y conductual. Técnicas didácticas, de conciencia corporal y relajación. Videos educativos.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF.
04/Abril/2022	Derivación con Paidopsiquiatra servicio público y privado.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF.
06/Abril/2022	1ra. Cita Paidopsiquiatría. Inicio de tratamiento médico, disminuir sintomatología de ansiedad y depresión.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF. Paidopsiquiatra.

Cronología de las acciones y procedimientos. (códigos de identificación)	Instrumentos/Técnicas	Participantes
Mayo/2022 FPIT03 Informe tratamiento clínico	Intervención clínica. La experiencia de abuso y la prevención del ASI. Trabajar conductas desadaptativas. Intervención con encargada de Casa Hogar. Trabajar emociones asociadas a la experiencia del AS Técnicas de autocuidado. Tabla conductual, Estrategias reforzamiento positivo.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF. Paidopsiquiatra.
Junio/Julio/ 2022 FPIT04 Informe tratamiento clínico	Intervención Clínica. Regulación de Ansiedad. Mantener conductas adaptativas. Estrategias Cognitivas. Reforzamiento positivo.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psic. DIF. Paidopsiquiatra.
Agosto/2022	Cierre de intervención Clínica. Integración de aprendizaje durante el proceso, mediante juego y técnicas expresivas.	Equipo Interdisciplinario de Fundación PAS (Psic., Terapeuta, Coord. de Atención). Tutora Representante. Psicóloga DIF. Paidopsiquiatra.
07/Sept./2022 Revaloración Psicológica	Batería aplicada: FPEI02 Informe Valoración Psicológica. FPS02. Autoinforme SENA. FPA02. Escala de Ansiedad CMASR-2 FPD02. Escala De Depresión Infantil CDI	Psic. encargado de Evaluación y diagnóstico de Fundación PAS.
Octubre/2022 FPEI02 Informe Valoración Psicológica	Integración de Informe comparativo de Valoración psicológica.	Psic. encargado de Evaluación y diagnóstico de F. Fundación PAS.

Fuente: Elaboración propia.

Descripción clínica para el diagnóstico de la paciente

En la *fase de diagnóstico*: Se aplicaron instrumentos clínicos que aportaron los resultados de indicadores detallados respecto a las afectaciones de la paciente. El informe generado funcionó como el eje para definir el tratamiento e intervención en el caso. Metodológicamente el diagnóstico representa el punto de partida y será el punto de llegada para contrastar el estado de la paciente durante el tratamiento y su valoración al final de este.

Procuraduría de Protección de NNA del Estado de Jalisco

Esta instancia elaboró el dictamen integrado con la Tipificación del delito, la Afectación a los Derechos y daños a la víctima y las Medidas de protección.

- **Medida de protección urgente.** Ana vive en un contexto familiar negligente y de abusos, requiere ser separada de dicho contexto y ser resguardada en una institución de protección, que le brinde los cuidados y la seguridad necesarias para su óptimo desarrollo.
- **Delito relacionado:** Maltrato ejercido por sus

cuidadores y abuso sexual infantil por parte de un tío.

- **Situación Jurídica:** Resguardada en espera de resolver su situación jurídica. Ingresada a una casa hogar mientras se resuelve su custodia. Si ningún familiar es apto para darle la protección y cuidados que requiere, puede ser candidata a adopción.
- **Violación de derechos por omisión de cuidados, maltrato y abuso sexual infantil por parte de sus cuidadores.**

La paciente quedó tutelada por la Casa Hogar, se encargó al personal gestionar y apoyar la atención psicológica y emocional de la menor. La Casa hogar, buscó la atención profesional del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) para el tratamiento de Ana.

Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) Servicio de Urgencias

El diagnóstico emitido por la trabajadora social determinó los siguientes signos y síntomas:

- **Riesgo suicida alto.** Ana presenta un intento suicida, luego de una crisis de ira, existe alto riesgo de que vuelva a atentar contra su vida, ante alguna situación que le cause malestar emocional.
- **Trastorno de conducta.** Presenta un patrón de conductas de agresión física contra otros y hacia sí misma. Dificultad para la socialización y seguir las normas de disciplina.
- **Víctima de AS agudo intrafamiliar.**

Diagnóstico clínico de ingreso

Los instrumentos clínicos aplicados detectaron los siguientes Trastornos:

- F412. Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Presencia de síntomas de ansiedad y de depresión, sin que predomine alguno ni tenga la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Ana

presenta: estado de ánimo irritable, insomnio, agitación psicomotora, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, pensamientos de muerte, ansiedad o inquietud mental y autolesiones.

Diagnóstico de egreso

La paciente permaneció internada durante una semana, fueron aplicados instrumentos clínicos estandarizados y medicación. Egresó con el siguiente diagnóstico:

- F321 Episodio depresivo mayor. Presencia de un estado de ánimo disfórico: sentimientos de tristeza, ira o frustración, que interfieren con la vida diaria, insomnio, agitación psicomotora, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos de muerte.
- F411 Trastorno de ansiedad generalizada. Presencia de síntomas: activación fisiológica, sentimientos de temor, hipervigilancia, irritabilidad.
- Z632 Problemas relacionados con el entorno familiar: Inadecuado inseguro y violento. Abandono por parte de la madre, irresponsabilidad y abandono del padre; en casa de la abuela, negligencia y violencias de los familiares y abuso sexual agudo.

Diagnóstico complementario en Fundación PAS

Se llevaron a cabo evaluaciones complementarias para identificar las áreas afectadas y definir su tratamiento. Después de 3 sesiones de trabajo con Ana y su tutora de la Casa Hogar, se integran los resultados que inducen al siguiente diagnóstico:

- **Abuso sexual directo, agudo incestuoso:** de alta frecuencia, con penetración, en una edad determinada.
- **Rasgos de trastorno de estrés postraumático,** recuerdos desagradables, mayor a 6 meses después del evento traumático, no se pueden indagar los síntomas evitativos, debido a que en

momento presente cumple más criterios de una depresión.

- **Trastorno depresivo mayor con ansiedad.** Estado de ánimo irritable. Insomnio. Agitación psicomotora. Disminución de capacidad para pensar y concentrarse. Pensamientos de muerte. Ansiedad o inquietud mental. Autolesiones.

Análisis y recomendaciones para el tratamiento

En función de los Diagnósticos multidisciplinares, (psiquiátrico, psicológico y jurídico) y en congruencia con el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica de Fundación PAS, se estableció el Objetivo General de Intervención: Lograr el restablecimiento psicoemocional y físico que permita a la paciente desarrollarse íntegramente en un entorno social sin violencia.

El equipo profesional elaboró el Plan de Tratamiento para la paciente y coordinó la participación de las instancias externas,

Paidopsiquiatra particular, Psicóloga de DIF, Tutora y Directora de Casa hogar a cargo de la paciente.

Se elaboró el **Plan de Tratamiento** en los siguientes términos:

- I. **Datos generales de la paciente:** Ana T. Edad: 10 Años. Bajo tutela de una Casa Hogar.
- II. **Intervención terapéutica:** Psicoterapia y psicoeducación.

Meta: La paciente logrará disminuir las conductas disruptivas que la mantienen en una situación de vulnerabilidad grave, el equipo profesional implementará estrategias para la modificación de conductas autolesivas, regulación emocional y efectividad interpersonal.

El proceso de intervención fue encabezado por la Psicoterapeuta encargada del caso, con el apoyo del equipo de atención de Fundación PAS. Se desarrollo durante 16 sesiones, dirigidas hacia 9 objetivos específicos, como se muestra en la Tabla 2:

TABLA 2
Proceso de Intervención

Objetivos Específicos	Ámbitos Terapéuticos	Técnicas de Intervención y Recursos de Apoyo
1. Desarrollará una relación terapéutica favorable que le genere confianza y seguridad con personas que pueden ayudarla.	Relación terapéutica: Crear un espacio seguro, establecer rapport y generar confianza. Explicar en qué consiste el trabajo en terapia, especificar normas y estructura de las sesiones.	Entrevista semiestructurada conocimiento de la paciente, contexto familiar. Dibujo libre, expresar emociones y pensamientos. >Juego de mesa Materiales para dibujo
2. Mejorará la regulación emocional, la identificación y expresión de emociones, y conocerá modos más adaptativos.	Psicoeducación emocional: Reconocer y nombrar emociones básicas. Reconocer las sensaciones corporales provocadas por emociones. Expresión y validación de emociones: Identificar y mejorar la regulación emocional. Gestión de la ira. Implementar técnicas en el contexto terapéutico para generalizarlas al contexto habitual.	Actividades apoyadas en cuentos Mapa emocional: identificación de sensaciones. Materializar emociones con colores, formas, sensaciones, etc. Técnicas de respiración. >Cuento en físico y video “El monstruo de colores”. Silueta: Mapa corporal. Audios de relajación

Objetivos Específicos	Ámbitos Terapéuticos	Técnicas de Intervención y Recursos de Apoyo
3. Reconocerá y regulará emociones que le generan conflicto y detonan comportamientos lesivos.	Psicoeducación emocional: Estrategias para mejorar la autorregulación de la ira, tristeza, frustración y ansiedad. Congruencia emocional.	Mecanismos de contención y conductas alternativas ante las emociones (contexto, emoción y conducta). Práctica de técnicas de respiración. Semáforo Emocional: “Parar, pensar y actuar”.>Presentación en PP “Semáforo emocional”. Material de papelería y dibujo.
4. Mejorará su autoestima, autoconocimiento y autocuidado, como recursos preventivos ante abusos.	Educación sexual Integral: Reconocimiento de partes del cuerpo y sus funciones mediante la silueta corporal. Identificación de partes expuestas y privadas y su cuidado . Fomentar autoestima mediante el cuidado corporal , salud integral, evitar lesiones. Relajación y consciencia corporal .	Dibujo de silueta corporal: identificar y reconocer partes y funciones del cuerpo. Actividad de semáforo corporal. Información sobre autocuidado y autovaloración. Meditación guiada para niños: “viajando por el cuerpo”>Papelógrafos, y materiales para dibujo. Gráfico de “semáforo corporal”. Videos educativos de F PAS. Audios para meditación.
5. Conocerá sus Derechos de NNA. Identificará situaciones de riesgo y cómo responder de manera preventiva ante abusos.	Identificar situaciones de riesgo en la vida cotidiana y cómo responder. No guardar secretos inapropiados . Reconocer caricias no adecuadas y establecer límites corporales . Identificar una red de apoyo . Desarrollar vínculos seguros .	Actividad “Secretos”. “Caricias buenas, malas y confusas” y “besos permitidos y no permitidos”. Actividad “Mano de ayuda”: personas de confianza.>Juego “Serpientes y escaleras de F PAS”. Videos educativos de F PAS: “Cuando guardar secretos”. “Caricias sí, caricias no”. Hojas y colores Material para dibujo. Juego de mesa.
6. Modificará aprendizajes y conductas inadecuadas respecto a la sexualidad.	Educación sexual Integral: Conceptos básicos en sexualidad acorde a su edad. Etapas del desarrollo sexual : preadolescencia, adolescencia, cambios físicos y emocionales. Identidad y expresión de género . Autocuidado y cuidado de otros, establecer límites corporales y conductas saludables .	Psicoeducación: presentación con videos educativos. Actividades sobre identidad, expresión de género, Conductas de autocuidado.>Videos educativos sobre sexualidad. Presentación de contenido temático con PP
7. Reconocerá un entorno de protección y cuidado en la casa hogar y otros lugares.	Orientar cuidadores de la casa hogar sobre el acompañamiento en la vida cotidiana estableciendo límites a través de una crianza positiva y cómo apoyarla en situaciones de crisis.	Psicoeducación para cuidadoras sobre establecimiento de límites y estructura en la vida cotidiana. Recomendaciones para emplear estrategias aprendidas en sesión.>Diálogo y conversación

Objetivos Específicos	Ámbitos Terapéuticos	Técnicas de Intervención y Recursos de Apoyo
8. Autoevaluará su capacidad adquirida para regular sus emociones y practicar el autocuidado	Integrar lo aprendido en terapia: respuestas adaptativas ante emociones intensas en situaciones cotidianas.	Técnicas de respiración. Semáforo emocional. >Palabra clave para “parar” respuesta emocional inadecuada. Hojas de actividades. Audios de relajación. Actividades sobre ansiedad y pensamientos que la provocan.
9. Realizará el reencuadre de la experiencia del abuso sexual. Reconocerá y expresará el cambio de emociones y creencias. Identificará la responsabilidad de los adultos para proporcionarle cuidado y protección. Se reconocerá como una sobreviviente.	Expresar emociones y creencias sobre el abuso y responsabilización del agresor , comprendiendo que no es culpable de lo ocurrido. Reconocer su capacidad de prevención . Identificar rol de cuidado y protección de adultos con vínculo.	Relato mediante juego con peluches de la experiencia del abuso, expresando emociones al tratar el tema. Retroalimentación sobre responsabilidad del agresor y de cuidadores. >Muñecos de peluches.

Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Seguimiento y Resultados: Análisis comparativo Pre y Post Tratamiento

El Modelo de Fundación PAS considera necesario realizar la evaluación final al concluir el proceso terapéutico y realizar un análisis comparativo soportado en la aplicación de la misma Batería de pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial, que refleje los resultados Post y aporte evidencia relacionada con la eficacia respecto al Plan de tratamiento.

Batería de pruebas aplicadas al final de tratamiento:

- Entrevista semi estructurada a la tutora.
- Entrevista semiestructurada a la paciente.
- Perfil SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes.
- Escala de ansiedad CMASR-2, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños
- Escala de depresión infantil CDI, Inventory of Depresión Infantil

Resultados y análisis comparativo de las Pruebas - Pre y Post

En la Tabla 3, la columna izquierda muestra los puntajes obtenidos en las pruebas respondidas por Ana en la aplicación previa al tratamiento clínico en diciembre 2021. Las puntuaciones obtenidas reflejan las áreas y funciones, psicosociales y emocionales afectadas y los niveles de afectación. En octubre 2022 al final del tratamiento, la paciente realizó la aplicación de las mismas pruebas y baterías.

Autoinforme SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes)

La tabla muestra el contraste de valoración diagnóstica y post tratamiento.

TABLA 3
Autoinforme SENA

Diciembre 2021	Octubre 2022
Escala de control: Inconsciencia, Precaución: Muestra poca disposición al responder las preguntas.	Escala de control: Normal. Mejoró su disposición y honestidad al responder las preguntas.
Problemas Interiorizados: <ul style="list-style-type: none"> Depresión, puntuación T de 80, muy alto: Estado de ánimo triste o irritable, ausencia de emociones agradables disfrute o juegos, sentimientos de culpa o desesperanza. Ansiedad, puntuación T de 68, medio-alto: Sensación de nerviosismo, malestar subjetivo, preocupaciones recurrentes. Quejas somáticas, puntuación T de 69, medio-alto: Malestas o síntomas físicos, como dolores recurrentes, más frecuente de lo esperable. Sintomatología postraumática, puntuación T de 80, muy alto: Exposición o conocimiento de una experiencia traumática que hace percibir peligro, ya sea una amenaza o real. Puede incluir recuerdos desagradables. 	Problemas Interiorizados: <ul style="list-style-type: none"> Depresión, puntuación T de 51, medio: La puntuación se encuentra dentro de la media, indica que sus estados emocionales se presentan de manera semejante a la mayoría de las personas. disminución de: irritabilidad, sentimientos de culpa y desesperanza. Ansiedad, puntuación T de 37, baja: Puntuación por debajo de la media. Indica una disminución significativa de sintomatología ansiosa que presentaba. Quejas somáticas, puntuación T de 71, alto: Registró un aumento de 2 puntos. El día de aplicación de la prueba la paciente experimentaba los síntomas de un resfriado. Implica además mejoría en la identificación y expresión de sensaciones y emociones tanto agradables y desagradables. Sintomatología postraumática, puntuación T de 43, medio bajo: La puntuación no es significativa, puede indicar que los recuerdos desagradables recurrentes y la percepción de amenaza o peligro, han disminuido significativamente. Percibe que está en lugares seguros, protegidos. Implica que está desenvolviéndose con más confianza en su contexto.
Problemas exteriorizados: <ul style="list-style-type: none"> Hiperactividad –Impulsividad, puntuación T de 76, alto: Actividad motriz excesiva, acompañada de dificultades para inhibir su conducta y responder reflexivamente. Problemas del control de la ira, puntuación T de 74, alto: Frecuentes explosiones de ira manifiesta en gritos, enfados, dificultad para regular la experiencia de tales emociones. Conducta desafiante, puntuación T de 87, muy alto: Desobediencia con los cuidadores, llegando a cometer actos vandálicos. 	Problemas exteriorizados: <ul style="list-style-type: none"> Hiperactividad –impulsividad, puntuación T de 55, medio: Puede indicar mayor regulación de sus impulsos y una actividad motriz acorde a su edad. Problemas del control de la ira, puntuación T de 59, medio: Indica una regulación emocional adaptativa. Conducta desafiante, puntuación T de 54, medio: Presenta una mayor adaptación a las normas sociales y mejor relación con figuras de autoridad.
Problemas contextuales: <ul style="list-style-type: none"> Problemas en la escuela, puntuación T de 73, alto: Indica malestar e insatisfacción o tensión en la escuela, que provoca baja rendimiento escolar. 	Problemas contextuales: <ul style="list-style-type: none"> Problemas en la escuela, puntuación T de 44, medio bajo: Indica una buena adaptación en el área escolar, presentando un buen rendimiento.

Fuente: Elaboración propia.

El contraste de los resultados obtenidos en las pruebas pre y post, posibilita reconocer cambios positivos en la calidad de vida de Ana. La disminución de síntomas ansioso-depresivos y

mayor regulación emocional que permiten su desarrollo adaptándose mejor a un contexto seguro y de protección, establecer vínculos sanos y mejor proyección a futuro (Figuras 1 y 2).

FIGURA 1

Comparación de resultados diciembre de 2021 y octubre de 2022 sobre los problemas interiorizados

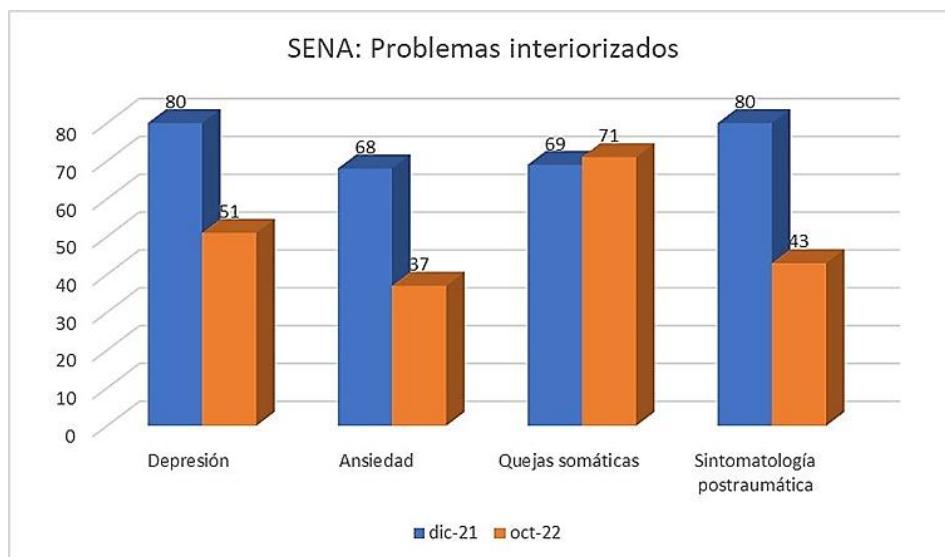
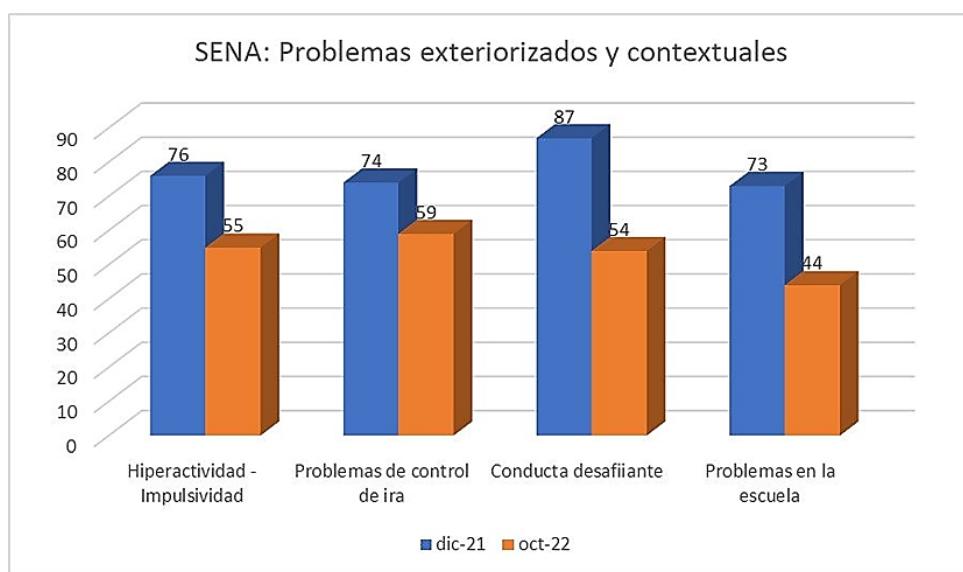


FIGURA 2

Comparación de resultados diciembre de 2021 y octubre de 2022 sobre los problemas exteriorizados y contextuales



Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños
CMASR-2

La Tabla 4 muestra el contraste de valoración

TABLA 4
CMASR-2

Diciembre 2021	Octubre 2022
• Ansiedad total, puntuación T de 53: No más problemático que para la mayoría.	• Ansiedad total, puntuación T de 43: No más problemático que para la mayoría.
• Ansiedad fisiológica, puntuación T de 43: No más problemático que para la mayoría.	• Ansiedad fisiológica, puntuación T de 38: Menos problemático que para la mayoría.
• Inquietud mental, puntuación T de 61: Moderadamente problemático. La mayoría de las preocupaciones son imprecisas, nerviosismo, hipersensible al entorno.	• Inquietud mental, puntuación T de 57: No más problemático que para la mayoría. *La puntuación disminuyó de problemático a no significativo. Ana experimenta menos preocupaciones y pensamientos intrusivos que provocaban ansiedad, mejora su bienestar emocional.
• Ansiedad social, puntuación T de 58: No más problemático que para la mayoría.	• Ansiedad social, puntuación T de 40: No más problemático que para la mayoría.

*Trató de dar una impresión positiva.

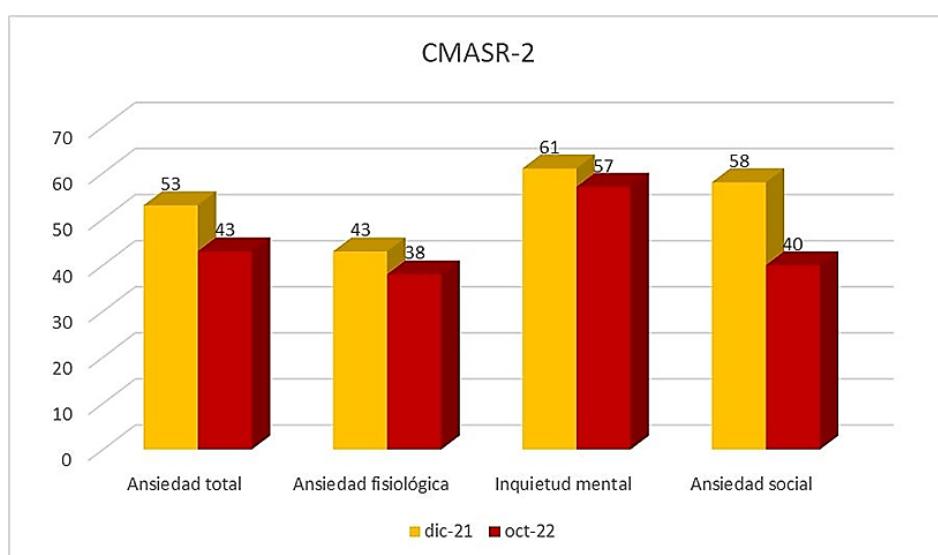
Fuente: Elaboración propia.

Se observa en las puntuaciones la disminución significativa de la sintomatología de ansiedad identificada en el diagnóstico, se erradicaron la

tricotilomanía, el insomnio y la ansiedad fisiológica (Figura 3).

FIGURA 3

Comparación de resultados sobre Ansiedad. Diciembre de 2021 y octubre de 2022



Escala de depresión, CDI para niños. Inventario de Depresión Infantil

La Tabla 5 muestra el contraste de la valoración

diagnóstica Pre y Post tratamiento.

TABLA 5
CDI para niños

Diciembre 2021	Octubre 2022
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión total, percentil de 35: Sin sintomatología. • Autoestima, percentil de 30: Autoestima dentro del promedio. *Escala de autoestima negativa: Puntuaciones altas indican falta de autoestima. • Disforia, percentil de 60. Sugiere cambio de humor rápido y momentáneo; puede oscilar entre irritabilidad, llanto o tristeza. <p>*Respondió la prueba tratando de disimular los síntomas que presentaba. Se puede obtener información con algunas respuestas de Ana: “Muchas veces me cuesta dormir; Me preocupa que me ocurran cosas malas; Pienso en matarme, pero no lo haría; Las cosas me preocupan muchas veces”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión total, percentil de 5: Sin sintomatología. Hubo una disminución significativa en la puntuación de depresión total, lo cual representa la disminución de los síntomas. • Autoestima, percentil de 0: Autoestima alta. Mejora significativa en el autoconcepto y autocuidado. • Disforia, percentil de 20. No significativo. Disminución notable de la puntuación y del estado disfórico. <p>*Las respuestas mencionadas en la evaluación inicial, se modificaron, obteniendo puntuaciones más bajas.</p>

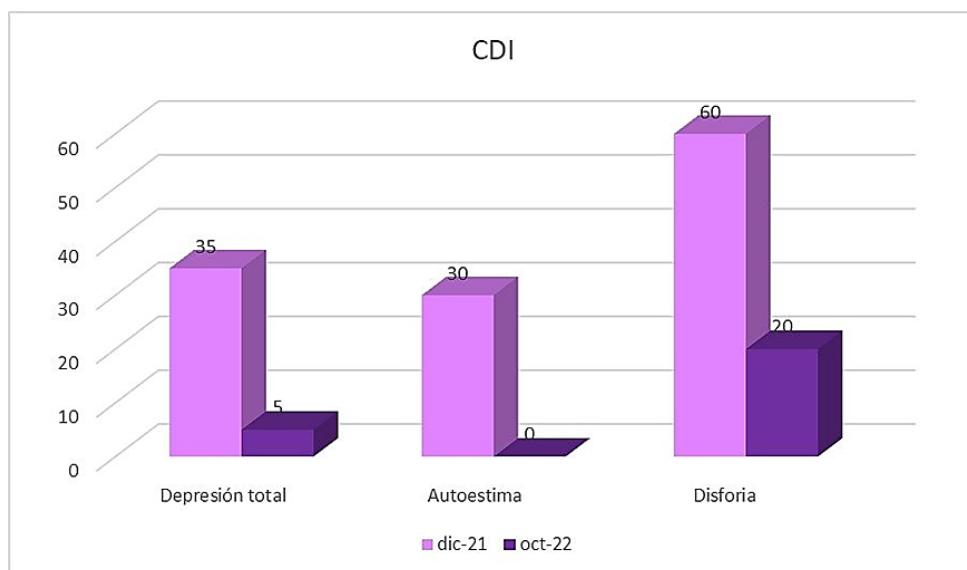
Fuente: Elaboración propia.

En el inventario de depresión la paciente no mostró puntajes alarmantes durante la evaluación inicial, no obstante, a través de los otros instrumentos y de las entrevistas se identificaron los síntomas de insomnio, ideación suicida, inquietud mental y baja autoestima. Por tanto, en la

evaluación final, se obtuvieron puntuaciones más bajas, lo cual implica la Disminución y/o erradicación de los síntomas reportados, lo que se traduce en una mejora significativa en el estado emocional de la paciente (Figura 4).

FIGURA 4

Comparación pre y post de resultados en diciembre de 2021 y octubre de 2022 sobre Depresión



Resultados Cualitativos y Seguimiento

Durante el desarrollo del Plan psicoeducativo con la paciente, se elaboraron 4 Informes descriptivos Mensuales de Seguimiento, en los cuales se recuperan indicadores y evidencias de los síntomas de la paciente a través de registros de observación y narrativos, en interacciones con Ana y con su tutora. Se reporta la evolución de la paciente en 16 sesiones semanales de febrero de 2022 hasta finalizar el tratamiento en julio de 2022.

A continuación, de manera sintética se toman fragmentos representativos de dichos reportes a manera de evidencia.

Informe de seguimiento marzo 2022. Basado en evidencia

“Ana se presenta a sesión con un poco de inquietud y se muestra inhibida al principio. Expresa ansiedad cuando habla sobre experiencias desagradables, mediante inquietud física y algunas conductas. Progresivamente ha disminuido su ansiedad durante las sesiones. Continúa mostrando

inquietud y mucha energía. Ya no presenta conductas como morder su ropa; además ha aprendido a realizar ejercicios de respiración para relajarse. Mantiene buena disposición para realizar las actividades, sin dificultad al seguir indicaciones. Expresa sentirse contenta al acudir a las sesiones, más tranquila y muy motivada por ver a sus hermanas próximamente. Refiere ya no pensar ideas de muerte, ya que se siente mejor y le gusta estar en la Casa hogar, convivir con sus compañeras y con sus cuidadoras.

En la actualidad (marzo, 2022) Ana es consciente de que cuenta con una red de apoyo sólido, lo cual puede traer resultados positivos al tratamiento, ya que se encuentra motivada y se ha adaptado al albergue”.

Informe de seguimiento abril 2022 Basado en evidencia

“Ana ha presentado avances en la sintomatología de ansiedad, al menos durante las sesiones, se muestra más tranquila y sólo en ocasiones se le debe repetir la indicación para que continúe realizando alguna

actividad.

Se ha logrado una relación terapéutica de confianza, Ana identifica el espacio como un lugar seguro, expresa sin dificultad sus emociones. Ha mantenido buena disposición y actitud positiva al realizar las actividades; recuerda con facilidad los temas que, tratados en sesiones anteriores, aún le cuesta aterrizar a su realidad y contexto las estrategias aprendidas, ha mantenido algunas conductas desadaptativas, sobre todo al convivir con compañeras, la ira y la frustración. Sin embargo, logra identificar dichas conductas y reconoce que puede modificarlas.

Reconoce la casa hogar como un lugar seguro en el cual recibe cuidados y atención, identifica vínculos seguros con sus cuidadoras a quienes nombra su red de apoyo.

Se reporta un cambio en la atención psiquiátrica, quedando a cargo de un servicio particular”.

Informe de seguimiento mayo 2022 Basado en evidencia

“Ana continúa respondiendo positivamente al tratamiento, ha disminuido conductas desadaptativas y mantiene una buena actitud al realizar las actividades durante las sesiones. Ha disminuido la ansiedad y continúa expresándose con confianza, lo cual fortalece la relación terapéutica.

El cambio de tratamiento psiquiátrico ha resultado positivo, ha disminuido la desatención e hiperactividad y las conductas disruptivas.

Se reporta la presencia de la madre de Ana en el DIF y la solicitud de su custodia, se autoriza la comunicación con ella a través de videollamadas. Es posible que, ante el cambio en su estructura con la presencia de su madre, pueda surgir confusión o algunas otras emociones, por lo cual es importante que se le brinde el acompañamiento adecuado”.

Informe de seguimiento julio 2022. Basado en evidencia

“Ana presenta avances en su tratamiento, ha mejorado notablemente su estado de ánimo y continúa trabajando en la gestión de emociones.

Conductualmente responde de manera positiva a las estrategias que se implementan en la casa hogar, cumpliendo con lo que se le ha pedido y manteniendo buenas relaciones con sus compañeras y cuidadoras.

Mantiene un apego a los tratamientos psiquiátrico y psicológico, se muestra contenta con la atención que se le brinda.

Por el momento, Ana ha respondido positivamente a la comunicación con su mamá, se ha tratado el tema en las sesiones para que no afecte negativamente su proceso”.

Informe de seguimiento agosto 2022. Basado en evidencia

“Se realiza la conclusión del tratamiento psicológico con Ana, se trabaja en: identificar si ha logrado poner en acción las estrategias aprendidas para tener una adaptación adecuada, así como llevar a cabo conductas de autocuidado.

Durante el tratamiento se mantuvo la comunicación con la psicóloga del DIF, la directora de la Casa Hogar y la encargada de llevar a Ana a sus citas, quienes reportaban los cambios observados, desde su autocuidado y salud física, hasta la mejora de conductas al convivir con sus compañeras y cuidadoras en la casa hogar”.

DISCUSIÓN DEL CASO

La discusión de la intervención clínica de la paciente, referida como “Ana”, se fundamenta en la revisión de los objetivos específicos trazados en el plan de trabajo inicial bajo el Modelo Integrativo Sistémico de la Fundación PAS, las valoraciones de inicio y final del tratamiento clínico, y el análisis de

las evidencias cualitativas del trabajo psicoeducativo registradas en bitácoras y registros de observación, además de los reportes de la tutora de la paciente. Al contrastar las valoraciones de inicio y cierre, junto con el análisis cualitativo de las bitácoras y los reportes de tutoría, es posible afirmar que las metas del tratamiento se alcanzaron de manera aceptable, considerando las condiciones y el proceso de atención proporcionado.

La evaluación de estos logros presenta desafíos inherentes, dado que los objetivos terapéuticos se reflejan primordialmente en el desempeño funcional de la paciente dentro de su vida cotidiana. Por esta razón, las evidencias cualitativas se constituyen como los referentes principales para reconocer las habilidades desarrolladas, las cuales, al triangularse con los puntajes de los instrumentos clínicos, permiten estimar tanto la mejoría como las áreas de vulnerabilidad persistentes. Es imperativo comprender estos resultados no como un estado definitivo o concluido, sino como parte de un proceso dinámico influenciado por el desarrollo psicosocial de la paciente en su tránsito hacia la adultez; las huellas del abuso sexual pueden manifestarse en etapas posteriores, requiriendo nuevas formas de atención.

El éxito del caso se cimentó en una convergencia de factores protectores y metodológicos. La colaboración interinstitucional resultó clave, proveyendo los recursos necesarios para una atención integral y un seguimiento articulado. En este contexto, el rol de la Casa Hogar fue determinante para la restitución de derechos, ofreciendo un entorno libre de violencia que permitió a Ana establecer vínculos afectivos seguros. Paralelamente, la formación especializada del equipo clínico y la estructura del Plan de Tratamiento facilitaron la orientación estratégica de las acciones. Ante la ausencia de una red de apoyo familiar segura, la empatía y la sólida alianza terapéutica establecida con la psicóloga fungieron como pilares del tratamiento. Asimismo, la develación del abuso —mediada por la

intervención empática de una docente— y la consecuente denuncia, marcaron un punto de inflexión decisivo, diferenciando este caso de aquellos que permanecen en la oscuridad y carga psicosocial del silencio.

No obstante, el proceso enfrentó limitaciones significativas. La conflictividad y ausencia del núcleo familiar biológico restringieron la participación directa de estos actores, aunque paradójicamente, esta distancia operó también como una oportunidad para alejar a la paciente de un ecosistema nocivo. Finalmente, aunque la figura de la tutora institucional fue un agente clave para el cumplimiento de los requerimientos terapéuticos, el cambio de esta figura hacia el cierre del tratamiento introdujo inconsistencias que prolongaron la etapa de revaloración y conclusión del caso.

La intervención realizada confirma la relevancia del enfoque integrativo y sistémico planteado en la fundamentación teórica. A diferencia de abordajes que se centran únicamente en el individuo, el Modelo de Psicoterapia Integrativa Sistémica permitió abordar el trauma complejo de Ana al incluir la restitución de derechos y el trabajo con el entorno (Casa Hogar) como factores terapéuticos esenciales.

Los resultados coinciden con la literatura (Zarbo et al., 2016, Delgadillo y Arce, 2020, Gómez Pérez et al., 2024) respecto a la importancia de la alianza terapéutica y el entorno seguro. La disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa valida la eficacia de combinar la atención psiquiátrica con la psicoterapia y la psicoeducación. Asimismo, se evidencia que la protección legal y la provisión de un entorno libre de violencia (restitución de derechos) son precondiciones necesarias para el éxito clínico, alineándose con la perspectiva de derechos de la infancia discutida inicialmente.

El caso de Ana ilustra cómo la coordinación interinstitucional es vital para superar las barreras burocráticas mencionadas en la introducción. La

intervención no solo reparó el daño psicoemocional, sino que interrumpió la cadena de violencia transgeneracional al separar a la víctima del entorno nocivo y empoderarla con herramientas de autocuidado.

Perspectiva del paciente:

Durante las primeras sesiones Ana, se mostraba muy ansiosa e inquieta, mordía su ropa, se metía los dedos a la boca, algunos de los comentarios que expresaba eran los siguientes:

“Tenía miedo y tristeza, por lo que me paso”
“Algunas veces he pensado en morirme, el diablo me dice que me mate, el diablo está en mi mente”

“Me gusta estar en la casa hogar, me llevo bien con mis compañeras y tenemos una alberca, aunque a veces me enojo, destruyo cosas, pateo la puerta”

“En las noches no puedo dormir, me da mucho miedo y veo cosas en mi cuarto, me levanto y me quedo despierta”

“No puedo ver a mi mamá ni a mis hermanas y no sé cómo estén mis hermanas, pienso que les puede pasar algo malo”

Una cuidadora encargada en la casa hogar en donde reside Ana, le pidió escribir sobre su experiencia en la Fundación, Ana escribió lo siguiente:

A LA FUNDACIÓN PAS:

Yo, (Ana), quiero platicarles como me fue con la psicóloga:

Platicábamos sobre el cuerpo de un hombre y una mujer, sobre sus partes íntimas y como cuidarlo. Me enseñaba que no dejara que nadie tocara mis partes íntimas, que siempre estaba ahí para mis momentos difíciles y mis emociones.

Jugábamos memoria, plastilina y hacia monitos, animales con plastilina. Dibujaba mi cuerpo y un mono y muchas cosas.

Ella era muy buena, amable y linda conmigo. El lugar me gustaba porque hacíamos juegos y ponía música para relajarme. Ahora en la casa hogar estoy bien, me ha ayudado Bety y la he amado mucho. A las dos las amo.”

Consentimiento informado:

De acuerdo con el Código ético del psicólogo y sobre el uso de los datos personales por Fundación PAS, antes de comenzar la valoración, se explicó el proceso de intervención a la tutora que acompaña a la paciente, quién firmó un consentimiento autorizando los procedimientos de la institución.

CONCLUSIONES

La sistematización del presente caso clínico permite dilucidar la trascendencia de constituir redes de apoyo sólidas y estables para la recuperación de niñas, niños y adolescentes que han atravesado experiencias de abuso y maltrato. La evidencia recabada demuestra que la restitución efectiva de derechos en escenarios de violencia es posible únicamente a través de un trabajo conjunto e integrado. Este éxito se cimentó en la articulación entre instituciones del Estado (Procuraduría, DIF, SALME) y el apoyo de particulares, destacando el rol crítico de cada actor: desde la intervención docente que facilitó la develación del abuso sexual infantil, hasta las medidas de protección y asilo brindadas por la Casa Hogar, lo cual permitió detener la victimización y ofrecer un entorno de desarrollo sano.

En lo concerniente a la metodología clínica, el proceso arrojó evidencias positivas sobre la eficacia y relevancia del Modelo de Atención de la Fundación PAS para el abordaje de casos graves de violencia sexual. La implementación de un enfoque multidisciplinario, sustentado en perspectivas sistémicas y de derechos de la infancia, posibilitó el despliegue de estrategias potentes capaces de atender las múltiples dimensiones afectadas en la

vida de la sobreviviente. A su vez, este ejercicio reafirma la importancia de analizar y sistematizar los casos atendidos como una acción afirmativa indispensable para la mejora continua de los servicios y la protección de derechos en organizaciones especializadas.

Finalmente, las implicaciones de este análisis trascienden el ámbito clínico para interpelar a las políticas públicas. Se evidencia la urgente necesidad de posicionar las violencias contra NNA como un asunto prioritario de salud pública y responsabilidad social, que debe ser abordado mediante la participación colectiva de todos los actores implicados. Para disminuir las condiciones de vulnerabilidad que propician el maltrato, es imperativo mantener esfuerzos permanentes de sensibilización, capacitación y orientación en los servicios de apoyo. La prevención del abuso exige, en última instancia, un compromiso ético que rebase las respuestas legales o institucionales, promoviendo una educación social que garantice el desarrollo integral, fomente el diálogo abierto y construya entornos donde la infancia sea valorada y protegida.

En conclusión, la sistematización de este caso demuestra que la recuperación de víctimas de ASI es posible mediante una red de apoyo sólida. La intervención multidisciplinaria (psicología, trabajo social, derecho, psiquiatría) y la colaboración entre el Estado y la sociedad civil (Fundación PAS) fueron determinantes.

Se destaca la importancia de la detección temprana en el entorno escolar y la necesidad de políticas públicas que garanticen la atención integral, no solo la persecución del delito. El modelo utilizado probó ser efectivo para la restitución de la salud mental y los derechos fundamentales de la paciente, ofreciendo una ruta replicable para la atención de casos similares.

Agradecimientos:

Un reconocimiento a todos los colaboradores que intervinieron en el proceso de atención del presente

caso, entre quienes destacan: la Procuraduría de protección NNA, Sistema DIF Jalisco, las instituciones patrocinadoras de la atención clínica, la Casa Hogar, el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), Dr. B Varelas B-Paidopsiquiatra, profesionales de Fundación PAS, Mtra. Fabiola Cervantes C (Coord. de Atención Clínica), Mtro. Fernando Urzúa A. (Evaluación y Diagnóstico), Mtra. Rosario González H, Asesora de investigación y coautora del artículo.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses para la elaboración de este artículo. Asimismo, Fundación PAS, fue debidamente informada sobre el contenido y los objetivos del estudio, y manifestó su conformidad con la difusión de la información presentada.

REFERENCIAS

- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV). (2015). *Diagnóstico nacional de violencia sexual en México*. Gobierno de México.
[https://www.gob.mx/ceav/documentos/prime
r-diagnostico-sobre-la-atencion-de-la-
violencia-sexual-en-mexico](https://www.gob.mx/ceav/documentos/primer-diagnostico-sobre-la-atencion-de-la-violencia-sexual-en-mexico)
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, (CEAV). (2016). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: Cartilla de derechos de las víctimas de violencia sexual infantil* (2.^a ed.). Gobierno de México.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/CartillaCEAV.pdf>
- Delgadillo, L. y Arce, J. (Comps.) (2020). *Abuso sexual infantil en México. Un abordaje interdisciplinario*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
[https://catedraunesco.uaemex.mx/media/attach
ments/2024/10/28/abuso_sexual_infantil_en_
mexicolibroelec.pdf](https://catedraunesco.uaemex.mx/media/attach
ments/2024/10/28/abuso_sexual_infantil_en_
mexicolibroelec.pdf).

- Díaz Ibarra, E. A., Abella Pinzón, J. A., y Medina, Y. F. (2023). Metodología: cómo realizar un informe de caso o informe de serie de caso. *Revista Colombiana de Reumatología*, 30(2), 129-136.
<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.05.022>
- Durán, N. M. (2015). *La ética del cuidado: Una voz diferente*. Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Durrant, M., y White, C. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Gedisa.
- Fernández-Pinto, I. S. S. (2015). *SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.
- Finkelhor, D. (2005). *Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. Pax.
- Fundación PAS (2018). *Modelo de intervención psicológica* [Documento interno no publicado].
- Fundación PAS (2022). *Indicadores de análisis del abuso sexual en Niños, Niñas y Adolescentes 2020-2021*. [Documento interno no publicado].
- Gómez Pérez, M. A., Torres, A. B. y López, R. M. (2024) Abuso sexual infantil: Una década de aproximaciones a su estudio e intervención. En M. A. Gómez et al. *Un Secreto en varias voces. Rutas clave en el Acompañamiento de personas que han vivido abuso sexual*. Fundación Pas.
- Gómez Masana, M. y Etxeberria Ibáñez, Y. (2021). 50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 1-5. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.481>
- González Serratos, R. (2009). *Infancia rota*. En *Una mirada a la ciencia*. Universidad Autónoma de México. http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/la_prensa/consulta_prensa_pdf.cfm?vArchivoPensa=135
- Hegel, G. W. F. (2010). *Fenomenología del espíritu*. Universidad Autónoma de Madrid/Abada.
- Kovacs, M. C. (2012). *Inventario CDI: Inventario de depresión infantil*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2019). *Informe anual 2019*. <https://www.unicef.org/mexico/media/4256/file/Informe%20anual%202019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2020). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020*. <https://www.unicef.org/cuba/informes/informe-sobre-la-situacion-mundial-de-la-prevencion-de-la-violencia-contra-los-ninos-2020>
- Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). (2023a). *Informe alternativo*.
- Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). (2023b). *Violencia sexual contra la niñez y la adolescencia en México (2019-2022)*. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/06/21/violencia-sexual-contra-la-ninez-en-mexico-2019-2022/>
- Reynolds, C. R., y Richmond, B. O. (2008). *CMASR-2: Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada*. El Manual Moderno.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Et Al Aronson, J. K., Schoen-Angerer, T. von, Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., y Gagnier, J. J. (2017). *Guía CARE para informes de casos: documento explicativo y de elaboración*. *Revista de Epidemiología Clínica*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Secretaría de Salud. (2023). *Guías diagnósticas de salud mental: trastorno mixto ansioso depresivo*. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud/2trastorno_mixto.pdf
- Sullivan, D., y Everstine, L. (1997). *El sexo que se calla*. Pax.
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafio, F., y Compare, A. (2016). *Integrative psychotherapy works*. *Frontiers in Psychology*, 6, 2021. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2015.02021/full>

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Analysis of the Relationship Between Self-Efficacy and Self-Care in Individuals with Overweight and Obesity: A Systematic Review

Erandi de la Salud Ávila Herrera¹
Adriana Berenice Torres Valencia^{2*}

Resumen

Durante más de medio siglo, la salud se ha definido como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, los sistemas de salud y la investigación han priorizado históricamente el tratamiento de patologías, relegando la promoción de la salud, cuyo fin es empoderar a las personas para mejorar su bienestar integral. En este contexto, la autoeficacia (creencia en la capacidad propia para superar desafíos) y el autocuidado (acciones deliberadas para mantener la salud física y mental) emergen como variables clave para el bienestar. El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la integración de estos constructos teóricos en personas con sobrepeso y obesidad. Estas condiciones son factores de riesgo críticos que impulsan el incremento de enfermedades no transmisibles, responsables del 74 % de las muertes a nivel global. Para la selección y análisis se utilizó la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Se incluyeron 49 investigaciones publicadas entre enero de 2015 y junio de 2025, cuyos temas se centraban en el autocuidado y la autoeficacia en poblaciones con sobrepeso y obesidad. El criterio de calidad excluyó artículos sin relevancia académica o verificación científica, no relacionados, duplicados, tesis de grado y protocolos. Los hallazgos reafirman la necesidad de concebir la salud como un estado de bienestar integral que promueva la autoeficacia y los estilos de vida saludables. Además, se destaca la importancia de incorporar la perspectiva de género y de fomentar la participación activa de profesionales en salud mental, como psicólogos y psiquiatras, en las estrategias de promoción.

Palabras clave: Autoeficacia, Autocuidado, Sobre peso, Obesidad.

Abstract

For over half a century, health has been defined as a complete state of physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease. However, health systems and research have historically prioritized the treatment of pathologies, relegating health promotion, whose purpose is to empower individuals to improve their holistic well-being. In this context, self-efficacy (the belief in one's own capacity to overcome challenges) and self-care (deliberate actions taken to maintain physical and mental health) emerge as key variables for well-being. The aim of this systematic review was to analyze the integration of these theoretical constructs in individuals with overweight and obesity. These conditions are critical risk factors driving the increase in non-communicable diseases, which are responsible for 74% of global deaths. The PRISMA methodology (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) was used for selection and analysis. Forty-nine studies published between January 2015 and June 2025 were included, focusing on self-care and self-efficacy in overweight and obese populations. The quality criterion excluded articles lacking academic relevance or scientific verification, those unrelated to the topic, duplicates, degree theses, and research protocols. The findings reaffirm the need to conceive of health as a state of holistic well-being that promotes self-efficacy and healthy lifestyles. Furthermore, the importance of incorporating a gender perspective and actively encouraging the participation of mental health professionals, such as psychologists and psychiatrists, in promotional strategies is highlighted.

Keywords: Self-efficacy, Self-care, Overweight, Obesity.

¹ Universidad Marista de Guadalajara (Méjico). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8632-0671>

² Centro Universitario de la Ciénega – Universidad de Guadalajara (Méjico). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1585-9753>

* Contacto: adriana.torres@academicos.udg.mx



Recibido: 17/08/2025. Aceptado: 26/10/2025.

INTRODUCCIÓN

Por más de cincuenta años la salud ha sido oficialmente definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2014). Aunque esta visión subraya la importancia de un enfoque integral, los sistemas de salud y la investigación científica en su mayoría se han centrado más en la “atención de la enfermedad” que en prácticas de “atención o promoción de la salud”, incluso existen muchas especialidades en torno a fenómenos fisiológicos patológicos, pero no hay una teoría general de la salud (Sholl, 2020).

Se ha identificado que casi la mitad de las muertes prematuras anuales a nivel mundial, se deben a factores relacionados con estilos de vida, un medio ambiente adverso y la desigualdad social, entre otros, y que, para lograr una solución a estos problemas, es necesario ir más allá de la medicina clínica (Martínez, 2023). En este sentido, cabe resaltar que para la OMS (2009), la promoción de la salud es el “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarlala”, y para lograr un estado de bienestar integral, es necesario que las personas sean capaces de “identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al entorno”. Por ello, la salud se considera un “recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida” y trasciende a los estilos de vida saludables para abarcar el bienestar integral (OMS, 2009).

En el ámbito de la promoción de la salud, una de las variables que se ha estudiado es la *autoeficacia*, definida por Bandura (1977) como “la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para manejar situaciones futuras.” De acuerdo con la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1997), en el ámbito de la salud la autoeficacia se entiende como una “sensación de control sobre las propias acciones y el entorno” y son las creencias cognitivas las que

pueden determinar si un cambio de comportamiento saludable se inicia, cuánta energía se destina a dicho esfuerzo y por cuánto tiempo se perseveró frente a obstáculos o fracasos.

Por su parte, el *autocuidado* es la “acción humana realizada deliberadamente por las personas, por el bien propio con el fin de regular su propio funcionamiento” y “requiere del suministro y mantenimiento de la provisión de materiales y condiciones necesarias para mantener el funcionamiento y desarrollo físico y psíquico, esenciales para la vida” (Orem, 2001). Dado que la autoeficacia es un predictor de los comportamientos del autocuidado y este a su vez es indispensable para una adecuada promoción de la salud, resulta necesario el análisis de la literatura científica reciente para comprender su relación en personas con sobrepeso y obesidad, por ser éstas factores de riesgo importantes en la actualidad.

Actualmente la salud pública y la adquisición de estilos de vida saludable han cobrado relevancia a nivel mundial, como una necesidad urgente para mejorar el bienestar integral de las personas. Esta urgencia deriva del incremento en los niveles de mortalidad a nivel mundial, ocasionado por las Enfermedades No Transmisibles (ENT), las cuales representan el 74% de las muertes globales (OMS, 2025). Uno de los factores de riesgo críticos asociados a algunas ENT son, precisamente, la *obesidad* y el *sobrepeso*.

La OMS (2025), define el *sobrepeso* como una “afección que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa”, mientras que la *obesidad* la definen como una “compleja enfermedad crónica que se define por una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. La obesidad se asocia al aumento del riesgo de diabetes de tipo 2, cardiopatías y otras afecciones, por lo que influye en aspectos de la calidad de vida. Es diagnosticada a través de la medición del peso y la estatura de las personas y calculando el índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/estatura m² (m²).

Se estima que, en 2022, 2500 millones de adultos de 18 o más tenían sobrepeso y de estos 890 millones tenían obesidad. Comparado con las estadísticas de 1990 significó el incremento de más del doble entre 1990 y 2022 (OMS, 2025, 2024). Mientras que, para la población infantil, en 2024, 34 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso y en 2025, lo tienen 390 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años. Así como en los adultos, en niños y adolescentes la prevalencia ha ido incrementando, pasando del 8% en 1990 al 20% en 2022.

La presente revisión sistemática tiene por objetivo analizar la literatura científica disponible dentro del periodo de enero 2015 a junio 2025, en la cual se relaciona la autoeficacia y el autocuidado en personas con sobrepeso y obesidad. Se realizó una búsqueda y se identificaron 44,505 artículos, los cuales fueron revisados y depurados, obteniendo una selección final de 49 artículos que cumplían con los requisitos del objetivo del estudio. De estos 49 artículos, 34 estudios fueron realizados en población adulta y 15 en población adolescentes y niños. De los 35 estudios de adultos, se identificaron dos subgrupos, el primero de 9 estudios dirigido a mujeres embarazadas y 26 a adultos con diferentes circunstancias.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo los lineamientos establecidos por el *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). La búsqueda ocurrió en las bases de datos EBSCO, Elsevier, Google Scholar, JSTOR, ProQuest y Scielo.

Las palabras clave que se utilizaron en la búsqueda fueron “autocuidado”, “autoeficacia”, “sobrepeso” y “obesidad”, combinados con

operadores booleanos AND y OR. Tanto en inglés como en español.

- Autocuidado AND Autoeficacia AND obesidad AND Sobre peso
- Autocuidado AND Autoeficacia AND obesidad OR Sobre peso
- Selfcare AND Selfefficacy AND Obesity AND Overweight
- Selfcare AND Selfefficacy AND Obesity OR Overweight

Fueron incluidos artículos originales, estudios de caso, revisiones académicas, ensayos clínicos, estudios de cohorte, estudios transversales y estudios cualitativos publicados entre enero 2015 a junio del 2025, cuyos temas de investigación estuvieran relacionados con el autocuidado y la autoeficacia en poblaciones con sobrepeso y obesidad. Se excluyeron artículos no relacionados directamente con la temática, duplicados, así como tesis de grado y protocolos de investigación.

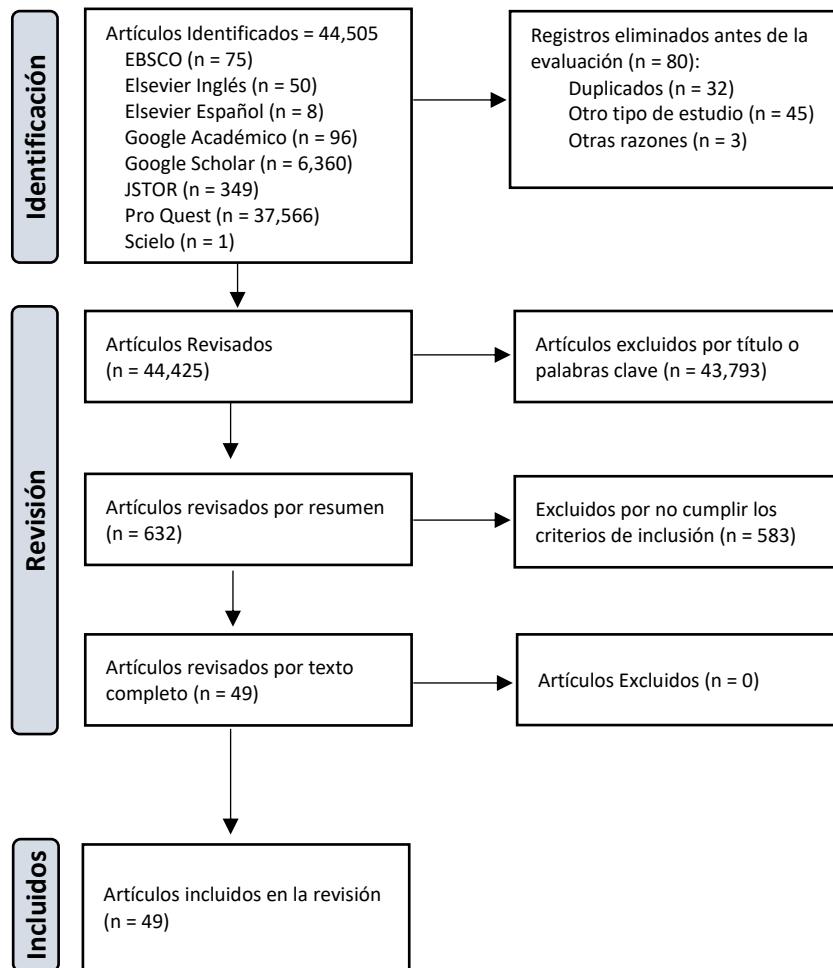
El proceso de selección se realizó por dos investigadoras en las siguientes etapas:

1. Identificación de estudios potencialmente relevantes mediante la búsqueda en bases de datos electrónicas.
2. Cribado de registros duplicados y excluidos
3. Lectura inicial de títulos y resúmenes en relación con los objetivos del estudio.
4. Obtención y revisión de textos completos de los artículos preseleccionados.
5. Evaluación de elegibilidad basada en los criterios de inclusión y exclusión.

La Figura 1 muestra el diagrama de flujo PRISMA que se siguió en este estudio, detallando la extracción de datos y la selección de artículos implementada para esta investigación.

FIGURA 1

Identificación de estudios a través de la base de datos



Fuente: Elaboración propia.

Los 632 artículos restantes se añadieron al software Zotero versión 7.0.2.3, para facilitar su gestión. Estos artículos fueron examinados, revisando a detalle el resumen para evaluar su compatibilidad con el objetivo de la investigación. Como resultado de esta revisión se excluyeron 583 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión. Una revisión más detallada se realizó con los 49 artículos restantes, revisitando el texto completo y todos los artículos se incluyeron en el

análisis final.

Para el análisis, los 49 estudios se clasificaron en tres grupos principales: el primer grupo lo constituyen 26 estudios cuya población era adultos en diferentes circunstancias, el segundo grupo son 8 estudios dirigidos a mujeres adultas embarazadas y el tercer grupo son 15 investigaciones cuya población eran niños y/o adolescentes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Resultados en población adulta

La evidencia científica establece consistentemente que la autoeficacia es un factor central que predice y beneficia el éxito de las estrategias de autocuidado, la confianza que las personas tienen en su capacidad para realizar alguna acción es fundamental para la adopción y mantenimiento de conductas que benefician su salud.

Al respecto, se menciona el estudio realizado en adultos jóvenes con sobrepeso y obesidad donde se encontró que la autoeficacia está positivamente asociada con la actividad física, además de que estos dos constructos están inversamente relacionados con síntomas depresivos, esto nos sugiere que el fortalecimiento de la confianza en la actividad física, es una forma eficiente para mejorar la salud física y psicológica (Cha et al., 2015).

Por su parte un análisis secundario de una intervención de estilo de vida estructurada basada en el Algoritmo de Nutrición para la Diabetes Transcultural (t DNA) en pacientes diagnosticados con Diabetes tipo 2 (T2D) y sobrepeso y obesidad, mejoró significativamente la autoeficacia alimentaria con la intervención para comer en comparación con el asesoramiento convencional (Gilcharan Singh et al., 2020).

Asimismo, se corroboró que la intervención era efectiva para aumentar la autoeficacia en la actividad física y el bienestar general, en un análisis de efectividad del programa de intervención conductual “Fun for Wellness” en adultos con obesidad (Myers et al., 2020). Mientras que en un estudio se encontró que la motivación y la autoeficacia son relevantes para aumentar los minutos de actividad física en personas con sobrepeso (Lugones-Sánchez et al., 2021).

En pacientes que fueron sometidos a una cirugía bariátrica, se identificó que la autoeficacia era crucial para el éxito a largo plazo, en una intervención educativa sustentada en la teoría del

Proceso de Acción de Salud (HAPA), las cuales se relacionaron con una mejor autogestión de la alimentación y la actividad física, subrayando que aunque la cirugía bariátrica es efectiva con la pérdida de peso, debe complementarse con el apoyo conductual centrado en la autoeficacia para optimizar los resultados a largo plazo (Maghsoodlo et al., 2025).

Otra intervención de salud móvil (mHealth) realizada en adultos jóvenes, para la prevención del aumento de peso, se diseñó para mejorar la autoeficacia y el cambio en cuatro comportamientos de estilos de vida relacionados con la mejora de la alimentación y el aumento de la actividad física. Como resultado hubo un efecto indirecto de la mejora de los comportamientos de nutrición y actividad física por cambios en la autoeficacia. También se identificó que el uso de aplicaciones de dieta y nutrición mejoró la motivación, la autoeficacia y la capacidad de establecer y alcanzar metas de salud en la mayoría de los participantes (West et al., 2017).

Por su parte, Groshon y Pearl (2023), en un análisis secundario de una intervención cognitivo-conductual para el estigma de peso internalizado y la pérdida de peso, encontraron que una disminución en los episodios de atracón en las personas con Trastorno por Atracón estaba asociada con el incremento en la autoeficacia alimentaria.

Aunque en varios estudios se hacía hincapié en que el autocuidado va más allá del cuidado de la alimentación y el ejercicio, considerando aspectos como la salud emocional y psicológica, se encontró que solo una la tercera parte de los estudios revisados incluyen en su equipo de investigación o en las instituciones, a psicólogos o expertos en salud mental (Groshon y Pearl, 2023; Lugones-Sánchez et al., 2021; Pearl et al., 2021; Scott et al., 2022).

Adicionalmente, se encontró que, a nivel global, las personas con mayor Estigma de Peso Internalizado (WBI), reportan una peor calidad de vida relacionada con la salud física y mental, con

menor autoeficacia en la alimentación y en la actividad física, y un uso mayor de la alimentación como estrategia de afrontamiento, denotando mayor insatisfacción de su imagen corporal, mayor estrés y alta evitación al ejercicio (Pearl et al., 2021). Lo anterior puede reducir la capacidad de las personas para controlar sus comportamientos alimentarios, creando un ciclo perjudicial para su salud (Groshon y Pearl, 2023).

También se encontró que cuando se dirigen mensajes de salud a personas con mayor peso, basados en la obesidad y los riesgos con las enfermedades relacionadas a ésta, es predecible un aumento en la irritación y en las respuestas emocionales negativas que son perjudiciales en la autoeficacia y en las intenciones de adquirir conductas saludables, aumentando así el estigma de

peso internalizado (Derricks y Earl, 2019).

Por último, en lo que respecta a la modalidad de intervención es necesario resaltar que 18 de las intervenciones son digitales centradas en el aumento de la actividad física, con uso de aplicaciones móviles, sitios web o el uso de tecnologías para fomentar el autocuidado y la autoeficacia (Hayotte et al., 2024; Horne et al., 2022; Huang et al., 2025; Johnson et al., 2025; Kim et al., 2021, p. 30; Kwok et al., 2025; Liou y Karasik, 2021; Lugones-Sánchez et al., 2021; Myers et al., 2020; Partridge et al., 2017; Ryu et al., 2023; Scott et al., 2022; West et al., 2017; Yen et al., 2023). La siguiente tabla (Tabla 1) resume los 27 artículos revisados orientados a la población adulta.

TABLA 1
Resumen de artículos revisados: población adulta

Autor / Año	Diseño	País	Dirigido a
Buesaquizillo y Panamá, (2024)	Revisión sistemática	Ecuador	Adultos mayores con diabetes tipo 2 y obesidad
Cha et al., (2015)	Análisis secundario de un estudio transversal correlacional	Estados Unidos	Adultos de 18 a 29 años con sobrepeso y obesidad
Derricks y Earl, (2019)	Experimento puro de laboratorio o controlado	Estados Unidos	Adultos de 18 a 85 años
Dogan y Arslan, (2024)	Revisión sistemática	Turquía	Pacientes con obesidad que se sometieron a cirugía bariátrica
Gilcharan Singh et al., (2020)	Análisis secundario de un RCT	Malasia	Pacientes con diabetes tipo 2 y sobrepeso u obesidad
Groshon y Pearl, (2023)	Análisis secundario de un RCT	Estados Unidos	Adultos de 18 a 65 años con sobrepeso y obesidad
Hayotte et al., (2024)	Experimental transversal	Francia y Canadá	Estudiantes de atención médica
Horne et al., (2022)	Mixto con ensayo controlado aleatorizado (RCT) y cualitativa longitudinal	Reino Unido	Adultos de 21 a 63 años con sobrepeso y obesidad
Huang et al., (2025)	Análisis secundario de un RCT	China	Mujeres adultas con sobrepeso y obesidad
Hubbard et al., (2016)	Transversal descriptivo	Estados Unidos	Adultos de 18 a 25 años estudiantes de psicología
Johnson et al., (2025)	No experimental, observacional, retrospectivo de cohorte	Reino Unido	Adultos de 18 a 75 años con sobrepeso y obesidad con control de peso con semaglutida o tirzepatida

Autor / Año	Diseño	País	Dirigido a
Khairy et al., (2021)	Transversal descriptivo	Palestina	Adultos con hipertensión
Kim et al., (2021)	Transversal correlacional	Estados Unidos	Adultos con sobrepeso y obesidad
Kwok et al., (2025)	Cuasiexperimental pre-test – post-test sin grupo control	China	Adultos de 40 a 64 años con riesgo de enfermedad cardio metabólica y con sobrepeso y obesidad
Lazarevich et al., (2016)	Transversal descriptivo	México	Estudiantes universitarios
Liou y Kulik, (2020)	Transversal correlacional	Estados Unidos	Adultos de 18 a 40 años
Liou y Karasik, (2021)	Transversal correlacional	Estados Unidos	Adultos de 18 a 60 años estadounidenses de origen chino
Lugones-Sánchez et al., (2021)	Ánálisis secundario de un RCT	España	Adultos de 20 a 65 años con sobrepeso y obesidad
Maghsoodlo et al., (2025)	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	Irán	Pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica
Myers et al., (2020)	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	Estados Unidos	Adultos con sobrepeso y obesidad
Partridge et al., (2017)	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	Australia	Adultos de 18 a 35 años con sobrepeso y obesidad
Pearl et al., (2021)	Transversal, observacional y correlacional	Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y Estados Unidos	Adultos con sobrepeso y obesidad
Ryu et al., (2023)	Transversal descriptivo	China	Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama con peso normal
Waltherouwer et al., (2015)	No experimental longitudinal de panel	Países Bajos	Adultos de 18 a 65 años
West et al., (2017)	Transversal descriptivo	Estados Unidos	Adultos de 26 a 34 años
Yen et al., (2023)	Revisión sistemática	Estados Unidos y Taiwán	Personas con sobrepeso y obesidad

Fuente: Elaboración propia.

Resultados en población niños y adolescentes

En lo que respecta a la evidencia científica en poblaciones infantiles y adolescentes, se seleccionaron quince artículos de los cuales seis se dirigían a los padres y tutores (Tabla 2). Estos estudios y programas de intervención afirman la importancia de las figuras parentales para el moldeamiento de estilos sanos de autocuidado y la autoeficacia alimentaria, resaltando la capacidad de padres y madres para elegir mejores alimentos y

promover y realizar actividad física.

Solo uno de estos programas dirigidos a población infantil se desarrolló en América Latina (Bogantes, 2016), bajo el modelo ecológico y conductual. El criterio de inclusión de este programa fue alto índice de IMC de acuerdo con la población escolar del mismo grado y edad, el hallazgo a destacar es una relación positiva entre el incremento de la capacidad de realizar actividad física y baja de IMC.

TABLA 2
Resumen de artículos revisados: niños y adolescentes

Autor / Año	Diseño	País	Dirigido a
Barlow et al., (2018)	Trasversal	Estados Unidos	Niños y adolescentes
Bogantes, (2016)	Cuasiexperimental	Costa Rica	Niños
Can Yilmaz et al., (2025)	Trasversal	Turquía	Padres con niños con problemas de obesidad
Chen, et al., (2019)	Estudio grupo control aleatorizado	Estados Unidos	Adolescentes
Duraccio, et al., (2021)	Estudio Transversal	Estados Unidos	Madres con hijos entre 8 y 12 años
Hammersley et al., (2019)	Grupo control aleatorizado	Australia	Niños en edad preescolar
Muturi et al., (2018)	Trasversal	Estados Unidos	Adolescentes
Muturini et al., (2017)	Aleatorio	Estados Unidos	Adolescentes
Moura y Aschemann-Witzel, (2020)	Cualitativo	Dinamarca y Francia	Padres con hijos hasta los cuatro años
Rohde et al., (2018)	Grupo control correlacional	Suecia	Madres con hijos en edad preescolar
Villegas-Balderrama et al., (2023)	Revisión sistemática	México	Adolescentes y jóvenes
Vos et al., (2022)	Estudio cualitativo	Bélgica	Padres con hijos
Willis et al., (2016)	Grupo control	Reino Unido	Padres
Zullig et al. (2016)	Trasversal	Estados Unidos	Adolescentes

Fuente: Elaboración propia.

Resultados en población de mujeres embarazadas

Los programas dirigidos a madres primíparas con sobrepeso como factor de riesgo para la obesidad infantil se describen en el marco teórico de los estudios de carácter preventivo (Tabla 3). Dichos programas incluyen el aprendizaje de estilos de vida saludables; sin embargo, su eje central es la promoción de la actividad física con el objetivo de reducir el peso corporal y/o el índice de masa corporal (IMC).

Se destacan los programas de intervención dirigidos a mujeres con IMC elevado que planean embarazarse. Dichos programas buscan favorecer la reducción de peso y la adopción de hábitos de autocuidado, enfatizando la prevención de complicaciones como la diabetes gestacional, la preclampsia y el incremento de riesgos para la salud

del recién nacido (Scott et al., 2022).

Desde la postura de los autores revisados se contribuye a la estigmatización y prejuicio de las personas percibidas con sobrepeso y obesidad (Pearl et al., 2021), debido a que solo se toma en consideración el IMC antes, durante y después del embarazo para afirmar que desarrollaran alguna enfermedad y atribuir como la causa de sobrepeso y obesidad a los hijos.

Al mismo tiempo se reafirma el discurso patriarcal donde se subyuga el cuerpo de la mujer para el bienestar del otro (hijo) y se sobre responsabiliza de la salud o enfermedad de otro ser humano. Además, se perpetúa el estereotipo de la figura materna como la responsable de la alimentación y cuidado de la prole. En cambio, poco se habla del papel de la figura paterna, su

capacidad de autoeficacia alimentaria y/o sus hábitos de autocuidado, se diluye la importancia

del moldeamiento de la conducta por ambos progenitores (Torres, et al., 2024).

TABLA 3
Abordaje con mujeres

Autor / Año	Diseño	País	Dirigido a
Barrett et al., (2016)	Observacional	Estados Unidos	Mujeres embarazadas
Chang et al., (2020)	Grupo control	Estados Unidos	Mujeres en postparto
Hartley et al., (2016)	Descriptivo-observacional	Australia	Mujeres embarazadas
Hill et al., (2017)	Grupo control aleatorio	Australia	Mujeres en postparto
Lee et al., (2023)	Descriptivo	Taiwán	Mujeres embarazadas
Ren et al., (2023)	Observacional prospectivo	China	Mujeres embarazadas
Saarikko et al., (2025)	Descriptivo	Finlandia	Mujeres embarazadas
Scott et al., (2022)	Estudio descriptivo	Finlandia	Mujeres con planes de embarazarse

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

La revisión sistemática sobre la integración entre los conceptos sobre autoeficacia, autocuidado con sobrepeso y obesidad, revela la abundancia de la producción científica con el concepto antiguo de centrarse en la enfermedad. Las conclusiones principales son las siguientes.

La evidencia científica es abundante en población con alguna comorbilidad o morbilidad (por ejemplo, DT1 y DBT2; hipertensión arterial, etc.) que sostienen que es el resultado del sobrepeso y obesidad, incluso son atribuidas a ésta, sin realizar estudios comparativos en personas que no tiene sobrepeso y obesidad, y tienen estas patologías.

Los programas de intervención están centrados en personas cuyo IMC es alto o arriba de lo esperado, sin considerar el estado de salud en general de las personas.

Las investigaciones revisadas refuerzan que la autoeficacia es un pilar fundamental para el autocuidado y necesaria en las intervenciones para

la promoción de la salud y la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, si se desea tener buenos resultados a largo plazo. Sin embargo, se centra en sólo dos aspectos: la autoeficacia alimentaria y el aumento de actividad física.

Un hallazgo que resalta es que la autoeficacia se reduce a la conducta alimentaria y a la actividad física, sin tomar en consideración que los estilos sanos de vida tienen que ver con el sueño, enfrentamiento del estrés, descanso, recreación, es decir con el autocuidado.

Las investigaciones demuestran la relación entre la autoeficacia, el autocuidado y el estado de bienestar del ser humano, sin embargo, los equipos interdisciplinarios para la creación de programas preventivos y de intervención se conforman sin considerar profesionales de la salud mental.

Las intervenciones que tienen mayor éxito son aquellas que no solo se centran en el autocuidado de la alimentación y el ejercicio, sino que empoderan a las personas a través de herramientas conductuales que promueven la capacidad para

resolver problemas. Es decir, la autoeficacia de manera integral de acuerdo con lo propuesto por Bandura (1977, 1997).

La mayoría de los trabajos se enfocan en el estudio de la conducta alimentaria y la actividad física, los hallazgos demuestran una clara conexión con variables psicológicas y de salud mental, donde aspectos como el estigma de peso internalizado, la depresión y el estrés, son factores que obstaculizan la adquisición de estilos de vida saludable que sean sostenibles en el tiempo.

Las intervenciones que incorporan estrategias psicológicas resultan ser más efectivas, por lo que se observa la necesidad de integrar profesionales expertos en psicología y salud mental para futuras intervenciones y no solo médicos y enfermeros.

Se encontró que el uso de las tecnologías digitales es un campo fértil para el desarrollo de intervenciones efectivas en la promoción de la salud. Pues además de que algunas han demostrado que permiten el incremento de la autoeficacia, la motivación y el seguimiento a metas, podrían facilitar intervenciones a gran escala.

También es recomendable que los profesionales de la salud, incluyendo médicos, nutricionistas, enfermeros, etc., incorporen estrategias de autoeficacia en su práctica habitual y busquen el apoyo de expertos en el tema para ofrecer mejores alternativas de atención integral a sus pacientes.

Además, deben estar alertas de que, en sus intervenciones, se mitigue el Estigma de Peso Internalizado, ya que es una barrera psicológica importante que podría afectar considerablemente la obtención de mejores resultados. Es importante incluir estrategias psicológicas, como la motivación y el apoyo social en dichas intervenciones, ya que son importantes y muchas veces no incluidas en la atención convencional (Scott et al., 2022).

La evidencia revisada muestra que persisten enfoques centrados casi exclusivamente en el IMC materno como predictor de riesgos, lo que no solo limita la comprensión de la obesidad infantil, sino

que también reproduce estigmas hacia las mujeres con sobrepeso y obesidad. Dichos planteamientos refuerzan un modelo patriarcal donde la madre parece ser la única que carga con la responsabilidad del cuidado y la salud de la descendencia, invisibilizando el papel del padre y reduciendo la complejidad de los factores familiares implicados. Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de superar perspectivas reduccionistas y avanzar hacia programas de intervención e investigaciones que incorporen la corresponsabilidad de progenitores independientemente del género, con un enfoque integral, equitativo y libre de prejuicios.

Por último, es preciso señalar que estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, el acceso a la información se restringió a bases de datos gratuitas o accesibles únicamente de manera institucional, limitando potencialmente la exhaustividad de la revisión. En segundo lugar, la muestra de investigaciones se centró exclusivamente en poblaciones con sobrepeso y obesidad, lo que puede afectar la generalización de los resultados a otros grupos poblacionales. Finalmente, la búsqueda bibliográfica se limitó a fuentes disponibles en español e inglés, debido a la competencia lingüística de las investigadoras, excluyendo así posibles aportes relevantes en otros idiomas.

REFERENCIAS

- Annesi, J. J. (2017). Exercise program-related psychosocial changes promote healthy weight in youth. *The Open Public Health Journal*, 10, 126-131.
<https://doi.org/10.2174/1874944501710010126>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of*

- control. W.H. Freeman and Company.
- Barlow, S. E., Salahuddin, M., Butte, N. F., Hoelscher, D. M., y Pont, S. J. (2018). Improvement in primary care provider self-efficacy and use of patient-centered counseling to address child overweight and obesity after practice-based changes: Texas childhood obesity research demonstration study. *Childhood Obesity*, 14(8), 518-527. <https://doi.org/10.1089/chi.2018.0119>
- Barrett, K. J., Thompson, A. L., y Bentley, M. E. (2016). The influence of maternal psychosocial characteristics on infant feeding styles. *Appetite*, 103, 396-402. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.042>
- Bogantes, C. Á. (2016). Efectividad del programa ecológico “Saltando por su salud” en la promoción de la actividad física y la autoeficacia en niños y niñas escolares de tercer grado. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 11(1), 147-169. <https://doi.org/10.15359/rep.11-1.8>
- Buesaquito, C., y Panamá Alba, H. G. (2024). Revisión sistemática: Autocuidado en adultos mayores diabéticos tipo 2 con obesidad. *Revista Conecta Libertad*, 8(3), 74–93. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/I-TSL/article/view/390>
- Can Yılmaz, G., Mutlu, H., y Söbü, E. (2025). Parental perceptions and self-efficacy in managing childhood obesity: A cross-sectional study from Türkiye. *BMC Pediatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05830-2>
- Cha, E., Braxter, B. J., Kim, K. H., Lee, H., Akazawa, M. K., Talman, M. S., Pinto, M. D., y Faulkner, M. S. (2015). Preventive strategies to reduce depressive symptoms in overweight and obese young adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.04.002>
- Chang, M.-W., Tan, A., Ling, J., Wegener, D. T., y Robbins, L. B. (2020). Mediators of intervention effects on dietary fat intake in low-income overweight or obese women with young children. *Appetite*, 151, 104700. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104700>
- Chen, J.-L., Guedes, C. M., y Lung, A. E. (2019). Smartphone-based healthy weight management intervention for Chinese American adolescents: Short-term efficacy and factors associated with decreased weight. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 443-449. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.08.022>
- Derricks, V., y Earl, A. (2019). Information targeting increases the weight of stigma: Leveraging relevance backfires when people feel judged. *Journal of Experimental Social Psychology*, 82, 277-293. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.12.003>
- Dogan, S. D. y Arslan, S. (2024). Bariatric Surgery in the Treatment of Obesity: Quality of Life, Self-Care Agency and Body Image. *International Journal of Caring Sciences*, 17(2), 1222-1226. <http://wdg.biblio.udg.mx:2048/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/bariatric-surgery-treatment-obesity-quality-life/docview/3112930387/se-2>
- Duraccio, K. M., Zaugg, K. K., Nottingham, K., y Jensen, C. D. (2021). Maternal self-efficacy is associated with mother-child feeding practices in middle childhood. *Eating Behaviors*, 40, 101475. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101475>
- Gilcharan Singh, H. K., Chee, W. S. S., Hamdy, O., Mechanick, J. I., Lee, V. K. M., Barua, A., Mohd Ali, S. Z., y Hussein, Z. (2020). Eating self-efficacy changes in individuals with type 2 diabetes following a structured lifestyle intervention based on the transcultural Diabetes Nutrition Algorithm (tDNA): A secondary analysis of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 15(11), e0242487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242487>
- Groshon, L. C., y Pearl, R. L. (2023). Longitudinal associations of binge eating with internalized

- weight stigma and eating self-efficacy. *Eating Behaviors*, 50, 101785. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101785>
- Hammersley, M. L., Okely, A. D., Batterham, M. J., y Jones, R. A. (2019). Investigating the mediators and moderators of child body mass index change in the Time2bHealthy childhood obesity prevention program for parents of preschool-aged children. *Public Health*, 173, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.017>
- Hartley, E., McPhie, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., Hill, B., y Skouteris, H. (2016). Psychosocial factors and excessive gestational weight gain: The effect of parity in an Australian cohort. *Midwifery*, 32, 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.009>
- Hayotte, M., Maiano, C., De Toni, F., y d'Arripe-Longueville, F. (2024). Does a person's body size and the application type influence healthcare students' perceptions of technologies to promote physical activity? Findings from a cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 139, 106236. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106236>
- Hill, B., McPhie, S., Moran, L. J., Harrison, P., Huang, T. T.-K., Teede, H., y Skouteris, H. (2017). Lifestyle intervention to prevent obesity during pregnancy: Implications and recommendations for research and implementation. *Midwifery*, 49, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.017>
- Horne, M., Hardy, M., Murrells, T., Ugail, H., y Hill, A. J. (2022). Using personalized avatars as an adjunct to an adult weight loss management program: Randomized controlled feasibility study. *JMIR Formative Research*, 6(10). <https://doi.org/10.2196/36275>
- Huang, Q., Zhong, Q., Zeng, Y., Li, Y., Wiley, J., Wang, M. P., Chen, J.-L., y Guo, J. (2025). mHealth-based diabetes prevention program for Chinese mothers with abdominal obesity: Randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 13, e47837. <https://doi.org/10.2196/47837>
- Hubbard, R. R., Palmberg, A., Lydecker, J., Green, B., Kelly, N. R., Trapp, S., y Bean, M. K. (2016). Culturally-based communication about health, eating, and food: Development and validation of the CHEF scale. *Appetite*, 96, 399-407. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.024>
- Johnson, H., Huang, D., Liu, V., Ammour, M. A., Jacobs, C., y El-Osta, A. (2025). Impact of digital engagement on weight loss outcomes in obesity management among individuals using GLP-1 and dual GLP-1/GIP receptor agonist therapy: Retrospective cohort service evaluation study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e69466. <https://doi.org/10.2196/69466>
- Khairy, S., Aslan, A., Samara, A. M., Mousa, I., Alkaiyat, A. S., y Zyoud, S. H. (2021). Factors associated with self-efficacy in patients with hypertension: A cross-sectional study from Palestine. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 40(1). <https://doi.org/10.1186/s41043-021-00225-2>
- Kim, B., Hong, S., y Kim, S. (2021). Introducing an integrated model of adults' wearable activity tracker use and obesity information-seeking behaviors from a national quota sample survey. *JMIR Formative Research*, 5(9). <https://doi.org/10.2196/23237>
- Kwok, Z. C., Tam, H., Zee, B. C., Lo, S. W., Tang, F. W., Tao, A., y Chan, H. Y. (2025). A protection motivation theory-guided telehealth coaching program for middle-aged adults with cardiometabolic risk: A feasibility trial. *BMC Public Health*, 25(1), 1120. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22238-w>
- Lazarevich, I., Irigoyen Camacho, M. E., del Consuelo Velázquez-Alva, M., y Zepeda Lazarevic, M. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.011>

- Lee, C.-F., Hsiung, Y., Chi, L.-K., Huang, J.-P., y Chen, H.-H. (2023). "Help me fight my constant battle": A focus group study of overweight and obese women's mHealth app experiences to manage gestational weight gain. *Midwifery*, 116, 103552. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103552>
- Liou, D., y Karasik, J. (2021). P30 Interface of neighborhood residence on obesity prevention behaviors and self-efficacy in Chinese Americans. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(7), S37-S38. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.04.422>
- Liou, D., y Kulik, L. (2020). P15 Self-efficacy and psychosocial determinants of obesity prevention behaviors in Caucasian Americans. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(7), S22-S23. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.04.060>
- Lugones-Sánchez, C., Crutzen, R., Recio-Rodríguez, J. I., y García-Ortiz, L. (2021). Establishing the relevance of psychological determinants regarding physical activity in people with overweight and obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100250. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100250>
- Maghsoodlo, M., Shakibazadeh, E., Yaseri, M., Mokhtari, Z., Barzin, M., y Salimi, Y. (2025). Effectiveness of an intervention designed based on the Health Action Process Approach on obesity surgery outcomes in patients who have undergone bariatric surgery after one year: A randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 20(4), e0314316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314316>
- Martínez, M. (2023). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: Un manual para ciencias de la salud* (3.^a ed.). Elsevier.
- Moura, A. F., y Aschemann-Witzel, J. (2020). A downturn or a window of opportunity? How Danish and French parents perceive changes in healthy eating in the transition to parenthood.
- Appetite*, 150, 104658. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104658>
- Muturi, N., Kidd, T., Daniels, A. M., Kattelmann, K. K., Khan, T., Lindshield, E., Zies, S., y Adhikari, K. (2018). Examining the role of youth empowerment in preventing adolescence obesity in low-income communities. *Journal of Adolescence*, 68, 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.08.001>
- Myers, N. D., McMahon, A., Prilleltensky, I., Lee, S., Dietz, S., Prilleltensky, O., Pfeiffer, K. A., Bateman, A. G., y Brincks, A. M. (2020). Effectiveness of the fun for wellness web-based behavioral intervention to promote physical activity in adults with obesity (or overweight): Randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, 4(2). <https://doi.org/10.2196/15919>
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6.^a ed.). Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7823208e-639a-43ea-b213-5d1bde86c15f/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48.^a ed.). <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Partridge, S. R., McGeechan, K., Bauman, A., Phongsavan, P., y Allman-Farinelli, M. (2017). Improved confidence in performing nutrition and physical activity behaviours mediates behavioural change in young adults: Mediation

- results of a randomized controlled mHealth intervention. *Appetite*, 108, 425-433. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.005>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., y Foster, G. D. (2021). Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. *SSM - Population Health*, 13, 100755. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100755>
- Ren, Z., Zhang, A., Fan, X., Feng, J., y Xia, H. (2023). Utility of the capability, opportunity, and motivation behaviour (COM-B) model in explaining the negative association between pre-pregnancy body mass index and exclusive breastfeeding at six weeks postpartum. *Appetite*, 188, 106631. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106631>
- Rohde, J. F., Bohman, B., Berglind, D., Hansson, L. M., Frederiksen, P., Mortensen, E. L., Heitmann, B. L., y Rasmussen, F. (2018). Cross-sectional associations between maternal self-efficacy and dietary intake and physical activity in four-year-old children of first-time Swedish mothers. *Appetite*, 125, 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.apper.2018.01.026>
- Ryu, S., Liao, N., McDonough, D. J., y Gao, Z. (2023). Chinese breast cancer survivors' functional fitness, biomarkers, and physical activity determinants and behaviors: A descriptive study. *Brain, Behavior, and Immunity - Integrative*, 1, 100003. <https://doi.org/10.1016/j.bbbi.2023.100003>
- Saarikko, J., Axelin, A., Huvinen, E., Rahmani, A. M., Kolari, T., y Niela-Vilén, H. (2025). Effectiveness of supporting lifestyle change in pregnant mothers with obesity through the wearable internet-of-things (SLIM)-intervention on self-efficacy in weight management in pregnant women: A quasi-experimental trial. *Midwifery*, 140, 104235. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104235>
- Scott, J., Oxlad, M., Dodd, J., Szabo, C., Deussen, A., y Turnbull, D. (2022). Promoting health behavior change in the preconception period: Combined approach to intervention planning. *JMIR Formative Research*, 6(4). <https://doi.org/10.2196/35108>
- Sholl, J. (2020). The sciences of healthy aging await a theory of health. *Biogerontology*, 21(3), 399-409. <https://doi.org/10.1007/s10522-020-09872-0>
- Torres, A. B., Palomar, G., Godínez, G., y Villalobos, C. (2024). Redes de apoyo social en mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar en Jalisco, México. En G. Palomar, M. Villalobos y A. Naranjo (Eds.), *Aportes al estudio de género en dos contextos latinoamericanos* (pp. 10-27). ReDIE.
- Villegas-Balderrama, C. V., Villegas-Balderrama, K. J., Hernández-Torres, R. P., y Benítez-Hernández, Z. P. (2023). Programas de actividad física que incluyen la autoeficacia en escolares con obesidad: Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 40(3), 641-649. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04261>
- Vos, M., Deforche, B., Van Kerckhove, A., Michels, N., Poelman, M., Geuens, M., y Van Lippevelde, W. (2022). Determinants of healthy and sustainable food choices in parents with a higher and lower socioeconomic status: A qualitative study. *Appetite*, 178, 106180. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106180>
- Waltherouwer, M. J. L., Oenema, A., Candel, M., Lechner, L., y de Vries, H. (2015). Eating in moderation and the essential role of awareness. A Dutch longitudinal study identifying psychosocial predictors. *Appetite*, 87, 152-159. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.214>
- West, J. H., Belvedere, L. M., Andreasen, R., Frandsen, C., Hall, P. C., y Crookston, B. T. (2017). Controlling your "app"etite: How diet and nutrition-related mobile apps lead to behavior change. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(7). <https://doi.org/10.2196/mhealth.7410>
- Willis, T. A., Roberts, K. P. J., Berry, T. M.,

- Bryant, M., y Rudolf, M. C. J. (2016). The impact of HENRY on parenting and family lifestyle: A national service evaluation of a preschool obesity prevention programme. *Public Health*, 136, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.04.006>
- Yen, H.-Y., Jin, G., y Chiu, H.-L. (2023). Smartphone app-based interventions targeting physical activity for weight management: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 137, 104384. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104384>
- Zullig, K. J., Matthews-Ewald, M. R., y Valois, R. F. (2016). Weight perceptions, disordered eating behaviors, and emotional self-efficacy among high school adolescents. *Eating Behaviors*, 21, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.11.007>

EFFECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA COGNICIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: ESCOLARIDAD PATERNA Y DIFERENCIAS DE SEXO EN MEMORIA DE TRABAJO, HABILIDADES VISOESPACIALES Y RAZONAMIENTO ABSTRACTO

Sociodemographic Effects on University Students' Cognition: Paternal Education and Sex Differences in Working Memory, Visuospatial Skills, and Abstract Reasoning

Eva Eunice Ventura Martínez¹

Franco Giordano Sánchez García²

Luis Eduardo Becerra Solano³

Víctor Javier Sánchez González⁴

Luis Miguel Sánchez Loyo^{5*}

Resumen

Este estudio examinó la relación entre variables sociodemográficas y el desempeño cognitivo en 109 estudiantes universitarios mexicanos (edad media = 19.27, DE = 1.43). Se aplicó un protocolo estandarizado que incluyó información sociodemográfica, historia neuropsicológica y del neurodesarrollo, además de una batería de pruebas neuropsicológicas para evaluar coeficiente intelectual estimado (CI), habilidades visoespaciales y de visuoconstrucción, razonamiento abstracto no verbal, memoria de trabajo, control inhibitorio y vocabulario. Los resultados señalan una asociación significativa entre el sexo y el razonamiento abstracto no verbal y habilidades visoespaciales, mostrando mejor desempeño masculino. La memoria de trabajo se asoció positivamente al grado académico del padre, hallándose los mejores resultados en estudiantes provenientes de ambientes con padres de mayor escolaridad. Estos hallazgos subrayan la influencia de factores socioculturales en funciones ejecutivas y habilidades visoespaciales, y respaldan la necesidad de implementar estrategias educativas para reducir brechas de género y desigualdades derivadas de la escolaridad parental.

Palabras clave: Funciones ejecutivas; Memoria de trabajo; Habilidades visoespaciales; Factores sociodemográficos; Estudiantes universitarios.

Abstract

This study examined the relationship between sociodemographic variables and cognitive performance in 109 Mexican university students (mean age = 19.27, SD = 1.43). A standardized protocol was applied, which included sociodemographic information, neuropsychological and neurodevelopmental history, as well as a battery of neuropsychological tests to assess estimated intelligence quotient (IQ), visuospatial and visuoconstructional abilities, nonverbal abstract reasoning, working memory, inhibitory control, and vocabulary. The results indicated a significant association between sex and both nonverbal abstract reasoning and visuospatial abilities, with males showing better performance. Working memory was positively associated with the father's educational level, with the best results found in students from backgrounds with fathers of higher schooling. These findings highlight the influence of sociocultural factors on executive functions and visuospatial abilities and support the need to implement educational strategies to reduce gender gaps and inequalities arising from parental education.

Keywords: Executive functions; Working memory; Visuospatial abilities; Sociodemographic factors; University students.

¹ Laboratorio de Biociencias, Departamento de Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de los Altos – Universidad de Guadalajara (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7125-9207>

² Departamento de Psicología Básica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud – Universidad de Guadalajara (México). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9030-3627>

³ Laboratorio Biotecnológico de Investigación y Diagnóstico, Departamento de Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de los Altos – Universidad de Guadalajara (México). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7602-7344>

⁴ Laboratorio de Biociencias, Departamento de Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de los Altos – Universidad de Guadalajara (México). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3317-7489>

⁵ Departamento de Estudios de Lenguas Indígenas, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades – Universidad de Guadalajara (México). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8800-2622>

* Contacto: luis.sloyo@academicos.udg.mx



Recibido: 10/08/2025. Aceptado: 13/10/2025.

INTRODUCCIÓN

El rendimiento académico de los estudiantes depende en cierta medida de diversas habilidades cognitivas, entre las que destacan las funciones ejecutivas (FE), como la memoria de trabajo y el control inhibitorio, así como la visuoconstrucción, el razonamiento fluido y la inteligencia general. Las FE permiten planificar, monitorear y autorregular la conducta en función de metas, facilitando el procesamiento y organización de la información desde etapas tempranas (Gartland et al., 2022; Lezak et al., 2012; Miyake et al., 2000). A su vez, estas funciones favorecen la resolución de problemas complejos y se asocian significativamente con el desempeño en lectoescritura y matemáticas (Cragg y Gilmore, 2014a, 2014b; Cirino 2023; Wilkinson et al., 2020; Schmerold et al., 2017).

El rendimiento académico se ha asociado con el cociente intelectual (CI) y las variables cognitivas y emocionales (Acosta Echavarría y Mejía Toro, 2022; Martin-Requejo y Santiago-Ramajo, 2021). La inteligencia fluida, en particular, predice de forma consistente el desempeño en materias específicas desde la primaria hasta la secundaria (Green et al., 2017). Asimismo, las habilidades visuoespaciales y visuocostructivas influyen en el rendimiento académico mediante rutas directas y mediadas por la habilidad aritmética y la lectura (Liu et al., 2021). En estudiantes de medicina, estas habilidades predicen su desempeño en cursos de anatomía (Wang y McWatt, 2023).

En conjunto, estas son habilidades cognitivas de alto nivel, esenciales para la resolución de problemas hipotéticos y prácticos, el rendimiento académico y el aprendizaje en diferentes niveles educativos. Estas habilidades permiten controlar distractores, comprender relaciones complejas, favorecen el análisis de información y construir esquemas mentales o identificar patrones. Posibilitan retener y manipular información, favoreciendo el pensamiento activo necesario para

tareas de lectura, cálculo y razonamiento abstracto. Su importancia trasciende disciplinas específicas, pues estas habilidades permiten integrar información, tomar decisiones y adaptarse a contextos cambiantes (Diamond, 2013). Lo anterior, las convierte en posibles factores que inciden en el desempeño académico universitario.

Si bien las habilidades cognitivas poseen una base genética y neurobiológica, su desarrollo y expresión están fuertemente modulados por factores sociales y contextuales, especialmente durante etapas críticas del neurodesarrollo. Estos factores influyen en la maduración de las cortezas prefrontal y parietal, esenciales para la integración de información multimodal (Förster y López, 2022; Gómez León, 2020; Hatoum, 2023; Kweon et al., 2022; Miguel et al., 2023). Variables como el nivel socioeconómico (NSE), la escolaridad y ocupación de los padres, el tipo de institución educativa (pública o privada), el género y la edad han mostrado incidir en el desarrollo de habilidades cognitivas desde la infancia hasta la adultez joven (Anaya et al., 2021; Matute Villaseñor et al., 2009; Noble et al., 2015; Rodolfo y Bernabé, 2020; Sirin, 2005). En este sentido, el NSE podría explicar variaciones cognitivas e intelectuales a través de las desigualdades en el acceso a recursos educativos, estimulación cognitiva y entornos propicios para el desarrollo neuropsicológico.

En México, el impacto de las variables sociodemográficas sobre habilidades cognitivas en población universitaria ha sido escasamente estudiado, a pesar de que este grupo enfrenta importantes demandas académicas. La literatura nacional e internacional se ha centrado mayormente en otras etapas escolares, como la educación básica y media básica. Por lo anterior el presente estudio tiene como objetivo examinar la relación entre variables sociodemográficas y el desempeño cognitivo en estudiantes universitarios mexicanos.

METODOLOGÍA

El estudio tuvo un diseño transversal, con grupos de comparación.

Participantes

Se obtuvo una muestra por conveniencia de 109 estudiantes universitarios de una institución pública de educación superior ubicada en la región de Los Altos de Jalisco, reclutados mediante invitación verbal durante sus clases. Los criterios de inclusión fueron: (i) ser estudiante activo del primer o segundo semestre de alguna licenciatura ofrecida por la institución educativa, (ii) contar con visión normal o corregida, y (iii) haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: (i) presentar historial de trastornos psiquiátricos, (ii) antecedentes de daño neurológico o trastornos del neurodesarrollo, (iii) consumo de sustancias o medicamentos que alteraran la función cognitiva, y (iv) alteraciones motoras o físicas que interfirieran con su desempeño en las pruebas.

Materiales y procedimiento

La recolección de datos se realizó en varias etapas, siguiendo un protocolo estandarizado para todos los participantes. Primero, se obtuvo el consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó un formulario digital que integró el cuestionario sociodemográfico y socioeconómico, en el cual se recabó información sobre antecedentes médicos, neuropsicológicos y educativos. Las variables de interés fueron: sexo, lugar de nacimiento y nivel socioeconómico del participante, así como escolaridad y ocupación del padre y la madre. Finalmente se aplicó la batería de pruebas neuropsicológicas.

La evaluación neuropsicológica se realizó durante una sesión de manera individual con una duración aproximada de 60 minutos, en la que se aplicaron las siguientes pruebas:

1. **Retención de Dígitos en Orden Inverso:** subprueba del instrumento **NEUROPSI** (Ostrosky-Solís 2000) utilizada para evaluar atención y memoria de trabajo. Consiste en la presentación auditiva de secuencias numéricas que el participante debe repetir en orden inverso, lo que implica una manipulación activa de la información. La serie aumenta en complejidad comenzando con dos dígitos y llegando a 8 dígitos en su mayor dificultad, con una puntuación máxima de 8 puntos, la cual se convierte posteriormente en puntuación estandarizada para su calificación.
2. **Matrices:** subprueba de la **Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV (WAIS-IV)** (Wechsler 2014) que evalúa el razonamiento abstracto y no verbal mediante la presentación de estímulos visuales incompletos que deben ser completados eligiendo una opción correcta entre cinco posibles. Incluye tareas de analogías, clasificación, razonamiento seriado y patrones incompletos. Se compone de 26 reactivos con una puntuación máxima de 26 puntos. Al ser visual y no lingüística, es útil para estimar la inteligencia fluida.
3. **Diseño con Cubos:** subprueba del **WAIS-IV** (Wechsler 2014), utilizada para evaluar habilidades visoespaciales y visuoconstructivas. El participante debe reproducir diseños geométricos abstractos utilizando cubos bicolores (rojo y blanco), en tareas de dificultad creciente. Consta de 14 ítems con límite de tiempo y una puntuación máxima de 66 puntos (pudiendo obtener mayor puntaje en dependencia del tiempo empleado en cada ítem). Evalúa análisis visual, síntesis espacial y reproducción constructiva.

4. **Vocabulario:** subprueba del WAIS-IV (Wechsler 2014), en la que se solicita al participante definir palabras presentadas verbalmente y por escrito. Evalúa nivel educativo, riqueza verbal, formación de conceptos y habilidades de aprendizaje. Consta de 30 ítems con una puntuación máxima de 57 puntos. Esta prueba, en conjunto con Diseño con Cubos, se utilizó para estimar el CI de los participantes, conforme a la posibilidad de hacerlo por medio de una diada, como lo permite la prueba (Denney et al. 2015).
5. **Prueba de Colores y Palabras de Stroop:** versión física adaptada (Golden 2007), con datos normativos para población mexicana (Rivera et al. 2015). Evalúa atención selectiva, control inhibitorio y velocidad de procesamiento bajo condiciones de interferencia. Se compone de tres condiciones aplicadas en un límite de tiempo de 45 segundos cada una: (a) lectura de palabras, (b) nombramiento de colores y (c) condición de interferencia. En la última condición se presentan visualmente el nombre de una serie de colores, impresos en una tinta de algún color igual o diferente al escrito, solicitando al participante mencionar el color en que está impresa la palabra, evitando leer el color escrito.

Los participantes fueron organizados en tres grupos según su desempeño en las diferentes pruebas, tomando en cuenta distintos niveles funcionales de acuerdo con los estándares normativos de los instrumentos.

El CI estimado se categorizó conforme a los criterios establecidos en el manual de la prueba WAIS-IV, en su adaptación mexicana (Wechsler, 2014), considerando los siguientes puntos de corte:

- **Superior:** CI ≥ 110 (incluye puntuaciones promedio alto y superiores)
- **Promedio:** CI entre 90 y 109

- **Inferior:** CI < 89 (incluye puntuaciones promedio bajo y límitrofes)

En el caso de las puntuaciones escalares de los subtests las categorías fueron las siguientes:

- **Superior:** ≥ 13 y superiores
- **Promedio:** entre 8 y 12
- **Inferior:** entre 1 y 7

El análisis de datos se realizó con el software IBM SPSS Statistics, versión 26. Primero se realizó una prueba para determinar la distribución normal de la población, mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Esta indicó que los datos de varias subpruebas no seguían una distribución normal ($K-S = .228$, $gl = 107$, $p < .001$), por lo que se emplearon análisis no paramétricos. Todas las pruebas se interpretaron con un nivel de significancia de $\alpha < .05$.

Para el análisis descriptivo, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Las comparaciones entre variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad y ocupación de los padres, nivel socioeconómico) y el desempeño cognitivo en memoria de trabajo (dígitos inversos), control inhibitorio (stroop), visuoconstrucción (diseño con cubos), inteligencia fluida (matrices), vocabulario y CI estimado (diseño con cubos y vocabulario) se efectuaron mediante la prueba de Chi-cuadrada (χ^2).

Consideraciones éticas

Los participantes firmaron un consentimiento informado previamente a su evaluación, el cual fue explicado y se resolvieron las dudas que surgieron por parte de los participantes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de CUAUTOS (Registro: CEI-001-2023-003).

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 109 estudiantes con una edad promedio de 19.27 años ($DE = 1.43$), dentro de un rango de 17 a 25 años. Del total, el 76.1 % eran mujeres y el 23.9 % hombres. Cursaban el primer (45.9 %) o segundo (54.1 %) semestre de alguna de las siguientes licenciaturas: Psicología (71.6 %), Médico Cirujano y Partero (8.3 %), Nutrición (8.3 %), Enfermería (6.4 %),

Químico Farmacéutico Biólogo (4.6 %) y Sistemas Pecuarios (0.9 %).

El lugar de nacimiento de la muestra se concentró principalmente en la región de los Altos (64.2 %), seguida por otras regiones del estado de Jalisco (21.1 %) y, en menor proporción, de otros estados (13.8 %).

La clase socioeconómica, evaluada con un criterio absoluto en función del ingreso total mensual, correspondió principalmente a la clase baja (69.7 %) y clase media el resto de los participantes (28.4 %) (véase Tabla 1).

TABLA 1
Características Sociodemográficas

Variable	Categoría	N	%
Edad	Años ^a	109	19.27, 1.43,17–25
Sexo	Femenino	83	76.1
	Masculino	26	23.9
Semestre	Primero	50	45.9
	Segundo	59	54.1
Licenciatura	Psicología	78	71.6
	Médico Cirujano y Partero	9	8.3
	Nutrición	9	8.3
	Enfermería	7	6.4
	Químico Farmacéutico Biólogo	5	4.6
	Sistemas Pecuarios	1	0.9
Lugar de nacimiento	Región de los Altos	70	64.2
	Otras regiones de Jalisco	23	21.1
	Otros estados	15	13.8
Clase socioeconómica	Baja	76	69.7
	Media	31	28.4

Nota: ^a: Media en años, Desviación Estándar, Rango.

Sexo y desempeño cognitivo

Se observó una tendencia a diferencias por sexo en el CI estimado ($\chi^2(2) = 5.716$, $p = .057$), que se exploró mediante las subpruebas de cubos y vocabulario (véase tabla 2).

En diseño con cubos, se mostró una asociación significativa por el sexo de los participantes ($\chi^2(2) = 7.026$, $p = .030$) (véase tabla 2). Un mayor porcentaje de mujeres se ubicó en el rango inferior (30.1 %), y solo el 20.5 % alcanzó el rango superior. En contraste, entre los hombres, el 15.4 % obtuvo puntuaciones en el rango inferior,

mientras que el 46.2 % se ubicó en el rango superior.

La subprueba de Matrices también mostró una asociación significativa con el sexo de los participantes ($\chi^2(2) = 6.458$, $p = .040$) (véase tabla 2). Específicamente, el 31.3 % de las mujeres obtuvo puntuaciones en el rango inferior, en comparación con el 7.7 % de los hombres. Asimismo, se observó un mayor porcentaje de varones en el rango superior (19.2 %), frente al 9.6 % de las participantes femeninas que alcanzaron dicho nivel.

TABLA 2
Desempeño cognitivo por sexo

	Femenino			Masculino			
	Inf. <i>f</i> (%)	Prom. <i>f</i> (%)	Sup. <i>f</i> (%)	Inf. <i>f</i> (%)	Prom. <i>f</i> (%)	Sup. <i>f</i> (%)	<i>p</i>
Diseño con Cubos	24 (28.9)	42 (50.6)	17 (20.5)	4 (15.4)	10 (38.5)	12 (46.2)	.03
Vocabulario	11 (13.3)	56 (67.5)	16 (19.3)	3 (11.5)	16 (61.5)	7 (26.9)	
Matrices	26 (31.3)	49 (59)	8 (9.6)	2 (7.7)	19 (73.1)	5 (19.2)	.04
Dígitos inversos	19 (22.9)	55 (66.3)	9 (10.8)	1 (3.8)	21 (80.8)	4 (15.4)	
Stroop	29 (34.9)	48 (57.8)	6 (7.2)	6 (23.1)	15 (57.7)	5 (19.2)	
CI Estimado	19 (22.9)	51 (61.4)	13 (15.7)	2 (7.7)	15 (57.7)	9 (34.6)	.057

Nota: Inf.: Inferior; Prom.: Promedio; Sup.: Superior; *f*: frecuencia.

En el resto de las variables analizadas no se hallaron diferencias significativas.

Variables sociodemográficas y desempeño cognitivo

Se observó una asociación significativa entre el grado académico del padre y el rendimiento en la tarea de memoria de trabajo ($\chi^2(4) = 9.464$, $p = .050$) (véase tabla 3). Los participantes del grupo con puntuaciones en el rango superior, el 54.5 %

tenían padres con educación superior (licenciatura o posgrado), mientras que en el grupo inferior este porcentaje fue de solo 20.0 %. A su vez, los participantes con rendimiento inferior mostraron una mayor proporción de padres con educación básica (45.0 %), en contraste con el 9.1 % observado en el grupo superior. Por otro lado, la memoria de trabajo no mostró asociación con otras variables sociodemográficas.

TABLA 3
Desempeño en Memoria de Trabajo y escolaridad del padre

	Inferior <i>f</i> (%)	Promedio <i>f</i> (%)	Superior <i>f</i> (%)
Básica	7 (21.9)	25 (78.1)	0 (0)
Media	9 (17.3)	38 (73.1)	5 (9.6)
Superior	4 (17.4)	13 (56.5)	6 (26.1)

f: frecuencia

En el resto de las variables analizadas no se hallaron diferencias significativas.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados destacan la influencia de variables sociodemográficas sobre el rendimiento cognitivo de estudiantes. Los hallazgos sugieren los factores de sexo y el nivel educativo del padre tienen un impacto en el razonamiento abstracto o inteligencia fluida (tarea de matrices), la memoria de trabajo (dígitos inversos) y las habilidades visoespaciales (diseño con cubos).

El sexo se mostró como una variable diferenciadora en el desempeño en las subpruebas de matrices y el diseño con cubos. La subprueba de matrices es una tarea que evalúa el razonamiento abstracto no verbal y la inteligencia fluida. Estudios previos han documentado el menor desempeño de las mujeres; aunque en las primeras etapas del desarrollo las diferencias sexuales suelen ser pequeñas o inexistentes, comienzan a ser constantes alrededor de los 15 años y a consolidarse en la edad adulta (Lynn y Irwing, 2004). Más aún, esto se ha observado en muestras universitarias, donde los varones han obtenido puntuaciones en promedio superiores (Irwing y Lynn, 2005).

En la subprueba de diseño con cubos, una tarea que evalúa habilidades visoespaciales y de visuoconstrucción, los hombres tuvieron un mejor

desempeño que las mujeres. En esta tarea, las diferencias sexuales se han observado desde edades tempranas entre 2 y 7 años (Jirout y Newcombe, 2015) y se mantienen en la adultez y vejez (Joung, et al., 2021). Las diferencias sexuales en habilidades visoespaciales han sido consistentemente reportadas con base en el desempeño superior de los hombres; por ejemplo, en tareas de rotación mental tridimensional (Maeda y Yoon, 2013).

Se ha estimado que las diferencias sexuales en las habilidades visoespaciales y visuoconstructivas se van matizadas por la edad, la escolaridad, el lugar de residencia de los participantes y las características de la prueba como ser real, en realidad virtual inmersiva, online, en lápiz y papel, con límite de tiempo o sin este, entre otras características (Joung, et al., 2021; Lauer, et al., 2019; Maeda y Yoon 2013; Voyer, et al., 1995; Yuan, et al., 2019).

Aunque las diferencias sexuales en habilidades visoespaciales han sido consistentes, en años recientes se ha observado una disminución de estas (Voyer et al., 1995) y en el desempeño en las baterías del WISC en sus nuevas versiones (Giofrè, et al., 2022) posiblemente debido a los cambios en el diseño de las pruebas y las influencias sociales, educativas y culturales.

En nuestro estudio, la memoria de trabajo (subprueba de dígitos inversos) se vio influida por el grado académico del padre, observándose mejores resultados en participantes provenientes de hogares con mayor escolaridad y por ende de

contextos más favorecidos. Específicamente, a mayor nivel educativo del padre (licenciatura y posgrado), hay un mejor desempeño en memoria de trabajo. En cambio, fue evidente que los niveles más bajos de escolaridad del padre se asociaron con rendimientos inferiores en esta función ejecutiva. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han señalado una asociación positiva entre el nivel educativo de los padres y el desempeño en funciones como memoria y atención, subrayando el impacto del entorno familiar en el desarrollo neurocognitivo (Matute Villaseñor et al., 2009; Akabalieva, et al., 2024). Una revisión sistemática sobre la participación paterna y el desarrollo cognitivo en la infancia temprana y media evidenció que, en la mayoría de los estudios, este efecto resulta positivo y estadísticamente significativo (Rollé et al., 2019).

De hecho, la escolaridad parental ha sido vinculada al rendimiento ejecutivo y al área total de superficie cerebral en niños, lo que refuerza la idea de que las condiciones socioculturales modulan el desarrollo del cerebro a nivel de estructura y función (Noble et al., 2015). Por otro lado, habremos de resaltar que la escolaridad de los padres incide en el nivel socioeconómico y podría predecir el rendimiento cognitivo a lo largo de la vida. Incluso, aun cuando el rendimiento conductual no es diferente, el procesamiento cerebral sí lo es, lo que sugiere efectos profundos del ambiente en la anatomía y funcionalidad cerebral (Hackman y Farah, 2009).

Los hallazgos pueden verse matizados por las limitaciones del estudio. Es importante señalar que la muestra estuvo conformada mayormente por universitarios provenientes de contextos rurales o semiurbanos. Además, lograron ingresar a la universidad con base en sus criterios de selección académica. Este filtro de acceso podría haber generado una muestra relativamente más homogénea que la población general de la región, lo que podría haber reducido la variabilidad esperada en las características sociodemográficas.

Asimismo, hubo una sobrerrepresentación del sexo femenino en la muestra, por lo que las diferencias sexuales pudieran cambiar ante una muestra con igual número de hombres y mujeres.

Nuestros resultados subrayan la importancia de profundizar en la comprensión de los factores sociodemográficos sobre la cognición. Además, la asociación observada entre el educativo de los padres y el rendimiento en la memoria de trabajo refuerza la necesidad de implementar intervenciones preventivas y educativas dirigidas a estudiantes provenientes de contextos vulnerables con padres de menor escolaridad. Estas podrían incluir programas de fortalecimiento de FE desde niveles básicos de escolaridad, tutorías específicas en diferentes habilidades, dependiendo del sexo, escolaridad de los padres y nivel socioeconómico, así como estrategias que fomenten el involucramiento parental en hogares con menor escolaridad.

Se destaca la necesidad de seguir explorando como la escolaridad de los padres, principalmente del padre, influyen en el desarrollo cognitivo, así como validar instrumentos con mayor sensibilidad y representatividad para contextos socioculturales diversos. Nuevos estudios que aborden el tema cuidando las limitaciones previas serán de gran importancia para ampliar los resultados obtenidos en el presente estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio destacan la asociación de los factores sociodemográficos como el género y la escolaridad del padre en el desempeño cognitivo de estudiantes universitarios. En las habilidades visuoespaciales (diseño con cubos y matrices) los hombres presentan un mejor desempeño que las mujeres. Por otro lado, la mayor educación del padre de un estudiante se asoció con mejor desempeño en la tarea de memoria de trabajo (dígitos inversos).

Las diferencias observadas por el sexo y la escolaridad del padre invitan a considerar acciones educativas que promuevan entornos de aprendizaje equitativos, incluyendo estrategias para el fortalecimiento de habilidades cognitivas desde etapas tempranas, así como programas de acompañamiento académico para estudiantes provenientes de contextos vulnerables.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Acosta Echavarría, Á. A., y Mejía Toro, W. A. (2022). Coeficiente intelectual y rendimiento académico en un grupo de estudiantes de primer semestre de psicología. *Pensamiento Americano*, 15(29), 153–167. <https://doi.org/10.21803/penamer.15.29.456>
- Akabalieva, K. (2024). Parental education as a factor correlated to cognitive performance in offspring. *Acta Medica Bulgarica*, 51(1), 27-34. <https://doi.org/10.2478/AMB-2024-0014>
- Anaya, L., Stafford, F., y Zamarro, G. (2021). Gender gaps in math performance, perceived mathematical ability and college STEM education: The role of parental occupation. *Education Economics*, 30(2), 113-128. <https://doi.org/10.1080/09645292.2021.1974344>
- Bernabé, I. R. T. (2020). La influencia del nivel de estudios de padres de familia en el rendimiento de estudiantes de la educación media superior. *Revista RedCA*, 2(6), 59-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=748781149006>
- Cirino, P. T. (2023). Framing executive function as a construct and its relation to academic achievement. *Mind, Brain, and Education*, 17(4), 226-237. <https://doi.org/10.1111/mbe.12360>
- Cragg, L., y Gilmore, C. (2014). Skills underlying mathematics: The role of executive function in the development of mathematics proficiency. *Trends in Neuroscience and Education*, 3(2), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2013.12.001>
- Denney, D. A., Ringe, W. K., y Lacritz, L. H. (2015). Dyadic short forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale-IV. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 30(5), 404-412. <https://doi.org/10.1093/arclin/acv035>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Förster, J., y López, I. (2022). Human neurodevelopment: A continuous change process of an open and context-sensitive system. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 338-346. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.001>
- Gartland, N., Aljofri, H. E., Dienes, K., Munford, L. A., Theakston, A. L., y van Tongeren, M. (2022). The effects of traffic air pollution in and around schools on executive function and academic performance in children: A rapid review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 749. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020749>
- Gómez León, I. M. (2020). Development of giftedness during early childhood. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 147-158. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2930>
- Green, C. T., Bunge, S. A., Briones Chiongbian, V., Barrow, M., y Ferrer, E. (2017). Fluid reasoning predicts future mathematical performance among children and adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 157, 125-143. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2016.12.005>
- Hackman, D. A., y Farah, M. J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain.

- Trends in Cognitive Sciences*, 13(2), 65-73.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.003>
- Hatoum, A. S. (2023). The etiology of executive functioning is nature and nurture. *Biological Psychiatry*, 94(2), e5-e6.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.05.009>
- Irwing, P., y Lynn, R. (2005). Sex differences in means and variability on the progressive matrices in university students: A meta-analysis. *British Journal of Psychology*, 96(4), 505-524.
<https://doi.org/10.1348/000712605x53542>
- Jirout, J. J., y Newcombe, N. S. (2015). Building blocks for developing spatial skills: Evidence from a large, representative US sample. *Psychological Science*, 26(3), 302-310.
<https://doi.org/10.1177/0956797614563338>
- Joung, H., Yi, D., Ahn, H., Lee, Y., Byun, M. S., Sung, K., Kwon, H., Sohn, B. K., Lee, J. H., Kim, Y. K., Woo, J. I., y KBASE Research Group. (2021). Normative study of the block design test for adults aged 55 years and older in the Korean aging population. *Psychiatry Investigation*, 18(6), 539-544.
<https://doi.org/10.30773/pi.2020.0408>
- Kweon, H., Aydogan, G., Dagher, A., Bzdok, D., Ruff, C. C., Nave, G., Farah, M. J., y Koellinger, P. D. (2022). Human brain anatomy reflects separable genetic and environmental components of socioeconomic status. *Science Advances*, 8(20), eabm2923.
<https://doi.org/10.1126/sciadv.abm2923>
- Lauer, J. E., Yhang, E., y Lourenco, S. F. (2019). The development of gender differences in spatial reasoning: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 145(6), 537-565.
<https://doi.org/10.1037/bul0000191>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5.^a ed.). Oxford University Press.
- Liu, S., Wei, W., Chen, Y., Hugo, P., y Zhao, J. (2021). Visual-spatial ability predicts academic achievement through arithmetic and reading abilities. *Frontiers in Psychology*, 11, 591308.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591308>
- Lynn, R., y Irwing, P. (2004). Sex differences on the progressive matrices: A meta-analysis. *Intelligence*, 32(5), 481-498.
<https://doi.org/10.1016/j.intell.2004.06.008>
- Maeda, Y., y Yoon, S. Y. (2013). A meta-analysis on gender differences in mental rotation ability measured by the Purdue Spatial Visualization Tests: Visualization of rotations (PSVT:R). *Educational Psychology Review*, 25(1), 69-94.
<https://doi.org/10.1007/s10648-012-9215-x>
- Martin-Requejo, K., y Santiago-Ramajo, S. (2021). Predictores de las habilidades académicas en niños de 9 años: Cociente intelectual, funciones ejecutivas e inteligencia emocional. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 19(3), 533-582.
<https://doi.org/10.25115/ejrep.v19i55.4124>
- Matute-Villaseñor, E., Sanz-Martín, A., Gumá-Díaz, E., Rosselli, M., y Ardila, A. (2009). Versión abreviada del test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST) en población hispanohablante. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 257-276.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511496006>
- Miguel, P. M., Meaney, M. J., y Silveira, P. P. (2023). New research perspectives on the interplay between genes and environment on executive function development. *Biological Psychiatry*, 94(2), 131-141.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.01.008>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., y Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
<https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Noble, K. G., Houston, S. M., Brito, N. H., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J. M., ...

- Sowell, E. R. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience*, 18(5), 773-778. <https://doi.org/10.1038/nn.3983>
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A., y Rosselli, M. (2019). *NEUROPSI: Evaluación neuropsicológica breve en español. Manual e instructivo*. Publingenio.
- Rivera, D., Perrin, P. B., Stevens, L. F., Garza, M. T., Weil, C., Saracho, C. P., Rodríguez, W., Rodríguez-Agudelo, Y., Rábago, B., Weiler, G., García de la Cadena, C., Longoni, M., Martínez, C., Ocampo-Barba, N., Aliaga, A., Galarza-del-Ángel, J., Guerra, A., Esenarro, L., y Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Stroop Color-Word Interference Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*, 37(4), 591-624. <https://doi.org/10.3233/nre-151281>
- Rollè, L., Gullotta, G., Trombetta, T., Curti, L., Gerino, E., Brustia, P., y Calderara, A. M. (2019). Father involvement and cognitive development in early and middle childhood: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 2405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02405>
- Schmerold, K., Bock, A., Peterson, M., Leaf, B., Vennergrund, K., y Pasnak, R. (2017). The relations between patterning, executive function, and mathematics. *The Journal of Psychology*, 151(2), 207-228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1252708>
- Sirin, S. R. (2005). Socioeconomic status and academic achievement: A meta-analytic review of research. *Review of Educational Research*, 75(3), 417-453. <https://doi.org/10.3102/00346543075003417>
- Voyer, D., Voyer, S., y Bryden, M. P. (1995). Magnitude of sex differences in spatial abilities: A meta-analysis and consideration of critical variables. *Psychological Bulletin*, 117(2), 250-270. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.117.2.250>
- Wang, C., y McWatt, S. C. (2023). Visuospatial ability and student approach to learning as predictors of academic performance on written versus laboratory-based assessments in human anatomy. *Anatomical Sciences Education*, 16(6), 1187-1199. <https://doi.org/10.1002/ase.2317>
- Wechsler, D. (2014). *WAIS-IV: Escala Wechsler de inteligencia para adultos-IV. Manual de aplicación*. Manual Moderno.
- Wilkinson, H. R., Smid, C., Morris, S., Farran, E. K., Dumontheil, I., Mayer, S., Tolmie, A., Bell, D., Porayska-Pomsta, K., Holmes, W., Mareschal, D., y Thomas, M. S. C. (2020). Domain-specific inhibitory control training to improve children's learning of counterintuitive concepts in mathematics and science. *Journal of Cognitive Enhancement*, 4(3), 296-314. <https://doi.org/10.1007/s41465-019-00161-4>
- Yuan, L., Kong, F., Luo, Y., Zeng, S., Lan, J., y You, X. (2019). Gender differences in large-scale and small-scale spatial ability: A systematic review based on behavioral and neuroimaging research. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 128. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00128>

USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DURANTE Y DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA SOCIOEMOCIONAL DE ADOLESCENTES

Use of Information and Communication Technologies during and after COVID-19 Confinement and its Relation to Adolescents' Socioemotional Intelligence

Edwin Keller Soliz Elizalde¹
Erika Yadira Macías Mozqueda^{2*}

Resumen

En esta investigación se presentan los resultados de un estudio sobre el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) por parte de adolescentes durante y después del confinamiento, y su correlación con la inteligencia socioemocional. La muestra estuvo conformada por 440 estudiantes de nivel secundaria. Se midió la inteligencia socioemocional con el Inventario de Inteligencia Emocional Adaptado para Jóvenes de Bar-On. Los resultados fueron analizados con los programas estadísticos SPSS y JASP. Se encontró que: a) existe una correlación negativa significativa entre las puntuaciones de inteligencia socioemocional y la cantidad de tiempo dedicada al uso de las TIC, b) no se observaron grandes cambios en el tiempo de uso de las TIC durante y después del confinamiento por COVID-19, ni en el tipo de contacto social preferido por los adolescentes, y c) la relación entre las redes sociales más utilizadas y la inteligencia socioemocional varía en función del tipo de interacción que propicia cada red social.

Palabras clave: Tecnologías de la Información y Comunicación, Inteligencia Socioemocional, Redes Sociales, Adolescentes, COVID-19.

Abstract

This research analyzes and compares the use of information and communication technologies (ICT) by adolescents during and after the COVID-19 lockdown, and examines its correlation with their socio-emotional intelligence. Data were collected from 440 secondary school students, including the hours and types of ICT use, and their socio-emotional intelligence was assessed using the Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV). The results were analyzed using SPSS and JASP. The findings indicate that: a) there is a significant negative correlation between socio-emotional intelligence scores and the amount of time spent using ICT, b) there were no major changes in the amount of ICT use during versus after the confinement period, nor in the adolescents' preferred type of social contact, and c) the relationship between the most frequently used social networks and socio-emotional intelligence varies according to the type of interaction afforded by each social network.

Keywords: Information and Communication Technologies, Socio-emotional Intelligence, Social Media, Adolescents, COVID-19.

¹ Psicólogo, Universidad de Guadalajara (Méjico).

² Departamento de Psicología Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud – Universidad de Guadalajara (Méjico). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0054-5628>

* Contacto: erika.macias@academicos.udg.mx



Recibido: 10/08/2025. Aceptado: 17/10/2025.

INTRODUCCIÓN

El confinamiento implementado para mitigar la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, que implicó reducir el contacto con otras personas, provocó el cierre de las instituciones educativas y requirió el uso de diferentes estrategias para continuar con los programas de educación a distancia. Entre estas estrategias destacaron las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), incluidas las redes sociales, plataformas educativas, videollamadas, actividades asincrónicas, entre otras. Dichas medidas ocasionaron que las y los adolescentes perdieran acceso a su principal espacio de socialización presencial.

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo, y la escuela es un espacio esencial para las interacciones con pares que fomentan la conexión emocional, cognitiva y comportamental, indispensables para el desarrollo de la inteligencia socioemocional. Es fundamental que las relaciones sociales construidas durante este periodo ocurran de manera óptima para favorecer el desarrollo del adolescente, y la escuela contribuye de manera importante en este proceso (Li et al., 2011).

Un estudio cualitativo realizado durante el confinamiento identificó, según los propios adolescentes, una disminución en su confianza hacia los demás, una mayor propensión a las peleas, monotonía en la vida diaria y separación de algunos seres queridos. No obstante, estos jóvenes también reportaron aspectos positivos, como el revalorar sus relaciones interpersonales, otorgarles mayor importancia en su vida y dedicar más tiempo a la autorrealización (Branquinho et al., 2020).

En el ámbito académico se ha observado una relación entre el rendimiento escolar y el nivel de competencias socioemocionales, ya que estos factores no son causales sino concomitantes y dependientes entre sí (Torres Díaz et al., 2020). Por su parte, Cohen (2020) concluyó que los adolescentes perciben las TIC como herramientas muy útiles tanto para su vida diaria como para la

escuela, aunque señalan que las instituciones educativas suelen estar desactualizadas tecnológicamente. Los estudiantes indicaron que les resulta más fácil encontrar información pertinente mediante sus teléfonos inteligentes en casa que utilizando los recursos digitales formales brindados por la escuela (por ejemplo, salas de cómputo o bibliotecas digitales).

En el ámbito socioemocional, se ha recomendado que los contextos escolares ofrezcan actividades y espacios para que los estudiantes identifiquen sus propias emociones y se relacionen de manera positiva con los demás, con el fin de fortalecer las competencias sociales y la inteligencia socioemocional (Bacca et al., 2020). De lo contrario, pueden presentarse déficits en ciertos factores socioemocionales, principalmente en las competencias sociales, lo que conlleva desajuste escolar, aumento de la ansiedad y conductas violentas (Gutiérrez & Expósito, 2015). En cuanto a la interacción a través de las redes sociales, se ha observado una relación positiva entre el desarrollo de la inteligencia emocional —en particular la dimensión de empatía— y el uso de las redes sociales virtuales (Kaura y Saini, 2020).

El desarrollo de la inteligencia socioemocional puede verse mermado, como ocurrió durante el confinamiento, cuando los adolescentes se vieron forzados a limitarse a actividades sociales pasivas (Medina et al., 2021). Por lo tanto, el avance tecnológico adquiere gran relevancia al permitir que muchas interacciones sociales se mantengan de manera constante y accesible, favoreciendo así el desarrollo de las competencias sociales (Mareta et al., 2021).

El instrumento diseñado por Bar-On considera la inteligencia emocional como un compuesto de 10 dimensiones. Estas se determinan al considerar cuáles son fundamentales para el funcionamiento social y emocional que se han identificado que impactan el bienestar psicológico. Estas dimensiones son: Autoestima, Relaciones interpersonales, Control de impulsos, Resolución

de problemas, Autoconciencia emocional, Flexibilidad, Contacto con la realidad, Tolerancia al estrés, Asertividad, y Empatía. Además, señala como facilitadores para la inteligencia social 5 dimensiones que son Optimismo, Autoactualización, felicidad, independencia, y responsabilidad social.

En su prueba, Bar-On (2000) pretende examinar factores que señalan un funcionamiento emocional y social efectivo que llevan a un bienestar psicológico. En esta prueba se calcula un puntaje total general a partir de 5 dimensiones de análisis que se subdividen en 15 factores: Intrapersonal (comprensión de sí mismo, conciencia de las emociones propias, asertividad, independencia, y actualización de sí mismo), interpersonal (Empatía, responsabilidad social, y relaciones interpersonales), manejo de estrés (tolerancia, y control de impulsos), adaptabilidad (aserción de realidad, flexibilidad, y resolución de problemas), y estado de ánimo general. (optimismo y felicidad). En el caso del inventario de Inteligencia Emocional de Bar On versión para jóvenes (EQ-i: YV Bar On) se adaptó tomando sólo las áreas de Adaptabilidad, Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del Enojo, Optimismo y Autoestima, Emociones Positivas, y la Impresión Positiva o Estado de Ánimo Positivo. Además, el nivel de competencias socioemocionales que se propone en el EQ-i: YV de Bar On podría determinar cómo se desarrollan en el contexto social y su nivel de aceptación social, teniendo en cuenta factores como la inteligencia emocional, conductas aprendidas, situacionales y contextualizadas (Carmen et al., 2008).

En cuanto al uso de las TIC, la literatura reporta resultados diversos sobre la relación entre el tiempo dedicado a las redes sociales virtuales y el nivel de inteligencia socioemocional. Por ejemplo, algunos estudios señalan que mientras más tiempo se utilizan las redes sociales en dispositivos móviles, menores son las puntuaciones en habilidades sociales (Viracocha, 2017). En contraste, otros trabajos apuntan que las redes sociales virtuales

ejercen un impacto positivo en las competencias socioemocionales (Ikemiyashiro, 2017). Esta variabilidad en los hallazgos se atribuye a factores como la edad, el estatus socioeconómico, el contexto geográfico, el nivel socioeconómico de la escuela, la personalidad y los instrumentos de medición empleados (Ikemiyashiro, 2017; Huamán & Vila, 2020).

Entre los efectos positivos del uso de las redes sociales virtuales durante la pandemia, se señala que estas funcionaron como una estrategia de afrontamiento ante el malestar provocado por el confinamiento por COVID-19 (Torres Díaz et al., 2020). Asimismo, en estudiantes universitarios el uso de redes sociales virtuales contribuyó al fortalecimiento de sus competencias socioemocionales durante la pandemia (Cante et al., 2020).

En los últimos años, las tecnologías de la información han brindado un nuevo espacio para que las y los adolescentes se relacionen. Este espacio ha dado lugar a una nueva realidad social en la cual las y los jóvenes han transformado sus interacciones por múltiples factores, como la inmediatez en la comunicación, la falta de regulación y la globalidad de las conexiones. Sin embargo, es importante considerar la brecha digital para no rezagar a quienes no tienen acceso a las TIC necesarias para mantener comunicación a distancia. Además, las TIC por sí solas no garantizan la conexión social, por lo que se debe propiciar una integración entre las actividades sociales en línea y las presenciales dentro de la comunidad.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es identificar cómo se relacionan el tiempo de uso y el tipo de uso de las redes sociales durante y después del periodo de confinamiento con la inteligencia socioemocional en un grupo de estudiantes de escuelas secundarias del Área Metropolitana de Guadalajara.

METODOLOGÍA

Esta investigación emplea un diseño cuantitativo, transversal y correlacional no experimental, ya que se analiza la inteligencia socioemocional de las y los adolescentes y se correlaciona con el uso de las TIC durante y después del confinamiento. De esta forma se identifican las variables de tiempo de uso y tipo de uso de las TIC. En este trabajo se utiliza el término confinamiento para referirse al periodo de cierre de las escuelas comprendido entre el 16 de marzo de 2020 y agosto de 2021 (Torres, 2021).

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 440 estudiantes pertenecientes a dos escuelas secundarias públicas del Área Metropolitana de Guadalajara. La aplicación de los instrumentos se realizó entre mayo y junio de 2022, utilizando un muestreo por conveniencia.

Como criterio de inclusión, solo se consideró a alumnas y alumnos que al momento de la recolección de datos estuvieran inscritos en las escuelas secundarias mencionadas. Se siguieron las consideraciones éticas para la investigación con personas menores de edad: se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores y el asentimiento informado de los participantes.

Instrumentos

Para la cuantificación de las variables se utilizó el inventario de competencias socioemocionales de Bar-On para adolescentes (Bar-On, 2000). Se empleó la versión en castellano de Ugarriza y Pajares (2005), adaptada a la población mexicana por Ruvalcaba et al. (2014). Es un instrumento de autoinforme que consta de 60 ítems con escala tipo Likert, agrupados en 6 factores: Adaptabilidad, Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del enojo, Optimismo y Autoestima, y Emociones positivas.

Para la recolección de información sobre el uso de las TIC se diseñó un cuestionario de autoinforme ad hoc con preguntas cerradas,

correspondientes a las variables de tiempo de uso y tipo de uso de las TIC durante y después del cierre de las escuelas por la pandemia de COVID-19. Este instrumento se construyó tomando como referencia cuestionarios utilizados para identificar el uso de TIC en hogares, así como cuestionarios creados para detectar usos problemáticos de las TIC, como las adicciones a las redes sociales. La validación de contenido del instrumento se realizó mediante juicio de expertos.

En el cuestionario se consideraron las siguientes variables: a) tiempo de uso y b) tipo de uso, dividida esta última en 1) actividades específicas y 2) redes sociales virtuales. Se solicitó a cada participante que especificara el tiempo que dedicaba a buscar información, comunicarse con otras personas, consumir contenido de entretenimiento, crear contenido y realizar actividades escolares.

Procedimiento

Se estableció un acuerdo con las autoridades de las instituciones educativas para apoyar la aplicación de los instrumentos. Estos se administraron mediante un formulario de Google que fue enviado a los padres de familia a través de los canales oficiales de comunicación de las escuelas. De este modo, se recabó el consentimiento informado de los padres o tutores de manera electrónica; posteriormente, ellos entregaron el dispositivo electrónico a sus hijos e hijas para que leyeron y firmaran el asentimiento informado y, finalmente, respondieran al cuestionario. El trabajo de campo de esta investigación y respuestas a dichos cuestionarios concluyó el 13 de junio de 2022.

Esta investigación es de tipo cuantitativo transversal correlacional no experimental. Esto debido a que cumple con las características cuantitativas transversales al analizar, durante un periodo específico de tiempo, la inteligencia socioemocional de los y las jóvenes y las compara con el uso que se les dio a las TIC posterior y durante del confinamiento. De este se sustraen las variables de tiempo de uso de las TIC posterior y

durante el confinamiento y tipo de uso de las TIC. Al hacer el análisis de la relación entre ellas es como adquiere su característica correlacional. Por último, la investigación adquiere su característica no experimental debido a que la variable independiente, el uso de las TIC durante el confinamiento, ya ha ocurrido y por lo tanto también se puede nombrar una investigación ex post facto (Briones, 2002).

Para el análisis de datos se realizó un procedimiento de Correlaciones utilizando el programa estadístico SPSS entre las variables cuantificables del instrumento de EQ-i: YV Bar On así como las horas de uso que reportaron los participantes y se utilizó un análisis de variancia ANOVA y correlación para la media de la puntuación de EQ-i: YV Bar On entre múltiples grupos divididos entre redes sociales virtuales que reportaron usar.

RESULTADOS

Tiempo de uso de las TIC y la inteligencia socioemocional

Con el objetivo de examinar la relación entre las horas de uso en distintas actividades específicas y las puntuaciones de inteligencia socioemocional, se correlacionaron los puntajes del EQ-i:YV con las

horas que los participantes reportaron dedicar a cada tipo de actividad en las TIC.

Los participantes que reportaron dedicar más tiempo de uso de las TIC a actividades de consumo de contenido y de comunicación muestran correlaciones negativas con las subescalas de Adaptabilidad, Intrapersonal, Optimismo y Autoestima, Manejo del enojo y Emociones positivas tal como se observa en correlaciones significativas (aunque de tamaño de efecto pequeño). Por otro lado, el uso de las TIC para crear contenido presentó correlaciones negativas significativas con las subescalas de Optimismo y Autoestima, y Manejo del enojo, igualmente con un tamaño de efecto pequeño. Se debe resaltar que en el instrumento EQ-i: YV Bar On la dimensión de Manejo del enojo se calcula de manera inversa, es decir, a mayor puntuación en esta dimensión indica un menor Manejo del enojo, por lo que una correlación positiva indica una disminución en esta competencia. Estos resultados se resumen en la Tabla 1.

TABLA 1

Correlación entre el tipo de uso de las TIC y las dimensiones de la Inteligencia Socioemocional

Dimensión	Búsqueda de información	Consumir contenido	Crear contenido	Uso escolar	Uso comunicativo
Adaptabilidad	0.027 p=0.578	-0.177 p <0.001	-0.070 p=0.145	0.068 p=0.155	-0.147 p=0.002
Intrapersonal	0.009 p=0.858	-0.221 p <.001	-0.058 p =0.222	0.048 p=0.310	-0.193 p <.001
Interpersonal	0.038 p=0.425	-0.022 p=0.648	0.01 p=0.832	-0.049 p= 0.992	-0.039 p=0.414

Dimensión	Búsqueda de información	Consumir contenido	Crear contenido	Uso escolar	Uso comunicativo
Manejo del enojo	0.052 p=0.274	0.129 p=0.007	0.181 p <.001	0.027 p=0.571	0.14 p=0.003
Optimismo y Autoestima	-0.065 p=0.172	-0.270 p <.001	-0.117 p=0.014	-0.016 p=0.733	-0.202 p <.001
Emociones positivas	-0.049 p=0.305	-0.180 p <.001	-0.061 p=0.199	-0.026 p=0.587	-0.113 p=0.018

Nota: Coeficientes de correlación de Pearson (r) con sus valores de significancia estadística (p).

Uso de redes sociales durante y después del confinamiento

Para explorar el uso de las redes sociales durante y después del confinamiento y su posible relación con la inteligencia socioemocional, primero se identificó la forma de contacto social más utilizada por los adolescentes. En la Figura 1 se ilustran las

distintas formas en que los adolescentes solían contactar a otras personas. Después del confinamiento aumentó la preferencia por socializar en persona, mientras que las videollamadas disminuyeron en más de un 10%. Las redes sociales continuaron siendo la forma más popular de socialización por un amplio margen, manteniéndose por encima del 60%.

FIGURA 1
Tipo de contacto social utilizado durante y después del confinamiento

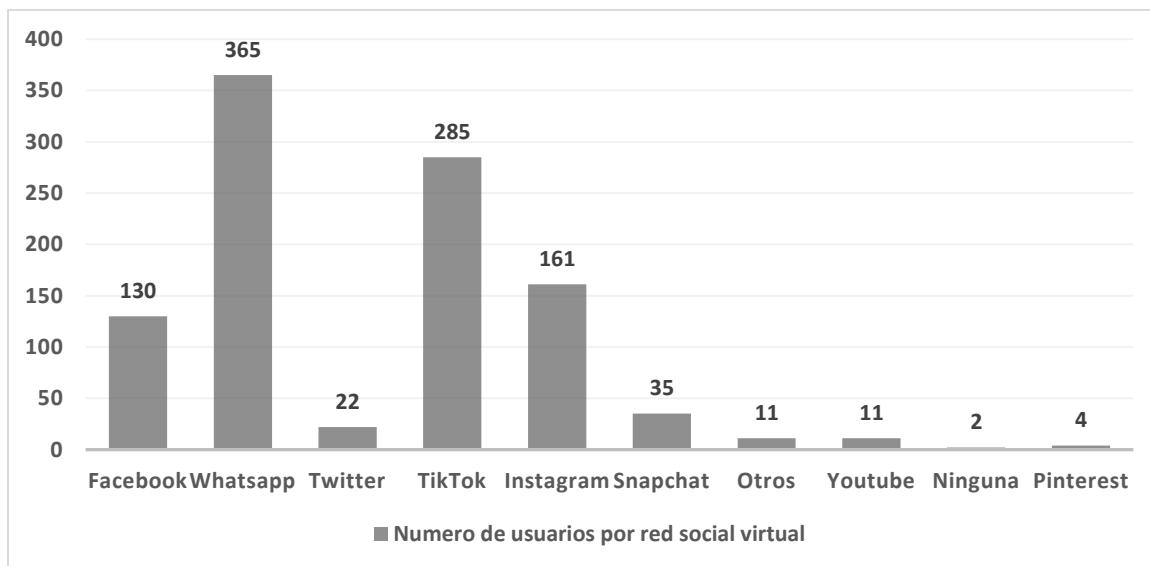


En cuanto a las redes sociales virtuales más utilizadas, la Figura 2 muestra la distribución de estas. La mayoría de las y los participantes utilizan WhatsApp, con un 82.95% de usuarios, seguida

por TikTok con 64.77%, Instagram con 36.59% y Facebook con 29.54%. Estas cuatro redes sociales principales se emplearon para los análisis posteriores.

FIGURA 2

Frecuencia de uso de las redes sociales virtuales después del confinamiento



Redes sociales e inteligencia socioemocional

Con el fin de identificar la relación entre las redes sociales más utilizadas y la inteligencia socioemocional, se realizó un análisis de varianza factorial (ANOVA) comparando las puntuaciones en las dimensiones del EQ-i:YV entre los grupos de adolescentes que usan o no usan cada una de las redes sociales virtuales más populares. Los resultados se presentan en la Tabla 2.

De las redes sociales analizadas, WhatsApp resultó ser la más usada; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de inteligencia socioemocional entre quienes usan esta red y quienes no la usan.

En contraste, TikTok —la segunda red más popular— sí mostró diferencias significativas entre quienes reportaron usarla y quiénes no. Las dimensiones Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del enojo, Optimismo y Autoestima, y Emociones

positivas presentaron diferencias estadísticamente significativas, todas en el sentido de que los adolescentes que no utilizan TikTok obtuvieron puntajes más altos en dichas dimensiones que aquellos que sí la utilizan.

Instagram arrojó resultados similares a TikTok, aunque en menor magnitud. Quienes usan esta red social mostraron diferencias marginales en las dimensiones Intrapersonal y Emociones positivas, así como diferencias estadísticamente significativas en Optimismo y Autoestima, y Manejo del enojo. En todos los casos, los puntajes de los usuarios de Instagram fueron inferiores a los de quienes no la usan.

Por último, al comparar las puntuaciones entre quienes usan Facebook y quienes no, se encontró que la dimensión de Manejo del enojo presentaba una diferencia significativa entre ambos grupos, con puntuaciones más bajas entre quienes sí utilizan esta red.

TABLA 2

Análisis de varianza factorial: uso de redes sociales y dimensiones de la inteligencia socioemocional

Dimensión	WhatsApp F (p)	Tik Tok F (p)	Instagram F (p)	Facebook F (p)
Adaptabilidad	0.529 p=0.468	3.208 p=0.074	3.265 p=0.071	1.102 p=0.294
Intrapersonal	0.09 p=0.764	17.217 p<.001	5.168 p=0.023	0.657 p=0.418
Interpersonal	0.116 p=0.734	5.947 p=0.015	2.04 p=0.154	0.116 p=0.733
Manejo del enojo	3.155 p=0.076	17.845 p<.001	10.209 p=0.001	8.873 p=0.003
Optimismo y Autoestima	1.442 p=0.231	25.764 p<.001	14.478 p<.001	0.033 p=0.855
Emociones positivas	0.137 p=0.711	19.544 p<.001	6.129 p=0.014	0.6 p=0.439

Nota: Estadístico F de ANOVA factorial (usuarios vs. no usuarios de cada red social) con sus valores de significancia (p).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la naturaleza transversal del presente estudio, no es posible determinar si antes del confinamiento la población en estudio presentaba un patrón diferente de uso de las TIC. No obstante, las encuestas nacionales muestran un incremento en el uso diario de Internet durante ese período en la población mexicana en general (ENDUTIH, 2023).

De acuerdo con la ENDUTIH 2022, el 90.9% de la población usuaria de teléfonos inteligentes utilizó aplicaciones de mensajería instantánea y un 78.6% ingresó a redes sociales, lo cual coincide con nuestros hallazgos sobre el uso casi generalizado de ciertas redes sociales, como WhatsApp.

Asimismo, la relación inversa encontrada entre el tiempo de uso de las TIC y las dimensiones del EQ-i:YV coincide con lo reportado en una revisión sistemática, en la cual se concluye que el uso

adicativo de las TIC provoca conflictos en la vida interpersonal de los y las adolescentes (Chacón & Ignacio, 2023).

Los adolescentes consideran las redes sociales virtuales como herramientas fundamentales de entretenimiento y comunicación. Dado que la comunicación es esencial en su desarrollo, es plausible que una comunicación más competente (por ejemplo, un uso más consciente y equilibrado de estas herramientas) pudiera mitigar el impacto negativo que el uso intensivo de redes sociales parece tener sobre su inteligencia socioemocional.

Por otro lado, no se observaron fluctuaciones importantes en el tiempo de uso de las TIC durante y después del confinamiento, de modo que el tiempo adicional que los adolescentes estuvieron en casa durante el encierro no parece haber influido significativamente en la cantidad de horas que dedican a las TIC.

Los hallazgos de esta investigación indican que un mayor uso de las TIC en las actividades más populares entre los participantes (consumir contenido y uso comunicativo) se asocia con un menor desarrollo de la inteligencia socioemocional; es decir, a más horas de uso, menor es el puntaje promedio en las dimensiones socioemocionales. Si bien estas correlaciones son de magnitud débil, sugieren que un uso intensivo de las redes sociales —especialmente de forma pasiva— podría relacionarse con un menor desarrollo socioemocional. Esto podría deberse al tipo de contenido que se consume o a las actividades que se dejan de realizar por emplear tiempo en estas plataformas. Sería recomendable analizar con mayor detalle la naturaleza de la comunicación que se establece y el tipo de contenido que se consume, dado que en el caso del uso comunicativo no se observó correlación con la dimensión interpersonal, a pesar de que comunicarse implica principalmente una interacción interpersonal.

Las diferencias significativas observadas sugieren que el tipo de interacción que promueve cada red social podría ser un factor determinante en su impacto sobre la inteligencia socioemocional. WhatsApp es una plataforma centrada principalmente en la comunicación entre individuos a través de mensajes de texto y contenido multimedia (por ejemplo, estados con duración limitada).

En cambio, TikTok es una plataforma orientada a brindar contenido en forma de videos cortos creados por los usuarios (entre 30 segundos y 3 minutos de duración), incentivando a la audiencia a participar en la creación de contenido. TikTok cuenta con una función de mensajería entre usuarios, pero esta no es su finalidad principal.

Por su parte, Instagram es una red social enfocada en compartir imágenes y videos. Si bien también ofrece un servicio de mensajería, la interacción en esta plataforma se centra en

compartir contenido, es decir, en consumir y crear publicaciones visuales.

Finalmente, Facebook ofrece funciones similares de compartir fotos y videos, pero su objetivo principal es brindar a sus usuarios un espacio personal donde puedan compartir información propia y conectarse mediante diversos medios (mensajes, grupos, publicaciones, etc.). Tanto Facebook como TikTok e Instagram presentan un “feed” o muro en el que se despliegan publicaciones de usuarios a los que se sigue y contenido recomendado mediante algoritmos basados en datos personales de los usuarios (por ejemplo, edad, género, ubicación geográfica, historial de búsqueda, usuarios con quienes se interactúa con mayor frecuencia, entre otros).

En consecuencia, estas tres redes sociales buscan retener a sus usuarios el mayor tiempo posible, ya que esa permanencia prolongada se traduce en mayores ingresos por publicidad (entre más tiempo pasa el usuario en la plataforma, más anuncios ve). Por otro lado, WhatsApp carece de estas funcionalidades de consumo infinito de contenido; quizás por ello no mostró diferencias significativas, dado que sus usuarios la utilizan casi exclusivamente como una herramienta de comunicación, sin tantas alternativas adicionales para pasar el tiempo. En cambio, las otras redes sociales proveen entretenimiento y contenido de forma prácticamente interminable. Cabe señalar

que en el presente estudio no se recabó información sobre qué tipo de contenido consumen los adolescentes en estas plataformas ni los usos específicos que les dan.

En general, se observa que el uso de las TIC por parte de los adolescentes parece asociarse con puntajes más bajos en el coeficiente socioemocional medido por el EQ-i:YV. El tiempo de uso de las TIC influyó principalmente de manera negativa en dichas puntuaciones. Sin embargo, al desglosar los resultados por tipo específico de uso, la significancia de las asociaciones varía. El uso enfocado en consumir contenido, así como el uso

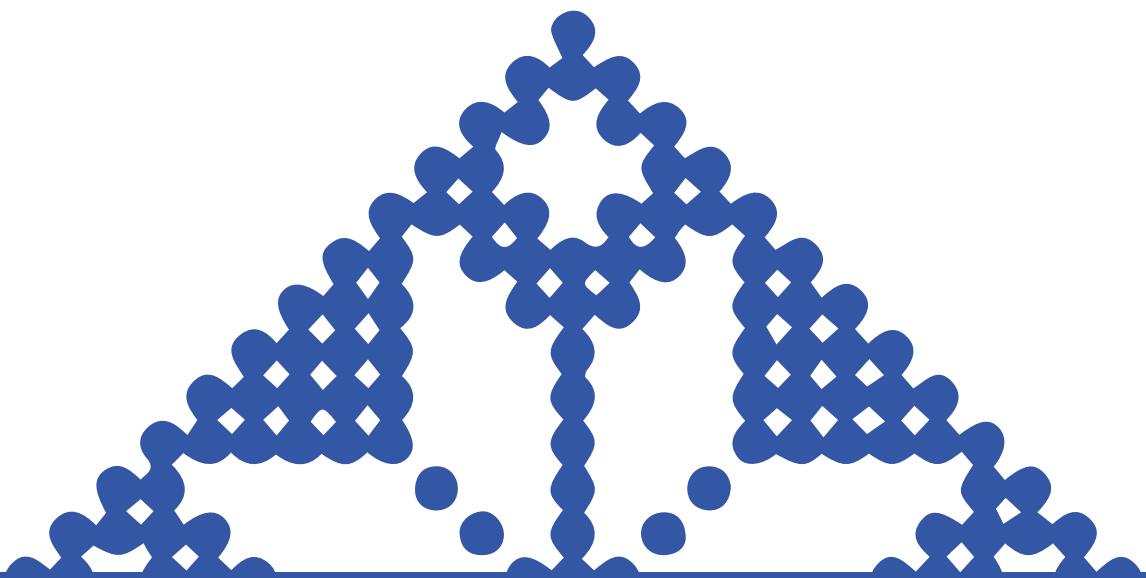
de plataformas de redes sociales centradas en el entretenimiento mostró las correlaciones negativas más notorias. Esta diferenciación según el tipo de uso sugiere que el tiempo, por sí solo, no es el único factor importante al investigar el efecto del uso de las TIC en los adolescentes; es necesario examinar con mayor detalle qué hacen los jóvenes durante ese tiempo y qué tipo de interacciones mantienen a través de estas herramientas y redes sociales virtuales.

REFERENCIAS

- Andrade, P. (2018). Desarrollo positivo de los jóvenes: Bases teóricas y empíricas. En P. Andrade (Coord.), *Fortalezas de los adolescentes* (pp. 13-33). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bacca, J. J., Bello, J. T., y Quiroga, D. M. (2020). *Inteligencia emocional en adolescentes* [Tesis de especialización, Fundación Universitaria Los Libertadores]. Repositorio Institucional Los Libertadores. <https://repository.libertadores.edu.co/items/5ea42dc3-8648-496a-8150-87dc3ef907d8>
- Bar-On, R., y Parker, J. D. A. (Eds.). (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. Jossey-Bass.
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A., & Gaspar De Matos, M. (2020). “Hey, we also have something to say”: A qualitative study of Portuguese adolescents’ and young people’s experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology*, 48(8), 2740-2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. ARFO editores.
- Cante, M. C., Carrillo, Y., López, C. A., & Rodríguez, J. C. (2020). *Fortalecimiento de habilidades sociales por medio de redes sociales en estudiantes universitarios pertenecientes a la Institución Politécnico Grancolombiano en época de pandemia de la ciudad de Bogotá D.C.* Academia Métodos de Análisis en Psicología, Politécnico Grancolombiano.
- Chacón, I. M., & Ignacio, E. F. (2023). *Adicciones a las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación en niños y adolescentes*. Biblioteca Lascasas, 19, e14178. <https://ciberindex.com/c/lc/e14178>
- Cohen, G. (2020). Teenagers connected to digital environments – what happens when they get to school? Commonalities, similarities and differences from their perspective. *Education and Information Technologies*, 25, 1743–1758. <https://doi.org/10.1007/s10639-019-10052-y>
- Gutiérrez Carmona, M., & Expósito López, J. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas assertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(2), 42–58. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.26.num.2.2015.15215>
- Huamán, R. E. & Vila, L. Ch. (2020). *Habilidades sociales y adicción a las redes sociales en adolescentes de un Centro Preuniversitario Parroquial, Huancayo-2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1770>
- Ikemiyashiro, J. (2017). *Uso de las redes sociales virtuales y habilidades sociales en adolescentes y jóvenes adultos de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola]. Repositorio Institucional USIL.

- <https://hdl.handle.net/20.500.14005/2766>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2022.* https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENDUTIH/ENDUTIH_22.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (Resultados 2021).* <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *INEGI presenta resultados de la Encuesta para la Medición del Impacto COVID-19 en la Educación (ECOVID-ED) 2020.* Comunicado de prensa núm. 185/21. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/ecovid/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares.* Comunicado de prensa núm. 352/21. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/OtrTemEcon/ENDUTIH_2020.pdf
- Kaura, H., & Saini, S. (2020). Relationship between social media usage and emotional intelligence among adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 11(10-12), 581-584. <http://wdg.biblio.udg.mx:2048/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/relationship-between-soeial-media-usage-emotional/docview/2493869632/se-2>
- Li, Y., Doyle, A., Kalvin, C., Liu, J., & Lerner, R. M. (2011). Peer relationships as a context for the development of school engagement during early adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 35(4), 329-342. <https://doi.org/10.1177/0165025411402578>
- Mareta, P. R., Arif M. A., & Susanto, S. (2021). The Social Skills of Students in the Pandemic Period (The Case Study in SMAN 1 Kedunggalar, Ngawi District, East Java, Indonesia). *Budapest International Research and Critics in Linguistics and Education (BirLE) Journal*, 4(1), 369–376. <https://doi.org/10.33258/birle.v4i1.1618>
- Medina, R. T., Ramos, I. G. & Andrade, A. I. (2021). El tiempo libre y la recreación en la adolescencia durante el confinamiento por COVID-19. *Revista científica Olimpia*, 18(1), 279-293. <https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpi/a/article/view/2226>
- Ruvalcaba, N. A., Gallegos, J., Lorenzo, M., & Borges del Rosal, Á. (2014). Propiedades Psicométricas del inventario de competencias socioemocionales para adolescentes (EQI-YV) en población mexicana. *Revista Evaluar*, 14(1), 30-44. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v14.n1.8409>
- Torres, C. (2021). *El cierre de escuelas provocado por la COVID-19: Consecuencias y condiciones para la reapertura.* Temas Estratégicos 91. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República. <http://bibliodigitalbd.senado.gob.mx/handle/123456789/5265>
- Torres Díaz, S. E., Hidalgo Apolo, G. A., & Suárez Pesántez, K. V. (2020). Habilidades sociales y rendimiento académico en adolescentes de secundaria. Horizontes. *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 4(15), 267–276. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v4i15.114>

- Unicef. (2020). *COVID-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies.* <https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>
- Ugarriza, N., & Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, (8), 11-58.
- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112816001>
- Viracocha, C. (2017). *Uso de dispositivos móviles y desarrollo de habilidades sociales en adolescentes.* [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12753>



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD