



Año: 2025

Volumen:02

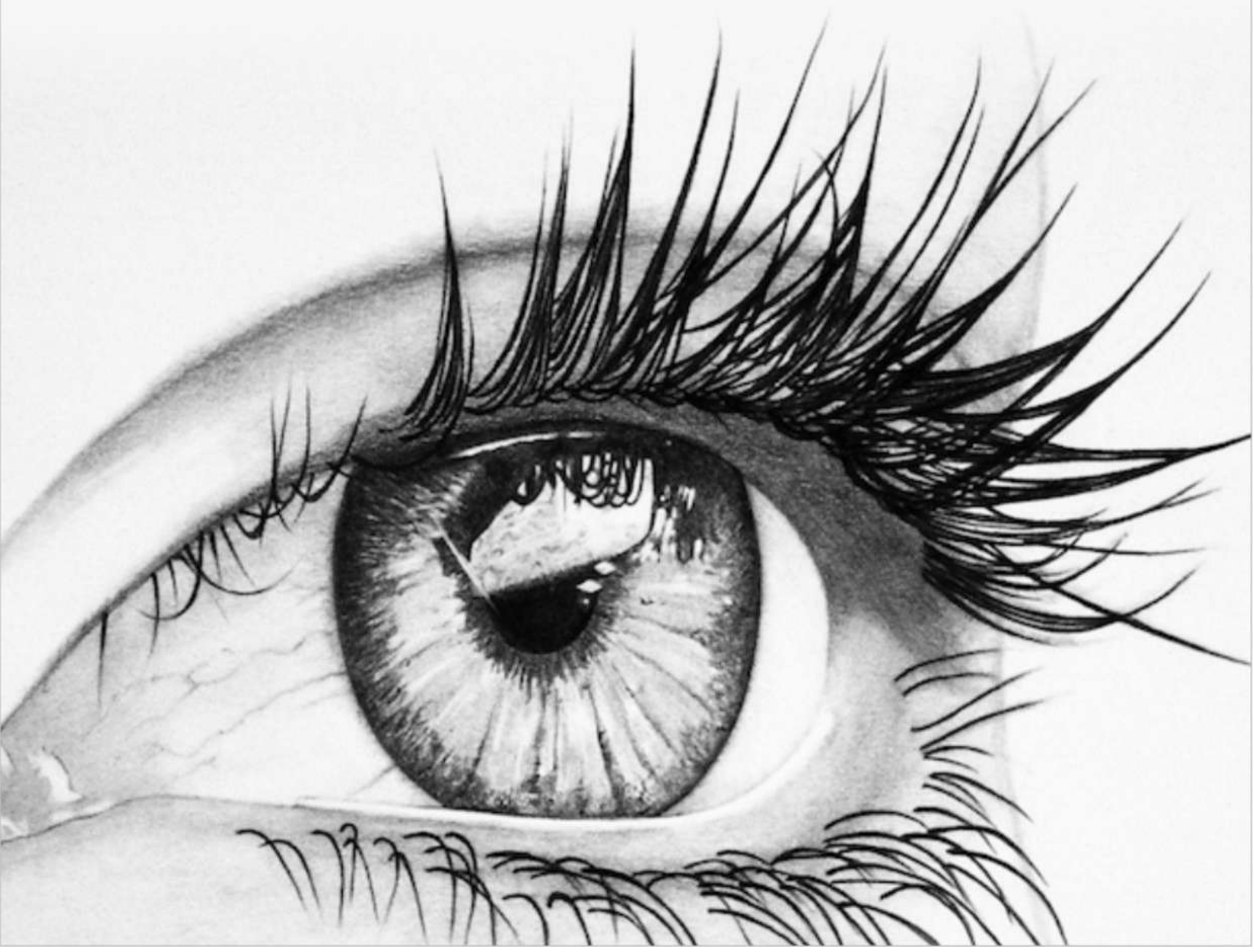
Número: 02

ISSN: 3061-7332



RICAP

REVISTA INTEGRADORA DE LA COMUNIDAD
ACADÉMICA EN PSICOLOGÍA





DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Serafín Ortiz Ortiz
Rector

Mtro. Alejandro Palma Suárez
Secretario Académico

Dra. Margarita Martínez Gómez
Secretaria de Investigación Científica y Posgrado

Arq. Miguel Moisés García de Oca
Secretario Administrativo

Mtra. Diana Selene Ávila Casco
Secretaria de Extensión Universitaria y Extensión Cultural

M. C. Robert Carlos Cruz Becerril
Secretario Técnico

Dra. Gloria Ramírez Elías
Secretaria de Autorrealización

Mtro. Irving Eduardo Ortiz Gallardo
División de Ciencias Sociales y Humanidades

Q. B.P. José Rene Adrián Grada Yautentzi
Director de la Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.





EQUIPO EDITORIAL

Prof. Dr. José Ruben León Pérez (editor en jefe).
Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.
Licenciatura en Psicología.
<https://orcid.org/0000-0002-1504-4212>

Profa. Mtra. María Belem Cuevas Chores (editora).
Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.
Licenciatura en Derecho
<https://orcid.org/0000-0003-1436-5011>

Profa. Mtra. Livis Jeanet Briones Vásquez (editora).
Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.
Licenciatura en Psicología.
<https://orcid.org/0009-0003-3859-2208>

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Alicia Hernández Montaña.
Universidad Autónoma de Coahuila. Unidad Académica de Saltillo.
<https://orcid.org/0000-0001-8778-5805>

Dra. Adelaida Rojas García.
Universidad Autónoma del Estado de México.
<https://orcid.org/0000-0002-0963-9252>

Dr. Roberto Oropeza Tena.
Universidad Michoacán de San Nicolás Hidalgo: Morelia. Michoacan.
<https://orcid.org/0000-0002-2561-2164>

Dra. Cristina Aguillón Solís.
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.
<https://orcid.org/0000-0002-0785-0249>

Dr. Gabriel Genise.
Universidad de Flores UFLO Argentina.
<https://orcid.org/0000-0002-6411-4141>

Mtro. Salvador Martef Gonzalez García.
Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.
Programa educativo de la Licenciatura en Psicología.

Dr. Edgar Abraham Saldaña Márquez.
Instituto por la Excelencia Profesional (IEXPRO).

Mtra. Daniela Alejandra Ramírez Espinoza.
Universidad Autónoma de Guerrero.

Dr. Juan de la Cruz Sánchez Sánchez.
Instituto de Posgrados en Psicoterapia Cognitiva Conductual (IPPCC).



Mtro. Carlos Robles Bárcenas.

Universidad de Durango. Campus Aguascalientes.

<https://orcid.org/0009-0005-9082-6002>

Mtra. Juana Guadalupe Avilés Velázquez.

Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.

Licenciatura en Educación.

Dr. Héctor Torres Muñoz.

Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Licenciatura en Psicología.

<https://orcid.org/0009-0003-5127-4925>

CORRECTORA DE ESTILO DE LOS ORIGINALES.

Lic. Aracely M'éndez Liconá.

Jefa del Departamento Editorial de la Secretaría de Extensión Universitaria y Difusión Cultural.

Universidad Autónoma de Tlaxcala.

PRODUCCIÓN EDITORIAL.

Lic. Erick López Alvarez.

Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.

MAQUETADOR

Lic. Miguel Ángel Martínez Ortiz

Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan.



RICAP, Vol. 2. Núm.2, Octubre 2025, es una publicación anual, editada por la Universidad Autónoma de Tlaxcala en coordinación con la Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan, Calle del Bosques s/n, Colonia Centro, Tlaxcala, México, C.P. 90000, Tel: 2464667684, <https://revistarcappsicologia.uatx-uamcc.lat/index.php/RICAP>, revistarcappsicologia@gmail.com. Editor responsable: Dr. José Rubén León Pérez del Grupo de investigación e intervención en salud mental y del comportamiento humano. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo: 04-2023-101117090200-102. ISSN: 3061-7332, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Universidad Autónoma de Tlaxcala con la Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan, Edificio Sarabia, camino San Bartolo, C.P. 90207, Calpulalpan, Tlaxcala, México, Tel: 749 918 0994, Mtra. María Belem Cuevas Chores y Livis Jeanet Briones Vásquez. Fecha de última modificación: 23 de Septiembre de 2025.

Los juicios y opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido aquí publicado sin fines de lucro, siempre y cuando no se modifique, se cite la fuente completa y su dirección electrónica.



Contenido

Editorial
Carta Editorial 1

Entrevistas
El Análisis de la Conducta Clínica en México: desarrollo, aplicaciones y desafíos. Entrevista al Dr. Michel Reyes Ortega. 4

Artículos Empíricos
Apropiación del espacio histórico a través de la memoria colectiva en jóvenes de Ixtacuixtla, Tlaxcala 10
Inventario de Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana (IPRCM): Construcción y Validación en Estudiantes Mexicanos 25
Disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en un primer nivel de atención 32
Estrés universitario, una reflexión a partir del trabajo de campo en la Universidad Autónoma de Tlaxcala 39
Experiencias universitarias desde la perspectiva de mujeres autistas con diagnóstico tardío: Un estudio mixto 49
Implementación de una Propuesta de Intervención para la Reducción de Ansiedad en Estudiantes Universitarios 61
Incompletas pero vivas: relatos de tres mujeres mastectomizadas 71
¿De quién es el cuerpo que duele? 79
El Deber de Denuncia en Psicología: Revisión Sistemática del Marco Ético-Legal y su Relación con la Confidencialidad 85

Recensiones de libros
Senderos 108



Carta Editorial

Dr. José Rubén León Pérez
 Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan
<https://orcid.org/0000-0002-1504-4212>

Mtra. Livis Jeanet Briones Vásquez
 Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan
<https://orcid.org/0009-0003-3859-2208>

Lic. Erick López Álvarez
 Universidad Autónoma de Tlaxcala. Campus Calpulalpan
<https://orcid.org/0009-0004-4091-4146>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

León Pérez, J. R., Briones Vásquez, L. J., & López Álvarez, E. Carta editorial. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.55>

Resumen: Esta carta editorial presenta el segundo número de RICAP, dedicado a los avances multidisciplinares de la psicología aplicada, que transita de un modelo centrado en la evaluación hacia otro que incorpora la intervención. El número evidencia este enfoque a través de 11 contribuciones rigurosas que abordan problemáticas reales. Se incluyen investigaciones empíricas sobre salud pública, contexto universitario y comunidad, junto con reflexiones teóricas sobre el dolor y dilemas éticos. Esta compilación reafirma el compromiso de la revista de ser un puente entre la investigación científica y práctica profesional, difundiendo conocimiento con impacto directo en el bienestar humano.

Abstract: This editorial introduces the second issue of RICAP, devoted to the multidisciplinary advances in applied psychology and its transition from a model primarily focused on assessment toward one that integrates intervention. The volume exemplifies this orientation through eleven rigorously developed contributions that address substantive real world challenges. It encompasses empirical studies in public health, higher education, and community contexts, alongside theoretical reflections on pain and ethical dilemmas. Collectively, this issue reaffirms the journal's commitment to positioning itself as a conduit between scientific inquiry and professional practice, fostering the dissemination of knowledge with a direct and tangible impact on human well-being.

Palabras clave: carta editorial, psicología aplicada, salud pública, contexto universitario, comunidad.

Carta Editorial

La psicología aplicada ha experimentado notables avances en los últimos años, a partir de los aportes integradores de diversas ramas como la jurídica y forense, la clínica, la del trabajo y las organizaciones y la del análisis de la conducta, entre otras.

Este desarrollo multidisciplinar ha permitido ampliar su enfoque, transitando de un modelo centrado principalmente en la evaluación hacia uno que incorpora de manera protagónica la intervención, la administración, la enseñanza y el entrenamiento.

Fecha de recepción V1: 12/09/2025 Fecha de recepción V2: 19/09/2025 Fecha de aceptación: 29/09/2025



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

De acuerdo con Olivares, reconocido doctor en psicología y catedrático de universidad en el departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la Universidad de Murcia, el mayor reto de la psicología aplicada contemporánea consiste en comprender la ciencia básica de los fenómenos psicológicos- estudiados en contextos experimentales- desde una perspectiva práctica y contextual, para aplicarlos posteriormente a situaciones reales y lograr cambios en el comportamiento humano (Olivares et al., 2012).

Desde este abordaje, ha surgido la necesidad de analizar problemáticas reales con métodos y estrategias aplicables y funcionales. Así, el ámbito aplicado ha ganado un espacio relevante en la psicología, como lo evidencia el incremento de publicaciones especializadas en revistas —revista de psicología aplicada al deporte, revista de psicología general y aplicada, Kupuri revista de psicología aplicada— y de formaciones de posgrado —maestría de psicología aplicada del centro universitario de Los Lagos de la Universidad de Guadalajara (UdG), maestría de psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), Maestría en psicología aplicada a la educación de la Universidad Veracruzana (UV)-; una tendencia observable tanto a nivel nacional como internacional.

En este escenario, RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología ha querido publicar su segundo número, dedicado a la investigación desde distintos diversos ámbitos de la psicología aplicada. En este número se recogen 11 contribuciones que han superado un riguroso proceso de revisión por pares doble ciego: 1 entrevista, 8 son artículos empíricos, 2 trabajos de revisión teórica o de revisión empírica y una reseña de libro.

El número abre con una entrevista al Dr. Michel Reyes Ortega sobre el “Análisis de la Conducta Clínica en México: desarrollo, aplicaciones y desafíos”. En este diálogo, el experto define el Análisis de la Conducta Clínica (CBA) como la aplicación de herramientas de análisis conductual en el tratamiento de condiciones clínicas, destacando el papel del comportamiento lingüístico y su relación con las “Terapias Contextuales”. El Dr. Reyes analiza la evolución del CBA en México desde su introducción en la década de 2010, señalando tanto el creciente interés como la falta de programas académicos formales en el país.

Entre los estudios empíricos que componen este número, se aborda una diversidad de problemáticas de gran relevancia social y sanitaria. En el ámbito comunitario, la investigación de la Mtra. Rocío Itzel Martínez González explora mediante una estrategia de investigación-acción. Participativa, como la memoria colectiva puede fomentar la apropiación del espacio público entre los jóvenes de Ixtacuixtla, Tlaxcala, resignificando monumentos históricos en estado de abandono a través de actividades artísticas.

En el campo de la salud pública y la psicometría, el Mtro. Víctor Manuel Espinosa Delgadillo contribuye con la construcción y la validación del Inventario de Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana (IPRCM). Su estudio de diseño mixto ofrece un instrumento con sólidas propiedades psicométricas para evaluar esta variable en la población universitaria mexicana, respondiendo a un consumo en aumento durante la última década.

La salud física y su impacto en el bienestar psicológico se ven reflejados en el trabajo del MF. Gabriel Antonio Mena Ramírez identifica una asociación positiva entre la disfunción eréctil y alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, subrayando la importancia de un enfoque integral en su tratamiento.

El contexto universitario es abordado desde múltiples perspectivas. Un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, presentado por la Dra. Dora del Carmen Yautentzi Díaz y el Dr. José Luis Cisneros, analiza los factores detonadores de estrés y las respuestas conductuales de estudiantes, utilizando la filosofía de Byung-Chul Han para interpretar el “imperativo de rendimiento” que caracteriza su experiencia. Asimismo, la investigación de la Mtra. Alicia Jiménez Díaz Castillo emplea un método mixto para visibilizar las barreras y la violencia institucional que enfrentan las mujeres autistas con diagnóstico tardío en su trayectoria académica, destacando el impacto del sesgo de género en la identificación y el apoyo que reciben. Complementariamente, el Mtro. Daniel Espinoza Pérez y sus colaboradores evalúan la implementación de una intervención para la reducción de ansiedad, reportando una disminución significativa de los niveles en los participantes mediante un modelo de estudio cuasiexperimental.

En el área de la psicología de la salud, el artículo de la Dra. María Carla Lara Men y su equipo ofrece una mirada profunda, a través de un enfoque cualitativo interpretativo, sobre el impacto de la mastectomía en la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad de tres mujeres, resaltando tanto las dificultades como las estrategias de resiliencia en su proceso de adaptación.

Las contribuciones teóricas enriquecen este número con reflexiones de fondo. El ensayo del Mtro. Héctor Torres Muñoz, “De quién es el cuerpo que duele”, explora la relación entre el cuerpo y el dolor desde una perspectiva filosófica y psicoanalítica, argumentando que el dolor trasciende la sensación física para convertirse en una construcción social de significados subjetivos, culturales e históricos. Por su parte, la revisión sistemática del Mtro. Guillermo Ramírez Zavala, “El Deber de la Denuncia en Psicología...”, analiza el delicado equilibrio entre la obligación legal de reportar ciertos casos y el principio de confidencialidad, identificando este dilema como un desafío central en la práctica profesional y proponiendo la necesidad de protocolos claros que armonicen ambas responsabilidades.

Como cierre, el número presenta una reseña del libro “Senderos” del Dr. Héctor Torres Muñoz, a cargo de Camila Ortega González. Esta obra publicada en 2023 ofrece una reflexión filosófica que utiliza la metáfora del camino para explorar la existencia, la identidad y las decisiones que nos definen, invitando al lector a encontrar la emancipación del acto mismo de caminar.

Los artículos aquí reunidos son una muestra representativa de la heterogeneidad y riqueza metodológica de la investigación aplicada. Abordan, desde múltiples perspectivas, temas relevantes como la apropiación del espacio público a través de la memoria colectiva, la construcción de instrumentos para evaluar la percepción de riesgos en el consumo de la marihuana, la relación entre la salud física y la dinámica de pareja, el estrés en el contexto universitario, las experiencias educativas de mujeres con autismo, intervenciones para la reducción de la ansiedad y el impacto psicosocial de la mastectomía. Completan este mosaico dos profundas reflexiones teóricas: una sobre la naturaleza del dolor y el cuerpo, y una revisión sistemática del dilema ético entre el deber de denuncia y la confidencialidad.

Con esta compilación, RICAP reafirma su compromiso de servir como puente entre la investigación científica y la práctica profesional, ofreciendo a la comunidad académica y a los profesionales en ejercicio un espacio para la difusión de conocimiento riguroso, pertinente y con un impacto directo en la comprensión y mejora del bienestar humano en contextos reales.

Referencias

Olivares Rodríguez, J., Macià Antón, D., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa Alcázar, A. I. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada. La profesión del psicólogo*. España: Ediciones Pirámide. (Grupo Anaya)



Entrevista al Dr. Michel Reyes Ortega

Mtro. Osvaldo Muñoz Espinoza

Centro Integral de Psicología

<https://orcid.org/0009-0003-7031-4662>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Munoz Espinoza, O. El Análisis de la Conducta Clínica en México: desarrollo, aplicaciones y desafíos. Entrevista al Dr. Michel Reyes Ortega. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.25>

Resumen



En esta entrevista, el Dr. Michel Reyes Ortega expone el desarrollo, las aplicaciones y los desafíos del Análisis de la Conducta Clínica (CBA) en México. Define el CBA como la aplicación de herramientas de análisis conductual en el tratamiento de condiciones clínicas, destacando el papel del comportamiento lingüístico, su diferencia con otras terapias psicológicas y su relación con las llamadas "Terapias Contextuales".

El Dr. Reyes analiza la evolución del CBA en México, mencionando su introducción en la década de 2010 y el crecimiento del interés en esta disciplina, impulsado por la creciente demanda de formación especializada. No obstante, señala la falta de programas académicos formales en el país, lo que ha llevado a una proliferación de cursos de actualización sin una regulación adecuada. Para abordar esta problemática, destaca los esfuerzos de la Federación Mexicana de Auditoría y Certificación de Clínicos Conductistas (FeMACCC) en la creación de programas de certificación y un posgrado formal en modificación de conducta.

Asimismo, responde a críticas sobre el conductismo, argumentando que muchas provienen de una falta de conocimiento sobre la filosofía y la metodología del análisis de la conducta. También enfatiza la necesidad de una formación rigurosa para terapeutas interesados en esta disciplina, recomendando estudios de posgrado, cursos de normatividad y participación en asociaciones gremiales. Finalmente, plantea que el futuro del CBA en México depende de una mejor integración en programas académicos y de la estandarización de su enseñanza y práctica clínica.

Palabras clave: *Análisis de la Conducta Clínica, Terapias Contextuales, Formación en psicología clínica, Regulación y certificación profesional, Psicoterapia basada en evidencia.*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Abstract

In this interview, Dr. Michel Reyes Ortega explains the development, applications and challenges of Clinical Behavior Analysis (CBA) in Mexico. It defines CBA as the application of behavioral analysis tools in the treatment of clinical conditions, highlighting the role of linguistic behavior, its difference with other psychological therapies and its relationship with the so-called "Contextual Therapies"

Dr. Reyes analyzes the evolution of CBA in Mexico, mentioning its introduction in the 2010s and the growth of interest in this discipline, driven by the growing demand for specialized training. However, he points out the lack of formal academic programs in the country, which has led to a proliferation of refresher courses without adequate regulation. To address this problem, the efforts of the Mexican Federation of Audit and Certification of Behavioral Clinicians (FeMACCC) in the creation of certification programs and a formal postgraduate degree in behavior modification stand out.

Likewise, he responds to criticisms of behaviorism, arguing that many come from a lack of knowledge about the philosophy and methodology of behavior analysis. It also emphasizes the need for rigorous training for therapists interested in this discipline, recommending postgraduate studies, regulatory courses and participation in trade associations. Finally, it states that the future of CBA in Mexico depends on better integration into academic programs and the standardization of its teaching and clinical practice.

Keywords: *Clinical Behavior Analysis, Contextual Therapies, Training in clinical psychology, Professional regulation and certification, Evidence-based psychotherapy.*

ENTREVISTA

Oswaldo Muñoz Espinoza: Dr. Reyes, gracias por acceder a esta entrevista. Para dar inicio, ¿podría contarnos un poco sobre su trayectoria y cómo llegó al Análisis de la Conducta Clínica?

Dr. Michel Reyes Ortega: Soy Lic. Mtro. y Dr. en Psicología. Docente de posgrados (diplomado, maestría y doctorado) en psicología clínica desde hace 17 años, y desde entonces he participado como miembro del consejo técnico de diversos programas de pre y posgrado. He colaborado en el desarrollo y capacitación de programas de atención en instituciones de salud públicas y privadas en México y el extranjero, entre estos productos se encuentra el desarrollo del Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio para los servicios de salud en México (Arenas-Landgrave, 2023), desarrollé el Modelo Integrativo de Regulación Emocional (Reyes-Ortega, 2013) y participe en su adaptación para uso en las unidades territoriales de atención y prevención de la violencia de género de la Secretaría de las Mujeres, junto con la Dra. Cointa Arroyo Jiménez (LUNAS). He publicado 7 libros, 6 capítulos de libros, 18 artículos científicos y colaborado en la revisión técnica de 4 libros y traducciones de libros, y actualmente colaboro como revisor invitado para cuatro revistas científicas en materia de terapia conductual, ciencia conductual contextual y psicología clínica. He impartido más de 120 conferencias y talleres, en conjunto, en América y Europa. En el 2010 me convertí en cofundador del ahora llamado Instituto de Terapia y Análisis de la Conducta, soy miembro de dos Federaciones de Auditoría, Certificación y Peritaje en Salud y Psicología respectivamente, y soy miembro de 2 asociaciones internacionales sobre Análisis del Comportamiento (AC).

Me introduje en el Análisis del Comportamiento Clínico (CBA, por sus siglas en inglés) en el año 2010 tras asistir a un congreso de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies en Boston y reclutarme para recibir entrenamiento y colaborar en programas de investigación y disseminación. Recibí mentoría por parte de importantes exponentes de la CBA del Norte de América, me entrené durante un año en un Instituto Europeo de Terapias Contextuales y desde entonces he participado como clínico, supervisor y consultor en diversos programas de investigación y departamentos de atención universitaria en varios países.

Oswaldo Muñoz Espinoza: ¿Cómo podría definirse el Análisis de la Conducta Clínica? ¿Se le conoce de otra manera?

Dr. Michel Reyes Ortega: Acorde al Behavior Analyst Certification Board de EUA (**BACB**, <https://www.bacb.com/about-behavior-analysis/clinical-ba/>), el CBA es la aplicación de las herramientas de análisis conceptual, evaluación y modificación de conducta, en el tratamiento de los llamados “problemas mentales”, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, entre otros. Entre sus modalidades más comunes se encuentra la Activación Conductual (BA), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Reforzamiento Comunitario (CR), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) o Terapia Conductual Integrativa de Pareja (IBCT), el Entrenamiento Parental (PT) y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

Algunos autores utilizan el término “Terapias Contextuales” para referirse a estas modalidades. **Hayes et al. (2011)** explican que el apellido contextual se refiere a la suspensión de funciones de los productos lingüísticos al subordinarlos en una clave contextual deíctica, por lo que también pueden utilizarse nombres como “Terapias Basadas en la Aceptación” (**Forman & Herbert, 2009**). La cuestión es que, según este criterio, esto incluye intervenciones que nada tienen que ver con el AC, como la Terapia Metacognitiva y las basadas en la Atención Plena, y podría argumentarse que la única modalidad del CBA que se ajustaría estrictamente a este sería ACT.

También, merece la pena subrayar que, a pesar de reconocer similitudes de sus intervenciones con los enfoques contextuales, algunos desarrolladores han enfatizado también sus diferencias con ellos (por ejemplo **Linehan, 1993 pp. 21**) o pragmáticamente dan a entender que se les podría identificar como contextualistas, aunque lo mismo podría ser de cualquier otra forma (por ejemplo, molaristas, **Martell, Addis & Jacobson, 2001**), y hay procedimientos como el Reforzamiento Comunitario que difícilmente se asocian con lo contextual, aunque el BACB los incluya como procedimientos del CBA. También es común escuchar hablar de “Terapias Conductuales de Tercera Generación” (**Hayes, 2004**), que, aunque sirva para enfatizar su supuesta novedad, resulta de poca utilidad para agrupar a los modos de CBA o a las Terapias Contextuales por su vaguedad (**Hayes et al. 2011**).

Oswaldo Muñoz Espinoza: En términos generales, ¿qué distingue al Análisis de la Conducta Clínica de otras formas de terapia psicológica?

Dr. Michel Reyes Ortega: Según el fallecido **Michael J. Dougher (1993)**, se distingue del Análisis Conductual Aplicado (o ABA) porque éste se caracteriza por la manipulación directa de las contingencias de reforzamiento de los problemas conductuales encontrados en población infantil, con retraso del desarrollo o con severo daño cerebral, y en escenarios asistenciales como hospitales, escuelas y centros de entrenamiento para profesionales.

Mientras que la manipulación directa de contingencias no se descarta en el CBA, Dougher y Hayes (**2000**) señalan que, al dirigirse a la modificación de problemas conductuales de personas verbalmente competentes en escenarios de atención clínica principalmente ambulatorios, en el CBA adquiere mayor protagonismo el análisis e intervención por medio del comportamiento lingüístico para referir contingencias indirectamente, establecer o flexibilizar el seguimiento de reglas para organizar el comportamiento en dirección a fuentes variables y estables de reforzamiento abstracto (o valores).

Los mismos autores señalan las diferencias entre la Terapia Conductual (BT por sus siglas en inglés) y el CBA, siendo la primera de inspiración Hulliana y la segunda derivada de la tradición operante. En mayor detalle, distinguen al CBA de la BT en su carácter contextualista y no mecanicista, funcionalista y no estructuralista, así como monista y anti-reduccionista.

Entre otras características distintivas del CBA, **Follete y Darrow (2014)** señalan a la triple contingencia (Evento estímulo-Respuesta-Consecuencia selectora) como unidad de análisis, la evaluación funcional (informada tanto en principios moleculares como molares) como método de conceptualización de caso, enseñar a distinguir entre forma y función del comportamiento, enseñar la distinción entre las funciones naturales y convencionales de los eventos estímulo, el uso del refuerzo natural en vez del arbitrario, y el análisis de la interacción clínica.

Oswaldo Muñoz Espinoza: En México, ¿cómo es que llega y evoluciona el Análisis de la Conducta Clínica? ¿Nota usted un mayor interés por esta aproximación en los últimos años?

Dr. Michel Reyes Ortega: La primera publicación relacionada con el CBA o Terapias Contextuales en México de la que tengo memoria es de **Patrón (2010)**, los primeros talleres que se hicieron en México se sucedieron en el 2014, si no mal recuerdo, uno impartido por la Dra. Carmen Luciano Soriano, y el otro por el Mtro. Benjamin Schoendorff (en ese entonces, ahora ya se doctoró). Podría decirse que ahí empezaron a agruparse las personas que formarían a las primeras generaciones de Terapeutas Contextuales. Posteriormente, comenzaron a ofertarse diplomados en “Terapias Contextuales” en la CDMX, Edo. De México y Guadalajara, con especial mención del diplomado en Psicología Clínica y Atenciones Psicoterapéuticas coordinado por la Dra. Claudia Ramírez en aval de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Centros como Centro Integral de Psicología (CIDEPS) hicieron una notable tarea de divulgación y, de ahí en adelante se ha hecho innumerable el número de Centros que ofrecen cursos de actualización en esta materia, así como de clínicas y profesionales que se presentan como especializadas en ello.

Definitivamente existe un mayor interés en el CBA en los años recientes. Creo que esto es gracias a que hay más demanda por parte de los estudiantes de Universidades para capacitarse en ello, y a que año con año crece el interés en publicaciones y registro de tesis relacionadas. También, opino que la divulgación sobre el AC es mucho mayor en redes sociales, especialmente gracias a los esfuerzos de estudiantes de programas de maestría y doctorado de análisis experimental que enfatizan contenidos relacionados con el análisis conceptual y experimental, y no acotándose solamente a la aplicación clínica. Por decirlo así, me parece que los interesados en las Terapias Contextuales están cada vez más interesados en el AC y en la CBA.

Oswaldo Muñoz Espinoza: ¿Cuáles diría usted que son los principales desafíos que enfrenta el Análisis de la Conducta Clínica en el país, tanto en la formación profesional como en la práctica clínica? ¿Qué se está haciendo para superarlo?

Dr. Michel Reyes Ortega: Un problema es que, aparte de algunos programas de maestría y doctorado de las principales universidades públicas del país, no hay dónde “formarse” en AC. Me parece que solo hay una institución privada con un programa de maestría en modificación de conducta, no incluye al CBA.

En un sentido estricto, si bien existen numerosos programas de actualización como cursos, diplomados o másteres extranjeros, no pueden considerarse formaciones sino cursos de actualización profesional. La mayoría de ellos no piden cédula profesional para diplomarse ni cuentan con la revisión de una universidad que les avale, y se desarrollan a criterio propio o como calca de otros preexistentes y con las mismas características. El único diplomado de carácter formativo que creo que podría incluirse es el que ya mencioné explícitamente, pues cubre un número de créditos de especialidad (300 horas teóricas, 320 de práctica institucional y 60 de supervisión). Recordemos que, acorde a la normatividad mexicana, es necesario contar con una cédula profesional sobre un posgrado clínico para ejercer la psicoterapia, y los programas de actualización no la otorgan.

En la práctica clínica, son incontables los centros, clínicas y consultorios que operan sin un adecuado apego a normatividad y a la Ley General de Salud. Resulta necesaria la labor de colegios y federaciones que ayuden a los clínicos a apegarse con mayor rigurosidad a la normatividad, y que se desarrollen programas de certificación y recertificación especializados en CBA para los programas de actualización y para los clínicos en el sector público y privado. Actualmente, organismos como la Federación Mexicana de Auditoría y Certificación de Clínicos Conductistas (FeMACCC) trabajan en ello.

Oswaldo Muñoz Espinoza: ¿Podría profundizar un poco más sobre qué es FeMACCC y el trabajo que se está haciendo para favorecer una formación adecuada en el Análisis de la Conducta Clínica y una práctica ética y regulada? ¿Cuál es su fin último?

Dr. Michel Reyes Ortega: La FeMACCC es un grupo de profesionales de la salud interesados en la ciencia, filosofía, la enseñanza y la aplicación del análisis de la conducta. Actualmente cuenta con representantes de colegios de psicólogos, institutos y centros de psicoterapia, y profesionales independientes de 14 estados de la República Mexicana.

Sus objetivos son proveer medios de comunicación directa entre los y las profesionales de las áreas de conocimiento de psicología, psiquiatría trabajo social, enfermería, monitoreo terapéutico y ciencias, colegios y organizaciones profesionales con interés en la clínica conductista. Promover la investigación y la práctica clínica conductista adecuada acorde a los más altos estándares que rigen la práctica profesional. Gestionar, auditar y certificar institutos, colegios, centros y despachos donde se ejerce la capacitación, la investigación y práctica clínica de orientación conductista bajo los estándares de legalidad actual.

Osvaldo Muñoz Espinoza: Al día de hoy, las terapias con una filosofía conductista todavía son concebidas como reduccionistas, además, se dice que tiene una visión incompleta porque no concibe a los pensamientos o cognición como lo hacen otras escuelas ¿Cómo responde a esta crítica y qué ventajas cree usted que ofrece frente a otros enfoques?

Dr. Michel Reyes Ortega: Bueno, es bastante claro que estas críticas demuestran profundo desconocimiento o confusión sobre el conductismo como filosofía de la psicología y como psicología científica, para empezar porque el “conductismo” no es una doctrina unificada como parecieran suponer. Pienso que la mejor forma de responder es invitando a los críticos a conocer más al respecto y desde el respeto.

Personalmente, creo que sería un error conceptual comparar a un “enfoque” con otro porque las categorías analíticas y objetivos de cada uno son diferentes. Para quien suponga que el mejor objeto de estudio de la psicología científica es la variación del comportamiento producida por la experiencia, sin duda encontrará en alguna variante del conductismo una alternativa adecuada, y sabrá juzgarlas desde el marco conceptual específico de cada una. Quien asume que los términos psicológicos del lenguaje ordinario refieren primariamente a disposiciones y patrones conductuales abstractos, encontrará la filosofía conductista de interés.

También es cierto que, aunque los conductismo son diversos, los emparenta su carácter antipsicológico y antifilosófico. Si esta no repele a los filósofos y psicólogos convencionales, por lo menos les dificulta comprender el “conductismo”.

Osvaldo Muñoz Espinoza: Desde la perspectiva del Análisis de la Conducta Clínica, ¿qué estrategias han demostrado ser más efectivas para atender distintas condiciones clínicas?

Dr. Michel Reyes Ortega: El CBA incluye una gran variedad de estrategias, técnicas y procedimientos de análisis y modificación de contingencias, cuya adecuación dependerá de la posibilidad de intervenirlas directamente o alterar su valor por medio del lenguaje, de si la unidad analítica es el comportamiento individual o la interacción entre dos o más individuos, los patrones de comportamiento molar más específicos, disposición al cambio conductual, etc. en fin, es realmente difícil decir lo que resultaría efectivo, es como preguntar si lo más efectivo es un procedimiento de exposición o uno de entrenamiento en habilidades, la respuesta es “depende”. Pero si hablamos de investigación controlada, protocolos de ACT, AC y DBT tienen gran cantidad y calidad de evidencias acorde a los parámetros de la división 12 de la Asociación Psiquiátrica Americana (<https://www.apa.org/about/division/div12>).

Osvaldo Muñoz Espinoza: ¿Qué recomendaciones daría a los estudiantes o terapeutas interesados en especializarse en Análisis de la Conducta Clínica en México?

Dr. Michel Reyes Ortega: Hacer un programa de especialidad, maestría o doctorado afín para contar con una base sólida que permita beneficiarse de los diversos cursos de actualización existentes. Tomar cursos sobre normatividad de su práctica profesional. Formar parte de algún colegio o instituciones gremiales donde puedan recibir supervisión o mentoría por parte de profesionales más experimentados, o como mínimo conformar grupos de consulta entre pares y formar parte de grupos de estudio.

Osvaldo Muñoz Espinoza: Finalmente, ¿cómo ve usted el futuro del Análisis de la Conducta Clínica en México y qué cree necesario para fortalecer su presencia y desarrollo?

Dr. Michel Reyes Ortega: Creo que, hablar de Análisis de la Conducta Clínica como una subespecialidad del

análisis de la conducta es difícil en México todavía. No creo que haya llegado el momento en que sus modalidades han sido integradas satisfactoriamente en los programas de formación existentes en AC. Es positivo que cada vez se realice más investigación sobre la eficacia de las Terapias Contextuales y se debe impulsar más al análisis de componentes de las intervenciones. Generar grupos de interés especial dentro de las asociaciones de AC y los colegios también será de vital importancia para promover fortalecer redes de trabajo regionales. También espero que esfuerzos como el de la FeMACCC sirvan para homologar la enseñanza y práctica del CBA. Sin duda, debe haber un cambio en la forma en que se divulgan y pretenden enseñar las terapias contextuales en la mayoría de los lugares, mostrar procedimientos en un módulo de un fin de semana, casi siempre a partir de grabaciones de ponencias porque se ofrece la posibilidad de ver las ponencias grabadas, y sin la posibilidad de hacer prácticas supervisadas in situ, resulta insuficiente.

Oswaldo Muñoz Espinoza: Doctor Reyes, muchas gracias por su tiempo y concedernos esta entrevista.

Dr. Michel Reyes Ortega: Para mí, siempre es un gran placer hablar contigo y enviar saludos afectuosos a quien esté leyendo la entrevista.

Referencias

- Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Vázquez-García, A., Reyes-Ortega, M. A., Arenas-Castañeda, P. E., Tejadilla-Orozco, D. I., Espinoza Méndez, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. A. y Malo, H. M. (2023). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5, 1-12.
- Dougher, M. J. (1993). Introduction. *Behavior Analyst*, 16, 269–270.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 11–25). Context Press/New Harbinger Publications.
- Follette, W. C., & Darrow, S. M. (2014). Clinical behavior analysis. In F. K. McSweeney & E. S. Murphy (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of operant and classical conditioning* (pp. 669–693). Wiley Blackwell.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 77–101). John Wiley & Sons, Inc.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141–168.
- Hayes, S.C. (2004) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W W Norton & Co.
- Patrón Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Reyes Ortega, M. A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18.



Apropiación del espacio histórico a través de la memoria colectiva en jóvenes de Ixtacuixtla, Tlaxcala.

Mtra. Rocío Itzel Martínez González
 Instituto Tlaxcalteca de Elecciones
 Psicóloga de la Coordinación de Género y No Discriminación
<https://orcid.org/0009-0005-1514-6496>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Martínez González, R. I. . Apropiación del espacio histórico a través de la memoria colectiva en jóvenes de Ixtacuixtla, Tlaxcala. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.39>

Resumen: Ixtacuixtla es un municipio del Estado de Tlaxcala que cuenta con un conjunto relevante de monumentos históricos tipo inmueble, como haciendas y acueductos. Muchas de estas edificaciones se encuentran en condición de olvido y abandono. Diversas investigaciones sugieren la importancia de utilizar la memoria colectiva como agente que posibilita formas de apropiación del espacio.

En este artículo se presentan los resultados de una investigación en la que se analizó cómo la memoria colectiva vinculada a los monumentos en la comunidad de Ixtacuixtla puede contribuir a la construcción de diversas dinámicas para la apropiación del espacio público.

La estrategia metodológica aplicada a la investigación tuvo por principio la Investigación-Acción-Participativa a través de la aplicación de instrumentos como la observación y cuestionarios. Se organizó también un grupo focal con quienes se desarrollaron diversas actividades artísticas con la finalidad de incentivar la apropiación de los espacios públicos. De esta manera, se realizó una intervención en la que los participantes resignificaron los monumentos olvidados a través de la construcción de una memoria colectiva de Ixtacuixtla.

Palabras clave: memoria colectiva, apropiación, espacio histórico, monumentos.

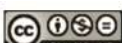
Abstract: Ixtacuixtla is a municipality in the state of Tlaxcala that boasts a significant collection of historical monuments, including haciendas and aqueducts. Many of these buildings are in a state of neglect and abandonment. Various studies suggest that collective memory serves as a tool that enables new ways of appropriating space.

This article presents the results of a research project that analyzed how the collective memory associated with monuments in the community of Ixtacuixtla can contribute to the development of different dynamics for the appropriation of public space.

The methodological strategy applied in the research was based on Participatory Action Research, using tools such as observation and questionnaires. A focus group was also organized, with which various artistic activities were carried out to encourage the appropriation of public spaces. In this way, an intervention was carried out in which participants re-signified forgotten monuments through the construction of a collective memory of Ixtacuixtla.

Keywords: collective memory, appropriation, historical space, monuments.

Fecha de recepción V1: 04/06/2025 Fecha de recepción V2: 28/06/2025 Fecha de aceptación: 19/09/2025

 Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

"La memoria se asemeja a un vasto campo de ruinas.

Frágil, incompleta y laberíntica,

como esas piedras desgastadas y enmohecidas

que azarosamente han pervivido del naufragio

de los tiempos y las civilizaciones".

Ignacio González-Varas Ibáñez

Introducción

En el municipio de Ixtacuixtla permanecen rastros de diversos acontecimientos plasmados en monumentos y construcciones arquitectónicas, donde el trazado urbano destaca por su importancia histórica. Este espacio posee un gran valor significativo para la historia social, política y artística de México; sobresale la notable limpieza de su traza urbana, cuyo ordenamiento manifiesta la singularidad del urbanismo novohispano. Se trata de una ciudad de origen indígena prehispánico que prosperó comercialmente en el periodo del dominio mexica mediante el intercambio de algunos productos importantes como la sal del tequesquite, por ello, su significado: "lugar de la sal molida" (Gálvez, 2009).

Ixtacuixtla cuenta con una vasta riqueza patrimonial, reconocida mediante decreto federal del 1.º de abril de 1986 (Gálvez, 2009) que la establece como una de las seis Zonas de Monumentos Históricos de Tlaxcala. Dicho decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación, enfatiza la necesidad de conocer, identificar, proteger y conservar estos monumentos, no solo por parte de la población, sino mediante instituciones como la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) y el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Así mismo, subraya la protección, conservación y restauración de las expresiones urbanas y arquitectónicas que integran el patrimonio cultural, y enlista 45 edificios de valor histórico (Gálvez, 2009). Cabe destacar la diversidad tipológica de estos monumentos que incluyen inmuebles civiles, religiosos, funerarios, de hacienda e hidráulicos (Coordinación Nacional de Monumentos Históricos [CNMH], 1989).

Sin embargo, una impresión empírica inicial revela el estado de olvido en el que se encuentran algunos de estos espacios históricos. Pese al reconocimiento oficial, ciertos lugares (sobre todo los inmuebles hidráulicos) permanecen vacíos y en el olvido, en proceso de convertirse en ruinas; de esta manera se identifica que son espacios con riqueza cultural reducidos a vestigios. Esta situación sugiere que, para el Estado, algunos monumentos tienen poco o nulo valor y reconocimiento; lo anterior puede influir en invisibilizar los espacios para los pobladores del municipio. En consecuencia, las prácticas son escasas y la apropiación de los sitios parece lejana; los espacios históricos se convierten en lugares de olvido.

Frente a este escenario, emergen asociaciones civiles en la comunidad como el grupo de arte *Ixtacuixtla, ¡cambia!*, que actúa desde la periferia de lo instituido para cambiar el agravio y olvido en que se encuentran los monumentos realizando actividades independientes como festivales, exposiciones y

talleres. Esta dinámica evidencia un conflicto en las interpretaciones del pasado: un olvido por parte de lo instituido y de algunos pobladores y una visión de rescatar el monumento del abandono por parte de otros actores.

La revisión bibliográfica muestra diversas aproximaciones al estudio de la memoria. **González y Gundermann (2013)** utilizan la memoria como recurso para la investigación en el proceso de obtener y reconstruir datos sobre el pasado; **Reyes y Aguirre (2016)** indagan acerca de la transmisión de las memorias desde la relación entre los lugares de memoria y los jóvenes; mientras que **Schindel (2009)** aborda las memorias colectivas en Latinoamérica durante dictaduras, desde la concepción de una memoria como táctica para develar realidades paralelas a las establecidas por la historia oficial. Por su parte, **Molero (2013)** usa la memoria dentro del turismo para reivindicar el senderismo en ciertos caminos que den cuenta del patrimonio que se encuentra en lugares olvidados; **Vázquez (2006)** investiga los significados detrás de la demolición, conservación o reconstrucción de monumentos; y **Ávila y Rivera (2014)** analizan las sensaciones que forma la memoria al apropiarse de espacios.

Las investigaciones revisadas sugieren una relación dialéctica entre la apropiación del espacio y la memoria, donde una puede propiciar la otra. Además, proponen que en estos contextos latinoamericanos — caracterizados por la dominación, represión política y adaptación a la globalización — resulta pertinente investigar desde la memoria como herramienta metodológica, discursiva y teórica que favorece formas de apropiación de los espacios. Los monumentos olvidados se convierten así en puntos clave donde emergen memorias confrontadas, ya que la coexistencia de inmuebles cuidados, abandonados y actores disputando por su rescate refleja conflictos por reconocer el pasado que van configurando el presente.

Con base en este marco, la presente investigación tuvo por objetivo analizar cómo la memoria colectiva vinculada a los monumentos en la comunidad de Ixtacuixtla puede contribuir a la construcción de diversas dinámicas para la apropiación del espacio olvidado. Esto se realizó a través de realizar actividades artísticas que articularon memoria y espacio para tejer una memoria colectiva desde las y los jóvenes de Ixtacuixtla.

Metodológicamente, se empleó la memoria como recurso para la investigación en el proceso de obtener y reconstruir datos sobre el pasado, pero enfatizando que su concepción va en función de develar realidades paralelas a las establecidas por la historia oficial (Jelin, 2002). Asimismo, se abordó desde el enfoque de la Investigación-Acción-Participativa, lo cual permitió concebirla como acción social, una forma de organización y movilización para la apropiación de un lugar olvidado. Desde esta perspectiva se concibe el pasado como ente activo para la concientización y como una alternativa a la mera concepción descriptiva de la realidad, lo que da lugar a una praxis que vislumbra realidades ocultas o encubiertas.

Marco Conceptual

Memoria colectiva

En psicología, la memoria ha sido abordada desde dos perspectivas: la individual y la colectiva. La primera perspectiva insiste en que la memoria se encuentra en el interior de la cabeza, como facultad individual (**Mendoza, 2005**). Desde lo individual, la memoria es concebida como un proceso de ingreso de información, registro sensorial, almacenamiento y olvido, donde la persona aprende, recuerda y olvida a voluntad.

Frente a esta visión, la perspectiva colectiva postula que la memoria se construye sobre la base de los grupos. Incluso aquella que parece individual, donde se realiza un ejercicio de recordar en silencio o a solas, tiene una base colectiva ya que el lenguaje es el elemento central con el que se edifica. Desde este marco, la memoria no solo depende de la voluntad individual, sino que también está constituida culturalmente. Para que logre establecer una continuidad entre el pasado y el presente, es necesario que sea comunicada (**Mendoza, 2005**). Además, aspectos sociales como las relaciones de poder y los intereses de grupos específicos influyen en lo que se recuerda y olvida.

En este sentido, el grupo es el punto de apoyo para que la memoria se despliegue. Como expresa **Halbwachs (1950, citado en Martínez, Galarza & Moreno, 2014, p. 72)**:

“La memoria colectiva es el proceso social de reconstrucción del pasado vivido y experimentado por un determinado grupo. El elemento sustancial para que la gente recuerde es los grupos y se recuerda en función de las colectividades a las que pertenece”.

En las últimas décadas, la memoria se ha situado en el centro de la disputa por legitimar la subjetividad, cuestionar los relatos y las verdades impuestas por el bloque de poder. Este interés reciente por la memoria responde a un momento específico de la historia donde los procesos socioeconómicos, políticos y culturales parecieran estar cada vez más afectados por la velocidad de la modernidad, donde recordar y luchar contra el olvido se vuelve una urgencia (**Bello et al., 2017**). Así, lo trascendental del estudio de la memoria y de los olvidos reside en su carácter de procesos que contribuyen, defienden y articulan el orden social (**Vázquez, 2001**). Al conocer qué se recuerda y qué se olvida en los actores de un grupo o comunidad, se develan pautas de reflexión acerca de la constitución de dicho lugar.

Desde estas visiones emergentes, la memoria pretende desde estas visiones emergentes, heterogéneas y muchas veces ambiguas impedir y contrapesar el discurso dominante de la gran historia para tomar control del pasado y así resignificar los espacios en los que el sujeto se desenvuelve (**Bello et al., 2017**). De este modo, puede oponerse a la dominación imperante, a la homogeneidad, modernidad y globalización, para dar paso a la diversidad e identidad de cada comunidad.

Por lo tanto, una memoria colectiva que no resuena con la misma potencia que la historia oficial contraría la versión oficial y puede contar versiones alternas sobre los espacios históricos que están en condición de olvido. Rescatarla es, en esencia, luchar contra la dominación y el modernismo. En consecuencia, se vuelve crucial salvaguardar la memoria colectiva de Ixtacuixtla de la imposición de la historia del Estado donde los monumentos —especialmente los de inmueble hidráulico— son vestigios que no han recibido el cuidado y reconocimiento debidos.

Para profundizar en esta urgencia, es crucial recordar la diferenciación que establece **Halbwachs (2004)** entre historia oficial y memoria colectiva. Mientras que la historia es una corriente artificial del pensamiento, es ajena al grupo, establece límites en fechas y hechos en forma de datos, la memoria colectiva es una reinterpretación constante del pasado, una corriente natural del pensamiento que se genera al interior de los grupos; sus límites son irregulares y situaciones difusas. Por ende, el interés de la memoria colectiva es preservar la identidad y el sentir de un grupo.

Más allá de un simple proceso de anclaje, la memoria es una herramienta para revelar, denunciar o evidenciar un pasado olvidado o negado por el poder y la dominación (**Bello et al., 2017**). Implica reinterpretar y darle un nuevo sentido a lo estipulado; es una lucha de poderes, es una lucha de poderes donde se cuestiona la versión de la dominación que enmarca comportamientos y prácticas.

Esta problemática cobra especial importancia en las comunidades de Tlaxcala, como Ixtacuixtla, rica en acervo histórico y cultural. Recordar solo desde la visión del Estado implica reproducir un modelo acorde a los intereses del poder, lo que se manifiesta tangiblemente en las evidentes diferencias en la conservación de los espacios locales. Como se aprecia en la figura 1, mientras la presidencia (inmueble civil) está conservada y en buen estado, la mayoría de las fuentes y acueductos (inmuebles hidráulicos) están en desuso y olvidados. Este contraste no solo ejemplifica las prioridades estatales, sino que visualiza la disputa entre la memoria oficial y la abandonada.

Figura 1

Comparación del espacio público, 2019



Nota: La imagen comparativa evidencia las diferencias en la conservación de los espacios. Mientras la presidencia está conservada y en buen estado, una fuente está en desuso y olvidada, además, pintada con propaganda política.

En esencia, la memoria es una forma de representación del pasado donde subyace una alta carga de subjetividad. Por ello, tiene más que ver con el presente que con el pasado. No es un término absoluto sino relativo, pues se enlaza no solo con los sentidos y con las prácticas sociales, sino sobre todo con lo que busca representar, con lo que busca comunicar, decir, olvidar, negar o destacar (Bello et al., 2017).

Se trata de un proceso de recordar y olvidar lo que otros contaron; es importante porque articula parte del orden social y puede llegar a ser subversivo y alternativo si se concibe desde las narraciones, oposiciones y visiones de la cotidianidad y no desde los centros de poder. En este contexto, surge la pregunta: ¿Ha desaparecido la memoria colectiva de Ixtacuixtla por el olvido de sus monumentos, o es solo que no resuena con la misma potencia que la historia de la dominación?. Cabe señalar que la dinámica de memoria y olvido es un juego de dependencia, donde se pasa de uno a otro respecto a los grupos a los que pertenezcan.

Para comprender esta dinámica, resulta fundamental la teoría de Maurice Halbwachs (2004) para quien el acervo rememorativo de una comunidad se amplía únicamente hasta el límite que le permiten las remembranzas de las colectividades que lo integran. Según este autor, la causa del olvido no radica en la negligencia, la animadversión o el desinterés sino en la desaparición de los colectivos humanos que resguardaban esa rememoración. Asimismo, el pensador argumenta que es complejo precisar el instante en el que la evocación compartida se pierde, ya que es suficiente con que esta permanezca en una porción reducida del ente social para que exista la posibilidad de recuperar dicho recuerdo en el futuro.

Ahora bien, el olvido también dice algo sobre la memoria. Al respecto, Augé (2004) reflexiona: "La memoria y el olvido guardan en cierto modo la misma relación que la vida y la muerte" (p.19). Existe, por tanto, una dialéctica entre ambos conceptos contrarios, similar a la luz y la oscuridad, donde no se aprecia uno sin el otro. De este modo, el olvido toma otro sentido en cuanto se percibe como un componente de la propia memoria. En consecuencia, indagar en la dinámica memoria-olvido de los habitantes de la comunidad da pautas para tejer reflexiones que vislumbran el porqué de las omisiones de ciertos espacios.

El ejercicio mismo de la memoria contiene alguna forma de olvido, y cada una de las esferas de memoria-olvido que se forjan acerca de un lugar disputa entre sí por el relato hegemónico del pasado (Jelin, 2002), lo que evidencia una variedad de versiones y sentires asignados a los espacios, los cuales cambian según las memorias.

Se trata de procesos que implican luchas sociales y, aunque disputan significados ligados al pasado, suponen sujetos activos en el escenario político del presente (Jelin y Langland, 2003, citado en Schindel, 2009, p.69).

En definitiva, la memoria es un campo de conflicto; y en ello radican potencialidad y riqueza, pues es debate, controversia y una posición. Cuando se pone de acuerdo sobre una versión del pasado, se deja de hablar de eso. Hacer memoria es crear sentido sobre el pasado; es el potencial transformador y constructor de los sujetos sociales. Implica resistencia y necesidad de contar versiones alternas (Piper, 2019).

Para resumir, la riqueza y flexibilidad de los usos de la memoria permiten encaminar cambios en el uso del espacio histórico en Ixtacuixtla. Si bien la historia oficial posiciona los hechos y brinda datos sobre sucesos históricos, nos interesa la memoria porque evoca significados, aunque estos se constituyan de recuerdos subjetivos, distorsionados o modificados, provenientes de diferentes voces que se confrontan y dirigen la disputa hacia la reconstrucción de algo nuevo.

Del lugar olvidado a la apropiación de los espacios.

La conceptualización de la apropiación del espacio en el ámbito psicológico tiene su génesis en dos tradiciones fundamentales. Por un lado, emerge de las perspectivas fenomenológicas desarrolladas por la psicología del espacio en Francia en la década de 1960. Por otro lado, la adopción del término apropiación se origina en los postulados marxistas introducidos en la psicología soviética bajo el liderazgo de Lev Vygotsky.

Esta corriente subraya el carácter histórico y la dimensión interpsicológica como base explicativa de lo intrapsicológico, sustentándose en la premisa de que la praxis humana es simultáneamente instrumental y social, y que de su proceso de internalización deviene la conciencia (Vidal, 2005).

Como señala Heidegger (1994):

No habitamos porque hemos construido, sino que construimos en tanto habitamos, es decir, somos habitantes; pues habitar es el rasgo fundamental de la condición humana, la ocupación por la cual el humano accede al ser, deja que las cosas surjan en torno a él y se arraiga (p. 130).

Esta reflexión permite vislumbrar las construcciones más allá de las características físicas y percibir los lugares en un sentido más ontológico.

En una línea similar, Marx (1844, citado en Fromm, 2016), distingue la esencia de los humanos por la capacidad de crear, de transformar la naturaleza y objetivarla. Al proceso de creación y dominio de la naturaleza y de la propia vida social, Marx lo denomina apropiación. Así en su pensamiento, el sentido de la apropiación se aproxima a lo que sería lo propio del ser humano: el hacer (Lefebvre, 2013, citado en Martínez, 2014).

De lo anterior se desprende que existen diferencias entre un lugar sin apropiación y uno apropiado:

Se advierte que la apropiación espacial designa el conjunto de prácticas sociales que confieren a un espacio determinado las cualidades de una obra. La apropiación exige en todo momento una producción, la necesidad y el deseo de hacer (Lefebvre, 2013, citado en Martínez, 2014, p. 2).

Esta centralidad de la práctica es desarrollada por De Certeau (1996, citado en Urrejola, 2005), quien establece una crucial distinción entre el concepto de lugar (la localización física, comparable a “el lugar ocupado por un cadáver inerte”) y el de espacio. El espacio, en cambio, se define como un “lugar practicado”, animado por el conjunto de movimientos y acciones que en él se despliegan. Por lo tanto, son los habitantes quienes, a través de su praxis, transforman los lugares inertes en espacios vivos. Es esta misma praxis la que quebranta el reposo de un “lugar olvidado” y lo transforma en un espacio cargado de significado.

Idealmente, la apropiación debería darse a través de una praxis consciente orientada a la identidad o la mejora de necesidades. No obstante, existen otras formas de tomar el espacio que, aunque pueden parecer informales o incluso transgresoras, reflejan fielmente el contexto social y modifican profundamente su sentido. Sztulwark (2009) lo expresa claramente: “Lo importante es cómo un acontecimiento subjetivo modifica el sentido de un espacio y lo convierte en espacio de sentido” (Sztulwark, 2009, p.13). Esta transformación empírica puede observarse en la figura 2, donde un monumento —una fuente en Ixtacuixtla— es resignificado a través de prácticas concretas: el graffiti, tirarle basura y el acto de recargarse sobre ella. Estas acciones, aunque alejadas de la intención original del monumento, lo convierten en un “espacio de sentido” para la comunidad que lo practica.

Figura 2

Fuente con graffiti en Ixtacuixtla, 2019



Nota. Se pueden apreciar algunas de las maneras de tomar el espacio, como recargarse en la fuente o colocarle un graffiti, que convierten el monumento en un espacio de sentido.

En consecuencia, la percepción de los usos del espacio influye directamente en el modo de interactuar en él. Esto implica que no solo existe un patrimonio visible y físico (monumentos), sino también un patrimonio invisible e intangible (Canclini, 1999, citado en Urrejola, 2005) que se manifiesta a través de prácticas, usos, costumbres y discursos.

Esta relación dialéctica es explicada por Foucault (1984, citado en Urrejola, 2005), para quien el espacio no es un contenedor, sino una situación de mutua implicancia: las acciones producen el espacio, y el espacio, a su vez, estimula y estructura ciertas prácticas y relaciones sociales.

Frente a estas posturas, surge una visión que parece contradecirlas. Augé (2004) argumenta que es el lugar el que conlleva la simbolización, mientras que el espacio carece de ella, adhiriéndose a lo no simbólico. Esta perspectiva es compartida por Maurice-Marcel Mauss, para quien el espacio es de carácter geométrico y el lugar, de carácter antropológico o existencial (Acuña, 2005).

A pesar de esta aparente discordancia terminológica, Urrejola dice que el “espacio” de De Certeau y el “lugar” de Augé —a los que podrían sumarse conceptos similares de otros autores— remiten en definitiva a lo mismo: al lugar practicado, identificado e identificador; es decir, al ‘lugar antropológico’, cargado de sentidos intersubjetivos por parte de sus habitantes.

En cuanto a las características de este espacio apropiado, Rapoport (1978, citado en Urrejola, 2005) considera tres aspectos interrelacionados que lo configuran: el cognitivo (percepción y conocimiento), el afectivo (sensaciones y emociones) y el conativo (acciones y prácticas). Por su parte, Augé (2000) señala que los lugares antropológicos son identificatorios, relacionales e históricos, pues evocan y construyen memoria.

Precisamente, la memoria es una fuerza fundamental que encamina al ejercicio de apropiación. No se trata de una mera representación del pasado, sino de un conjunto de fuerzas heterogéneas e indeterminadas que afectan un lugar y lo transforman en espacio. Dado que la memoria es “indeterminación viva”, no puede ser naturalizada por dispositivos institucionales ni congelada en soportes materiales; construye sus propias formas (Sztulwark, 2009).

Esta reflexión sustenta una postura de creación desde lo periférico, donde la memoria atraviesa los monumentos olvidados y los resignifica, transformándolos en espacios de sentido para los jóvenes de Ixtacuixtla y la fuente de la figura 2.

Los monumentos históricos y su relación con la memoria

El aspecto principal que caracteriza a un monumento es el recuerdo. “El rol tradicional de los monumentos es recordar, enseñar, nombrar: tales son los significados del término en latín” (Gorelik, 2009, p.17).

El monumento es el lugar en el que se deposita un momento de la historia; es el sitio de la memoria materializada en el que el tiempo se detuvo figuradamente para traer a la memoria un hecho trágico o extraordinario (Vargas, 2009).

En esta misma línea de pensamiento, Fernández (2012) señala que las actividades y movimientos que las cosas traen

dentro son los trabajos, los cansancios, las equivocaciones y los cuidados de la sociedad que las produjo. En otras palabras, en su superficie los monumentos parecen inertes y vacíos; sin embargo, son manifestaciones de la cultura que guardan y evocan sensaciones, pensamientos y subjetividades. Su importancia radica en que dan cuenta de la historia de la comunidad, poseen la capacidad de narrar el pasado y configurar el presente.

Al volver la mirada al pasado, se observa que en el siglo XIX los monumentos ocupaban un lugar progresista en el imaginario social, ya que tenían el objetivo de construir una comunidad unificada que reflejara la nación. La ciudad debía funcionar como un libro de historia para transmitir cotidianamente los valores de una cultura nacional (Gorelik, 2009). Cabe recordar que después de la conquista, las edificaciones hidráulicas en Tlaxcala estaban bajo el dominio español:

Las fuentes de abastecimiento de agua pertenecían a la corona de España, por lo que, si alguien las requería, tenía que solicitarlas mediante procesos denominados mercedes de agua (Icaza Lomeli, 2013, pág. 32).

El financiamiento de una obra hidráulica estaba relacionado con el uso que se le iba a dar al agua; eran los propios hacendados quienes cubrían en su totalidad el importe de dichas obras (Icaza Lomeli, 2013). Al ser los promotores de la obra, los hacendados buscaban en el monumento utilidad para los valores de aquella época y, si bien cubrían necesidades de los actores de la comunidad, respondían sobre todo a los intereses de quienes detentaban el poder.

De este modo, los monumentos hidráulicos se crearon dentro de una lógica progresista que refleja las determinaciones de la dominación, pues la planeación y construcción de los acueductos estaba regida y restringida por los grupos que detentaban el poder político y económico; la fabricación de los acueductos ya fuera pública o privada, estuvo controlada por los cabildos de las ciudades o villas (Icaza Lomeli, 2013).

Posteriormente, la visión progresista del monumento cambió en el siglo XX debido a una combinación de factores: después de la Segunda Guerra Mundial se había vuelto imposible cualquier acuerdo acerca de qué era posible recordar y acerca de cómo hacerlo (Gorelik, 2009). En Tlaxcala, los acueductos promovidos por religiosos fueron abandonados a causa de la secularización en 1640, al no asumir las comunidades ninguna responsabilidad por su mantenimiento. El hecho de que los indígenas no contaran con recursos económicos o de organización no los hacía ineptos o irresponsables para emprender su mantenimiento (Icaza Lomeli, 2013). Se asume que, con la pérdida o el cambio de poderes, los monumentos quedan a merced de quienes se apropien de ellos, sujetos a nuevas determinaciones.

Con la transformación en la concepción del monumento, la preocupación por la conservación institucional del pasado, de la memoria y sus recuerdos se ha convertido en un rasgo característico del mundo contemporáneo. Aunque el coleccionismo y el acopio de obras de arte y objetos culturales existen desde épocas remotas, la conservación pública de los monumentos a través de instituciones es un fenómeno propio de la modernidad (González, 2014).

Así, la modernidad desarrolla una nueva forma ideológica que implica una tradición de culto al monumento donde se institucionaliza el patrimonio. Sin embargo, no es la única vía de preservarlo; la recuperación colectiva o crítica de la historia en América Latina nos habla de cómo

...se produce la posibilidad de producir conocimiento desde las diversas lógicas del saber al interior de los sectores populares, empezando a producir otras narrativas que dieran forma disidente a las oficiales". Todo esto a partir de cuestionar y politizar el paradigma moderno, capitalista y desarrollista de la segunda mitad del siglo XX (Cuevas, 2013, p.48).

De esta forma, no solo la institucionalización salvaguarda el patrimonio, sino que la apropiación del monumento olvidado también puede realizarse desde la comunidad, lo que permite explorar narrativas periféricas.

El olvido de los monumentos de Ixtacuixtla da cuenta del tránsito del poblado a la modernidad, pues en otras épocas dichos inmuebles se utilizaron para diversas funciones, como el transporte del agua. Con las nuevas formas de vida y la creación de un sistema hidráulico de tuberías, el uso de estos espacios devino innecesario.

Como lo señala Icaza Lomeli (2013), con la alteración del ciclo hidrológico se modifican las fuentes de suministro; por lo tanto, las obras arquitectónicas fabricadas para fines diversos se han vuelto inoperantes y obsoletas y están condenadas a sucumbir por la falta de líquido. En la actualidad, se ha dejado de usar la tecnología del pasado más por ignorancia que por voluntad, al creerse que ya no es operativa.

En este contexto, resulta fundamental el conocimiento de las construcciones arquitectónicas en los ámbitos material y social para determinar su utilidad en el presente. Para aquellos edificios cuyo uso ya es imposible, la solución sería conservarlos como antecedentes culturales.

No tenemos derecho a destruir una obra del pasado que aparentemente ya no tiene utilidad. Seremos culpables o cómplices si permitimos su alteración o destrucción. En cambio, si optamos por su conservación y comprensión, salvaremos no solo el agua, sino aquella arquitectura que sirve para conservarla (Icaza Lomeli, 2013).

Aunque existan políticas públicas por el reconocimiento y valor del lugar, es necesario recalcar que no basta con apuntar al rescate solo en la esfera pública —la cual alimenta la ideología de la institucionalización del patrimonio—, sino que hay que sumergirse a través de la cotidianidad para que se construya un nuevo sentido al monumento desde la comunidad. Sin apropiación, es casi seguro que quien determine los valores del monumento sea el Estado, quedando este último como autor y regulador de lo que debe ser el espacio público: condenarlo al olvido, eliminar el presupuesto para su mantenimiento y marginarlo del quehacer cotidiano.

Activación de la memoria

La vida es un asunto de velocidad: la memoria es lo que se detiene, la historia es lo que avanza y el olvido es lo que desaparece. El grado de velocidad de las cosas y los eventos tiene relación directa con la cantidad de elementos presentes, de ahí que la memoria, con sus escasos tenues rasgos, posea la menor de todas: una velocidad contemplativa donde casi nada pasa y que por ende resulta imposible de narrar. Toda narración necesita tiempo para ser contada (Fernández, 2012).

La memoria, siempre fragmentaria y subjetiva, comparte una similitud ontológica con las ruinas que también son fragmentos, supervivientes casuales del pasado que han resistido al ímpetu de la mano humana como la corrosión gradual y persistente del tiempo (González, 2014).

En este sentido, existen sociedades fundamentalistas construidas desde la memoria en las que nada cambia y todo permanece de manera eterna: la familia, la infancia, los pueblos originarios. También hay sociedades ilustradas edificadas desde la historia, donde las cosas cambian, fluyen y van a alguna parte: el siglo XIX y la época anterior a la universidad. Pero, además, existen sociedades cimentadas en el olvido: esta es la nuestra (Latinoamérica) y nos agrada en exceso. El olvido implica moverse con rapidez para huir de la memoria y evitar que el recuerdo nos alcance (Fernández, 2012).

Estas reflexiones sobre la temporalidad enmarcan muchos de los sucesos de la realidad emergente en Ixtacuixtla, un lugar rico en historia, cultura y monumentos que se ven opacados por el abandono, la creciente globalización y el desplazamiento de la memoria.

Se olvida de que es necesario excavar y detenerse para evocarla, en lugar de huir o correr hacia una modernidad que, a simple vista, se presenta como sinónimo de bienestar por su comodidad y eficacia. Pareciera que el olvido constituye una vía más sencilla para relacionarse con el pasado, ya que comenzar a recordar implica contemplación, confrontación, resistencia y quehaceres que pueden encaminar cambios.

Fernández (2012) plantea una discrepancia entre memoria e historia, cuya diferencia radica en la velocidad de sus acontecimientos. Al añadir elementos a la memoria —que inicialmente posee una velocidad muda o contemplativa—, esta

adquiere una velocidad narrativa. Cabe aclarar que, al referirse a la historia —a diferencia de Halbwachs—, el autor no alude a la historia oficial, sino a la memoria activada, convertida en narración para hacer una memoria que sirva para el cambio.

En una línea similar, Jelin (2002) propone una distinción en los procesos de memoria: lo activo y lo pasivo. Pueden existir restos y rastros almacenados, pero se trata de reservas pasivas, que deben distinguirse del uso, del trabajo, de la actividad humana en relación con ellos. La existencia de archivos y centros de documentación, y aun el conocimiento y la información sobre el pasado, no garantizan su evocación. Solo cuando son activadas por el sujeto, cuando se movilizan en acciones orientadas a dar sentido al pasado —interpretándolo y trayéndolo al presente—, esas evocaciones cobran centralidad en el proceso de interacción social.

Es evidente que existen rastros y archivos almacenados acerca de la memoria de los monumentos de Ixtacuixtla —el diario oficial de la federación, la información que brinda el municipio, archivos, libros y los propios monumentos—; sin embargo, subsisten en la pasividad. Por ende, resulta necesaria su activación o apropiación para que la memoria cobre sentido en los actores y la evoquen en el escenario del presente. De poco sirve conocer o relatar los datos históricos oficiales o los conceptos estéticos de los monumentos si estos resultan ser ajenos a los actores cotidianos, ya que de este modo la memoria se conserva en la pasividad y espera. Así, en sintonía con la narración que propone Fernández y la activación que sugiere Jelin, los discursos y las actividades artísticas se presentan como recursos idóneos para accionar la memoria y visibilizar los espacios olvidados.

Lenguaje y arte

Es fundamental comprender por qué el lenguaje, en específico el cotidiano, constituye un recurso crucial para la evocación de la memoria. Dicho lenguaje cotidiano es metafórico por naturaleza; es decir, siempre alude a algo más y, de manera concreta, enuncia las escenas que le dieron origen.

En él se encuentran resguardados el pensamiento y los sentimientos, los cuales son obras de la interacción (Fernández, 2010).

A través del discurso cotidiano puede evocarse la memoria, y en este se develan aspectos psicológicos, pues sale a la luz un entramado de sentires, pensares, experiencias y recuerdos que emergen del sujeto como resultado de su interacción con los monumentos, todo ello enmarcado por la cultura.

El lenguaje actúa es la expresión directa, sin mediaciones, del sinfín de interacciones, mínimas y máximas, que se van ocurriendo, sucediendo, acumulándose, interconectándose y trastocándose a lo largo de la historia de una colectividad.

En otras palabras, este lenguaje cotidiano es al mismo tiempo la obra y la materia prima de la interminable interacción que constituye la realidad psíquica colectiva, social e individual (Fernández, 2010).

El lenguaje actúa como síntesis de la conciencia colectiva, mientras que sus faltas y silencios lo son del inconsciente colectivo. No puede existir un dato más estrechamente vinculado con el objeto de estudio (Fernández, 2010). El discurso cotidiano, al ser un lenguaje de significados, brinda información tanto sobre lo que la memoria guarda como sobre lo que olvida, permitiendo que diversas voces hablen a través de ella y convirtiendo la memoria en un espacio de conflicto. Así mismo, puede suponerse que el discurso es la vía para dar cuenta del agravio y el olvido del monumento, lo cual es vital para iniciar su apropiación.

Por otra parte, más allá de lo que se explicita o se silencia en el discurso, existen otras formas de expresión que surgen en el arte. Este subsiste en un mundo que no sabe qué hacer con la discordancia de relatos. Al referirse a un arte disperso en una globalización que no logra articularse, ya no es posible pensar en una sola historia con una orientación unívoca (García, 2011). La memoria, que es esencia diversa y conflictiva por esencia, puede representarse en el arte para crear contenidos no homogéneos que denoten la pluralidad y diversidad de sentidos que los actores otorgan al pasado. Esto es particularmente relevante en contextos como el tlaxcalteca, donde confluyen diversas realidades (modernidad, religión, costumbres), lo cual permite la conjugación de expresiones.

Ya no se busca solo la descolonización o superar la modernidad; el arte permite dialogar con la diversidad para producir objetos que evoquen memorias diversas e incluso contrapuestas sobre los monumentos.

Además, como su contenido no es lo decisivo, concluye Borges (1994, citado por García, 2011): lo crucial es lo que el arte insinúa sin llegar a nombrar. En otras palabras, las formas de expresión del arte transitan por aquello que aún no puede nombrarse o categorizarse, pero que se halla en proceso de construcción con la memoria colectiva.

Respecto al patrimonio cultural dentro del arte, en ocasiones este sirve para unificar a una nación; sin embargo, las desigualdades en su formación y su apropiación exigen estudiarlo también como un espacio de disputa material y simbólica entre los sectores que la componen (García, 2011).

Las actividades artísticas comunitarias pueden empoderar a los actores para apropiarse del patrimonio, incluso si estas acciones carecen de información histórica válida. Cabe recordar que es la memoria colectiva —imperfecta, irregular, cotidiana, conflictiva— la que concierne a esta investigación, dando posibilidad a los actores periféricos de redefinir el patrimonio de manera subjetiva reconociendo sus voces y manifestando sus usos, reflexiones, actitudes, opiniones e historias.

El patrimonio es cada vez menos sedimentación de certezas. El arte intenta narrar, traducir indecisiones y enigmas y hacer visible la tensión (García, 2011).

Así, la creación de obras artísticas y culturales puede abrir el camino para recordar, reconocer, evocar y reconstruir una memoria colectiva que es —al igual que los monumentos— fragmentada, incompleta y diversa.

La constitución de la memoria colectiva mediante prácticas artísticas puede ser diversa, confrontarse y construirse de manera alternativa a la historia oficial, la cual registra que el financiamiento y uso de las construcciones arquitectónicas hidráulicas estaban a merced y disposición de la corona española, el cabildo y los hacendados. De acuerdo con Cuevas (2013), la función de la memoria en el marco de la perspectiva crítica es propiciar la deconstrucción de los vestigios más profundos de la colonialidad. Dichos vestigios permanecen inscritos en los sujetos, en las tramas históricas y en los procesos de fragmentación, distinción y marginalización que resultan del establecimiento del sistema moderno-colonial.

Por tanto, el arte no surge como repertorio de respuestas, ni siquiera como gesto de buscarlas. Es, más bien, el espacio donde las preguntas y las dudas se traducen y oyen su resonar. Quien elabora arte no proporciona la información faltante, sino que construye espacios donde es posible ver y pensar de otro modo (García, 2011). A través de la memoria convertida en arte, el monumento histórico deja de ser estático para transformarse en aquello que evoque la memoria creando contenidos no homogéneos y matizados.

En la misma línea, García (2011) señala que las experiencias estéticas apuntan a crear un paisaje inédito de lo visible; el arte es apto para sugerir la potencia de lo que está en suspenso. En otras palabras, el arte que se apropia de los monumentos no solo se opone a la lógica de dominación o al uso institucional de los espacios históricos, sino que propone una nueva significación desde la perspectiva de los habitantes, o al menos traza el camino hacia ella.

Metodología

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se enmarca en el paradigma *cualitativo*, ya que a partir del discurso de los actores sociales se analizaron la memoria y las formas de apropiación del espacio.

El enfoque cualitativo permite adentrarse en el mundo subjetivo del lenguaje, otorgando relevancia —como proponía Wittgenstein (citado por Dreyfus, 2002)— a las manifestaciones simbólicas y la cotidianidad. De este modo, se visibilizan las subjetividades, interacciones, afectividades y significaciones que los actores atribuyen a los monumentos.

El diseño corresponde a la *Investigación-Acción Participativa (IAP)*, ya que facilita que los sujetos cotidianos involucrados identifiquen problemáticas que les afectan y tengan la oportunidad de actuar sobre ellas. Los proyectos realizados bajo este enfoque integran tres componentes en proporciones variables:

a) La investigación: entendida como un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico destinado a estudiar algún aspecto de la realidad.

b) La acción: no solo como fin último de la investigación, sino también como fuente de conocimiento, donde el propio estudio constituye una forma de intervención.

c) La participación: que implica la involucración activa no solo de investigadores profesionales, sino también de la comunidad destinataria, considerada sujeto protagónico en la transformación de su realidad (**Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, 2000**).

En este estudio, la dimensión investigativa se desarrolló mediante el marco teórico y el diagnóstico e interpretación de los resultados del grupo focal.

La acción se materializó a través del grupo focal y de diversas intervenciones: limpieza de acueducto, rally fotográfico, pintura colectiva, noche de leyendas, creación de monumentos en barro y mural colectivo. La participación se concretó con la colaboración activa de los participantes en todas las actividades.

Estos componentes se combinaron a lo largo del proceso, superponiéndose e integrándose de manera natural.

Participantes

La selección de participantes se basó en observaciones y acercamientos iniciales al espacio público, donde se identificó que la mayor parte de las personas que transitan por los monumentos y muestran interés en colaborar son jóvenes. Por ello, se contó principalmente con habitantes de Ixtacuixtla de entre 15 y 30 años.

La elección de jóvenes responde no solo a una categoría etaria, sino también a su particular disposición e interés exploratorio. Como señala **Mendieta (2017)**, ser joven implica más que una condición física: es una perspectiva ideológica, una postura ante la vida; la juventud puede asociarse con la esperanza, la utopía y la búsqueda. Esta etapa se caracteriza por poseer más incertidumbres que certezas, lo que motiva la constante indagación de respuestas.

Asimismo, como apunta **García (2011)**, la juventud habita mundos plurales y utiliza en prácticas creativas fuentes heterogéneas que pueden resultar contradictorias para generaciones adheridas a relatos unificados.

La pertinencia de trabajar con este grupo radica en que su pensamiento y acciones están ligados a la creatividad, la indagación y la innovación, elementos necesarios para impulsar los procesos de apropiación desde la memoria, los cuales requieren reflexión y búsqueda de nuevos significados.

Procedimiento

En una primera fase, se realizó un acercamiento exploratorio al escenario de investigación mediante observación participante y recorridos por la comunidad. Esto permitió elaborar notas de campo con las primeras impresiones sobre las prácticas cotidianas de los actores en relación con los lugares históricos. Previo a la selección de participantes, se constató que el tránsito de jóvenes por los monumentos era más recurrente.

Posteriormente, se aplicó un cuestionario diagnóstico a jóvenes de la zona centro de la comunidad, con el fin de conocer su nivel de conocimiento sobre los monumentos, así como para recabar sus edades y datos de contacto para invitarlos al grupo focal. También se estableció comunicación con el grupo independiente de la comunidad llamado ¡Ixtacuixtla cambia! para coordinar actividades conjuntas.

A continuación, se llevó a cabo el grupo focal, guiado por los objetivos, del cual se obtuvieron las respuestas a las preguntas planteadas. Además, se propuso a los jóvenes idear actividades de intervención pertinentes para atender las necesidades identificadas en la discusión.

A partir de este primer acercamiento empírico y del grupo focal se detectaron las siguientes necesidades: 1) Poco o nulo reconocimiento del lugar histórico por parte de los habitantes; 2) Escasas prácticas o invisibilización de las acciones de los actores en los lugares históricos; 3) Esfuerzos por el reconocimiento del lugar histórico por parte de grupos civiles que actúan desde la periferia.

Finalmente, se realizaron las diversas actividades artísticas y culturales propuestas por los jóvenes participantes.

Forma en que se han aplicado los recursos e instrumentos de investigación

-La Observación. Esta técnica se aplicó en el contexto natural de ocurrencia entre los actores que participan en la interacción, siguiendo el curso de la vida cotidiana (**Adler, citado en Valles, 1999**). De acuerdo con **Álvarez y Jurgenson (2003)**, existen diversos tipos de observadores; los tipos de observación utilizados en esta investigación fueron el participante como observador y participante completo. Esto permitió que el investigador se vinculara estrechamente con la situación observada, adquiriendo responsabilidades dentro de las actividades del colectivo y convirtiéndose en un miembro del grupo.

La observación participante constituyó el punto de partida para registrar y sistematizar patrones de comportamiento, lo que brindó un panorama general sobre la ocupación y el tránsito de las y los jóvenes en los monumentos.

A través de esta técnica, se identificó en las observaciones que los llamados lugares históricos son transitados mayormente por jóvenes. Los modos de apropiación del espacio observados —como arrojar basura, realizar grafitis y congregarse para socializar— sugieren un interés particular de este grupo demográfico por dichos sitios.

Así mismo, la observación fue fundamental para registrar y analizar lo ocurrido durante la intervención del grupo focal y en las demás actividades orientadas a la apropiación del espacio realizadas por las y los jóvenes. Toda la información recabada se organizó en un diario de campo, estructurado en fases y aspectos que se fueron interrelacionando y contrastando con el marco teórico. En estos registros se consignaron diferentes tipos de notas: observacionales, teóricas y metodológicas.

-El cuestionario. Este instrumento, junto con la observación participante, sirvió para el primer acercamiento al objeto de estudio y para el registro inicial de patrones sobre el tránsito de las personas jóvenes en los lugares históricos. El cuestionario consistió en un conjunto de preguntas ordenadas.

-Las preguntas, de diversos tipos, se diseñaron en función de los intereses de la investigación. Se incluyeron ítems sobre “hechos relativos”, indagando datos personales actuales como edad, sexo y nivel educativo, así como datos del entorno, como la ocupación.

Dentro de la categoría de “actitudes, motivaciones y sentimientos” se consultó si las y los jóvenes realizaban alguna actividad artística o deportiva y se preguntó por la frecuencia con la que transitaban por el centro de Ixtacuixtla. En cuanto a “opiniones y cogniciones”, se interrogó sobre el conocimiento de lugares, edificios, vestigios o monumentos históricos del municipio. Según su formato, las preguntas fueron tanto cerradas el modo de formularse, fueron preguntas cerradas como abiertas.

-Grupo focal. Esta técnica resultó fundamental para generar discursos en torno a la memoria colectiva sobre los monumentos históricos. Como refiere **Fernández (2010)**, los individuos no pueden reproducir el lenguaje cotidiano en condiciones artificiales, forzadas, por encargo y a solicitud del investigador, sino sólo cuando el contexto lo demanda, pues es este último el que lo produce.

El discurso que emerge de la interacción facilita la expresión del pensamiento y, por consiguiente, es posible analizarlo y comprenderlo. Los grupos focales son una técnica de recolección de datos basada en una entrevista grupal semiestructurada, centrada en una temática específica (**Hamui-Sutton y Varela Ruiz, 2013**).

En este caso, el tema fue la apropiación de los monumentos a través de la memoria colectiva. Esta técnica permitió identificar las necesidades comunitarias e indagar sobre el olvido de los monumentos y las memorias que los participantes asociaban a los espacios históricos.

La planificación y ejecución del grupo focal se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Establecimiento de objetivos. A partir del objetivo general se desplegaron las categorías temáticas para las preguntas.

2. Selección de participantes. Los participantes se eligieron para compartir una experiencia de interés para el estudio. Es crucial conformar grupos pequeños para garantizar que todos puedan exponer sus puntos de vista (**Álvarez y Jurgenson, 2003**).

En este caso, participaron 10 jóvenes residentes en la comunidad con interés en el espacio histórico. Para su reclutamiento, se siguió la sugerencia de establecer contacto con asociaciones (**Álvarez & Jurgenson, 2003**), por lo que se colaboró con el grupo de arte independiente Ixtacuixtla ¡cambia!, el cual apoyó con la convocatoria y logística.

3. Preparación de preguntas. Se diseñó una semiestructura alineada con el objetivo de conocer los contenidos de la memoria respecto a los monumentos históricos de la comunidad. Como recurso adicional al guion, se utilizaron imágenes como recurso de los diversos monumentos para detonar y enriquecer la discusión.

4. Selección del sitio de reunión. La sesión se realizó en una casa deshabitada ubicada dentro de la comunidad del estudio.

5. Desarrollo de la sesión. En este paso se ejecutó el guion de preguntas y se facilitó la conversación grupal.

6. Análisis de la información. Para la recolección de los datos se utilizaron notas de campo y la sesión fue audiograbada para su posterior transcripción y análisis.

-El diario de campo. Se trata de un registro detallado de las acciones emprendidas para lograr un objetivo determinado y de los resultados que estas producen (**SEMAH, 2005**).

En él se consignaron observaciones, dudas, ideas, actos, secuencias de sucesos y condiciones relacionadas con la observación participante, el grupo focal y las diversas intervenciones en forma de actividades artísticas y culturales realizadas. Todo este material se compiló con un registro en forma de boceto que se fue configurando y enriqueciendo a medida que avanzaba la investigación.

Análisis de Resultados

A través de la Investigación Acción Participativa (IAP), se promovió en los y las jóvenes una conciencia sobre el reconocimiento del espacio histórico desde la memoria colectiva. Este proceso permitió transformar su percepción de los monumentos: de ser considerados simples lugares de tránsito, pasaron a convertirse en espacios simbólicamente apropiados y cargados de significado.

En primer lugar, el *grupo focal* estableció los principios para construir una memoria colectiva desde la perspectiva de los y las jóvenes, facilitando el diálogo y la construcción de significados compartidos que dieron sentido al pasado. Como se aprecia en la figura 3, esta dinámica grupal, apoyada en la visualización de imágenes de los monumentos, evidenció que dicha memoria no es homogénea ni acabada, sino que surgió a partir de la diversidad de voces participantes.

Figura 3

Grupo focal



Nota. En la imagen se aprecian algunos participantes del grupo focal y la pantalla donde se visualizaron imágenes de los monumentos.

Este proceso de rememoración colectiva incentivó la participación y el compromiso del grupo para llevar a cabo actividades artísticas que resignificaron los espacios. La ejecución de actividades, ideadas por los propios jóvenes, fue fundamental para avanzar hacia la apropiación, ya que los situó en contacto directo con los monumentos.

Por ejemplo, como se documenta en la figura 4, *la limpieza de un acueducto* no solo favoreció la permanencia en el lugar, sino que permitió a los participantes reconocer de primera mano el deterioro y abandono del monumento, configurando una nueva percepción que derivó en un sentido de pertenencia y responsabilidad.

Figura 4

Limpieza de acueducto



Nota. Se puede visualizar a los participantes involucrados en la actividad de limpieza, la cual favoreció su permanencia en el espacio y les permitió reconocer el deterioro y abandono del lugar.

Posteriormente, el *rally fotográfico de monumentos* permitió transformar físicamente los lugares en espacios socialmente apropiados, al propiciar acciones, sentires y percepciones que los dotaron de nuevos significados.

Esta apropiación, surgida desde el sentir cotidiano pero orientada a la praxis, incluyó tomar fotografías, dibujar fuentes, realizar performance (figura 5) e invitar a transeúntes a recordar vivencias, generando un archivo fotográfico (figura 6) que expresa y teje una memoria de este grupo de jóvenes.

La figura 7 captura una de estas acciones, donde la observación y el cuestionamiento colectivo transforman una fuente en un espacio de encuentro y reflexión.

Figura 5

Performance en uno de los monumentos



Nota. En la imagen se aprecia la apropiación del monumento a través de un performance que involucra percepciones, sentires y acciones.

Figura 6

Fotografía del rally para el archivo



Figura 7

Acciones en el monumento



Nota. Se puede observar a jóvenes que realizan una actividad en la fuente; dicha acción transforma el lugar en un espacio apropiado, pues motiva la observación, el cuestionamiento y el recuerdo.

La sesión de pintura colectiva (figura 8) permitió la apropiación del espacio a través del arte, generando cuestionamientos entre el pintor y el sitio que rompieron con la pasividad inicial. Este proceso facilitó un anclaje emocional y cognitivo, donde lo extraño se volvió familiar y se plasmó en nuevos significados a través de la expresión pictórica.

Figura 8

Sesión de pintura colectiva



La noche de leyendas (imagen 9) destacó la importancia de la tradición oral como vehículo de memoria, irregular, diversa y subjetiva. Esta actividad evidenció cómo los monumentos funcionan como hitos que vinculan a las personas con sus recuerdos, persistentes en la evocación colectiva.

Figura 9

Noche de leyendas



La creación de monumentos en barro (figuras 10 y 11) como medio de expresión para representar tanto las huellas del pasado como los nuevos valores simbólicos depositados por los creadores de sus obras. Las formas y colores utilizados reflejan las perspectivas y subjetividades individuales y colectivas.

Figura 10

Creación de monumentos en barro



Figura 11

Monumentos en barro



Nota. Algunos de los monumentos secados y pintados donde se observan las perspectivas y subjetividades en las formas y colores que los creadores depositan en sus obras.

Finalmente, el mural colectivo (Figura 12) demostró cómo la organización superó la individualidad para generar una expresión artística colectiva, surgida de la reflexión y la apropiación simbólica. Esta acción realizada de manera autónoma frente a la negativa institucional de permiso evidenció la capacidad de agencia del grupo para intervenir el espacio público.

Figura 12

Creación de mural



Los objetos surgidos a través del arte se deben al trabajo de la memoria de las y los jóvenes en relación con los monumentos; son activos, pues el arte que hay en ellos evoca recuerdos y da sentido al pasado. Son inacabados, coherentes con la creación de una memoria que siempre se estará transformando. Estos quedarán como recordatorio de la memoria de un momento específico y al mismo tiempo son inspiración y configuración para nuevas memorias.

Figura 13

Fuente hecha en acuarela



Nota. La obra realizada por Diana González para la sesión de pintura colectiva representa su visión del espacio. Esta representación queda como recordatorio de su memoria y es al mismo tiempo un anclaje para nuevos recuerdos.

Los objetos artísticos resultantes, como la acuarela de la figura 13, son productos activos de la memoria joven en relación con los monumentos. Estas obras evocan recuerdos, dotan de sentido al pasado y, al ser inacabadas —coherentes con una memoria en constante transformación—, funcionan como recordatorios de un momento específico y como inspiración para la construcción de nuevas memorias.

Conclusiones

La memoria colectiva de los y las jóvenes de Ixtacuixtla participa en la apropiación del espacio histórico de la siguiente manera: partiendo de su cualidad contemplativa, que encauza la apropiación de los significados atribuidos al espacio.

Dichos significados se relacionan con la función de los monumentos como sitios de referencia espacial y anclajes de recuerdos de vivencias de la niñez y adolescencia, asociados con la curiosidad. En estas vivencias, si bien no se comprendía con exactitud la naturaleza o la función del lugar, existía un conocimiento colectivo que lo identificaba como un sitio propio de la comunidad, disponible para el tránsito.

Al mismo tiempo, esta contemplación está influida por relatos transmitidos por grupos minoritarios en términos de poder, como familiares cercanos, padres, madres y abuelos, quienes configuran los significados del espacio. Esto indica que persiste un cuerpo social que resguarda la memoria sobre los monumentos. Sus narraciones suelen estar vinculadas con las funciones que estos cumplían con el pasado.

Por otra parte, las y los jóvenes presentan dificultades para acceder a datos oficiales o institucionales. A los de menor edad les resulta particularmente complicado recordar historias o vivencias asociadas a los monumentos, ya sea porque aún no han acumulado recuerdos significativos en ellos o porque, en su dialéctica memoria-olvido, la modernidad lleva la ventaja.

Cabe reiterar que la apropiación del espacio a través de la memoria colectiva se inicia con la evocación del recuerdo que provoca el monumento; es decir, existe un preámbulo para recordar que se encuentra contenido en estos espacios y ha sido depositado por la cotidianidad.

Este reconocimiento, aunque paradójico, está implícito en algunas formas de olvido, como transitar por los sitios, mirarlos con extrañeza o duda, y también se manifiesta en acontecimientos subjetivos que dotan de sentido al monumento: ser punto de referencia, un lugar para dejar la basura, esperar el transporte, dibujar, sentarse o simplemente dejar para pasar el tiempo. No obstante, estas acciones de reconocimiento aún no constituyen apropiación, pues requieren otros elementos para consolidarse como práctica.

Existen, asimismo, formas de reconocimiento que encaminan hacia la praxis; estas son fruto de la contemplación y evocación de duda, extrañeza y curiosidad que provoca el monumento, tales como explorar los lugares o tomarles fotos.

La condición de olvido no siempre es ambivalente a la memoria; puede ser, por el contrario, el punto de partida que la encamina a las acciones en el monumento. Aunque la comunidad de Ixtacuixtla dicta cotidianamente los usos de sus espacios, la habitualidad de estas acciones puede impulsar a algunos actores a repensar y cuestionar la relación con ellos.

La memoria contemplativa se transforma en una herramienta para evidenciar una problemática negada por la dominación: el olvido del paso de agua. Existe una clara relación entre el descuido y abandono de los sitios, los cambios en el flujo hídrico y la problemática de contaminación en la zona. La memoria insiste en recordar que fuentes y acueductos fueron alguna vez necesarios para el paso de agua limpia.

Esta situación se conecta con las problemáticas graves de contaminación del agua que afectan actualmente a Ixtacuixtla. En cierta zona de la comunidad, por ejemplo, existe un acueducto en ruinas que anteriormente suministraba agua. En ese lugar brota el agua limpia que, al carecer de infraestructura para encauizarla hacia el consumo, se contamina, hecho documentado en diversos reportajes -. Así, la memoria de los y las jóvenes sugiere que algunas edificaciones cumplían esa función; los monumentos insisten en recordar que ya no tienen una ocupación y que si no se conservan o se reconocen como parte de la memoria de la comunidad, serán destruidos y olvidados.

En cuanto a la apropiación, a partir de los recuerdos y remembranzas que emergen de la memoria, esta participa en el reconocimiento de los espacios al encauizar los recuerdos hacia el espacio apropiado. Gracias a las actividades de la intervención realizadas, la memoria pasó de ser contemplativa a accionaria.

La memoria colectiva permite la apropiación del espacio porque proporciona un anclaje desde donde partir: recuerdos, dudas y acciones sin praxis realizadas en el monumento. A partir de esta contemplación, se generaron cuestionamientos, que durante la intervención se expresaron mediante diversas estrategias artísticas.

Estas permitieron materializar las memorias colectivas sin requerir un acuerdo unánime sobre una misma versión del pasado, haciendo manifiestas las diferentes voces —inclusas aquellas que denotan conflicto e inconsistencia— y dando oportunidad a los actores de recuperar las memorias que deseaban exaltar. Es notable cómo las estrategias artísticas permiten expresar lo que resulta difícil de verbalizar.

En concreto, durante las actividades, sobresalieron significados asociados a monumentos religiosos, pero también fue evidente la importancia de las fuentes. En el grupo focal resaltaron dos puntos: el olvido del paso de agua y la relevancia de las iglesias; en muchas de las fotografías y representaciones predominaron los monumentos religiosos. En otras actividades surgen las fuentes y se colocan o se piensan con agua.

Las leyendas recopiladas también resaltaron recuerdos vinculados con las iglesias. En la actividad de barro se representaron en mayor medida fuentes y acueductos, mientras que en el mural se logró un equilibrio entre los monumentos representados.

En los nuevos objetos de memoria creados por el colectivo, destacan dos temas relevantes en la cultura comunitaria: lo religioso y el paso del agua. La memoria que surge desde los y las jóvenes de Ixtacuixtla, aunque matizada de diversas realidades -particularmente la institución religiosa y el reclamo por el paso del agua-, es subversiva pues se creó desde lo cotidiano y no desde lo instituido, está formada de nuevos recuerdos y prácticas teñidas de pasado.

La memoria concede poder a los y las jóvenes para valorar el espacio y así se transforma en una herramienta para evidenciar el olvido. Esta memoria también supera la dominación y alineación sacando al sujeto de lo que dictaba la funcionalidad establecida (esperar el transporte, ver carteles de bailes pegados en los monumentos, pasar y solo mirar, sentarse o tirar basura). Hay una recuperación crítica de la historia de Ixtacuixtla al producir conocimiento y actividades desde lo colectivo.

La memoria y los monumentos de Ixtacuixtla son conflictivos, inconsistentes y fragmentados, no hay una versión única contada desde la dominación o la oposición, ni acuerdo sobre su función. Sin embargo, esta cualidad resulta favorable, ya que despliega la reconstrucción y resignificación de los sitios, permitiendo atribuirles diversos significados en el accionar.

En definitiva, los monumentos y la memoria recuerdan la problemática y el olvido del paso de agua, así como la lucha contra la modernidad por el uso del recurso. Reconocer y repensar memorias que encaminen una praxis para la mejora de la situación hídrica y apropiarse de los monumentos en desuso para beneficio de la comunidad es un camino por recorrer. Es evidente que este accionar es un proceso lento, que busca recordar, apreciar, desarticular para volver a armar e ir a alguna parte. Aún faltan veredas por transitar; estas son inacabadas, como la memoria.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Acuña, P. (2005). Análisis formal del espacio urbano. Aspectos teóricos. Perú: Instituto de Investigación de la Facultad de Arquitectura.
- Álvarez, J. L., & Jurgenson, G. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós.
- Augé, M. (2000). Los no lugares. Espacios del anonimato. Barcelona: Gedisa
- Augé, M. (2004). Las formas de olvido. Barcelona: Gedisa.

- Ávila, D., Rivera, J. (2014). Filias, fobias y memoria colectiva. Percepción del lugar a partir de los relatos. Experiencias dentro del centro histórico de Soacha. Entramados educación y sociedad (1), 179–189. Disponible en: <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/entramados/article/view/1089/1134>
- Bello, A., González, Y., Rubilar, P. y Ruiz, O. (2017). Historias y memorias. Diálogos desde una perspectiva interdisciplinaria. Universidad de La Frontera.
- Coordinación Nacional de Monumentos Históricos. (s.f.) Recuperado el 05 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.monumentoshistoricos.inah.gob.mx/>
- Cuevas, P. (2013). Memoria Colectiva. Hacia un proyecto decolonial. En C. Walsh, Pedagogías decoloniales (págs. 69–103). Pensamiento decolonial.
- Dreyfus, H. (2002). Ser en el mundo. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo (2000). Pérez y Abrisketa. Recuperado el 02 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.dicc.hegoa.ehu.es/>
- Fernández, P. (2010). El lenguaje cotidiano como dato empírico y la teorización como investigación científica en psicología social. Extraído de <http://dialogosaca.blogspot.com/2010/01/el-lenguajecotidiano-como-dato.html>
- Fernández, P. (15 de marzo de 2012). La velocidad de la memoria. México, Iztapalapa, Estado de México, México. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=N0hs-W1BIol>
- Fromm, E. (2016). Marx y su concepto del hombre. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Gálvez, G. (2009). El patrimonio cultural: las zonas de monumentos históricos. Cámara de Diputados LX Legislatura.
- García, N. (2011). La sociedad sin relato. Antropología y estética de la inminencia. Buenos Aires: Kantz Editores.
- González, H., Gundermann, H., Hidalgo, J. (2013). Comunidad indígena y construcción histórica del espacio entre los aymara del norte de Chile. Revista de antropología chilena, 46 (2), 233–246. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562014000200005
- González, I. (2014). Las ruinas de la memoria: ideas y conceptos para una (im)posibilidad del patrimonio cultural. México: Siglo Veintiuno.
- Gorelik, A. (2009). Ciudad y terrorismo de Estado: la memoria justa. Arquitectura y memoria (págs. 16–23). Buenos Aires: Memoria abierta.
- Halbwachs, M. (2004). La Memoria Colectiva. España: Pressas Universitarias de Zaragoza.
- Hamui-Sutton, Alicia; Varela-Ruiz, Margarita. La técnica de grupos focales. Investigación en Educación Médica, vol. 2, núm. 5, enero-marzo 2013, pp. 55–60. Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México. Redalyc. La técnica de grupos focales
- Heidegger, M. (1994). La pregunta por la técnica [conferencias y artículos]. Barcelona: Serval.
- Icaza Lomelí, L. (2013). Tecnología hidráulica de las haciendas de Tlaxcala. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

- Jelin, E. (2002). Los trabajos de la memoria. España: siglo veintiuno.
- Martínez, E. (2014). Configuración urbana, habitar y apropiación del espacio. El control del espacio y los espacios de control. Universidad de Barcelona.
- Martínez, J., Galarza, A., Moreno, A. (2014). Breve Diccionario de Psicología Social. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Mendieta, A. [Revista Momento]. (2017 agosto 9). Adrián Mendieta Moctezuma. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=UckpCstaXIs>
- Mendoza, J. (2005). Exordio a la memoria colectiva y el olvido social. Athenea Digital, 1–26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/537/53700801.pdf>
- Molero, E. (2013). La memoria de los caminos en el parque natural Sierras de Cazorla, Segura y las Villas, patrimonio intangible e identidad temporal. Revista Bienes (84), 48–85. Disponible en: <https://www.plant-animal.es/pdfscazorla/Molero.2013.pdf>
- Piper (17 de abril de 2019). Hablar en claves de memoria. (C. TV, Entrevistador) Obtenido de: <https://www.youtube.com/watch?v=KAao2I0fOPw&list=LLpKp6H25nn>
- Reyes, M. J., Cruz, M. A. y Aguirre, F. J. (2016). Los lugares de memoria y las nuevas generaciones: Algunos efectos políticos de la transmisión de memorias del pasado reciente de Chile. Revista Española de Ciencia Política, 41, 93–114. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145632>
- Schindel, E. (2009). Inscribir el pasado en el presente: memoria y espacio urbano. Revista Política y Cultura. 31, 65–85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/267/26711982005.pdf>
- SEMAH: Secretaría de Medio Ambiente e Historia Natural. (2005). Disponible en: <https://www.bitacora.semahn.chiapas.gob.mx/>
- Sztulwark, P. (2009). Memoria y ciudad: la transformación de espacios urbanos. Memoria abierta, 11-15. Disponible en: <https://memoriaabierta.org.ar/wp/wp-content/uploads/2018/07/Arquitectura-y-Memoria-Memoria-Abierta.pdf>
- Urrejola, L. (2005). Hacia un concepto de espacio en antropología. Algunas consideraciones teórico-metodológicas para abordar su análisis. Chile: Universidad de Chile.
- Valles, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Vargas, A. (2009). Arquitectura, Sitio y Memoria: una reflexión sobre la inserción de la arquitectura y el Parque de la Memoria en el paisaje urbano costero de Buenos Aires. Arquitectura y memoria (págs. 41-45). Buenos Aires: Memoria abierta. Disponible en: <https://memoriaabierta.org.ar/wp/wp-content/uploads/2018/07/Arquitectura-y-Memoria-Memoria-Abierta.pdf>
- Vázquez, F. (2001). La memoria como acción social. Barcelona: Paidós.
- Vázquez, M. (2006). Los monumentos a los caídos: ¿un patrimonio para la memoria o para el olvido? Anales de la historia del arte. 16, 285–314. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ANHA/article/view/ANHA0606110285A>
- Vidal, T. (2005). La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. Anuario de Psicología, 36(3), 281-297. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61819>



Inventario de Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana (IPRCM): Construcción y Validación en Estudiantes Mexicanos.

Mtro. Víctor Manuel Espinosa Delgadillo
Centro Universitario UAEM Valle de Teotihuacan
<https://orcid.org/0009-0003-6498-9014>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Espinosa Delgadillo, V. M. Inventario de Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana (IPRCM): Construcción y Validación en Estudiantes Mexicanos . RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.48>

Resumen: El consumo de marihuana en la población universitaria mexicana ha mostrado un incremento sostenido en la última década, lo que plantea la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que permitan evaluar la percepción de riesgo asociada a esta conducta. El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar el Inventario de Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana (IPRCM) en estudiantes universitarios. Se empleó un diseño mixto con estrategia secuencial explicativa. En la fase cualitativa se realizaron dos grupos focales ($n=24$) para explorar creencias y percepciones en torno a la marihuana. A partir de este análisis y de la literatura especializada se elaboró una versión preliminar del instrumento con 73 ítems, revisada por cinco jueces expertos. En la fase cuantitativa, el instrumento se aplicó en línea a una muestra no probabilística estratificada de 110 estudiantes universitarios de seis licenciaturas. El análisis de fiabilidad mostró coeficientes alfa de Cronbach de .979 (creencias) y .939 (riesgos). Tras la depuración de ítems, se retuvieron 54 reactivos. El análisis factorial confirmatorio (AFC) con estimador MLR indicó un ajuste robusto del modelo bifactorial: $\chi^2(1376)=2157$, $p<.001$; CFI=0.994; TLI=0.994; RMSEA=0.074 (IC90% [0.068, 0.079]); SRMR=0.090. Las cargas factoriales oscilaron entre 0.545 y 0.978, siendo en su mayoría superiores a 0.70. Los coeficientes de consistencia compuesta ($CR>0.90$), omega ($\omega>0.94$) y varianza media extraída (AVE >0.50) confirmaron validez convergente y fiabilidad. Se concluye que el IPRCM presenta propiedades psicométricas sólidas y constituye un recurso pertinente para la investigación y prevención en el contexto universitario mexicano.

Palabras clave: marihuana, percepción de riesgo, estudiantes universitarios, análisis factorial confirmatorio, validez psicométrica.

Abstract: Marijuana use among Mexican university students has shown a sustained increase over the last decade, highlighting the need for valid and reliable instruments to assess risk perception associated with this behavior. This study aimed to develop and validate the Inventory of Risk Perception of Marijuana Use (IPRCM) in university students. A mixed-methods design with an explanatory sequential strategy was applied. In the qualitative phase, two focus groups ($n = 24$) were conducted to explore participants' beliefs and perceptions regarding marijuana. Based on this analysis and the specialized literature, a preliminary version of seventy-three items was developed and reviewed by five expert judges. In the quantitative phase, the instrument was administered online to a non-probabilistic stratified sample of 110 students from six undergraduate programs. Reliability analysis showed Cronbach's alpha coefficients of .979 (beliefs) and .939 (risks). After item refinement, fifty-four items were retained. Confirmatory factor analysis (CFA) with the MLR estimator indicated a robust fit of the bifactorial model: $\chi^2(1376) = 2157$, $p<.001$; CFI=0.994; TLI=0.994; RMSEA=0.074 (90% CI [0.068,0.079]); SRMR=0.090. Factor loadings ranged from 0.545 to 0.978, with most exceeding 0.70. Composite reliability coefficients ($CR>0.90$), McDonald's omega ($\omega>0.94$), and average variance extracted (AVE >0.50) confirm convergent validity and strong internal consistency. It is concluded that the IPRCM demonstrates solid psychometric properties and constitutes a relevant tool for research and prevention strategies in the Mexican university context.

Fecha de recepción V1: 01/09/2025 Fecha de recepción V2: 25/09/2025 Fecha de aceptación: 29/09/2025

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Keywords: marihuana, risk perception, university students, confirmatory factor analysis, psychometric validity.

Metodología

Introducción

El consumo de marihuana se ha consolidado como uno de los principales problemas de salud pública en México y en el mundo, al ser la sustancia psicoactiva ilegal más consumida después del alcohol y el tabaco. En los últimos veinte años, la prevalencia de consumo ha aumentado de manera sostenida, afectando particularmente a la población joven y universitaria, con un inicio promedio a los 17 años (Villatoro et al., 2016). Este panorama epidemiológico ha puesto de relieve la necesidad de diseñar estrategias de prevención que no solo identifiquen el consumo problemático ya existente, sino que también anticipen y mitiguen el riesgo de iniciación.

La percepción de riesgo, entendida como la evaluación subjetiva de la probabilidad y gravedad de un evento adverso, ha sido ampliamente abordada en la literatura como un constructo multidimensional influenciado por factores cognitivos, emocionales, sociales y culturales (Siegrist y Árvai, 2020; Perlstein, 2024). Factores como la subjetividad individual, las heurísticas cognitivas, las emociones (miedo, ansiedad), las características del peligro y las normas sociales colectivas modulan esta percepción y, por ende, la toma de decisiones frente a conductas potencialmente dañinas (Kortenkamp & Moore, 2011; Pachur et al., 2012).

En el contexto de las adicciones (Saldaña et al., 2024), la percepción de riesgo actúa como un modulador crítico: una percepción elevada puede prevenir la iniciación y el mantenimiento de conductas adictivas, mientras que una percepción baja se asocia con mayor vulnerabilidad al consumo (García del Castillo, 2012; Restrepo, 2016). Asimismo, fenómenos como el optimismo ilusorio (Weinstein, 1984) pueden distorsionar la percepción realista del riesgo y favorecer la exposición a situaciones de consumo.

Aunque existen instrumentos psicométricos para evaluar el consumo de sustancias (p. ej., ASSIST, POSIT, DAST), la mayoría se centra en la detección del uso ya instaurado y no integra de forma sistemática la percepción de riesgo como variable predictiva ni contempla las especificidades culturales de la población mexicana. Esta carencia teórica y metodológica justifica la necesidad de construir un instrumento que aborde de manera integral la percepción de riesgo en estudiantes universitarios, población altamente vulnerable debido a su etapa de desarrollo y contexto social.

El objetivo de esta investigación fue construir y validar un instrumento psicométrico para medir la percepción de riesgo del consumo de marihuana en estudiantes universitarios del Estado de México, integrando fases cualitativas y cuantitativas que permitieran una adecuada validez de contenido, constructo y criterio.

Diseño de investigación

El presente estudio empleó un diseño mixto con estrategia secuencial explicativa (Creswell & Creswell, 2018; Hernández et al., 2010). Este diseño implicó inicialmente una fase inicial cualitativa, cuyos resultados informaron el desarrollo y la validación del instrumento cuantitativo en una fase posterior. La integración de ambos enfoques permitió capturar la riqueza de las narrativas subjetivas de los participantes y, simultáneamente, evaluar las propiedades psicométricas del instrumento mediante análisis estadísticos robustos. Este abordaje es particularmente adecuado en fenómenos multidimensionales como la percepción de riesgo asociada al consumo de marihuana (Perlstein, 2024).

Fase cualitativa

Participantes

Se conformaron dos grupos focales, con un total de 24 estudiantes universitarios, seleccionados mediante un muestreo discriminativo por redes o “bola de nieve” (Hernández et al., 2010). Los criterios de inclusión fueron: ser estudiantes activos de licenciatura en el campus Valle de Teotihuacán de la Universidad Autónoma del Estado de México, tener entre 17 y 28 años y, para el grupo de usuarios, reportar consumo regular de marihuana (al menos una vez por semana durante seis meses previos). Los criterios de exclusión incluyeron no pertenecer a la institución, no estar dentro del rango de edad o no cumplir la condición de consumo para el grupo correspondiente.

Instrumento y procedimiento

La moderación de los grupos focales, que consistieron en dos sesiones de una hora cada uno, estuvo a cargo de un psicólogo con experiencia en técnicas grupales. Se utilizó una guía de preguntas semiestructurada, elaborada a partir de una revisión de literatura relevante (Bonilla y Escobar, 2017; Creswell y Creswell, 2018). Previo a su participación, todos los estudiantes firmaron un consentimiento informado y las sesiones fueron audiograbadas para su posterior transcripción literal.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó mediante análisis de contenido, siguiendo los principios de la teoría fundamentada (Espriella et al., 2020; Palacios Rodríguez, 2021) y con el apoyo de un software de análisis cualitativo de libre acceso. El proceso permitió identificar dos categorías principales (creencias sobre la marihuana y conocimiento de riesgos asociados al consumo), así como subcategorías emergentes.

Construcción y Validación Inicial del Instrumento

Elaboración de los ítems

A partir de los hallazgos cualitativos, se redactó una versión preliminar de 73 ítems, organizados en dos factores.

Validación por Jueces Expertos

El instrumento preliminar fue evaluado por cinco jueces expertos en psicología clínica y prevención de adicciones. Los criterios para su selección fueron: experiencia mínima de cinco años en investigación o intervención en consumo de sustancias, formación académica de posgrado en psicología y experiencia docente en el área. Los jueces evaluaron la claridad, pertinencia y redacción de los ítems. Como resultado, se reformularon cinco reactivos para mejorar su redacción y precisión conceptual, lo que fortaleció la validez de contenido del instrumento.

Fase cuantitativa

Participantes y procedimiento

Se aplicó el instrumento en dos ocasiones a una muestra no probabilística estratificada de 110 estudiantes universitarios de diversas carreras (Psicología, Contaduría, Derecho, Turismo, Informática e Ingeniería en Computación). El tamaño de muestra se considera adecuado para análisis factoriales confirmatorios, ya que cumple con la recomendación de entre 5 y 10 participantes por ítem (Kline, 2016). La aplicación se realizó en línea mediante la plataforma Microsoft Forms®, configurada para asegurar la respuesta completa de todos los ítems. La duración promedio de la encuesta fue de 5 minutos y todos los participantes otorgaron su consentimiento informado de manera electrónica antes de comenzar.

Análisis de datos

El análisis de datos cuantitativos incluyó las siguientes etapas:

Consistencia interna. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada dimensión.

Validez estructural. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el estimador de máxima verosimilitud robusta (MLR) en el software Jamovi. Para evaluar el ajuste del modelo, se reportaron los siguientes índices de bondad de ajuste, junto con sus criterios de aceptación (Hu y Bentler, 1999; Kline, 2016): χ^2 con grados de libertad CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker- Lewis Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) con su intervalo de confianza al 90%, y SRMR (Standardized Root Mean Square Residual).

Validez convergente y confiabilidad compuesta: Se calcularon la varianza media extraída (AVE), la fiabilidad compuesta (CR) y el coeficiente omega de McDonald (ω) para cada factor.

Resultados

Hallazgos de la Fase Cualitativa

El análisis de contenido de los dos grupos focales reveló dos categorías principales congruentes con el modelo teórico: la primera que explora las creencias sobre la marihuana, con subcategorías como naturaleza de la sustancia, usos percibidos, normalización social y comparaciones con otras drogas. Seguida de la categoría Conocimiento de riesgos asociados al consumo, con subcategorías de riesgos físicos, psicológicos, sociales y contextuales. Basadas ambas en el horizonte teórico

Adicionalmente, emergieron dos subcategorías no previstas: factores sociales y personales de inicio del consumo y actitudes hacia la legalización y el libre consumo, las cuales fueron integradas al modelo inicial. Estos hallazgos fundamentaron la redacción de los 73 ítems iniciales.

Resultados de la Validación por Jueces Expertos

La evaluación por los cinco jueces expertos resultó de la reformulación de cinco ítems para mejorar su calidad. No se sugirió la eliminación de ningún reactivo, lo que evidenció una sólida validez de contenido y de pertinencia teórica del instrumento.

Propiedades psicométricas del Instrumento Final

Consistencia interna

El análisis de fiabilidad mostró un coeficiente Alfa de Cronbach de .979 para el factor Creencias y .939 para Percepción de riesgo, lo que refleja una consistencia interna excelente. Tras el análisis ítem-total, se eliminaron 5 reactivos del primer factor y 14 del segundo, resultando una versión final de 54 ítems.

Análisis factorial confirmatorio

Los índices de bondad de ajuste del modelo bifactorial se presentan en la tabla 1. De acuerdo con los criterios de Hu y Bentler (1999), los valores de CFI y TLI superaron el umbral de 0.95 y el RMSEA se ubicó dentro del rango aceptable (<.08). El valor de SRMR fue ligeramente superior al punto de corte recomendado (<.08), pero se considera aceptable dada la complejidad del modelo.

Tabla 1
Indicadores de Bondad de Ajuste del Modelo Bifactorial del IPCR

Indicador	Valor	Criterio de aceptación	Evaluación
χ^2	2157 (gl=1376), p < .001	—	—
CFI	0.994	> 0.95	Excelente
TLI	0.994	> 0.95	Excelente
RMSEA	0.074 (IC 90% [0.068, 0.079], p < .001)	< 0.08	Aceptable
SRMR	0.090	< 0.08	Límite

Nota: CFI= Comparative Fit Index; TLI= Tucker-Lewis Index; RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation. El valor de SRMR, aunque ligeramente superior al punto de corte convencional, se considera aceptable dado el tamaño y la complejidad del modelo (Hu & Bentler, 1999).

En el factor 1 Creencias (Tabla 2) las cargas factoriales oscilaron entre 0.585 y 0.978, con la mayoría superiores a 0.70. Destacan saturaciones muy elevadas (ej. $r_{11} = 0.919$, $r_{19} = 0.978$, $r_{28} = 0.947$), lo que evidencia homogeneidad interna. Sin embargo, ítems como r_{15} (0.651), r_{17} (0.616), r_{18} (0.694), r_{25} (0.661) y r_{26} (0.585) mostraron cargas menores a 0.70. Aunque psicométricamente más débiles, se retuvieron por su relevancia teórica en la representación de creencias frecuentes en la población universitaria, lo que contribuye a la validez de contenido.

Tabla 2.

Cargas Factoriales Estandarizadas y Evaluación de los Ítems del Factor 1 (Creencias)

Ítem	Carga estandarizada (β)	Evaluación	Ítem	Carga estandarizada (β)	Evaluación
r1	0.839	Muy buena	r18	0.694	Aceptable
r2	0.824	Muy buena	r19	0.978	Excelente
r3	0.824	Muy buena	r20	0.660	Muy buena
r4	0.874	Muy buena	r21	0.652	Muy buena
r5	0.891	Muy buena	r22	0.818	Muy buena
r6	0.889	Muy buena	r23	0.805	Muy buena
r7	0.863	Muy buena	r24	0.892	Muy buena
r8	0.902	Excelente	r25	0.661	Aceptable
r9	0.893	Muy buena	r26	0.585	Débil
r10	0.875	Muy buena	r27	0.792	Buena
r11	0.919	Excelente	r28	0.947	Excelente
r12	0.862	Muy buena	r29	0.862	Muy buena
r13	0.806	Muy buena	r30	0.872	Muy buena
r14	0.927	Excelente	r31	0.887	Muy buena
r15	0.651	Aceptable	r32	0.825	Muy buena
r16	0.946	Excelente	r33	0.882	Muy buena
r17	0.616	Aceptable	r34	0.942	Excelente

Nota: Rango de cargas: 0.598-0.978. * Los ítems con cargas por debajo del 0.70 se retuvieron por su relevancia teórica para la validez del contenido.

En el factor 2 Percepción de riesgos (Tabla 3) (20 ítems), las cargas factoriales se ubicaron entre 0.545 y 0.868. Ejemplos de saturaciones fuertes incluyen a_{12} (0.868), a_9 (0.842) y a_{18} (0.860). Los ítems con cargas más bajas, como a_1 (0.545) y a_3 (0.564), fueron mantenidos por representar dimensiones específicas de riesgo físico y psicológico que, pese a su menor peso estadístico, aportan información conceptual relevante para la evaluación del constructo.

Tabla 3.

Cargas Factoriales Estandarizadas y Evaluación de los Ítems del Factor 2 (Percepción de riesgos).

Ítem	Carga estandarizada β	Evaluación	Ítem	Carga estandarizada β	Evaluación
a1	0.545	Aceptable	a11	0.796	Muy buena
a2	0.706	Buena	a12	0.868	Excelente
a3	0.564	Aceptable	a13	0.795	Muy buena
a4	0.638	Buena	a14	0.778	Muy buena
a5	0.685	Buena	a15	0.785	Muy buena
a6	0.795	Muy buena	a16	0.746	Muy buena
a7	0.775	Muy buena	a17	0.715	Buena
a8	0.782	Muy buena	a18	0.860	Excelente
a9	0.842	Excelente	a19	0.782	Muy buena
a10	0.623	Aceptable	a20	0.793	Muy buena

Nota. Rango de cargas: 0.545 – 0.868

Validez convergente y consistencia compuesta

Como se observa en la tabla 4, los índices complementarios de validez y confiabilidad del instrumento

aportan evidencia robusta sobre la calidad psicométrica del modelo bifactorial propuesto. La Varianza Media Extraída (AVE = 0.62 para Creencias; 0.58 para Percepción de Riesgos) supera el umbral recomendado de 0.50 (Fornell & Larcker, 1981), lo que confirma la validez convergente del instrumento. Así mismo, los coeficientes de fiabilidad compuesta (CR = 0.95 y 0.93) y omega de McDonald ($\omega = 0.96$ y 0.94) reflejan una consistencia interna excelente. Estos hallazgos respaldan la solidez empírica del instrumento y su alineación con el modelo teórico multidimensional de percepción de riesgo, donde las creencias y las valoraciones se conceptualizan como constructos relacionados pero diferenciados (Perlstein, 2024; Restrepo, 2016; Slovic, 1987).

Tabla 4

Indicadores de Validez Convergente y Confiabilidad

Factor	AVE	CR	ω
Creencias	0.62	0.95	0.96
Percepción de riesgos	0.58	0.93	0.94

Nota: AVE= Varianza Media Extraída; CR= Fiabilidad Compuesta; ω = Omega de McDonald. Todos los índices cumplen con los criterios psicométricos recomendados (Fornell & Larcker, 1981)

Correlaciones entre factores

Se encontró una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa entre los factores Creencias y Percepción de Riesgos ($r^* = -0.42$, $p^* < .001$). Este resultado indica que a mayores creencias de normalización y aceptación del consumo, menor es la percepción de riesgos asociados, hallazgo que es consistente con la literatura existente (García del Castillo, 2012; Perlstein, 2024).

Discusión

Los resultados psicométricos obtenidos permiten sostener con un margen de confianza razonable la validez del instrumento diseñado. En particular, la Varianza Media Extraída (AVE = 0.62) aporta evidencia de validez convergente, al mostrar que más de la mitad de la varianza de los ítems es explicada por los constructos latentes. Esto implica que las dimensiones teóricas propuestas —creencias sobre la marihuana y percepción de riesgos asociados a su consumo— no solo están adecuadamente representadas en los ítems, sino que, además, reflejan con consistencia el dominio conceptual que se planteó en la fase teórica de la investigación tanto de corte cualitativo como en la literatura consultada.

Asimismo, los valores de Fiabilidad Compuesta (CR = 0.95) y omega de McDonald ($\omega = 0.96$) señalan un nivel de consistencia interna sobresaliente, al menos hasta este punto del proceso de validación. Si bien estas cifras confirman la homogeneidad de los ítems en torno a cada constructo, también plantean un desafío metodológico: el riesgo de redundancia entre reactivos.

En este sentido, futuras aplicaciones del instrumento podrían explorar la posibilidad de depurar ítems sin perder validez ni confiabilidad, lo que favorecería la brevedad y practicidad del cuestionario, aspecto de gran importancia en contextos aplicados como la investigación epidemiológica o la práctica clínica preventiva.

Estos hallazgos empíricos son coherentes con el marco teórico multidimensional de la percepción de riesgo. Tal como lo señalaron los iniciadores de la investigación en este campo, **Slovic (1987)** y **Douglas y Wildavsky (1982)**, el riesgo no puede entenderse únicamente desde indicadores objetivos, sino que se construye a partir de creencias, emociones, experiencias previas y normas sociales. En esta investigación, las cargas factoriales elevadas y los índices de confiabilidad robustos respaldan la idea de que la percepción de riesgo hacia la marihuana es un constructo complejo, donde convergen la dimensión cognitiva-subjetiva (creencias, actitudes, sesgos) y la dimensión social-colectiva (valores culturales, normalización, redes de referencia), tal como lo proponen **Restrepo (2016)** y más recientemente **Pirla (2024)** y **Perlstein (2024)**.

De este modo, la validez y confiabilidad alcanzadas no solo legitiman al instrumento desde una perspectiva psicométrica, sino que también le confieren sustento teórico sólido, al capturar de manera precisa la complejidad del fenómeno en cuestión. El IPRCM representa, por tanto, un avance significativo en la evaluación del riesgo percibido, diferenciándose de instrumentos previos (como el ASSIST o el DAST-20) al incluir explícitamente la dimensión subjetiva y preventiva del consumo. Esta aportación resulta relevante en un momento en que la normalización social del cannabis exige nuevas herramientas que permitan anticipar conductas de riesgo y orientar intervenciones oportunas en población universitaria.

Limitaciones

Pese a la solidez estadística obtenida, es necesario reconocer ciertas limitaciones. El uso de un muestreo por conveniencia restringe la generalización de los resultados a toda la población universitaria mexicana.

En cuanto al tamaño muestral, aunque fue adecuado para la realización del análisis factorial confirmatorio, es necesario replicar los hallazgos con muestras más amplias y representativas. Otro aspecto a considerar es la ausencia de evaluación de la validez convergente y discriminante mediante la comparación con otros instrumentos de percepción de riesgo o variables relacionadas, lo cual deberá ser abordado en futuras investigaciones. De igual forma, no se aplicó una prueba de estabilidad temporal (test-retest), por lo que aún no es posible asegurar la consistencia del instrumento a lo largo del tiempo. Finalmente, algunas cargas factoriales bajas permanecieron en el modelo debido a su relevancia teórica, aunque podría considerarse su revisión o eliminación en versiones posteriores con el fin de mejorar la parsimonia del modelo.

Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación

El IPRCM constituye una herramienta prometedora para identificar perfiles de riesgo en jóvenes universitarios, lo cual facilita el diseño de estrategias preventivas adaptadas a contextos culturales específicos. No obstante, será necesario en futuros estudios explorar la validez convergente con variables como autoeficacia, autoestima y conductas de consumo; evaluar la invarianza factorial en función de variables sociodemográficas como sexo, edad, carrera y nivel socioeconómico; y realizar investigaciones longitudinales que permitan analizar la capacidad predictiva del instrumento respecto al inicio o consolidación del consumo de marihuana. Asimismo, resultará relevante probar el IPRCM en contextos distintos al universitario con el fin de verificar su aplicabilidad en poblaciones juveniles más amplias.

Conclusiones

El presente estudio aporta evidencia empírica a favor de la validez y fiabilidad del Inventario de Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana (IPRCM). La estructura bifactorial del instrumento mostró un ajuste estadístico robusto y consistencia interna elevada, lo que respalda su uso en contextos de investigación y prevención en estudiantes universitarios mexicanos.

El IPRCM constituye un aporte relevante al campo de la psicometría aplicada a las adicciones, al centrarse en la evaluación de creencias y percepciones de riesgo como determinantes clave en la decisión de consumo. Su potencial radica en orientar intervenciones preventivas antes de que se consolide el consumo problemático, fortaleciendo así la respuesta institucional y comunitaria frente al creciente uso de marihuana en jóvenes.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2016). La encuesta mundial de salud mental en México: prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. *Salud Mental*, 39(3), 177–185. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.022>
- Bonilla, E. y Escobar, J. (2017). Grupos focales: guía práctica para su diseño y ejecución. Universidad de Guadalajara. <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/957>

- Centros de Integración Juvenil. (2008). Manual de aplicación del POSIT. CIJ.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.). SAGE.
- Douglas, M., y Wildavsky, A. (1982). Risk and culture: An essay on the selection of technical and environmental dangers. University of California Press.
- Espiella, R., Escobar, J. y Gómez, C. (2020). Análisis cualitativo con teoría fundamentada: fundamentos y aplicación. *Revista Colombiana de Psicología*, 29(2), 123–139. <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.83745>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18 (1), 39–50.
- <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- García del Castillo, J. A. (2012). La percepción social del riesgo: aportes desde la psicología social. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22(1), 95–102. <https://doi.org/10.5093/aj2012a9>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). Multivariate data analysis (8th ed.). Cengage.
- Hecker, I., & Kalpokas, D. (2024). Metodología cualitativa aplicada a la psicología social. Editorial UBA.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. 5ª Edición. McGraw-Hill.
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). Guilford Press.
- Kline, R. B. (2023). Principles and practice of structural equation modeling (5th ed.). Guilford Press.
- Kortenkamp, K. V., y Moore, C. F. (2011). Ecocentric, anthropocentric, and anthropogenic attitudes toward the environment. *Journal of Environmental Psychology*, 31 (3), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2011.05.005>
- Maibach, E. und Parrott, R. (1995). Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice. SAGE.
- Nina-Cuchillo, J. y Nina-Cuchillo, E. (2021). Consistencia interna y análisis factorial confirmatorio en psicometría. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(2), 45–60.
- Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. (2021). Informe nacional sobre consumo de drogas. Secretaría de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). ASSIST: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. OPS.
- Pachur, T., Steinmann, F. und Hertwig, R. (2012). Availability versus affect: The role of experience and emotion in risk perception. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 18(3), 314–330. <https://doi.org/10.1037/a0028279>
- Palacios, F., y Terrones, M. (2019). Consumo de marihuana en universitarios mexicanos: prevalencia y factores asociados. *Salud Mental*, 42(5), 223–231.
- <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.028>
- Perlstein, A. (2024). Percepciones sociales del riesgo en contextos juveniles. *Revista Internacional de Psicología Social*, 39(1), 15–34.
- Pérez-Castejón, J. J., López, R. y Díaz, C. (2010). Validación del DAST-20 en población universitaria. *Adicciones*, 22 (2), 125–132. <https://doi.org/10.20882/adicciones.138>
- Pirla, M. (2024). La construcción social del riesgo en las juventudes contemporáneas. *Psicología y Sociedad*, 36 (2), 87–104.
- Restrepo, J. (2016). Riesgo, cultura y percepción: aportes desde América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>
- Saldaña Márquez, E. A., Olvera Torres, V. O., & Briones Vásquez, L. J. (2024). Factores psicosociales e individuales relacionados al consumo de drogas en pacientes de la Unidad de Atención Integral a las Adicciones en Sonora (UNAIDES). *RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología)*, 1(1). <https://doi.org/10.61566/ricap.v1i1.6>

- Sánchez-Hoíl, A., Méndez, A. y López, R. (2017). Edad de inicio y patrones de consumo de marihuana en estudiantes universitarios. *Revista Salud Pública de México*, 59(4), 478–485.
- Secretaría de Salud. (2022). Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2021. Gobierno de México.
- Seid, G. (2016). Métodos de análisis cualitativo en ciencias sociales. Fondo de Cultura Económica.
- Siegrist, M., y Árvai, J. (2020). Risk perception: Reflections on 40 years of research. *Risk Analysis*, 40(1), 2191–2206. <https://doi.org/10.1111/risa.13599>
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280–285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
- Villatoro Velázquez, Jorge Ameth, Medina-Mora Icaza, Ma. Elena, Campo Sánchez, Raúl Martín del Fregoso Ito, Diana Anahí, Bustos Gamiño, Marycarmen Noemí, Resendiz Escobar, Esbehidy, Mujica Salazar, Roxana, Bretón Cirett, Michelle, Soto Hernández, Itzia Sayuri y Martínez, Vianey Cañas. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193–203. Recuperado el 19 de diciembre de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it will not happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 3(5), 431–457. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.3.5.431>



Disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en un primer nivel de atención.

MF. Gabriel Antonio Mena Ramírez

Instituto Mexicano del Seguro Social

<https://orcid.org/0009-0002-9979-7736>

MF. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega

Instituto Mexicano del Seguro Social

<https://orcid.org/0000-0002-7116-7639>

Dra. Aline Aleida del Carmen Campos

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

<https://orcid.org/0000-0003-0571-9949>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Mena Ramírez, G. A., Campos Gómez, A. A. del C., & Domínguez Vega, G. M. Disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en un primer nivel de atención. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.24>

Resumen: La diabetes mellitus tipo 2 en México ocupa el sexto lugar mundial. La probabilidad de presentar disfunción eréctil (DE) es tres veces mayor en varones con diabetes, lo que constituye un factor de riesgo para la funcionalidad conyugal. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la DE y la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con diabetes tipo 2 en un primer nivel de atención. Se realizó un estudio transversal, analítico y prospectivo en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, donde se aplicaron dos instrumentos: el IIEF-5 para evaluar la DE y el Test de Chávez para medir la funcionalidad conyugal. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrada y rho de Spearman para analizar la asociación y relación de variables no paramétricas, con un intervalo de confianza al 95%, utilizando SPSS versión 26. La muestra fue de 260 pacientes, con una mediana de edad entre 51 y 55 años, 33% con primaria, 57% en unión libre, 28% con diabetes entre 11 y 15 años y 32% con hipertensión. El 97% presentó algún grado de DE y el 49% reportó DE leve a moderada. El 71% mostró funcionalidad conyugal moderada. Se observó una asociación positiva entre la DE y la disfunción del subsistema conyugal. A mayor grado de DE, mayor es la probabilidad de alteraciones en la funcionalidad conyugal, destacando el impacto negativo de la DE en las relaciones de pareja en pacientes con diabetes tipo 2.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, disfunción eréctil, subsistema conyugal, primer nivel de atención.

Abstract: Type 2 diabetes mellitus in Mexico ranks sixth worldwide, and the likelihood of erectile dysfunction (ED) is three times higher in men with diabetes. ED is a risk factor for marital subsystem functionality. This study aimed to analyze the relationship between ED and marital subsystem functionality in patients with type 2 diabetes at the first level of care. A cross-sectional, analytical, and prospective study was conducted with patients from the IMSS Family Medicine Unit No. 47, where two instruments were applied: the IIEF-5 to assess ED and the Chávez Test to measure marital functionality. Chi-square tests and Spearman's Rho were used to analyze the association and relationship of non-parametric variables, with a 95% confidence interval, using SPSS version 26. The sample consisted of 260 patients, with a median age between 51 and 55 years, 33% with primary education, 57% in common-law marriages, 28% with diabetes for 11-15 years, and 32% with hypertension. Ninety-seven percent presented some degree of ED, with 49% reporting mild to moderate ED. Seventy-one percent showed moderate marital functionality. A positive association was seen between ED and marital subsystem dysfunction. The greater the degree of ED, the higher the likelihood of marital dysfunction, highlighting the negative impact of ED on marital relationships in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, erectile dysfunction, marital subsystem, first level of care.

Fecha de recepción V1: 27/002/2025

Fecha de recepción V2: 18/08/2025

Fecha de aceptación: 21/09/2025



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

La diabetes tipo 2, en México, ocupa el sexto lugar a nivel mundial. Esta enfermedad es un problema que afecta en un alto porcentaje a la población. La Federación Internacional de Diabetes estima que en 2019 había 463 millones de personas con diabetes a nivel mundial y se espera que esta cifra aumente a 578 millones para 2030. (**International Diabetes Federation [IDF], 2019**)

Como sabemos, la diabetes está relacionada con complicaciones microvasculares, como la retinopatía, nefropatía y neuropatía, así como complicaciones macrovasculares; estas pueden terminar en disfunción endotelial acelerada, aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares, que representan más del 65% de todas las muertes en pacientes con diabetes tipo 2. (**Armando, 2022**)

La diabetes es una enfermedad endocrina que puede estar asociada a la disfunción eréctil. En diferentes investigaciones, se ha encontrado que la probabilidad de presentar disfunción eréctil es 3 veces superior en varones con el diagnóstico de diabetes tratados que en los varones sin el diagnóstico de diabetes (**Guzman-Esquivel y otros, 2021**). Se estima que entre el 25 – 75% de los varones con el diagnóstico de diabetes presentarán disfunción eréctil durante su vida. La etiopatogenia que va a estar implicada en esta condición para el desarrollo de la disfunción eréctil en pacientes con diabetes sería problemas vasculares, condiciones neuropáticas y disfunción gonadal. (**Guzman-Esquivel y otros, 2021**)

La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente o recurrente para lograr o mantener una erección lo suficientemente firme que permita llevar a cabo una relación sexual satisfactoria. La cual la podemos clasificar como disfunción eréctil orgánica, psicogénica o mixta, es por eso por lo que vamos a tener diversos factores físicos y psicológicos, por tal motivo podemos encontrar una o mas factores que nos pueda condicionar una disfunción eréctil (**Vargas Castillo P. M., 2021**)

La erección se inicia con la estimulación mental o sensorial o ambas. Los impulsos generados en el cerebro y los nervios locales provocan la relajación de los músculos en los cuerpos cavernosos, lo que permite que la sangre fluya y se llene estos espacios. Este aumento de sangre genera presión en los cuerpos cavernosos, haciendo que el pene se expanda y genere rigidez (**Iriarte, 2022**). La manera de realizar un buen diagnóstico de la disfunción eréctil en el paciente con diabetes tipo 2, es indagar sobre los antecedentes médicos así como los sexuales, con lo que podemos definir el grado y la naturaleza de la disfunción eréctil, entre los puntos importantes es realizar una buena historia clínica, así como una exploración física detallada, sin olvidar que nos podemos apoyar con estudios de laboratorios y gabinete pero lo que no podemos dejar pasar en alto son los exámenes psicosocial para descartar factores psicosociales (**Izaguirre Campillo, 2021**).

La familia vista como un sistema, esto de acuerdo a la teoría general de sistema, podemos identificar que puede estar compuesta por sistemas más pequeños a lo que se llaman subsistemas, de los cuales podemos dividir en subsistema conyugal (pareja), subsistema filial (hijos), subsistema parental (padre-hijos) (**Goldenberg, 2023**). Por lo que cada subsistema va a cumplir un objetivo, ya que, por medio de la organización de cada subsistema de una familia, este nos va a garantizar que exista un cumplimiento de las diversas funciones de cada integrante que conforma los subsistemas y el sistema (la familia) (**Patrick S. Tennant, 2022**).

Un problema que se puede presentar es la difusión eréctil, esto a consecuencia de padecer diabetes mellitus tipo 2 como una complicación de esa enfermedad. Después de la eyaculación precoz, la disfunción eréctil es la alteración más común de la función sexual masculina (**Reyes Lázaro y otros, 2022**).

El diagnóstico de diabetes tipo 2 y sus complicaciones neurovasculares como lo es la disfunción eréctil pueden repercutir en varios ámbitos de la vida y desarrollo del varón (**Hernández González, 2023**). Es de suma importancia el tomar en cuenta que el paciente con el diagnóstico de diabetes tipo 2 atraviesa un gran impacto sobre una enfermedad que le puede genera diversas situaciones emocionales, el pensar que es una enfermedad que amenaza su vida y la integridad individual, que este le genera perdida de la salud, que le genera una demanda más de atención, cambios que pueden ir desde el estilo de vida, en la pareja, en la familia, en su trabajo y con la sociedad, todo esto nos puede genera malestares psicológicos, es por eso que es impórtate visualizar el aspecto psicológico en estos pacientes, ya que podemos encontrar en estos pacientes la disfunción eréctil secundario a factores combinados como sería lo orgánico como lo psicológico, a lo que sería una etiología mixta. (**Juárez-Bengoa A, 2021**)

Como parte del tratamiento, es de suma importancia considerar la eliminación de factores que contribuyan a complicaciones de la enfermedad vascular, como la hiperglucemia, el sedentarismo o la ingesta de alcohol (**Vargas Castillo P. M., 2021**). Entre otros tratamientos que podemos encontrar en relación a la disfunción eréctil en pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo, podemos considerar las modificaciones en el comportamiento y la psicoterapia para pacientes seleccionados en caso de que estén indicados. Si estas intervenciones no son suficientes, se pueden utilizar medicamentos orales o inyectados localmente, dispositivos de vacío y, en algunos casos, implantes quirúrgicos, pero en situaciones no comunes, también podría contemplarse la cirugía en venas o arterias (**Nuria Pascual Regueiro, 2023**).

Estudio nacional realizado por Libia Zulema y cols., el cual tenía como objetivo determinar la correlación entre la disfunción eréctil y funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudían a control mensual en su unidad de medicina familiar de Ciudad Obregón, México.

Participaron un total de 60 pacientes, obteniendo como resultado una media de edad de 56 años, estado civil con un 70% casados, con un tiempo de evolución de DM2 de 26.7% de 1 a 5 años y el 73.3% de 6 a 10 años. Se obtuvo la frecuencia estimada de disfunción eréctil, la cual fue de un 43,3%, con una correlación de Pearson de .454 entre la disfunción eréctil y el subsistema conyugal, con lo que llegaron a la conclusión de que a mayor disfunción eréctil existen más posibilidades de desarrollar disfunción conyugal (**Heras MLZ, 2022**).

El estudio realizado por Jesús A. y colaboradores tuvo como objetivo determinar la existencia de una asociación entre la disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna (HPB). En este estudio participaron 143 varones con HPB, con edades comprendidas entre los 45 y 65 años; de estos, el 73% se encontraban casados y el resto en unión libre. Los resultados mostraron que 135 pacientes presentaron algún grado de disfunción eréctil, mientras que 73 reportaron disfunción en el subsistema conyugal. Con base en el análisis estadístico, se concluyó que existe una asociación positiva y significativa entre disfunción eréctil y disfuncionalidad conyugal ($p = 0.027$) (**Ramos-Silva, 2021**).

Metodología

Se realizó un trabajo de investigación clínico, de tipo transversal, analítico y prospectivo, en pacientes hombres con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, Tabasco. Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, con el objetivo de determinar la asociación entre la disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal en el paciente con diabetes tipo 2 en un primer nivel de atención. Se incluyeron pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo 2, masculinos, entre la edad de 20 y 60 años y que acudan a la consulta de cualquier consultorio en la Unidad de Medicina Familiar No. 47, Villahermosa, Tabasco. De acuerdo con el censo de ARIMAC (Área de Información Médica y Archivo Clínico) diciembre 2022, existía un total de 3099 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 de ambos turnos, se realizó el filtro de pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminando pacientes derechohabientes duplicados en el censo, la muestra se obtuvo con la fórmula para población finita, la cual nos dio un rango de confianza de 95% y un rango de error del 5%, nuestro universo consto de $N = 760$ pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo 2, se requirió de 260 pacientes para que la muestra fuera representativa.

Los pacientes fueron identificados en las salas de espera durante su consulta con el médico familiar. A cada uno se le explicó de manera detallada el propósito de la investigación, así como el contenido y los objetivos de los cuestionarios a aplicar. Aquellos que aceptaron participar recibieron el formato de consentimiento informado, el cual fue firmado previamente al inicio del procedimiento. Posteriormente, en una única sesión, se aplicaron los instrumentos correspondientes, con una duración estimada de 10 a 15 minutos por participante.

Se logró completar la evaluación en la totalidad de los pacientes entrevistados. Entre los instrumentos empleados se incluyeron:

Ficha de identificación: aquí vamos a encontrar datos sociodemográficos de los pacientes en estudio, así como datos de hipertensión arterial, año de evolución de diabetes tipo 2, así como cifra de glucosa en ayunas.

Cuestionario IIEF-5: es un cuestionario validado internacionalmente el cual sirve para evaluar la función eréctil, tiene un alfa de Cronbach de 8, este instrumento lo clasifica en cuatro grupos de severidad lo cual consta de 5 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta cada una, con un elevado grado de sensibilidad 98% y especificidad del 88%, manejando los siguientes grados de severidad: severa (5-7), moderada (8-11), de leve a moderada (12-16) y leve (17-21). Con la puntuación entre 22 y 25 indica una buena función eréctil (**Shamloul, 2019**).

Escala de evaluación del subsistema conyugal: originada por Chávez Aguilar y Rubén Velasco, con alfa de Cronbach de 7,8, se centra en valorar diversas funciones conyugales esenciales. Esta escala evalúa aspectos como la comunicación, adjudicación y asunción de roles, la satisfacción sexual, el afecto y la función de toma de decisiones. Los resultados de esta evaluación permiten clasificar las parejas en tres categorías: severamente disfuncionales, moderadamente disfuncionales y funcionales (**Aguilar, 2024**).

Contando con el total de pacientes entrevistados, se creó la base de datos, se realizó el análisis estadístico con estadística descriptiva expresándose en frecuencia y en porcentaje, se realizó la asociación con la prueba estadística de chi cuadrada de rho de Spearman para muestras no paramétricas en el software SPSS v25.

El presente estudio se realizó una vez aprobado por el comité local de investigación con folio CLIS: R-2023-2701-039 Y FOLIO UJAT: JI-PG490, el cual se ajusta a las normas éticas internacionales adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964., y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Se hace referencia a los lineamientos institucionales de la Ley General de Salud en relación con la experimentación científica en humanos, específicamente en sus artículos 13, 16 y 20.

También a la Declaración de Helsinki, que establece que la investigación médica en seres humanos, que se debe priorizar el bienestar de los individuos sobre los intereses científicos y sociales, cuyo objetivo es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, asegurando la protección de la vida, bajo conocimientos científicos, y tomando las modificaciones de la declaración de Tokio en 1975, que prohíbe aceptar la tortura, facilitar instrumentos para ella o participar en estudios que involucren tortura; así como las revisiones de Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en el 2000. Para este estudio se considera sin riesgo.

Resultados

Se aplicaron encuestas a una muestra total de 260 pacientes que tuvieran el diagnostico diabetes mellitus tipo 2 de un año de evolución, que estuvieran casados o en unión libre con un rango de edad 20 a 60 años, que al obtener los resultados de los cuestionarios IIEEF-5 y Chávez – Aguirre que valora el subsistema conyugal , como se puede mostrar en la tabla 1, se encontró lo siguiente:

En relación con la edad, se identificó que los grupos más representativos correspondieron a las categorías de 56 a 60 años (32.7%) y 51 a 55 años (31.9%). En conjunto, estos dos grupos concentraron más del 64% de la población total, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes se encontraba en una etapa de vida madura o en la transición hacia la vejez. En contraste, los participantes menores de 40 años representaron un porcentaje considerablemente menor, inferior al 13%, evidenciando una menor prevalencia de casos en grupos etarios jóvenes.

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
20 - 30 años	2	0.8%
31 - 35 años	9	3.5%
36 - 40 años	22	8.5%
41 - 45 años	31	11.9%
46 - 50 años	28	10.8%
51 - 55 años	83	31.9%
56 - 60 años	85	32.7%
Estado civil		
Casado	110	43%
Unión Libre	150	57%
Grado de escolaridad		
Primaria	86	33.1%
Secundaria	64	24.6%
Preparatoria	59	22.7%
Universidad	51	19.6%
Tiempo de evolución de DM2		
1 – 5 años	9	3.5%
6 – 10 años	43	16.5%
11 – 15 años	74	28.5%
16 – 20 años	63	24.2%
> 21 años	71	27.3%

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

En cuanto al estado civil, se observó que la mayor proporción de pacientes declaró vivir en unión libre (57.0%), mientras que el 43.0% restante informó estar casado.

Este hallazgo indica que, aunque la mayoría mantiene una relación de pareja estable, más de la mitad lo hace sin un vínculo matrimonial formal, lo que podría tener implicaciones en la dinámica y funcionalidad del subsistema conyugal.

Respecto al nivel de escolaridad, el análisis reveló que el 33.1% de los encuestados contaba con estudios de primaria, seguido por un 24.6% con secundaria, un 22.7% con preparatoria y únicamente un 19.6% con formación universitaria. Este predominio de niveles educativos básicos podría influir en el acceso a información, en la comprensión de las indicaciones médicas y, en consecuencia, en el autocuidado y la prevención de complicaciones.

Finalmente, en lo que respecta al tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, como se muestra en la misma tabla 1, la mayor parte de la población refirió un diagnóstico de entre 11 y 15 años (28.5%), seguido de más de 21 años (27.3%) y de entre 16 y 20 años (24.2%). Estos datos ponen de manifiesto que más del 79% de los pacientes ha convivido con la enfermedad durante más de una década, lo que se asocia a un incremento en la probabilidad de desarrollar complicaciones crónicas, entre ellas la disfunción eréctil, que constituye el foco principal de la presente investigación.

En cuanto a la presencia de hipertensión arterial, como se presenta en la tabla 2, se identificó que el 31,9% de los pacientes reportó padecer esta condición, mientras que el 68,1% negó antecedentes de la misma. Este hallazgo sugiere que, aunque la mayoría de la población estudiada no presenta hipertensión arterial, una proporción considerable sí convive con esta comorbilidad, lo cual resulta clínicamente relevante debido a la conocida relación entre la hipertensión y las complicaciones vasculares, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2. (Tabla 2)

Tabla 2.

Prevalencia de Hipertensión Arterial

	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	31.9%
No	177	68.1%
Total	260	100.0

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

En relación con la cifra más reciente de glucosa en ayuno, se observó que el 32% de los pacientes presentó valores dentro del rango recomendado de 80 a 130 mg/dL, lo que indica un control glucémico adecuado en este grupo. Sin embargo, un 12% se encontró en el rango de 131 a 160 mg/dL y un 11% entre 161 y 200 mg/dL, lo que refleja un inicio de descontrol glucémico. De manera más preocupante, como se evidencia en la tabla 3, el 24% presentó niveles entre 201 y 250 mg/dL, el 6% entre 251 y 300 mg/dL y el 15% superó los 301 mg/dL, evidenciando un control metabólico deficiente en una proporción importante de la población estudiada.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de reforzar las estrategias de seguimiento y tratamiento, dado que valores persistentemente elevados de glucosa en ayuno incrementan el riesgo de complicaciones micro- y macrovasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 3
Distribución de niveles glucosa en Ayuno

Valor	Frecuencia	Porcentaje
80 -130 mg/dL	83	32%
131 - 160 mg/dL	31	12%
161 – 200 mg/dL	29	11%
201 – 250 mg/dL	63	24%
251 – 300 mg/dL	15	6%
> 301 mg/dL	39	15%
Total	260	100%

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

En los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario IIFE-5, como se muestra en la tabla 4, se observó que la mayoría de los participantes presentaba algún grado de disfunción eréctil. En específico, el 49.2% (n=128) se ubicó en la categoría de disfunción eréctil leve a moderada, mientras que el 28% (n=73) presentó disfunción eréctil leve. Por su parte, la disfunción eréctil moderada se identificó en el 16,2% (n=42) de los pacientes y la disfunción eréctil severa en el 3,1% (n=8). Únicamente un 3,5% (n=9) no presentó indicios de esta condición.

Estos hallazgos evidencian que más del 90% de la población evaluada reporta algún nivel de compromiso en la función eréctil, lo que subraya la relevancia clínica de esta disfunción en el contexto de la población estudiada y su potencial asociación con factores como la diabetes mellitus tipo 2, el control glucémico y la salud cardiovascular.

Tabla 4
Distribución de la Disfunción Eréctil según IIFE-5

	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción eréctil severa	8	3.1%
Disfunción eréctil moderada	42	16.2%
Disfunción eréctil leve a moderada	128	49.2%
Disfunción eréctil leve	73	28%
No disfunción eréctil	9	3.5%
Total	260	100%

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

En relación con la funcionalidad del subsistema conyugal, los resultados muestran que la mayoría de los participantes se ubicó en la categoría de pareja moderadamente funcional, con un 71,1% (n=185). En contraste, el 18,5% (n=48) fue clasificado como pareja funcional, mientras que el 10,4% (n=27) presentó una condición de pareja severamente disfuncional.

Estos datos, detallados en la tabla 5, reflejan que, aunque predominan las relaciones con funcionalidad moderada, existe un porcentaje considerable de casos con disfuncionalidad severa, lo que podría influir de manera directa en el bienestar emocional, la calidad de vida y, potencialmente, en la presencia o severidad de la disfunción eréctil en la población estudiada.

Tabla 5
Niveles de funcionalidad del Subsistema Conyugal

	Frecuencia	Porcentaje
Pareja Severamente disfuncional	27	10.4%
Pareja Moderadamente Funcional	185	71.1
Pareja Funcional	48	18.5%
Total	260	100.0

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

El análisis de asociación entre el grado de disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal mostró un valor de Chi-cuadrada de Spearman de 86.321 (gl = 8; p < 0.001), lo que indica una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. La correlación de Spearman fue positiva y de magnitud moderada (p = 0.454; IC 95%: 0.37 – 0.53; p < 0.001), lo que sugiere que a mayor severidad de la disfunción eréctil, menor funcionalidad en el subsistema conyugal. Estos hallazgos, presentados en la tabla 6, respaldan la hipótesis de que las alteraciones en la salud sexual masculina, particularmente en pacientes con comorbilidades crónicas, pueden tener un impacto directo sobre la dinámica y funcionalidad de la relación de pareja.

Tabla 6
Asociación entre Disfunción Eréctil y Funcionalidad del Sistema Conyugal

Estadístico	Valor	gl	Sig. asintótica	Rho de Spearman	Sig. bilateral	IC 95% Rho*
Chi-cuadrada de Spearman	86.321 ^a	8	0.000	0.454	0.000	[0.37 – 0.53]

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

Como hallazgos y no siendo parte de los objetivos generales y específicos, se realizó la asociación entre la disfunción eréctil y la hipertensión arterial. Como se presenta en la tabla 7, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el grado de disfunción eréctil y la presencia de hipertensión arterial (χ² = 6.557; gl = 4; p = 0.161), lo que indica que en la población estudiada la coexistencia de hipertensión no se asoció de manera relevante con la severidad de la disfunción eréctil.

Por el contrario, como se muestra en la tabla 7, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el grado de disfunción eréctil y el tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 ($\chi^2 = 109.568$; $gl = 16$; $p < 0.001$), lo que sugiere que, a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, existe una mayor probabilidad de presentar grados más severos de disfunción eréctil.

Tabla 7

Asociaciones entre la Disfunción eréctil con la hipertensión arterial y tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2- Variables clínicas

Asociación	χ^2	gl	p
Disfunción eréctil e hipertensión arterial	6.557	4	0.161
Disfunción eréctil y tiempo de evolución de DM2	109.568	16	< 0.001

Nota: Resultado obtenido de encuesta realizada en 2024 SPSS v.26

Discusión

En nuestra investigación se estudiaron pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de 20 a 60 años de edad, en la que encontramos que existe una relación entre la disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal. Se encontró similitud con estudios que a continuación se mencionan.

En el estudio de Ávila Caminati, el 40,9% de los participantes presentó disfunción eréctil leve, siendo este el grado más frecuente. La mayoría contaba con escolaridad primaria (65%) y un tiempo de evolución de diabetes entre 5 y 10 años (41,9%). En términos de funcionalidad conyugal, el 55% de las parejas fueron clasificadas como funcionales. La asociación entre disfunción eréctil y funcionalidad conyugal mostró una correlación positiva ($r = 0.454$), lo que indica que, a mayor deterioro en la función sexual masculina, hay mayor afectación en la relación de pareja. (Avila Caminati, 2021)

Libia Zulema reportó que el 56.7% de los sujetos presentó disfunción eréctil leve, predominando la escolaridad secundaria (35%) y un tiempo de evolución de diabetes de 6 a 10 años (73.3%). El 70% de los participantes estaban casados. En cuanto a la funcionalidad conyugal, el 55% fueron parejas funcionales. La correlación entre disfunción eréctil y funcionalidad del subsistema conyugal también fue positiva y estadísticamente significativa ($p = 0.027$), reforzando la interdependencia entre ambos factores (Heras MLZ, 2022).

En el estudio de Jesús A., el 94,5% de los participantes presentó algún grado de disfunción eréctil, siendo más común la disfunción leve (48,3%). Predominó la escolaridad secundaria (34,3%) y la condición de casado (73%). Un 28% tenía entre 11 y 15 años de evolución de la diabetes. En relación con la funcionalidad conyugal, el 43,3% presentó disfunción moderada. La asociación entre disfunción eréctil y funcionalidad conyugal fue positiva y significativa ($p = 0.000$), confirmando el patrón observado en los otros estudios (Ramos-Silva, 2021).

Estudio realizado en 2023 que tenían como objetivo la asociación de la disfunción eréctil con la diabetes, hipertensión arterial, consumo de alcohol y tabaquismo, con respecto a la hipertensión arterial esta afectó al 46.5% de los pacientes, con una asociación no significativa con disfunción eréctil ($X^2=38.899$ $p= 0.277$) en nuestro estudio el 31.9% de nuestra población tenían diagnóstico de hipertensión en el cual encontramos igual una asociación no significativa con el grado de disfunción eréctil ($X^2= 6.557$ $p= 0.161$) (Martínez Martínez, 2023).

En el presente estudio, el 97% de los participantes presentó algún grado de disfunción eréctil, siendo la categoría de leve a moderada la más frecuente (49,2%). El rango etario predominante fue de 56 a 60 años (32.7%) y la escolaridad principal fue primaria (33.1%). Un porcentaje considerable (71,1%) presentó funcionalidad conyugal moderada. El análisis estadístico mostró una correlación positiva moderada entre disfunción eréctil y funcionalidad conyugal ($\rho = 0.454$, $p < 0.001$), en concordancia con lo hallado por los otros autores.

En los estudios analizados, se observa una alta prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con diabetes mellitus, con predominio de grados leves o leves a moderados. La funcionalidad conyugal se presenta comprometida en diferentes proporciones, pero en todos los casos existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Las diferencias en los porcentajes podrían explicarse por variaciones en la edad promedio, el tiempo de evolución de la diabetes, la escolaridad y el contexto cultural de las poblaciones evaluadas.

Sin embargo, es importante considerar que la magnitud y dirección de estas asociaciones pueden estar influidas por variables confusoras no controladas en el presente análisis, como es la edad, ya que constituye un factor clave, dado que incrementa tanto la probabilidad de presentar disfunción eréctil como la prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial, así como diabetes de larga evolución.

También podemos tener presente factores psicosociales como el estado civil, nivel educativo y la situación socioeconómica, es por eso, que se recomienda que futuros estudios incorporen análisis multivariados que incluyan estas variables como covariables de ajuste, lo cual nos ayudara a estimar de manera más precisa la verdadera magnitud de la asociación entre disfunción eréctil y la funcionalidad del subsistema conyugal.

Este estudio proporciona un panorama sobre la magnitud del impacto de la disfunción eréctil en el subsistema conyugal dentro de nuestra población estudiada, destacando la necesidad de llevar a cabo detecciones tempranas en el primer nivel de atención; estas detecciones serán de gran importancia para disminuir los efectos negativos que pueda presentar el paciente masculino.

Este análisis abre la puerta a nuevas investigaciones centradas en el tamizaje de disfunción eréctil y su efecto en el subsistema conyugal en pacientes con Diabetes tipo 2, sería interesante seguir realizando investigación sobre la disfunción eréctil agregando nuevas variables como factores de riesgos o condiciones médicas como el tabaco o el alcohol, la hipertensión, los niveles de glucosa en sangre.

Además, resultaría muy importante comparar el comportamiento con otra población de otras Unidades de Medicina Familiar, aunque el enfoque de esta investigación no aborda la parte biopsicosocial, sería de interés en futuras investigaciones abordar la parte de psicología como si la disfunción eréctil fuera factor de riesgo de separación o divorcio en parejas.

Conclusión

En este estudio se demostró que existe una prevalencia alta de disfunción eréctil en el grado de leve a moderado en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad Médica Familiar No. 47 y se logró comprobar la hipótesis, ya que se encontró una asociación significativa con alteraciones en la funcionalidad del subsistema conyugal.

En cuanto a la funcionalidad del subsistema conyugal encontramos un mayor porcentaje en clasificación de pareja moderadamente funcional, por lo que podemos concluir que la presencia de una enfermedad crónica, como la diabetes tipo 2 y sus complicaciones, como la disfunción eréctil, provoca una crisis paranormativa en la pareja que afecta significativamente a este subsistema.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Aguilar, C. (2024). Disfunciones familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación. *Rev. Méd. IMSS*, 39–43.
- Armando, J. N. (2022). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. *Revista Finlay*, 168–176.
- Avila Caminati, G. V. (2021). Disfunción sexual en pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud del norte del Perú. *UPAO-Tesis*.
- Goldenberg, H. &. (2023). Factores psicológicos y conductuales. En *Enciclopedia de salud infantil y adolescente* (págs. 837–843). Palo Alto, CA, Estados Unidos.
- Guzman-Esquivel, J., Delgado Enciso, I., & Guzman, J. A. (2021). Disfunción eréctil, síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida en varones mayores de 50 años. *Archivos españoles de urología*, 224–230.

- Heras MLZ, V. F. (2022). Disfunción eréctil y funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Arch Med Fam.*, 65–170.
- Hernández González, A. &. (2023). Disfunción eréctil y diabetes mellitus tipo 2. *Revista Biomédica*, 29(1), 76–88.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2019). *IDF Diabetes Atlas*. <https://diabetesatlas.org>
- Iriarte, D. C. (2022). Relación entre factores de riesgo cardiovascular y los patrones vasculares ecográficos en pacientes con disfunción eréctil. *Seram*.
- Izaguirre Campillo, Y. L. (2021). Disfunción eréctil en un adolescente. A propósito de un caso. *Revista Científica Estudiantil HolCien*.
- Juárez-Bengoa A., P.-N. D.-C. (2021). Aspectos clínicos de la disfunción eréctil en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Perinatol Reprod Hum*, 169–177.
- Martínez Martínez, R. (2023). Asociación de la disfunción eréctil con la diabetes, hipertensión arterial, consumo de alcohol y tabaquismo. *Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas*.
- Muñoz Rodríguez, M. J. (2023). Disfunción eréctil y su relación con la diabetes mellitus tipo 2: una revisión bibliográfica. *Revista SERAM*, 1–13.
- Nuria Pascual Regueiro, F. L. (2023). Novedades en el tratamiento de la disfunción eréctil. *EL SEVIER*, 218 - 229.
- Patrick S. Tennant, Z. C. (2022). Terapia familiar para niños y adolescentes. En *Psicología Clínica Integral (Segunda Edición)* (págs. 106–125). Regina, Canadá.
- Ramos-Silva, J. A. (2021). Asociación entre disfunción eréctil y funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con hiperplasia prostática benigna. *REMUS: Revista estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*, 18.
- Reyes Lázaro, M., Gómez Hernández, M. d., López Cocotle, J. J., Cruz León, A., Santos, R. d., & Ricardo. (2022). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Tabasco, México. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 24–31.
- Shamloul, R. &. (2019). Erectile dysfunction. *Erectile dysfunction*.
- Vargas Castillo, P. M. (2021). Disfunción eréctil en el paciente adulto mayor. *Revista Medica Sinergia*.
- Vargas Castillo, P. M. (2021). Disfunción eréctil en el paciente adulto mayor. *Revista Medica Sinergia*, 6.



Estrés universitario, una reflexión a partir del trabajo de campo en la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Dra. Dora del Carmen Yautentzi Díaz
Facultad de Ciencias de la Educación. UATx.
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII-C)
<https://orcid.org/0000-0002-1662-6644>

Dr. José Luis Cisneros
Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII-I)
<https://orcid.org/0000-0003-3957-3802>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Yautentzi Díaz, D. del C., & Cisneros, J. L. Estrés universitario, una reflexión a partir del trabajo de campo en la Universidad Autónoma de Tlaxcala. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.32>

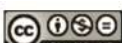
Resumen: Se presenta esta propuesta como parte de un trabajo de construcción reflexiva que busca analizar las consecuencias detonadoras de estrés y las respuestas conductuales que enfrentan los universitarios de una institución de educación superior. Partiendo de la premisa de que los jóvenes enfrentan un escenario social cambiante a partir de la pandemia SARS-CoV2 y sus consecuentes resultados sociales, se exploraron durante 4 años las trayectorias de 44 jóvenes universitarios, inscritos en el programa educativo Licenciatura en Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, buscando analizar los factores de estrés, las emociones emanadas de ellos y las respuestas para enfrentar dichas emociones. Trabajando con un enfoque cualitativo de corte etnográfico, se trabajaron las narrativas a partir del analizador del discurso del Creswell, presentando como principales resultados que el nivel de estrés se mantuvo durante la pandemia y después de ella, los detonadores fueron variantes y el papel preponderante que tienen los círculos primarios de apoyo de los estudiantes, la activación física, la música y las redes sociales para analizar y responder proactivamente a los estresores. Se busca un acercamiento teórico desde la filosofía de Byung Chul-Han para explicar y comprender a este grupo social a través de los paradigmas propuestos en sus argumentos.

Palabras clave: Estudiantes Universitarios, Estrés mental, Conductas.

Abstract: This proposal is presented as part of a reflective construction work that looks to analyze the consequences that trigger stress and the behavioral responses faced by university students at a higher education institution. Starting from the premise that young people face a changing social scenario due to the SARS-CoV2 pandemic and its consequent social results, the trajectories of forty-four young university students, enrolled in the educational program Bachelor of Science in Education, were explored for 4 years. from the Autonomous University of Tlaxcala, looking to analyze stress factors, the emotions emanating from them and the responses to face these emotions. Working with a qualitative ethnographic approach, the narratives were worked on using the Creswell discourse analyzer, presenting as the main results that the level of stress was maintained during the pandemic and after it, the triggers were variants and the predominant role that They have students' primary circles of support, physical activation, music, and social media to analyze and respond to stressors proactively. A theoretical approach is sought from the philosophy of Byung Chul-Han to explain and understand this social group through the paradigms proposed in his arguments.

Keywords: University students, Stress, Behaviors.

Fecha de recepción V1: 08/05/2025 Fecha de recepción V2: 30/06/2025 Fecha de aceptación: 21/09/2025

 Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

Nunca como ahora se han dedicado tantos espacios físicos y virtuales a la reflexión asociada con las emociones y sentimientos humanos; como parte de una generación Post-CoVid, fueron evidentes las mermas que se asociaron a la salud mental como parte de esta epidemia global. No porque no hubieran existido estas manifestaciones, sino porque como parte del miedo, el confinamiento, las afectaciones directas a la salud y al estilo de vida se visibilizaron de forma importante en todos los rangos de edad, población infantil y juvenil incluida.

Nuestro trabajo es una exploración que articula la investigación etnográfica de los efectos del estrés en el escenario cotidiano de la vida escolar. Partimos de la intención de indagar: ¿cuál es el impacto que este fenómeno tiene en el desarrollo social de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Tlaxcala?, ¿qué emociones resultaron durante y después de la pandemia?, ¿cómo gestionaron los estudiantes esas emociones? Nuestra investigación privilegia el campo de la subjetividad en tanto que gira en torno a la experiencia y percepción que los estudiantes tienen de los estresores, como un fenómeno transversal que cruza las relaciones interestudiantiles, con el campo familiar y cotidiano del sujeto. El papel de la etnografía como herramienta para el análisis que nos ayuda a comprender la manera en que los estudiantes significan y dan sentido a los efectos y causas del estrés.

En este sentido, nuestra investigación es resultado de un conjunto de acciones y comportamientos que buscamos comprender, para dar explicación de los efectos del estrés en el comportamiento de nuestros estudiantes. Por tanto, la perspectiva de la cual partimos se orienta por la subjetividad y por los significados atribuidos tanto al estrés como a los estresores.

Particularmente nos guiamos por tres objetivos; el primero es identificar las condiciones y circunstancias en el ámbito académico que producen en los estudiantes universitarios una suerte de estrés. El segundo es describir las características y respuestas que los alumnos tienen ante una condición de percepción estresante, como resultado de las tareas motivadas por las labores académicas. Tercero consiste en indagar si solo son situaciones propias del mundo académico, las estresantes en los alumnos, o existen otras fuera del ámbito académico con mayor predisposición al estrés.

Identificando al estrés y estrés académico

El tema del estrés se halla estrechamente relacionado con el mundo de la vida cotidiana. Sin embargo, en el campo educativo, se encuentra asociado a un conjunto de condiciones conformadas por condiciones intra- y extrapersonales; tanto por el plan de estudios como por la dinámica que se establece al interior de cada unidad de aprendizaje o asignatura y aquellas condiciones asociadas a la persona y su intimidad.

Esta condición ha tenido una presencia significativa en el desempeño de los alumnos y profesores, en la gran mayoría de las instituciones educativas. Su preocupación ha dado lugar a una gran cantidad de ensayos, capítulos de libro y artículos en revistas especializadas que se vinculan de manera directa con experiencias locales.

Muchos de estos trabajos buscan conceptualizar el estrés del campo educativo, desde criterios de valor, y bajo disciplinas como la psicología, la medicina y la pedagogía, sin duda son visiones enriquecedoras, pero ventajosamente se encuentran ligadas a visiones valorativas. Este término que no se conocía fue incorporado al lenguaje de la psicología por **Lazarus (citado en Gómez, 2005)** en un cuerpo teórico que enfatizó las valoraciones cognitivas en la constitución de las emociones y el estrés, además de desarrollar los criterios mediante los cuales fue posible identificar las situaciones y respuestas asociadas a él. Sin embargo, esta propuesta es aun en nuestros días ambigua en tanto que la condición humana no permite una totalidad de la comprensión de nuestras conductas y respuestas a situaciones que pueden condicionar el estrés, lo que para unos es una suerte de factores detonantes no puede serlo para otros, pues la personalidad y las condiciones de las personas dotan de variados resultados aun en condiciones similares. De acuerdo con **Martínez y Díaz (2007)**:

El fenómeno del estrés se suele interpretar en referencia a una amplia gama de experiencias, entre las que figuran el nerviosismo, la tensión, el cansancio, el agobio, la inquietud y otras sensaciones similares, como la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole. Igualmente, se lo atribuye a situaciones de miedo, temor, angustia, pánico, afán por cumplir, vacío existencial, celeridad por cumplir metas y propósitos, incapacidad de afrontamiento o incompetencia interrelacional en la socialización (p.12).

Como se puede advertir, el impacto que este suele tener en la salud de los actores educativos es importante, pero es primordial subrayar que su origen no es solo biológico. Por el contrario, las causas son múltiples y se encuentran desencadenadas como efecto de un conjunto de condiciones sociales, culturales que se suman a la salud emocional y psíquica de los sujetos; se trata de un fenómeno de alta complejidad que obedece a múltiples factores.

Desde esta perspectiva, el estrés produce una inestabilidad emocional que se convierte en un principio ordenador de la vida social del sujeto, que lo lleva a instrumentar prácticas y estrategias para enfrentarse al mundo social que le rodea. Este principio ordenador está basado en una cosmovisión de carácter social que impone muchas exigencias que impone la vida social y cultural, regidas por dimensiones económicas, el mercado de consumo, la moda y la búsqueda de un reconocimiento frente a los demás; son condiciones de exigencia adaptativa, cuya experiencia es percibida de manera distinta por los sujetos.

Se trata de condiciones que nos mantienen siempre en un estado de alerta, de amenaza inevitable que nos hace sentir impotentes, desesperados y frustrados. Son condiciones de amenaza donde la inseguridad y el miedo se convierten en un promotor esencial del estrés.

Se trata de una condición cultural que obliga a los sujetos a romper los límites, como lo subraya Han, son acciones impuestas que vacían la mente y nos hostigan, imponiendo una condición de negatividad que desata ansiedad e impone hiperactividad en los sujetos como resultado de una sociedad disciplinaria, que castiga la apatía, el fracaso y la no afirmación en el consumo. El estrés, en la vida universitaria, es parte del agotamiento que viven cotidianamente los alumnos y profesores, como resultado de la organización de la vida del sujeto en torno al estudio y el trabajo, es una condición que altera la salud tanto física como mental (Han, 2012).

Esta condición de estrés se muestra bajo una posición binaria: de lo biológico-psíquico y lo cultural. Ambas visiones se consideran un eje fundamental de la vida social moderna que se definen por el agotamiento y la respuesta del cuerpo como objeto abarcador de la fatiga, la competencia, la soledad inducida por la desconexión del hundimiento en las redes sociales, que nos hace vulnerables y nos produce enfermedad.

Por ejemplo, la coexistencia de estas posiciones binarias se expresa en el cansancio, el aislamiento, la ansiedad, el hiperconsumo, el insomnio, en manchas y erupciones de la piel, en la obsesión por mantenerse delgado, en las alteraciones de los ciclos menstruales y en la hipersexualidad. Las respuestas pueden ser variadas, algunas expresadas en eventos físicos, otros psíquicos y unos más culturales.

Sin embargo, sociológicamente, el papel de la cultura se muestra como un elemento constitutivo de la representación y de lo imaginario social, que produce comportamientos y conductas que impactan en la salud física y psíquica. En lo cultural, los efectos del estrés pueden inducir la pérdida de vínculos sociales, como resultado de la frustración social y la falta de sentido y visión de futuro.

En este sentido, el estrés siempre toca aspectos de la vida humana, al producir crisis, y con ello nos hace habitar el insomnio, la irritación constante, la ansiedad, la migraña, la alteración en la ingesta de alimentos. De igual manera nos convoca al consumo de alcohol y tabaco. Son experiencias que suelen ser comunes para los sujetos, en la medida en que no se advierten como una novedad. De ahí que el estrés surja del cruce de circunstancias propias de la vorágine cotidiana de la vida humana.

Sin embargo, cuando se vive bajo condiciones crónicas de estrés, se convierte en un problema de salud, que impulsa diversas complicaciones de salud física y mental. Los daños generados se deben a la secreción prolongada de glucocorticoides, que provocan efectos en el sistema nervioso central y en órganos periféricos.

De ahí que “el estrés, como lo establece la Organización Mundial de la Salud (WHO), sea el resultado de un desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrente el individuo, por un lado, y sus capacidades y conocimientos que tiene para resolverlas (como se citó en Cerda et al., 2020, p. 35)”. Como se puede advertir, las respuestas fisiológicas del estrés son resultado de una condición de vida; sus efectos no solo son de carácter fisiológico, sino que también psicológicamente son promotores de un cansancio crónico, depresión e irritación constante, cuyas repercusiones afectarán tanto la salud como la vida personal y social.

En el mundo laboral, sus efectos son conocidos como síndrome de Burnout, el cual se relaciona con algunas enfermedades asociadas al agotamiento, al igual que con el Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad. El estrés es sin duda resultado de una sociedad de la exigencia y el rendimiento subraya Han, que convierte lentamente a nuestra población, en una sociedad de pobladores dopados, individualista que los obliga a estar en una hiperactividad constantes, convirtiendo a los hombres en máquinas de rendimientos que se dopan bajo el hiper consumo y la dispersión de la sobre estimulación de información replicada por las redes sociales, el internet y el mundo del consumo (Han; 2012)

Estas condiciones inducen en los alumnos a cambios en su comportamiento, como resultado de un estrés crónico, que por un lado se caracteriza por estimular de manera constante conductas guiadas por los insultos verbales, asociados a un confinamiento reducido de espacio para el desarrollo de su vida personal, a mediano y largo plazo. Por el otro lado, esta condición promueve la frustración, la cual se vuelve un detonante de ira y violencia en la vida cotidiana; son pues estímulos que se vuelven una amenaza potencial capaz de inducir respuestas fisiológicas y conductuales (Calzadilla, 2022).

Aquí la intensidad de un estresor está determinada por dos aspectos: 1) La percepción de éste como una amenaza y 2) la predictibilidad; así mientras más amenazador e impredecible para la vida del individuo es el estresor, mayor será la respuesta de estrés que desencadenará; por el contrario, si el estresor no se percibe como una amenaza importante y / o si puede predecirse, el individuo podrá confrontarlos y adaptarse (Koolhas, et al, 2011, como se citó en Martínez, 2020;62)

De ahí que, la percepción de un estresor variar según los referentes culturales y sociales de cada individuo, de acuerdo con Awé et al., (2016, como se citó en Restrepo, Sánchez & Castañeda, 2020) se conoce que los niveles elevados de estrés estudiantil, repercuten negativamente en el rendimiento escolar y a su vez son señalados como principales estresores: la carga académica, las largas horas de estudio, los exámenes, las calificaciones, el escaso tiempo libre y la dificultad que representa para el estudiante el trabajo en clase, a los que pueden añadirse las nulas o infructuosas técnicas o hábitos de estudio; pero en general para muchos alumnos de los últimos semestres de estudio las preguntas constantes que forman parte de estos estresores son; ¿conseguiré trabajo? ¿tiene

sentido estudiar si los salarios son bajos? ¿podré tener un empleo bien remunerado? ¿vale la pena estudiar tanto? ¿algún día tendré mi propia casa, un vehículo, una familia?

Las respuestas y válvulas de escape de los universitarios

La formación de un perfil universitario compromete a la persona a adoptar conductas y hábitos que le permitan el desarrollo pleno de su personalidad en aras de cumplir cabalmente con el perfil de la carrera universitaria de su elección; con frecuencia los jóvenes se autoimponen estilos de vida y conductas que resultan en hábitos poco saludables y que vulneran su respuesta en los ambientes de aprendizaje: ayunos prolongados, desvelos, ingesta de bebidas altas en cafeína o cocteles energizantes, el deterioro físico que deja la necesidad de trabajar medio tiempo o fines de semana para apoyar en sus gastos personales y/o familiares, el cansancio derivado del cuidado de niños pequeños (especialmente las universitarias que son madres de familia), corrompen el equilibrio y la lucidez con que debieran presentarse en las aulas para estar en condiciones de aprender y desarrollar habilidades para la profesión.

Uno de los grandes referentes que vivimos como sociedad es el periodo de la pandemia SARS-CoV2, que dejó innumerables consecuencias en la sociedad, inevitablemente una de las mermas más significativas fue la vida y la salud de las personas y la perenne preocupación de los efectos a largo plazo que tendrán las vacunas que nos inmunizaron contra esa enfermedad; un rasgo visible fue la afectación a la salud mental de las personas pues muchas se vieron afectadas por sus emociones y respuestas conductuales. Como se observa en la figura 1, esta afectación tuvo consecuencias graves, ya que las muertes por suicidio alcanzaron niveles nunca antes vistos para ciertos grupos etarios. Hasta finales de 2023, la salud mental se volvió una situación prevalente pues los niveles de ansiedad, depresión y ansiedad fueron crecientes entre la población juvenil mexicana.

Figura 1

Principales causas de muerte en jóvenes y adultos jóvenes en México durante el periodo postpandémico.



Nota: Adaptados de “La Salud Mental no se recupera de la pandemia: 2 de cada 10 mexicanos tienen depresión”, por El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/La-salud-mental-no-se-recupera-de-la-pandemia-2-de-cada-10-mexicanos-tienen-depresion-20231120-0014.html>. Copyright 2023 por El Economista

Aunada a esta condición, las exigencias de retomar los estudios que se vieron interrumpidos en su modalidad presencial durante la pandemia generaron mucho estrés en los estudiantes pues varios de ellos habían encontrado cierta tranquilidad al evitar los trayectos y las jornadas cansadas que exigía el presentarse en el aula; aunque muchos otros vieron con cierta benevolencia poder reunirse con sus amigos y reestablecer con cierta normalidad el curso de la vida universitaria.

De acuerdo con el boletín UNAM-DGCS-305 de 2022, el estrés provoca, además de las manifestaciones emocionales derivadas de la depresión y la ansiedad, daños gastrointestinales, alteraciones del sueño, dolor de cabeza, miedo y reacciones conductuales diversas.

La Asociación Psiquiátrica Mexicana, señala que los cambios de conducta juvenil que deben atenderse para funcionar adecuadamente en la convivencia cotidiana, social y académica son:

- Que el joven se encuentre aislado o con pocas o nulas ganas de socializar.
- Que se muestre irritable, poco tolerante o muy triste
- Que deje de hacer las cosas que habitualmente disfrutaba
- Que no quiera comer
- Que muestre baja en el rendimiento académico
- Que inesperadamente de haya vuelto problemático en la escuela (**Rodríguez, 2023, p. 1**)

Además de estas conductas, el consumo de sustancias y el alcohol han permeado y agudizado más este problema social y exacerban algunas manifestaciones destructivas y de violencia que pudieran desencadenar conductas irresponsables, autodestructivas y hasta suicidas.

Aunque no todos los jóvenes reaccionan de la misma forma, los contextos pueden jugar un papel importante en las formas de desarrollar la personalidad y la percepción a los estímulos que la vida académica del universitario forma, las percepciones de optimismo o tristeza con que manejan los fenómenos cotidianos dentro de las instituciones y su experiencia personal en la universidad.

Conociendo a los estudiantes universitarios y sus estresores

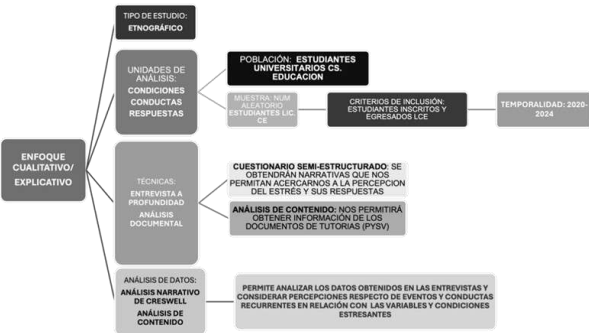
Los objetivos de este trabajo se orientan, en primer lugar, a identificar las condiciones y circunstancias en el ámbito académico que producen en los estudiantes universitarios condiciones de estrés. En segundo lugar, describir las características y respuestas que los alumnos tienen ante una condición de percepción estresante, como resultado de las

tareas motivadas por las labores académicas. Adicionalmente, se busca indagar si solo son situaciones propias del mundo académico las estresantes en los alumnos o existen otras fuera del ámbito académico con mayor predisposición al estrés.

Dado que el estudio se centra en las respuestas y percepciones humanas de un fenómeno particular como es el estrés, la metodología se orientó hacia un enfoque cualitativo de tipo etnográfico. Esto permitió una participación en el campo de investigación que priorizó un registro narrativo del fenómeno del estrés asociado a los estudiantes universitarios, tal como se esquematiza en la figura 2.

Figura 2

Flujo del proceso metodológico en el estudio del Estrés Académico Universitario



Nota: Elaboración propia.

Este fue un trabajo de investigación que comenzó a planearse desde el inicio de la pandemia SARS-CoV-2 porque la observación inicial del programa institucional de tutorías (19 estudiantes asignados a uno de los autores) dejó mucha información relacionada con condiciones de estrés que estaban atravesando los universitarios. Ante ello se sumó un primer avance en la recopilación de información en entrevistas semi-estructuradas a otros 9 estudiantes durante el trayecto de la Unidad de Aprendizaje (UDA) de Trabajo Recepcional I y II en los periodos 2021, 2022 y otros 11 estudiantes de los periodos 2023 y 2024 de la misma unidad de aprendizaje, fueron aportando información que fue tratada mediante los analizadores de narrativa de Cresswell y mediante análisis de contenido.

La Facultad de Ciencias de la Educación es una de las 11 Facultades de la Universidad Autónoma de Tlaxcala; cuenta con una población de 1276 estudiantes y tiene una planta docente integrada por 206 profesores (docentes hora clase, medio tiempo y tiempo completo). Ofrece 4 programas educativos: Ciencias de la Educación, Comunicación e Innovación Educativa, Educación Inicial y Gestión de Instituciones y Maestría en Educación Inicial y Gestión de Instituciones. La muestra se integró conforme a los criterios que se detallan en la tabla 1, la cual especifica los semestres, unidades de aprendizaje y temporalidad de los participantes:

Tabla 1.

Criterios de la integración de la muestra de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación

Muestra	Criterios de inclusión	UDA	Semestre	Temporalidad
19	Estudiantes regulares de Licenciatura en Ciencias de la Educación. UATx.	Asignados por el programa de Tutorías de la UATx.	I,II,III,IV,V,VI,VII y VIII	2020, 2021, 2022, 2023 y 2024
9	Estudiantes regulares de Licenciatura en Ciencias de la Educación. UATx.	Trabajo Recepcional I y II	VII y VIII	Otoño 2021 y Primavera 2022
5	Estudiantes regulares de Licenciatura en Ciencias de la Educación. UATx.	Trabajo Recepcional I y II	VII y VIII	Otoño 2022 y Primavera 2023
11	Estudiantes regulares de Licenciatura en Ciencias de la Educación. UATx.	Trabajo Recepcional I y II	VII y VIII	Otoño 2023 y Primavera 2024

Nota: Elaboración propia

Como se ha mencionado, este trabajo comenzó a diseñarse a partir de las respuestas obtenidas en entrevistas informales realizadas en el marco del Programa Institucional de Tutorías. Este Programa se define como un “acompañamiento y apoyo de carácter docente, basado en una atención personalizada que favorece una mejor comprensión de los problemas que enfrenta el alumno, por parte del profesor en lo que se refiere a su adaptación al ambiente universitario, a las condiciones individuales para un desempeño aceptable durante su formación académica (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES, 2000]).

Este programa fue presentado como parte del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) 2002-2003 como un medio para dar orientación y seguimiento académico a los estudiantes universitarios con la finalidad de impulsar su aprovechamiento, logro de perfil de egreso y eficiencia terminal, además de abatir el rezago y garantizar su permanencia en el programa educativo.

Es así como en la interacción de la relación tutor-tutorado se recogieron las primeras experiencias de los estudiantes con respecto a lo que consideraban una situación o condición estresante. Este programa también trabaja con elementos como el formato llamado Proyecto y Sentido de Vida (PySV) cuyo llenado es manual y permite identificar dimensiones de cómo el estudiante se relaciona en 5 dimensiones: social, laboral, afectiva, cognitiva, física y espiritual o valoral.

En el periodo Primavera 2021, el programa implementó una batería de llenado en el instrumento PySV que contenía los siguientes campos en la dimensión afectivo-emocional, cuyo formato se ejemplifica en la figura 3, que fue un detonante para continuar con el trabajo de obtener información a través de lo que los tutorados fueron respondiendo y llenando en los semestres posteriores y a quienes se les dio seguimiento hasta su egreso.

Otro momento que se aprovechó para obtener información fueron las sesiones de la UDA Trabajo Recepcional I y II, debido a que el trabajo es personalizado e implica que las sesiones de asesorías (4 horas semana/clase) para la construcción del trabajo de tesis requiere atención individual y el seguimiento que se hace no es solo grupal sino que los avances son revisados de forma personal y esto da pauta para indagar de forma semi estructurada las condiciones y respuestas que son objetivo de esta investigación.

Cabe señalar que las asesorías en muchos casos no se limitan al tiempo asignado (4 horas semana/clase) sino que se extienden a sesiones en línea los fines de semana y también a conversaciones por medio de la aplicación de mensajes de texto instantáneo Whatsapp.

Figura 3

Parte del Instrumento Proyecto y Sentido de Vida del Programa Institucional de las Tutorías UATx.



Universidad Autónoma de Tlaxcala
Secretaría Técnica
Departamento de Orientación Educativa
SISTEMA INSTITUCIONAL DE TUTORÍAS
Áreas del desarrollo humano para trabajar Proyecto y Sentido de Vida

Afectivo - Emocional

¿Cómo te sentías antes de la pandemia y cómo te sientes en la actualidad?

En este momento ¿qué te impulsa a seguir adelante?

¿Qué prioridades personales rescatarías en estos tiempos?

¿Las relaciones interpersonales a las que estabas acostumbrada o acostumbrado antes de la pandemia, te afectan emocionalmente?

¿Has desencadenado alguno de los siguientes síntomas derivado del confinamiento por COVID 19?

Marca con una X

DEPRESIÓN	ANSIEDAD	DUELO
• Tristeza • Desesperanza • Preocupación • Aburrimiento • Irritabilidad • Pérdida del sentido de vida • Dolor de cabeza • Alteraciones en el sueño y alimentación	• Sensación de ahogo • Dolor de cabeza • Oposición torácica • Parestias(sensación de picazón en las manos o en los pies) • Alteraciones en la alimentación • Alteraciones en el sueño • Fobias • Pensamientos negativos	• Irritabilidad • Miedo • Enojo • Tristeza • Llanto constante • Cambios de humor • Miedo a morir • Alteraciones en el sueño y alimentación

Nota: Adaptado del Programa Institucional de Tutorías UATx de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Copyright 2021 por UATX.

Se ha establecido que en esta investigación se trabajaron 3 unidades de análisis: las condiciones que promueven el estrés, las conductas de los universitarios y las respuestas ante el estrés, de tal manera que fueron consideradas algunas o todas las siguientes preguntas detonadoras en las entrevistas semi estructuradas, asimismo, estas preguntas solo fueron el eje rector o estructural pues en ocasiones los estudiantes sólo necesitaban una pregunta para desarrollar toda la información sin necesidad de recurrir a las otras detonantes (Tabla 2):

Tabla 2

Unidades de análisis y preguntas detonadoras para entrevista semiestructuradas

Código clave	Unidad de análisis	Preguntas	Criterio de análisis
CE	Condiciones que promueven el estrés	¿Cómo te sientes? ¿Qué te preocupa? ¿Qué tienes que hacer? ¿Por qué te sientes así?	Identificación y conocimiento sobre los detonantes del estrés
CR	Conductas resultantes del estrés	¿Cómo te sientes? ¿Qué te pasó? ¿Cómo lo tomaste?	Percepción sobre las conductas y sentimientos resultantes de los detonantes del estrés
RNE	Respuestas para neutralizar el estrés	¿Cómo lo quieres resolver? ¿Qué piensas hacer? ¿Qué te hace sentir menor? ¿Le contaste a alguien? ¿Por qué?	Acciones resultantes de las decisiones tomadas para contrarrestar el estrés

Nota: Elaboración propia.

Los momentos que se escogieron para trabajar con los estudiantes fueron variados y siempre estuvieron sujetos a la disposición y actitud del estudiante, privilegiando su bienestar y la posibilidad de obtener información se sujetó a lo que ellos pudieran y quisieran compartir.

Análisis de resultados

Las exigencias derivadas del estudio de una carrera universitaria se encuentran permeadas ,además, por las interacciones y condiciones de vida personal, que pueden resultar en acciones detonantes del estrés. El análisis de los registros del Proyecto y Sentido de Vida (PySV) mostró que, de un total de 19 estudiantes, las emociones manifestadas recurrentemente fueron aquellas asociadas al estrés académico y personal. Los resultados específicos, desglosados por año y tipo de manifestación, se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

Frecuencia de manifestaciones de estrés universitario según el Instrumento Proyecto y Sentido de Vida (PySV)

AÑO	EMOCIONES	INCIDENCIA
2021*	Tristeza, preocupación, aburrimiento, pérdida del sentido académico, irritabilidad, pérdida del sentido de vida, dolor recurrente de cabeza, alteraciones de sueño y la alimentación, llanto sin razón aparente, pesadillas recurrentes.	16/19
2021*	Laceraciones	4/19
2021*	Deseos de morir	3/19
2022*	Tristeza, preocupación, aburrimiento, pérdida del sentido académico, irritabilidad, pérdida del sentido de vida, dolor recurrente de cabeza, alteraciones de sueño y la alimentación, llanto sin razón aparente, pesadillas recurrentes.	17/19
2022*	Deseos de morir	5/19
2023	Tristeza, preocupación, aburrimiento, pérdida del sentido académico, irritabilidad, pérdida del sentido de vida, dolor recurrente de cabeza, alteraciones de sueño y la alimentación, llanto sin razón aparente, pesadillas recurrentes.	15/19
2023	Consumo de alcohol	4/19
2023	Deseos de morir	5/19
2024	Tristeza, preocupación, aburrimiento, pérdida del sentido académico, irritabilidad, pérdida del sentido de vida, dolor recurrente de cabeza, alteraciones de sueño y la alimentación, llanto sin razón aparente, pesadillas recurrentes.	13/19
2024	Consumo de alcohol	2/19

Nota: Elaboración propia con base a los datos del Programa Institucional de Tutorías y los estudiantes tutorados asignados. Los años marcados con un asterisco (*) corresponden a periodos en los que las actividades se realizaron en línea y de forma híbrida durante la transición postpandémica de SARS-CoV-2.

Podemos observar en esta tabla que los estudiantes señalaron como emociones recurrentes con mayor incidencia: Tristeza, Preocupación, Aburrimiento, Pérdida del sentido académico, Irritabilidad, Pérdida del sentido de vida, Dolor recurrente de cabeza, Alteraciones de sueño y la alimentación, Llanto sin razón aparente, Pesadillas recurrentes.

Resulta importante que dentro de estas emociones se encuentre la pérdida del sentido académico, misma que se pudo hallar dentro de las entrevistas que se analizarán posteriormente.

Un dato que llama nuestra atención es que las mismas emociones fueron tachadas no solo durante la pandemia sino también durante el proceso académico de vuelta a la normalidad hasta que se recuperó totalmente la confianza en el control de la situación sanitaria (Primavera 2024) que fue el semestre en que egresaron los 19 tutorados.

Esto es indicativo de que la pandemia pudo haber exaltado los sentimientos que siempre estuvieron allí pero que no se fueron con la misma, sino que permanecieron dentro de la vida cotidiana de los estudiantes.

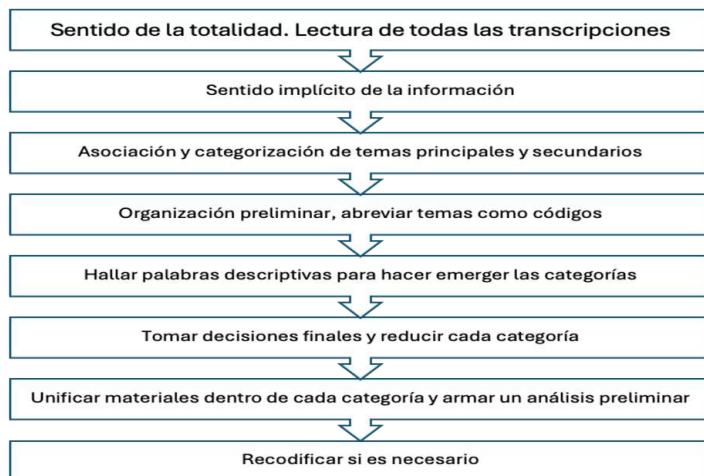
Un dato que puntualizamos es que los reactivos que se añadieron al instrumento SyPV se dejaron de imprimir en los formatos institucionales durante el semestre Primavera 2023; sin embargo, para efectos de esta investigación, los autores pidieron a los estudiantes con fines académicos que siguieran llenando ese apartado.

Los resultados obtenidos de las narrativas fueron también muy importantes, ya que permiten advertir que muchos de los sentimientos aflorados durante la pandemia parecen persistir en la etapa postpandémica, normalizándose e integrándose en la vida cotidiana de los estudiantes.

Para organizar, tratar e interpretar la información obtenida en las entrevistas —y así alcanzar los tres objetivos de esta investigación— se siguieron los analizadores de datos cualitativos propuestos por Creswell (2007), cuyo proceso se ilustra en la figura 4.

Figura 4

Proceso de análisis de datos textuales según Creswell (2007)



Nota: Adaptado de Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches (2a ed.), por J. W. Creswell, 2007, Sage Publications. Copyright 2007 por Sage Publications

Una vez organizada y sistematizada la información, la narrativa obtenida se presenta con los códigos establecidos en el apartado anterior; se añadió la letra (P) a aquellos provenientes de narrativas recabadas durante la pandemia SARS-CoV-2. A continuación, se exponen narrativas emblemáticas que ilustran los principales factores causantes de estrés en los universitarios, seguidas de un análisis de las conductas resultantes y las respuestas neutralizadoras identificadas.

Narrativas sobre condiciones estresantes (CE) durante la pandemia (PCE):

“Lo que más me preocupa es que mi papá se enferme, a mi tío le dio CoVID y falleció, mi papá lo fue a ver el día que lo ingresaron al hospital y se deprimió mucho pus (sic) no pudo volver a ver a su hermano, a mis otros tíos igual les pegó lo de mi tío pero mi papá era el más cercano a él, ¿qué vamos a hacer si le pasa algo?, mi mamá no trabaja, bueno si pero aquí en la casa nos atiende y mi papá es quien trae el gasto, estoy muy preocupada” (PCE).

“Profe, no me he podido conectar porque mire, me da pena pero es que no tengo internet y mi mamá no ha vendido, lo poco que tenemos es para medio ir comiendo o de plano nos vamos con mi tía, no me repruebe, déjeme tarea o un trabajo y se la mando por correo” (PCE).

“Es que si me da no se qué, siempre soñé con tener mi fiesta de graduación y mire, no por mí, pero a mis papás les daba mucha ilusión, y luego nosotros profe, ya ni nos vimos, según nuestra graduación en línea bien feo, no era como yo pensé, ni para reunirme con mis amigas para comer en un lugar bonito y festejar o algo porque todo está cerrado, si me desmotiva” (PCE).

“Yo sé que usted me entiende, profe, pero mire, hay otros profesores que a fuerza quieren que estemos las dos horas con la cámara prendida...tenemos una computadora y

somos mi hermana y yo. Mi mamá tiene la suya pero trabaja a la misma hora que nosotros tenemos clase y un día mi hermana y otro día yo, luego para colmo no hay buena señal en la casa, me voy al patio o a la entrada de plano y los profesores no entienden, tengo miedo de bajar de calificación” (PCE).

Análisis: Observamos que las condiciones que promueven sentimientos de miedo, ansiedad, tristeza y estrés están ligados a expectativas respecto de las que no se pudieron cumplir, una suerte de sueños no cristalizados y que permeados, por el sentimiento global del miedo que se vivió en la pandemia, fueron impulsores de sentimientos negativos, mientras unas respuestas fueron en el sentido de una aparente pérdida (familiar, de un sueño compartido, de los ingresos o de una baja calificación) todos se distinguieron por un dejo de tristeza y lamento, además de una fuerte preocupación por el futuro incierto. Todas estas narrativas se caracterizan por un marcado tono de tristeza, lamento y preocupación por un futuro incierto.

Narrativas sobre condiciones estresantes (CE) en la postpandemia:

“Ay profe, está fatal, unos choferes si nos dan chance, pero otros no dejan que vengamos parados en las camionetas, ayer llegué tarde con el maestro F.... todo porque se me olvidó el cubrebocas, y sin él no me dejan subir a la combi, una vez se subió una chava y le venían diciendo de cosas, no la dejaron en paz hasta que se bajó, pobre y yo tengo que tomar 3 combis, mejor hubiéramos seguido en línea” (CE).

“No profesora, la busqué porque no sé como decirle, que me quiero dar de baja, hay veces que no tenemos ni para los pasajes, luego la profesora de (se omite nombre de la unidad de aprendizaje) nos pide y nos pide cosas, yo se que es en equipo (llora) pero todas tenemos que cooperar para sus actividades y yo no tengo para darles a ellas” (CE).

“Ay maestra como le dije la otra vez yo no sé que hacer, desde que mi hermano se enfermó todo se vino abajo, a mi ni caso me hacen, sólo me preguntan de mi otra hermana porque yo la cuido y hago el quehacer, pero todo mundo está siempre pendiente de mi hermano, luego pa (sic) acabarla mis papás se pelean entre ellos y luego ellos contra mis abuelos y mis tíos, vivir en mi casa es horrible, yo hasta quisiera estar en lugar de mi hermano” (CE).

“¿Y cuánto cuesta la titulación profe?, no invente, no tengo ese dinero, si ni trabajo y mis papás a duras penas me dan para los pasajes, y tomo varios porque mi servicio social está hasta el otro lado, tomo varias combis, y mi jefa de servicio, que ni es la mera mera, está bien loca hay veces en que no hay nada que hacer y le avanzo a mis tareas y me regaña ¿no un día hasta me puso a trapear y jalar cajas? Y de ahí se la agarró, porque el señor del aseo no lo hace bien, me agarró de su mesa y diario a barrer, a trapear, a acomodar cosas, si ni en mi casa. Acabo bien cansada, me llevo mis trastes con comida, pero luego me los termino en el desayuno y luego a la escuela con

hambre. A veces mis amigas me invitan y otras me aguanto hasta la noche en mi casa, pero llego bien cansada y ¿qué tarea? Empiezo a hacerla y me da sueño” (CE).

“Qué chistoso, cuando entré a la carrera me andaba por avanzar y terminar, pero ahora ya no quiero terminar, ¿qué voy a hacer?, no hay trabajo, bueno si pero mal pagados y explotados, me dijeron unos compas que en las particulares (se refiere a escuelas de educación básica de nivel primaria privadas) les dan tres mil cuatrocientos pesos a la quincena y el horario es de siete y media de la mañana a cuatro de la tarde, póngale que son cuarenta horas a la semana, ochenta a la quincena y si le divide son cuarenta y dos pesos la hora, no manche, mejor me voy de botarga del Simi, por lo menos me divierto y no tengo que llegar a calificar, planear y hacer guardias” (CE).

Análisis: Podemos advertir que las condiciones estresantes (CE) de la vida normal son diferentes a las de la etapa de la pandemia, sin embargo los niveles de estrés se mantienen y aluden a una serie de factores referentes al futuro incierto también y a factores específicos de la vida universitaria, por economía de espacio hubo otras narrativas que no fueron consideradas pero cuyas dimensiones se representan en las narrativas presentadas.

Conductas resultantes del estrés (CR):

Con respecto a las conductas estresantes resultado de esas condiciones podemos rescatar que las narrativas arrojaron los siguientes estados:

“Si, si tengo miedo, hasta sueño cosas” (PCR)

“Pues me canso, pero cuando llega mi familia exploto y me enojo” (PCR)

“Mi forma de reaccionar es durmiendo, así lloro y me duermo para que se me olvide” (CR)

“Estoy preocupada” (CR).

“Estoy harta, me duele la cabeza todo el día” (CR).

“No puedo dormir en las noches y en el día siempre tengo sueño” (CR).

“Me quiero morir, profe” (CR).

“Todo el tiempo estoy cansada” (CR).

“Pues es que es como ansiedad, estrés, pero creo que es más miedo” (CR).

Análisis: La lectura que nos dan estas respuestas es de un sentimiento prevalente asociado al estrés y que en casos severos llega a la depresión y al deseo de morir, como resultado de las condiciones descirtas anteriormente, la familia, la escuela y las demandas de la vida universitaria permean a nivel de las emociones y ellos tienen respuestas para sobrellevar estas emociones:

Respuestas para neutralizar el estrés (RNE):

“No me quedó de otra que hacer videollamadas, mi papá luego me daba cien pesos para mis datos y a veces con eso me conectaba a clase y nos quedábamos un rato platicando, no es mucho y ya de plano hubo un momento en que sí nos reunimos” (PRNE).

“Pues de las tareas y trabajos creo que no me estreso tanto porque soy muy confiado, no me pregunte cómo, pero lo resuelvo, y no copio y pego ¡eh! Como que siento que tengo la capacidad para resolverlo y aunque eche la hueva unos días me recupero y trabajo” (PRNE).

“Pues ahí ando en el TikTok o en el Face de chismosa, me gusta poner música y tengo mi grupo de WhatsApp con las amigas para echar chisme” (PRNE).

“Me gusta cuando llega mi mamá y comemos todos, en lo que se baña, calentamos la comida y las tortillas, para que nos cuente del mundo real (se ríe) aunque luego nos cuenta cosas tristes de que ve ambulancias y carrozas, pero estamos todos y comemos y se nos olvida lo de afuera” (PRNE).

“Me gusta platicar con mi novio, él y mi hermana son mis confidentes, les tengo mucha confianza, a veces vemos películas y nos compramos unas papas y la pasamos bien” (RNE).

“Yo sé que puedo estar de baquetona toda la vida en casa de mis papás y no pasa nada, pero ya no me gusta pedirles dinero, aunque sea de maestra explotada me voy a ir a trabajar, de ahí saldrá algo más pues uno se va conectando, por eso debemos hacerlo bien, para que nos llamen a trabajar a otros lados mejor pagados, porque si te ven todo menso y flojo pues no vas a pasar de ahí” (RNE).

“A mi me gusta hacer ejercicio, no sé, podré estar cansado pero me pongo a correr o cuando puedo voy al gimnasio y es como magia, ahí se me va todo el coraje, el miedo y el estrés del día, llego a comer y duermo como bebé, cuando hay mucha tarea ni modo, no voy pero otros días si aprovecho” (RNE)

“No me importa lo que digan, yo sí salgo a echarme mi desestrés cuando se puede, nos vamos con los amigos, ¿qué tiene de malo? No estoy casado, ni tengo hijos, también juego fútbol los sábados, me gusta mucho porque voy con mis primos y mis vecinos, está chido profe, saca uno el estrés” (RNE)

Análisis: Este último grupo de narrativas asociadas a las respuestas neutralizadoras ante el estrés nos confirman que para los universitarios es muy importante el grupo de apoyo y la proximidad que puedan tener con su familia, con sus amigos y con sus parejas, también resalta el hecho de crear y promover autoconfianza pues como podemos advertir muchos de ellos se sienten capaces de cumplir con las tareas y deberes que implica la vida universitaria y laboral, pero asumen que es necesario

trabajar y crear disciplina para acceder a buenas calificaciones o a mejores oportunidades de empleo, por otra parte es importante que algunos de ellos destacan el papel que jugaron las redes sociales para acercarlos a sus amigos, parejas y compañeros en tiempos de pandemia y el deporte o la activación física como una manera de disminuir el estrés, otras acciones recayeron en el consumo de alcohol y en escuchar música, dibujar y dormir.

Reflexiones finales

Es cierto que durante la Pandemia SARS-CoV2 a nivel global experimentamos cambios importantes que afectaron nuestra forma de relacionarnos socialmente, prueba de ello es la importancia que adquirieron los medios digitales en prácticas educativas, económicas y de entretenimiento, surgiendo algunas nuevas modalidades de relaciones sociales como los picos que alcanzaron a nivel global las plataformas de entretenimiento (streaming) y el comercio (Temu, Amazon, Mercado Libre, y las aplicaciones locales por citar algunos) pero dentro de este posicionamiento social fue evidente que los jóvenes universitarios manejaron con sus recursos emocionales y personales este momento incierto; las consideraciones emocionales que ellos manifestaron durante la pandemia se encontraban asociadas al sentimiento de pérdida personal (familia, pareja, amigos), al sentimiento de culpa por no poder cumplir cabalmente con los requerimientos de la escolarización en línea y a la incertidumbre por recuperar su vida como ello la vivían; sin embargo gestionaron como mejor pudieron esas emociones a través del contacto con el círculo de apoyo (padres, hermanos, tíos, amigos y pareja), si bien la proximidad se daba en el plano virtual, para ellos fue muy importante mantenerse en contacto con lo que ellos consideraban el “mundo real” a través de plataformas de mensajería instantánea (Whatsapp y Telegram), en este sentido con las narrativas obtenidas es posible visibilizar que para ellos la jerarquía de emociones estaba relacionada directamente con la familia y su integridad y con el círculo primario de apoyo, secundado por las exigencias de la vida universitaria que los condicionó por el momento que se vivía, a una modalidad virtual.

Con el regreso a la normalidad, el estrés y las emociones fueron expuestos a un nuevo condicionamiento, derivado de los efectos de la pandemia y por otra parte, asociados a la nueva realidad, el transporte, las exigencias académicas y la falta de recursos económicos como resultado de una situación económica y laboral que se padeció a nivel global. Hubo una condición particular que viven los estudiantes próximos a egresar y que visibiliza con mayor medida esta situación: la realización de la tesis, los gastos de titulación y la incertidumbre por no saber si encontrarán un empleo en el corto plazo después del egreso o si tendrán alguna oportunidad para tener un ingreso y no depender más de los padres.

Como se puede observar, el acto de establecer un eje de análisis para categorizar las emociones es fundamental y en esta propuesta, generar los códigos de los tiempos y condiciones nos permitieron comprender que las emociones de

los universitarios si bien constantemente se ven afectadas por el entorno, muchas veces no son reconocidas ni tratadas profesionalmente, en algunos casos por falta de tiempo, de recursos o porque no lo consideran necesario, sin embargo muchas de estas emociones generan efectos físicos (alteración de los ciclos de sueño, hambre, metabolismo y bienestar o malestar en general) y la forma general de tratamiento al que acuden los universitarios son benéficos como el deporte o relajarse mediante la música o el entretenimiento, no siempre son respuestas duraderas a problemas severos como la depresión o un inminente intento de suicidio.

El compromiso de este trabajo es contribuir a visibilizar esta serie de conductas y la manera en que los adultos nos hemos apropiado de una nueva cotidianidad que, como señala Han, es muy tendiente a la autoexplotación, rebasando todo sentido de compasión y contemplamiento al tiempo y a la vida. De forma importante, generar mecanismos que han sido abordados por los jóvenes han contribuido a mejorar sus estados de ánimo, y aun cuando quedaron fuera de este trabajo, de forma coloquial y al margen de la sistematización de la información obtenida para este trabajo, se comentaron algunos mecanismos de freno para los sentimientos de agobio que les asaltaban, en algunos estudiantes supuso el sencillo acto de "relatar" o contar a alguna persona de su círculo cercano de apoyo sus sentimientos, en algunos otros casos la solución neutralizadora fue escuchar música y en algunos fue el deporte. Si bien repetimos, esta obtención de información se manifestó de forma extraoficial; supone una información que dota de importancia la respuesta que buscan los estudiantes al sentirse acorralados y presos de sentimientos negativos.

. Referencias

- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES]. (2000). Programas Institucionales de Tutoría. Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior. Colección Biblioteca de la Educación Superior. ANUIES.
- Boletín UNAM-DGCS-305. (2022). Los mexicanos, los más estresados en el mundo. Dirección General de Comunicación Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Calzadilla Pérez, Oscar Ovidio. (2022). Bases neuroeducativas del estrés y su relación con el rendimiento académico. *EduSol*, 22(79), 208-221. Epub 20 de abril de 2022. Recuperado en 21 de septiembre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-80912022000200208&lng=es&tlng=es
- Cerda Molina, A. L.; Martínez-Mota, L.; Borraz León, J. & Páez Martínez, N.(2020). Exposición a la violencia y sus implicaciones en la regulación neuroendocrina del eje del estrés. En Fuentes de Iturbide Patricia, et al. *Violencia y salud mental: perspectivas desde la neurociencia, la clínica y la salud pública*. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Creswell, J. (1994). *Métodos mixtos de investigación cuantitativa y cualitativa*. Sage Publications.

- Gómez, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 37(1): 207–209.
- Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Martínez, E. & Díaz, D. (2007). Una aproximación social al estrés escolar. *Revista de investigación pedagógica*. Universidad de La Rioja, 10 (2): 11–12.
- Martínez, L. (2020). Impacto del maltrato infantil en el desarrollo de psicopatología o resiliencia. En Fuentes de Iturbide Patricia, et al. *Violencia y salud mental: perspectivas desde la neurociencia, la clínica y la salud pública*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Restrepo, J., Sánchez, O. & Castañeda, T. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Psicoespacios*, 14(24): 23–47, DOI: [10.25057/21452776.1331](https://doi.org/10.25057/21452776.1331)
- Rodríguez, P. (2023). Pandemia detonó depresión, ansiedad y estrés entre jóvenes. *Excelsior digital*. URL: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/pandemia-detono-depresion-ansiedad-y-estres-entre-jovenes/1569894>



Experiencias universitarias desde la perspectiva de mujeres autistas con diagnóstico tardío: Un estudio mixto.

Alicia Jimena Díaz Castillo.
Psicóloga clínica-educativa
<https://orcid.org/0009-0006-5485-7984>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Díaz Castillo, A. J. Experiencias universitarias desde la perspectiva de mujeres autistas con diagnóstico tardío: Un estudio mixto. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.31>

Resumen: Esta investigación analiza el impacto del diagnóstico tardío en la experiencia universitaria de mujeres autistas en Hispanoamérica. Se empleó un enfoque mixto con diseño anidado, en el que se priorizó el análisis cualitativo mediante el Análisis Temático Reflexivo (ATR), complementado con un análisis descriptivo de datos cuantitativos. Los hallazgos evidencian que, aunque muchos profesionales de la salud mental conocen los criterios diagnósticos del autismo, persiste una falta de actualización respecto al sesgo de género, lo que dificulta la identificación del autismo en mujeres y retrasa el acceso a un diagnóstico oportuno. Esta omisión repercute directamente en la experiencia universitaria de mujeres autistas, al limitar el acceso a ajustes académicos, apoyos institucionales y el reconocimiento de sus necesidades específicas. En consecuencia, muchas se enfrentan a entornos poco accesibles y escasa comprensión por parte de las instituciones educativas. Esta situación refuerza prácticas pedagógicas excluyentes, estigmas y expresiones de violencia institucional que afectan tanto su bienestar como su permanencia universitaria. Las participantes señalaron diversos obstáculos relacionados con el diseño de los espacios y las dinámicas educativas, lo que dificultó significativamente su trayectoria académica.

Palabras clave: autismo en mujeres, diagnóstico tardío, educación superior, educación inclusiva.

Abstract: This research analyzes the impact of late diagnosis on the college experience of autistic women in Latin America and Spain. A mixed approach with a nested design was used, in which priority was given to qualitative analysis using Reflective Thematic Analysis (RTA), complemented by a descriptive analysis of quantitative data. The findings show that, although many mental health professionals are aware of the diagnostic criteria for autism, there is still a lack of understanding regarding gender bias, which hinders the identification of autism in women and delays access to a timely diagnosis. This omission has a direct impact on the college experience of autistic women by limiting access to academic accommodations, institutional supports, and recognition of their specific needs. Consequently, many face inaccessible environments and little understanding on the part of institutions. This situation reinforces exclusionary pedagogical practices, stigmas, and expressions of institutional violence that affect both their well-being and their permanence at university. The participants identified several obstacles in the design of educational spaces and dynamics that significantly hindered their academic trajectory.

Keywords: Autism in women; Late diagnosis; Higher Education; Inclusive education.

Fecha de recepción V1: 03/04/2025 Fecha de recepción V2: 18/07/2025 Fecha de aceptación: 19/09/2025

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

La quinta edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5-TR) define el autismo como una condición del neurodesarrollo caracterizada por desafíos en la comunicación, la interacción social y patrones de comportamiento repetitivos o restringidos (**American Psychiatric Association, 2022**). Aunque estos criterios diagnósticos son ampliamente conocidos por los profesionales de la salud mental, estos se derivan de investigaciones centradas en muestras masculinas o en mujeres con deterioro cognitivo o del lenguaje (**Carbajal et al., 2021; Rynkiewicz et al. 2019**), limitando su capacidad para reconocer adecuadamente las manifestaciones del autismo en las mujeres. Esto se debe a que las expectativas y comportamientos sociales, influenciados por los roles de género, afectan la expresión y percepción de ciertos rasgos, dificultando su identificación clínica (**Carbajal et al., 2021**). Como resultado, mientras que el autismo se diagnostica más frecuentemente en varones, en las mujeres a menudo pasa desapercibido debido a estrategias de enmascaramiento (*masking*) o imitación de conductas socialmente esperadas (**Lai & Baron-Cohen, 2015**). Además, los profesionales de la salud suelen mostrar reticencias para considerar el autismo como posibilidad diagnóstica, priorizando otras explicaciones clínicas debido a la falta de actualización en cómo se pueden percibir los rasgos autistas en las mujeres (**Zener, 2019**). Esta situación dificulta el acceso a un diagnóstico oportuno y, en consecuencia, incrementa la vulnerabilidad y dependencia en la adultez (**Reaño, 2022**).

En este contexto, el acceso a la educación superior constituye un reto significativo para la población autista, especialmente para las mujeres con diagnóstico tardío (**Dwyer et al., 2023; Hamdami et al., 2023**). Investigaciones previas han señalado que el modelo educativo tradicional presenta barreras sustanciales para este grupo, ya que enfrentan mayores desafíos de adaptación, sociales y académicos (**McLeod et al., 2019; Dwyer et al., 2023**). Estas dificultades pueden no siempre ser evidentes ya que muchas personas autistas se adaptan al sistema académico mediante el uso de estrategias compensatorias, sin embargo, estas pueden afectar significativamente su bienestar físico y mental (**Accardo, 2019; Jenks et al., 2023**). En algunos casos, la falta de ajustes puede resultar en un desempeño académico deficiente, lo que puede llevar a que se les perciba como malos estudiantes, a pesar de que los problemas subyacentes están relacionados con la diferencia neurobiológica y el modelo educativo tradicional (**Jones et al., 2023**). Como resultado, experimentan niveles más altos de ansiedad y depresión que sus pares neurotípicos, además de ser más vulnerables a distintos tipos de acoso, aumentando el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales y de manifestar comportamientos suicidas (**Cassidy et al., 2020; McLeod et al., 2019**). La falta de un diagnóstico temprano impide la identificación de sus necesidades, limitando la implementación de ajustes en el entorno que podrían mejorar significativamente su calidad de vida, lo que incluye su experiencia universitaria (**Sille et al., 2019; Dwyer et al., 2023**).

Por tanto, el diagnóstico tardío en mujeres autistas repercute directamente en su experiencia universitaria, al limitar el acceso oportuno a ajustes que favorezcan su bienestar dentro del sistema educativo (**McLeod et al., 2019; Dwyer et al., 2023**). Esta situación no solo impacta negativamente su salud física y mental, sino que también incrementa el riesgo de deserción académica (**Accardo et al., 2019; Sille et al., 2022**). A largo plazo, esto puede limitar su autonomía en la adultez y aumentar su vulnerabilidad frente a diversas formas de violencia y abuso (**Carbajal et al., 2021; Driver & Chester, 2021; Reaño, 2022**). Esta realidad pone de manifiesto la necesidad urgente de implementar políticas inclusivas que garanticen un entorno educativo seguro, accesible y equitativo para las personas autistas, especialmente para las mujeres.

Metodología

La investigación adoptó un enfoque metodológico mixto con un diseño anidado (**Leavy, 2017**), en el cual el componente cualitativo tuvo un rol central mediante el uso del Análisis Temático Reflexivo (ATR) como estrategia principal. Este enfoque permite identificar categorías temáticas significativas vinculadas al fenómeno de estudio (**Braun et al., 2020; Braun & Clarke, 2022a**). El componente cuantitativo, de carácter descriptivo, se incorporó de manera complementaria para integrar y respaldar los hallazgos cualitativos, ampliando así la comprensión del fenómeno de estudio. Esta combinación metodológica resultó especialmente pertinente para explorar en profundidad las experiencias universitarias de mujeres autistas con diagnóstico tardío, al facilitar la identificación tanto de aspectos individuales como de patrones comunes en esta población.

La muestra estuvo conformada por 100 mujeres autistas de Hispanoamérica, mayores de 18 años, con diagnóstico formal dentro del espectro autista y al menos tres semestres universitarios consecutivos cursados. Se incluyeron tanto estudiantes activas como egresadas, excluyéndose a quienes abandonaron sus estudios por motivos vocacionales o económicos.

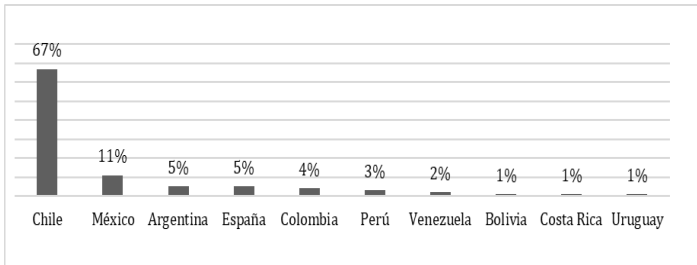
La recolección de datos se realizó mediante una encuesta cualitativa (ver Anexo A) con preguntas abiertas y cerradas, orientadas a indagar el proceso y la aceptación del diagnóstico, su impacto en la experiencia universitaria, los desafíos académicos, sociales y emocionales. Esta modalidad permitió recopilar información detallada de forma anónima, reduciendo el riesgo de enmascaramiento y favoreciendo respuestas más genuinas (**Braun et al., 2020; Braun & Clarke, 2020**), lo que la convierte en una estrategia pertinente para explorar experiencias sensibles en esta población.

Resultados

Uno de los hallazgos más relevantes fue que la mayoría de las participantes residían en Chile, país que agrupó el 67 % del total de la muestra, tal como se puede observar en la figura 1.

Figura 1

Distribución del perfil académico de las participantes .

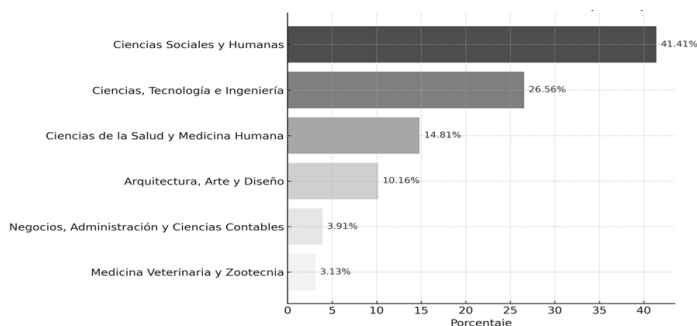


Nota: El gráfico representa el país de residencia autorreportada por las participantes en el momento del estudio. Chile encontró el mayor porcentaje de la muestra. Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

La figura 2 ilustra de manera integral la situación académica de las participantes. Los datos revelan que el 53 % de las participantes ha culminado su carrera universitaria, mientras que el 47 % se encuentra actualmente en formación. En cuanto al nivel académico alcanzado, el 38 % cuenta con estudios de pregrado y el 9 % con estudios de posgrado. En relación con las áreas de estudio, las ciencias sociales y humanas fueron las más representadas, con un 41,41 % del total. Dentro de esta categoría, destacaron las carreras de educación y pedagogía (14,06 %) y psicología (13,28 %).

Figura 2

Distribución del perfil académico de las participantes



Nota: El perfil académico incluye situación de formación (culminada/en curso), nivel máximo de estudios alcanzado y área de formación profesional. Los porcentajes de situación o nivel no son excluyentes. Los datos se presentan en frecuencias relativas (porcentajes). Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

El análisis cualitativo permitió identificar tres ejes temáticos que articulan aspectos centrales de la experiencia universitaria en esta población: el proceso y la aceptación del diagnóstico y su impacto en la trayectoria académica; las barreras estructurales presentes en el entorno universitario; y las recomendaciones propuestas por las propias participantes a partir de su vivencia.

La integración de datos cualitativos y cuantitativos no solo fortaleció la triangulación de los hallazgos, sino que también amplió la comprensión del fenómeno, al combinar evidencia estadística con las perspectivas subjetivas expresadas en primera persona.

Proceso y aceptación del diagnóstico tardío

En relación con la edad de diagnóstico, el 96 % de las participantes fue diagnosticado en la adultez, con una edad promedio de 29 años, mientras que solo el 4 % fue diagnosticado durante la adolescencia. No obstante, el diagnóstico en la adolescencia también se considera tardío, ya que los rasgos autistas pueden observarse desde el primer año de vida y suele diagnosticarse entre los cuatro y seis años.

Otro aspecto relevante es que muchas participantes reportaron haber tenido experiencias negativas con los profesionales de la salud mental, lo que generó desconfianza hacia los especialistas. Estas experiencias se vinculan con el desconocimiento o la falta de actualización sobre el impacto de los roles de género en la identificación de los rasgos autistas en las mujeres por parte de los profesionales. Como señaló una participante: “[...] No sabían de autismo y me trataron por otros diagnósticos; fue iatrogénico; aún desconfío de la mayoría de los especialistas” (N36). Aunque algunas ya sospechaban encontrarse dentro del espectro, indicaron que sus inquietudes fueron minimizadas o descartadas por sesgos de género y estereotipos clínicos. Una de ellas relató: “Ninguna de las cuatro psicólogas que tuve sospeché de autismo; cuando mencioné mis problemas sensoriales y de adaptación, no les dieron importancia” (N108).

Como resultado de estas experiencias, muchas participantes recibieron diagnósticos erróneos. Una de ellas relató: “Me diagnosticaron con trastorno límite de la personalidad (TLP), pero al investigar más, me di cuenta de que era autista” (N64). Este patrón se refleja de manera consistente en los resultados del estudio, ya que el 62 % de las participantes indicó haber recibido al menos un diagnóstico incorrecto antes de obtener el diagnóstico definitivo de autismo, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Porcentaje de diagnósticos erróneos recibidos previo al Diagnóstico de Autismo

Tipo de diagnóstico	Porcentaje
Trastorno depresivo recurrente	22,88%
Trastorno de ansiedad generalizada	21,19%
Trastorno bipolar	12,71%
Trastorno límite de la personalidad	11,85%
Trastorno adaptativo	4,24%
Trastorno de ansiedad social	4,24%
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	3,39%
Trastorno de pánico	3,39%
Trastorno obsesivo compulsivo	3,39%
Trastorno depresivo mayor	2,54%
Trastorno por somatización	2,54%
Esquizofrenia	1,69%
Trastorno de identidad disociativo	1,69%
Trastorno narcisista de la personalidad	1,69%
Epilepsia	0,85%
Trastorno de estrés posttraumático	0,85%
Trastorno de estrés posttraumático complejo	0,85%
Trastorno afectivo estacional	0,85%
Trastorno facticio	0,85%
Trastorno opositorista desafiante	0,85%

Nota: Los porcentajes no suman 100 % debido a que el 62 % de las participantes reportó haber recibido al menos un diagnóstico incorrecto y muchas reportaron múltiples. Los datos se presentan en orden descendente. Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

En esa misma línea, el 66 % de las participantes reportó alguna comorbilidad en salud mental. Como se detalla en la tabla 2, los más frecuentes son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (47 %), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (10 %) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (3 %). Estos diagnósticos se vinculan al desgaste por el enmascaramiento y a la falta de ajustes del entorno, como señaló una participante: “Tengo muchas patologías mentales, no tengo ganas de vivir y sufro colapsos frecuentes por enmascarar demasiado en mi trabajo y en mi casa” (N26).

Tabla 2
Porcentaje de comorbididades en Salud Mental Reportadas

Comorbididades	Porcentaje
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	47%
Altas capacidades	12%
Trastorno de ansiedad generalizada	10%
Trastorno de estrés postraumático	3%
Trastorno de estrés postraumático complejo	3%
Trastorno depresivo recurrente	3%
Trastorno obsesivo compulsivo	3%
Discalculia	3%
Síndrome de Ehlers-Danlos	3%
Dislexia	2%
Trastorno límite de la personalidad	2%
Trastorno bipolar	1%
Trastorno de ansiedad social	1%
Trastorno de identidad disociativa no especificada	1%
Trastorno de pánico	1%
Trastorno de la conducta alimentaria	1%
Trastorno de selectividad alimentaria	1%
Trastorno del procesamiento auditivo	1%
Disautonomía	1%
Fibromialgia	1%

Nota: El porcentaje total excede 100 % debido a que las participantes podían reportar múltiples comorbididades. La tabla incluye tanto condiciones de salud mental como de neurodivergencias y condiciones físicas relacionadas. Los datos se presentan en orden descendente de frecuencia. Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

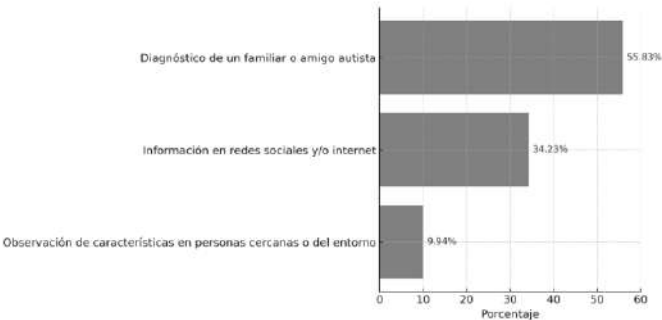
A su vez, un 5 % reportó condiciones físicas asociadas al autismo. Estos hallazgos evidencian que la ausencia de un diagnóstico oportuno no solo derivó en intervenciones clínicas inadecuadas, sino que también dificultó la identificación de afecciones físicas vinculadas al espectro autista, como el síndrome de Ehlers-Danlos o la disautonomía, cuya prevalencia es significativamente mayor en personas autistas. Esta falta de reconocimiento clínico invisibiliza sus necesidades reales e incrementa el malestar físico y psicológico. Estos resultados subrayan la necesidad de evaluaciones diagnósticas con perspectiva de género, que permitan una identificación más precisa del autismo en mujeres y un abordaje clínico integral y ajustado a sus características.

Cabe destacar que un 12 % de las participantes indicó presentar altas capacidades (AACC). Si bien esta condición no

se considera una comorbilidad per se, también implica necesidades específicas de ajustes educativos y en el entorno, que en muchos casos no fueron reconocidos ni atendidos adecuadamente.

En consonancia con lo anterior, ante la falta de explicaciones claras para su malestar, muchas mujeres inician un proceso de autorreconocimiento como paso previo a solicitar una evaluación formal que les permita comprender su experiencia. Como se presenta en la figura 3, la vía más frecuente de este reconocimiento fue la identificación de características propias tras el diagnóstico de un familiar cercano, lo que representó el 55,83 % de las participantes. Como relató una de ellas: “Diagnosticaron a mi hija a los seis años y vi que yo me parecía mucho a ella” (N61). En algunos casos, este proceso fue motivado por la sugerencia de un profesional durante la atención a un familiar: “La psiquiatra de mi hija autista me lo mencionó y luego me evaluaron” (N82).

Figura 3
Distribución de las vías de autorreconocimiento de rasgos autistas previo al diagnóstico formal.



Nota: Se presentan los porcentajes de participantes que identificaron cada vía como la principal en su proceso de autorreconocimiento. La categoría “Diagnóstico de un familiar” incluye tanto la identificación por iniciativa propia como la sugerencia por parte de un profesional durante la atención familiar. Los porcentajes se calculan sobre el total de las respuestas válidas. Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

Otra vía relevante fue el acceso a contenidos y testimonios compartidos en redes sociales, donde el 34,23 % de las participantes reconoció en sí mismas rasgos del espectro autista. Una de ellas expresó: “No comprendía las situaciones y normas sociales, tenía necesidad de pasar tiempos prolongados sola y sin hablar, tendía a disociarme para funcionar y luego sentía un agotamiento severo [...]” (N89). Estas experiencias reflejan cómo, al no ajustarse a los estereotipos clínicos tradicionales influidos por el sesgo de género, muchas mujeres inician un proceso de autorreconocimiento al verse reflejadas en otras personas, ya sea a través de vínculos familiares o relatos de terceros.

Este reconocimiento temprano suele anteceder a una evaluación formal, permitiendo resignificar su propia historia.

Así mismo, los testimonios de las participantes reflejan que el diagnóstico tardío tuvo un impacto significativo en su calidad de vida. Muchas lo describieron como un evento desafiante y transformador. Como expresó una de las participantes, "Ha sido duro comprender que he estado viviendo con una discapacidad invisible, sin darme las adecuaciones necesarias, forzándome a encajar, ignorando las señales de mi cuerpo, invalidándome constantemente" (N86). A pesar de las dificultades, el diagnóstico les permitió resignificar su historia personal y comprender su experiencia desde una nueva perspectiva. Un ejemplo claro de este proceso lo ofrece la participante N99, quien relató:

"Me sentí aliviada de encontrar la respuesta después de tanto tiempo sin saber el porqué de mis conductas, reacciones emocionales y sensoriales. Pero también abrí una caja de Pandora; ha sido doloroso en muchos sentidos dejar atrás a esa persona que sobrevivía haciendo *masking* y llevaba al límite su salud mental al no tener un marco de referencia de sí misma. [...] Ahora tengo más conciencia de mí misma y mis límites emocionales, físicos y sensoriales. Ha sido complejo vivir un diagnóstico tardío de autismo porque se experimenta con mucha discriminación e ignorancia por parte de los demás".

A su vez, las participantes señalaron que, tras recibir el diagnóstico formal, pudieron identificar mejor sus necesidades y aplicar ajustes que mejoraron significativamente su calidad de vida. Como indicó una participante: "Ahora sé qué me pasa y estoy yendo a terapia para encontrar estrategias compensatorias que me ayuden a sobrellevar mi día a día, y eso me ha ayudado muchísimo" (N87). La mayoría recibió apoyo psicológico tras el diagnóstico, lo que les permitió sentirse validadas y aprender a afrontar diversas situaciones: "Me ayudó a comprender aspectos de mí misma que antes cuestionaba. También me permite entender mejor algunas situaciones sociales y cómo afrontarlas". (N20). Por otro lado, algunas participantes mencionaron que, aunque el acompañamiento psicológico no fue especializado en autismo, este les permitió lidiar con otras dificultades: "Muchas herramientas no me resultaban útiles, pero otras sí me ayudaron a afrontar los sentimientos de no encajar" (N89).

Sin embargo, algunas participantes señalaron que, pese a contar con un diagnóstico formal y haber buscado apoyo psicológico, fueron invalidadas por los profesionales que las atendieron. Una participante relató: "Mi psicóloga actual no cree que sea autista, aunque tengo diagnóstico oficial y credencial de discapacidad" (N24). Otra comentó: "Le conté a la psicóloga, porque además creía tener alexitimia. No me tomó en serio, me cuestionó y lo dejó de lado; siempre me sentía invalidada en ese espacio" (N48). Estas experiencias evidencian la falta de actualización clínica y cómo el sesgo de género en los criterios diagnósticos en el autismo puede generar diagnósticos erróneos, intervenciones inadecuadas y la pérdida de confianza en los profesionales de la salud mental.

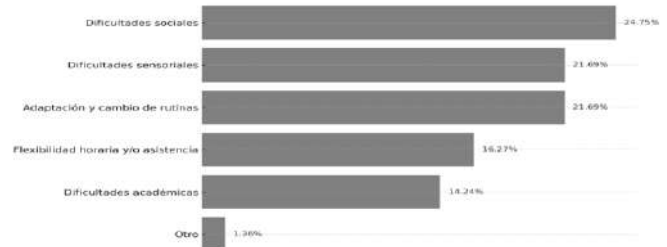
Experiencia universitaria

Respecto a su paso por la educación superior, el 22 % de las participantes calificó su experiencia universitaria como buena, el 61 % como regular y el 17 % como negativa; esta valoración podría estar vinculada al momento en que accedieron al diagnóstico. Solo el 2 % tenía diagnóstico formal antes de iniciar la universidad, en contraste con el 41 % que lo recibió mientras aún cursaban la carrera y el 57 % que lo obtuvo una vez finalizados sus estudios. Esto sugiere que la mayoría atravesó su formación universitaria sin conocer su condición, lo que limitó el acceso a apoyos, la implementación de ajustes y la comprensión de sus propias necesidades, afectando negativamente su experiencia académica.

En ese sentido, muchas de las dificultades mencionadas se concentraron en el proceso de transición y adaptación a esta nueva etapa, la cual representó un desafío significativo para la mayoría de las participantes. Como se detalla en la figura 4, prácticamente la totalidad de las participantes (98.96 %) reportó haber enfrentado obstáculos relacionados con dificultades sociales, dificultades en la adaptación y cambios de rutinas, dificultades sensoriales, la falta de flexibilidad horaria y los requisitos de asistencia obligatoria, y en menor medida dificultades académicas (ver Figura 4). Estos factores afectaron directamente su adaptación y bienestar dentro del entorno académico. Una de ellas relató: "Me gustaba mucho estudiar, pero me costaba cumplir a tiempo con algunas actividades. Y asistir presencialmente a clases todos los días era agotador" (N44).

Figura 4

Porcentaje de participantes que reportaron dificultades específicas durante la transición y adaptación universitaria.



Nota: Las participantes podían reportar múltiples dificultades. El porcentaje total de las participantes que experimentaron al menos una dificultad fue del 98.96 %. Los datos se presentan en orden descendente de prevalencia para las categorías mostradas. Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

Varias participantes expresaron que estas dificultades afectaban tanto su salud física y mental como su desempeño académico. En palabras de una de ellas: "Nunca pude equilibrar mi bienestar mental con el desempeño académico, debía elegir entre uno u otro" (N28). Algunas identificaron los problemas sensoriales como una barrera particularmente significativa. Una participante explicó: "El ruido constante en las aulas y los

cambios de horario me provocaban estrés, no podía concentrarme”.

Debido a estas dificultades, muchas participantes consideraron abandonar asignaturas, dejar el semestre o retirarse de la universidad, ya que la exigencia académica, junto con la falta de ajustes adecuados, afectaba significativamente su bienestar. Una de ellas relató: “Todos los años pensaba en dejar la universidad, incluso me atrasé por abandonar asignaturas, me sentía cansada, sin energía, sola, con angustia y miedo, no entendía nada; sentía que tenía que abandonar todo” (N54).

Respecto a ello, el 83 % de las participantes indicó no haber recibido ningún tipo de ajuste o adaptación académica durante su vida universitaria, mientras que solo el 17 % señaló haberlos recibido. De este último grupo, algunas manifestaron que estos les permitieron mejorar académicamente y tener una experiencia universitaria más positiva. Como señala una de las participantes: “Me hicieron estresarme menos por la escuela y mejoré mi rendimiento académico y, además, ahora puedo enfocarme en cosas como mi plan de vida” (N45). Sin embargo, la mayoría destacó que, aunque su rendimiento académico mejoró, ninguna de las adaptaciones ofrecidas fue diseñada específicamente para abordar sus necesidades. Como señala una participante: “Me ayudaron a aprobar todo lo necesario para egresar y titularme del pregrado; en cuanto a lo emocional, solo me sentía peor [...] los ajustes fueron planteados desde una visión neurotípica y centrados en mi diagnóstico de depresión” (N92).

Por otro lado, algunas participantes señalaron que, a pesar de contar con un diagnóstico formal y/o certificado de discapacidad que respaldaba su condición, a muchas se les negaron los ajustes solicitados. Una de ellas relató: “Un profesor me dijo que todos somos un poco autistas y que estaba exagerando; me sentí triste porque pensé que al ser terapeuta iba a tener mayor empatía, pero me humilló y rechazó las adecuaciones que solicité” (N81).

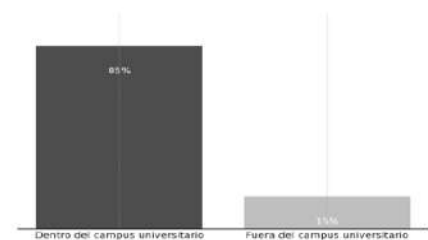
En varios casos, las participantes señalaron que sus necesidades fueron minimizadas o ignoradas debido a la desinformación sobre el espectro autista dentro de las instituciones educativas y entre sus autoridades. Como mencionó una de ellas: “Cuando comuniqué a la jefatura de carrera que soy autista, me dijeron que no me podían dar ‘privilegios’ por tener el síndrome de moda” (N32). Esta actitud de desvalorización también se reflejó en los relatos de otras participantes, quienes expresaron cómo el trato recibido afectó su autoestima, generando sentimientos de insuficiencia. Como relató una de ellas: “Fui una estudiante ‘mediocre’, callada e inteligente, pero no lo ‘suficientemente capaz’ de demostrárselo a los profes, así que era algo invisible o menospreciada” (N78). En relación con ello, algunas participantes mencionaron que optaron por no revelar su diagnóstico por temor a la estigmatización y el trato discriminatorio.

Sumado a ello, muchas participantes informaron haber experimentado acoso estudiantil y violencia pedagógica debido a sus características autistas. Una de las participantes relató: “Un profesor era violento conmigo, notó que me costaba su asignatura y se burlaba de mí. También sufrí violencia psicológica por parte de mis compañeras debido a mis características autistas y TDAH” (N7). Este testimonio ilustra cómo la discriminación y las burlas no solo provenían de sus pares, sino también de los propios docentes, quienes, al normalizar este tipo de comentarios y actitudes como parte de su pedagogía, no consideran el impacto negativo que pueden tener en los estudiantes, especialmente en los estudiantes autistas.

A partir de los hallazgos previos, se observa que los colapsos o crisis autistas fueron una experiencia recurrente durante la etapa universitaria para las participantes. Dichas crisis se caracterizaron por episodios de mutismo, bloqueos emocionales o conductuales, llanto descontrolado o desconexión del entorno. En este contexto, la figura 5 muestra que la gran mayoría de los participantes (83 %) reportó haber experimentado algún tipo de crisis autista dentro del campus universitario, mientras que un 15 % las vivió fuera de él. Estos datos reflejan la insuficiencia de apoyos adecuados y espacios seguros en los entornos universitarios para personas autistas.

Figura 5.

Distribución porcentual de la ubicación de las crisis autista experimentadas



Nota: El 2 % restante de las participantes no especificó la ubicación de la crisis. Los datos reflejan la ubicación donde ocurrieron con mayor frecuencia estos episodios. Fuente. Datos recopilados para el presente estudio.

En muchos casos, la ausencia de contención y apoyos institucionales adecuados dejó a las participantes en situación de vulnerabilidad frente a los episodios de crisis, detonados por la sobrecarga sensorial y emocional que implica enfrentar un entorno universitario sin ajustes. Estas crisis derivaron en consecuencias graves para su salud mental, expresadas en distintos niveles. Por un lado, se reportaron episodios de crisis con manifestaciones como mutismo selectivo: “Tuve algunas crisis en la universidad, congelándome en el lugar, con mutismo y llanto” (N10). También se identificaron conductas autolesivas como forma de autorregulación, así como comportamientos de riesgo: “Me hice daño en el cuerpo y la cara, llorando, no podía hablar; sentía que lo único que podía hacer era golpearme para calmarme” (N81), “A veces me regulaba tomando alcohol, otras tomando ansiolíticos” (N111). Algunas participantes describieron consecuencias emocionales más prolongadas: “Desarrollé

agorafobia, no salí de mi habitación por un mes y comencé con ideas suicidas" (N43), "Recuerdo que me invadía constantemente el pensamiento de lanzarme desde el piso más alto" (N39). Estos testimonios evidencian cómo la falta de adaptaciones y apoyos adecuados impacta gravemente en la salud mental y el bienestar de las estudiantes autistas y refuerzan la urgencia de implementar medidas institucionales acordes a sus necesidades.

Frente a este panorama, resulta fundamental que las universidades reconozcan cómo la presión social, el *masking* y la ausencia de políticas inclusivas no solo obstaculizan el rendimiento académico, sino que también pueden generar consecuencias graves a largo plazo.

Recomendaciones de las participantes

A partir de sus experiencias, las participantes propusieron diversas recomendaciones orientadas a mejorar la experiencia universitaria de las estudiantes autistas. Entre ellas, resaltaron la necesidad de implementar ajustes académicos individualizados, adecuar el entorno físico y desarrollar estrategias institucionales que incluyan programas de psicoeducación sobre neurodiversidad dirigidos a docentes, autoridades y personal administrativo. Además, subrayaron la importancia de establecer alianzas con servicios de salud mental accesibles, que puedan ofrecer apoyo especializado a quienes lo requieran.

Asimismo, dentro de las propuestas sobre ajustes académicos, se destacó la importancia de flexibilizar los horarios y la asistencia, así como de proporcionar instrucciones claras y explícitas para trabajos y evaluaciones. Como expresó una de las participantes: "Es importante ser flexibles con la asistencia, ser explícitos en la evaluación de contenidos y dar instrucciones claras" (N24). En cuanto a las condiciones del entorno físico, sugirieron modificar la iluminación, reducir el ruido en las aulas y permitir que las evaluaciones se realicen en espacios diferenciados cuando sea necesario.

Estos planteamientos cobran especial relevancia al considerar las barreras significativas que enfrentan las estudiantes autistas a lo largo de su trayectoria universitaria. Entre estas dificultades se encuentran la falta de adaptaciones académicas, la discriminación y el acoso, ejercidos tanto por sus pares como por las autoridades institucionales. A esto se suman los desafíos cotidianos inherentes a habitar un entorno que no ha sido diseñado para responder a sus necesidades particulares. Estas condiciones afectan negativamente su bienestar y rendimiento académico, convirtiendo la etapa universitaria en una experiencia abrumadora y, en ocasiones, dolorosa. Por ello, las recomendaciones de las participantes resaltan la urgencia de construir espacios educativos inclusivos que reconozcan sus particularidades y garanticen apoyos adecuados para su integración y permanencia en igualdad de condiciones.

Discusión

Esta investigación exploró las experiencias universitarias de mujeres autistas con diagnóstico tardío, mostrando que la búsqueda de este suele estar precedida por un malestar persistente, asociado a la falta de ajustes y apoyos adecuados en el entorno. La ausencia de un diagnóstico oportuno limita tanto el acceso a recursos como la comprensión de sus propias necesidades, lo que afecta negativamente su bienestar y trayectoria académica. En este contexto, recibir el diagnóstico representa un punto de inflexión que les permite resignificar su experiencia, comprender su vivencia y acceder a condiciones que favorezcan una mejor calidad de vida.

En esa línea, se observó que la mayoría de las participantes recibió su diagnóstico en la adultez, con una edad promedio de 29 años. Este hallazgo coincide con lo señalado por **Hamdami et al. (2023)**, quienes sostienen que las mujeres autistas, en particular aquellas sin discapacidad cognitiva aparente, suelen ser diagnosticadas de forma tardía debido a la escasa visibilidad de sus rasgos dentro de los modelos clínicos tradicionales.

Los hallazgos de este estudio coinciden con investigaciones previas que señalan como barreras para el diagnóstico temprano la falta de formación especializada y los estereotipos de género, que dificultan la identificación del autismo en mujeres. Según las participantes, muchos profesionales atribuyen sus dificultades a otros cuadros clínicos, sin considerar el autismo como una posibilidad. Esta tendencia ha sido documentada por **Lockwood-Estrin et al. (2020)** y **Zener (2019)**, quienes señalan que el autismo en mujeres suele pasar desapercibido porque sus manifestaciones son interpretadas erróneamente como síntomas de otros trastornos mentales.

En relación con lo anterior, el 62 % de las participantes recibió al menos un diagnóstico erróneo antes de ser identificada como autista. Este hallazgo concuerda con lo señalado por **Lockwood-Estrin et al. (2020)** y **Zener (2022)**, quienes advierten que, en las mujeres, algunas de las manifestaciones del autismo suelen confundirse con otros trastornos como ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o desregulación emocional, lo que dificulta una evaluación precisa. A su vez, **Hervas (2022)** subraya que estos errores diagnósticos no solo retrasan el reconocimiento del autismo, sino que también conducen a procesos de medicalización e intervenciones clínicas inadecuadas y/o innecesarias.

Por otro lado, el diagnóstico tardío se relaciona con un mayor riesgo de comorbilidades de salud mental. En este estudio, el 66 % de las participantes presentó al menos un trastorno de salud mental, lo que coincide con investigaciones previas de **Lipinski et al., (2020)**; **Au-Yeung et al. (2019)** y **Jadav & Bal (2022)**. **Jellet y Muggleton (2022)** advierten que las mujeres con diagnóstico tardío son más propensas a desarrollar trastornos mentales graves, riesgo que se intensifica ante el desempleo, el aislamiento social, la falta de redes de

apoyo y de ajustes adecuados en el entorno. Asimismo, **Kölves et al. (2021)** reportan que el riesgo de suicidio en mujeres autistas es cuatro veces mayor que en hombres, debido a comorbilidades no tratadas, diagnóstico tardío y condiciones de vida adversas.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de una detección temprana con perspectiva de género, que permita intervenciones adecuadas y reduzca el impacto en la salud mental de las mujeres autistas.

Otro de los hallazgos más relevantes fue que el 55,84 % de las participantes identificó rasgos autistas en sí mismas tras el diagnóstico de un familiar cercano, mientras que el 34,23 % comenzó a hacerlo al verse reflejada en testimonios de terceros, generalmente a través de redes sociales. Como señala **Zener (2019)**, muchas mujeres inician este proceso al reconocerse en las experiencias de otras personas autistas.

En este contexto, y ante la falta de una detección temprana por parte de profesionales de la salud, estos canales informales se convierten en recursos clave para el autorreconocimiento, facilitando así el acceso posterior a una evaluación formal.

Así mismo, la mayoría de las participantes manifestó una mejora significativa en su calidad de vida tras recibir el diagnóstico, al lograr una mayor comprensión de sí mismas, validar experiencias previas y realizar ajustes en su entorno. Este hallazgo coincide con lo señalado por **Ledman et al. (2020)**, **Wilson et al. (2023)** y **Seers y Hogg (2023)**, que destacan cómo, a pesar de las emociones ambivalentes que puede generar el proceso diagnóstico, este permite una reestructuración biográfica, mayor autocomprensión y sentido de control. En línea con ello, las participantes describieron un proceso emocional complejo, marcado inicialmente por angustia o cuestionamientos identitarios, seguido por un sentimiento de alivio al identificar el origen de su malestar.

Respecto a ello, el 77 % de las participantes buscó apoyo psicológico tras recibir el diagnóstico. Algunas encontraron en este espacio contención y validación, mientras que otras relataron experiencias negativas vinculadas a prejuicios por parte de los profesionales, como advierten **Darazsdi y Bialka (2023)**. Aunque no siempre accedieron a acompañamiento especializado, varias señalaron que la atención psicológica contribuyó al manejo de comorbilidades asociadas al diagnóstico tardío. En contraste, el 23 % no recibió ningún tipo de apoyo, lo que refleja una disparidad en el acceso a servicios, coincidiendo con lo planteado por **Driver y Chester (2021)**, respecto a las brechas en la atención de salud mental para mujeres autistas.

Otro hallazgo relevante fue la elección mayoritaria de carreras vinculadas a las ciencias sociales y humanas (39,68 %), especialmente educación y pedagogía seguidas de psicología. Este resultado contrasta con lo reportado por **Cheriyen et al. (2021)**, quienes observaron una mayor

inclinación de estudiantes autistas hacia disciplinas con menor demanda de interacción social, como investigación o administración. Los propios autores sugieren que esta diferencia podría deberse a las concepciones de los roles de género presentes en su muestra, compuesta predominantemente por varones blancos, lo que limita la aplicabilidad de sus hallazgos a mujeres autistas.

En cuanto a la experiencia universitaria, solo el 22 % de las participantes la calificó como buena, el 61 % como regular y el 17 % como negativa. Estas percepciones parecen estar relacionadas con el momento en que se recibió el diagnóstico, ya que la mayoría lo obtuvo durante o después de haber cursado la carrera. La ausencia de un diagnóstico oportuno o del conocimiento de su condición dificultó el acceso a apoyos y ajustes adecuados, lo que condicionó negativamente su experiencia universitaria. Estos resultados coinciden con lo planteado por **Accardo et al. (2019)** y **Kim et al. (2019)**, quienes destacan que contar con un diagnóstico temprano favorece la identificación de necesidades, la implementación de ajustes y una mejor adaptación a las exigencias académicas y sociales del entorno universitario.

En línea con investigaciones previas (**Dwyer et al., 2023; Jones et al., 2023**), el 98,96 % de las participantes reportó dificultades durante su transición a la universidad, asociadas principalmente a la integración social, la sensibilidad sensorial, los cambios de rutina, la falta de flexibilidad horaria y las demandas académicas. Varias manifestaron sentirse abrumadas por los espacios concurridos, los periodos largos y la sobrecarga académica, lo que afectó su bienestar, en concordancia con lo señalado por **McLeod et al. (2019)**. Estos factores, tal como advierten **Sille et al. (2022)** y **Edelson et al. (2021)**, inciden negativamente en el rendimiento académico y aumentan el riesgo de retraso o abandono académico, especialmente cuando no se implementan apoyos adecuados.

Los hallazgos del presente estudio refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones individualizadas que contemplen las necesidades particulares de cada estudiante autista (**Elias & White, 2017; Dwyer et al., 2023**).

En relación con lo anterior, se identificó que el 83 % de las participantes no recibió ningún tipo de ajuste académico durante su etapa universitaria. Esto podría relacionarse con el momento del diagnóstico, ya que la mayoría fue identificada durante o después de sus estudios, lo que dificultó el reconocimiento de sus necesidades y la solicitud de apoyo. Incluso quienes fueron diagnosticadas mientras aún estaban estudiando enfrentaron obstáculos para comunicar sus requerimientos, debido al proceso de aceptación diagnóstica y al temor a la estigmatización. En esta línea, **Accardo et al. (2019)** y **Kim et al. (2019)** señalan que los ajustes deben basarse en necesidades individuales, las cuales pueden no estar claramente definidas en etapas iniciales. Además, algunas participantes reportaron que, a pesar de haber solicitado ajustes y adaptaciones, estos resultaron insuficientes o fueron desestimados, lo que evidencia una comprensión institucional

limitada sobre el autismo. **Jenks et al. (2023)** atribuyen estos escenarios a concepciones erróneas donde los ajustes y adaptaciones son considerados privilegios y no derechos. A su vez, **Kim et al. (2023)** y **Accardo et al. (2019)** advierten que la falta de formación del personal docente y administrativo sobre el espectro autista obstaculiza tanto las solicitudes como la implementación efectiva de apoyos requeridos.

Por otro lado, varias de las participantes que accedieron a ajustes reportaron haber sufrido burlas, acoso y violencia institucional por parte de compañeros, docentes y autoridades, lo que impactó negativamente en su autoestima y generó temor a solicitar apoyos. Estas experiencias coinciden con lo advertido por **Matusov y Sullivan (2020)** y **Lin et al. (2020)**, quienes asocian este tipo de violencia con un mayor riesgo de ansiedad y depresión.

En relación con lo anterior, un 85 % de las participantes reportó haber experimentado algún tipo de crisis dentro del campus universitario, las cuales se manifestaron en mutismo, llanto, ataques de pánico, autolesiones e ideación suicida. Estas crisis estuvieron asociadas a sobrecargas sensoriales y emocionales, derivadas de la presión académica, la falta de ajustes y la necesidad constante de enmascarar y camuflar sus rasgos. Este hallazgo coincide con lo señalado por **Jenks et al. (2023)** y **McLeod et al. (2019)**, quienes advierten que el entorno universitario puede intensificar el malestar psicológico de los estudiantes autistas, especialmente en las mujeres, debido al esfuerzo sostenido por enmascarar y camuflar sus dificultades. Como indican **Bolsen (2022)** y **Reaño (2023)**, estos episodios no pueden desligarse del contexto: la sobreestimulación, la incompreensión institucional y la ausencia de apoyos adecuados aumentan el riesgo de crisis, ideación suicida y trauma.

Ante ello, las participantes plantearon la necesidad de contar con docentes capacitados, profesionales especializados, mejoras en la infraestructura y alianzas con servicios de salud mental accesibles. Estas propuestas buscan construir entornos más inclusivos, que respondan de forma efectiva a las necesidades de las estudiantes autistas que favorezcan su bienestar.

Finalmente, ampliar la producción científica en español es fundamental para garantizar el derecho a la información y contribuir a la construcción de entornos académicos más inclusivos en Hispanoamérica, ya que como advierten **Fierro et al. (2021)**, solo el 31 % de los estudios sobre autismo y neurodivergencias en educación superior se han desarrollado en Latinoamérica, lo que revela una brecha significativa en la generación de conocimiento situado. Asimismo, es esencial fomentar la inclusión activa de personas autistas en la producción de conocimiento y en los procesos de toma de decisiones académicas, sociales y políticas relacionadas con el autismo.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación evidencian que las mujeres autistas con diagnóstico tardío enfrentan múltiples barreras durante su trayectoria universitaria, muchas de ellas vinculadas a la ausencia de una identificación oportuna. El diagnóstico en la adultez dificultó el reconocimiento de sus necesidades y el acceso a apoyos adecuados, lo que afectó su bienestar físico, emocional y social, así como su desempeño académico.

La mayoría de las participantes identificó inicialmente sus rasgos autistas a partir del diagnóstico de un familiar cercano, seguido por testimonios de otras personas autistas compartidos en redes sociales. Esto evidencia el papel crucial de la autoidentificación frente a la falta de diagnósticos adecuados por parte de los profesionales de la salud mental. Además, el alto porcentaje de diagnósticos erróneos y comorbilidades reportados subraya la necesidad de actualizar los enfoques clínicos tradicionales, los cuales están influenciados por un sesgo de género y estereotipos sobre el autismo.

Durante su paso por la universidad, las participantes enfrentaron desafíos significativos relacionados con la integración social, los cambios de rutina, la sobrecarga sensorial y las exigencias académicas, en contextos que en su mayoría no ofrecían ajustes ni los apoyos necesarios. La escasa implementación de adaptaciones y el desconocimiento institucional sobre las necesidades de personas autistas contribuyeron a experiencias de agotamiento, frustración y, en algunos casos, violencia simbólica y pedagógica.

Estos hallazgos subrayan la importancia de construir entornos universitarios accesibles e inclusivos que no solo garanticen el acceso, sino también la permanencia de estudiantes autistas. Para ello, es fundamental implementar ajustes académicos individualizados, así como programas psicoeducativos desde una mirada neuro afirmativa dirigidos tanto a docentes, personal administrativo como estudiantes.

Promover entornos educativos informados en esta perspectiva no es solo una cuestión de equidad, sino también un acto de cuidado y prevención, que favorece el bienestar, la participación activa y el desarrollo integral de todas las personas dentro de la comunidad universitaria.

Limitaciones de la investigación

Como toda investigación, este estudio presenta ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar sus resultados. Si bien se sitúan en el contexto hispanoamericano, las experiencias recogidas pueden variar según las particularidades culturales y estructurales de cada país, dada la heterogeneidad propia de la región. Asimismo, el diagnóstico tardío de las participantes condiciona la reconstrucción de sus trayectorias académicas, ya que muchas atravesaron esta etapa sin comprender su condición, lo que limita la precisión de los relatos retrospectivos.

Adicionalmente, se excluyó a mujeres con rasgos autistas que no contaban con un diagnóstico formal, lo que pudo restringir la diversidad y profundidad de los testimonios. Esta exclusión se relaciona también con las barreras socioeconómicas que dificultan el acceso a una evaluación especializada, especialmente en contextos donde los sistemas públicos de salud son limitados o no cuentan con profesionales actualizados. Estas limitaciones subrayan la necesidad de futuras investigaciones que integren a personas no diagnosticadas y que analicen comparativamente las condiciones institucionales en distintos países, con el fin de evaluar la eficacia de las políticas de inclusión en la educación superior.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Accardo, A., Bean, K., Cook, B., Gillies, A., Edgington, R., Kuder, S., & Bomgardner, E. (2019). College access, success, and equity for students on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4877–4890. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-04205-8A>
- American Psychiatric Association. (2022). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION, TEXT REVISION DSM-5-TR (Fifth Text Revision)*. American Psychiatric Association.
- Au-Yeung, S. K., Bradley, L., Robertson, A. E., Shaw, R., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2018). Experience of mental health diagnosis and perceived misdiagnosis in autistic, possibly autistic, and non-autistic adults. *Autism*, 23(6), 1508–1518. <https://doi.org/10.1177/1362361318818167>
- Boldsen, S. (2022). Autism and the Sensory Disruption of Social Experience. *Frontiers in Psychology*, 13, 874268. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.874268/full>
- Braun V., Clarke V., Boulton E., Davey L. & McEvoy C. (2020). The online survey as a qualitative research tool, *International Journal of Social Research Methodology*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2020.1805550>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022a). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645579.2020.1805550>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022b). *THEMATIC ANALYSIS: A Practical Guide*. SAGE Publications Inc.
- Braun, V. & Clarke, V. (2020). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47.
- Carbajal, J., Riveros, C., Robinson, S. y Farías, V. (2021). Influencia de las expectativas de género en las dificultades diagnósticas en mujeres con trastorno del espectro autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 8(1), 64–82. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/110>
- Cassidy, S., Gould, K., Townsend, E., Pelton, M., Robertson, A. E., & Rodgers, J. (2020). Is camouflaging autistic traits associated with suicidal thoughts and behaviors? Expanding the interpersonal psychological theory of suicide in an undergraduate student sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 3638–3648. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-04323-3>
- Cheriyian, C., Shevchuk-Hill, S., Riccio, A., Vincent, J., Kapp, S. K., Cage, E., Dwyer, P., Kofner, B., Attwood, H., & Gillespie-Lynch, K. (2021). Exploring the career motivations, strengths, and challenges of autistic and non-autistic university students: Insights from a participatory study. *Frontiers in Psychology*, 12, 719827. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.719827/full>
- Darazsdi, Z., & Bialka, C. (2023). “Oh, you could not be autistic”: Examining anti-autistic bias and self-esteem in the therapeutic alliance. *Autism*, 27(7), 2124–2134. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/13623613231154622>
- Driver, B., & Chester, V. (2021). The presentation, recognition, and diagnosis of autism in women and girls. *Advances in Autism*, 7(3), 194–207. <https://www.proquest.com/openview/3c1f4471e668826b5a7eef4414cf1a4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2050554>
- Dwyer, P., Mineo, E., Mifsud, K., Lindholm, C., Gurba, A., & Waisman, T. C. (2023). Building neurodiversity-inclusive postsecondary campuses: Recommendations for leaders in higher education. *Autism in Adulthood*. <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/aut.2021.0042>
- Edelson, S., Nicholas, D., Stoddart, K. P., Bauman, M., Mawlam, L., Lawson, W., Jose C., M., R., & Wright, S. D. (2021). Strategies for research, practice, and policy for autism in later life: A report from a think tank on aging and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 382–390. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-020-04514-3>

- Elias, R., & White, S. (2018). Autism goes to college: Understanding the needs of a student population on the rise. *Journal of autism and developmental disorders*, 48, 732–746. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-017-3075-7>
- Hamdani, Y., Kasse, C., Walker, M., Lunsy, Y., Gladstone, B., Sawyer, A., Ameis, S., Desarkar, P., Szatmari, P., & Lai, M. C. (2023). Roadblocks and detours on pathways to a clinical diagnosis of autism for girls and women: A qualitative secondary analysis. *Women's Health*, 19, 17455057231163761. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17455057231163761>
- Hervas, A. (2022). GÉNERO FEMENINO Y AUTISMO: INFRADETECCIÓN Y MISDIAGNÓSTICOS. *Revista Medicina de Buenos Aires*, 82(1), 37–4. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802022000200037&script=sci_abstract&tlng=en
- Jadav, N., & Bal, V. (2022). Associations between co-occurring conditions and age of autism diagnosis: Implications for mental health training and adult autism research. *Autism Research*, 15(11), 2112–2125. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/aur.2808>
- Jellet, R., & Muggleton, J. (2022). Implications of applying “clinically significant impairment” to autism assessment: commentary on six problems encountered in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(3), 1412–1421. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-021-04988-9>
- Jenks, E., Selman, F., Harmens, M., Boon, S., Tran, T., Hobson, H., Eagle, S., & Sedgewick, F. (2023). Teaching higher education staff to understand and support autistic students: evaluation of a novel training program. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1264895. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1264895/full>
- Jones, E., Hanley, M., & Riby, D. (2020). Distraction, distress, and diversity: Exploring the impact of sensory processing differences on learning and school life for pupils with autism spectrum disorders. *Research in autism spectrum disorders*, 72, 101515. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946720300052>
- Kim, S., Baczewski, L., Pizzano, M., Kasari, C., & Sturm, A. (2023). Discrimination and harassment experiences of autistic college students and their neurotypical peers: Risk and protective factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(12), 4521–4534. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-022-05729-2>
- Kölves, K., Fitzgerald, C., Nordentoft, M., Wood, S., & Erlangsen, A. (2021). Assessment of suicidal behaviors among individuals with autism spectrum disorder in Denmark. *JAMA Network Open*, 4(1), e2033565-e2033565. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2774853>
- Lai, M. C., Baron-Cohen, S. y Buxbaum, J. D. (2015). Understanding autism in the light of sex/ gender. *Molecular Autism* 6, 24 <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0021-4>
- Leavy, P. (2017). *RESEARCH DESIGN Quantitative, Qualitative, Mixed Methods, Arts-Based, and Community-Based Participatory Research Approaches*. A Division of Guilford Publications, Inc.
- Leedham, A., Thompson, A., Smith, R., & Freeth, M. (2020). “I was exhausted trying to figure it out”: The experiences of females receiving an autism diagnosis in middle to late adulthood. *Autism*, 24(1), 135–146. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362361319853442>
- Lin, P., Peng, L., Hsiao, R., Chou, W., & Yen, C. (2020). Teacher harassment victimization in adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: Related factors and its relationships with emotional problems. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4057. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/4057>
- Lipinski, S., Boegl, K., Blanke, E. S., Suenkel, U., & Dziobek, I. (2022). A blind spot in mental healthcare? Psychotherapists lack education and expertise for the support.
- Lockwood-Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2020). Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 454–470. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8>
- Matusov, E., & Sullivan, P. (2020). Pedagogical violence. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54 (2), 438–464. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12124-019-09512-4>
- McLeod, J., Meanwell, E., & Hawbaker, A. (2019). The experiences of college students on the autism spectrum: A comparison to their neurotypical peers. *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 2320–2336. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-03910-8>
- Reaño, E. (2022). El autismo en el Perú: Una mirada desde el Equipo de Investigación y Trabajo en Autismo. *Revista*

de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu, 9 (1), 110-116. <https://revistas.ulcb.edu.pe/index.php/REVISTAULCB/article/view/223>

- Reaño, E. (2023, 16 de mayo) *AUTISMO Y TEORÍA POLIVAGAL: LO SENSORIAL Y EL TRAUMA*. Autismo y Neurodivergencia. <https://emestoreano.pe/autismo-y-teoria-polivagal-lo-sensorial-y-el-trauma/>
- Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M., & Słopień, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatry Pol*, 53(4), 732-52. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098>
- Seers, K., & Hogg, R. (2023). "Fake it 'till you make it": Authenticity and wellbeing in late diagnosed autistic women. *Feminism & Psychology*, 33(1), 23-41. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09593535221101455>
- Sille, I., Fernández, S., García, M. & Salami, L. (2022). Estudio preliminar sobre las trayectorias académicas de neurodivergencias, con énfasis en personas autistas, en la educación superior de Argentina e Hispanoamérica. En las *IV Jornadas sobre las Prácticas Docentes en la Universidad Pública*.
- Wilson, R., Thompson, A., Rowse, G., Smith, R., Dugdale, A., & Freeth, M. (2023). Autistic women's experiences of self-compassion after receiving their diagnosis in adulthood. *Autism*, 27(5), 1336-1347. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13623613221136752>
- Zener, D. (2019). Journey to diagnosis for women with autism. *Advances in autism*, 5(1), 2-13. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/AIA-10-2018-0041/full/html>



Estudio Exploratorio sobre la Implementación de una Intervención para la Reducción de Ansiedad en Estudiantes Universitarios.

Daniel Espinoza Pérez

Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala

<https://orcid.org/0009-0001-3640-642X>

Lizette Guadalupe Sánchez León

Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala

<https://orcid.org/0009-0002-2929-6872>

Ailin Hernández Cerón

Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala

<https://orcid.org/0009-0002-7115-5088>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Espinoza Pérez, D. ., Hernández Cerón , A., & Sánchez León, L. G. Implementación de una Propuesta de Intervención para la Reducción de Ansiedad en Estudiantes Universitarios. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.35>

Resumen: El presente estudio exploratorio tuvo como objetivo evaluar la implementación de una propuesta de intervención orientada a la reducción de la ansiedad en estudiantes universitarios. La ansiedad representa actualmente un problema de salud mental frecuente en este grupo, ya que afecta su bienestar emocional y dificulta su trayectoria académica. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con enfoque mixto, en el que participaron tres estudiantes que concluyeron el proceso completo de intervención. Estos fueron previamente identificados con niveles extremos y clínicamente significativos de ansiedad mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos – Forma C (AMAS-C).

Los resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de ansiedad, así como un mayor reconocimiento de pensamientos automáticos disfuncionales por parte de los participantes. Se concluye que el modelo integrativo constituye un enfoque terapéutico eficaz para atender problemáticas de ansiedad en población universitaria y se sugiere ampliar la muestra y considerar un seguimiento longitudinal en investigaciones futuras.

Palabras clave: ansiedad, estudiantes universitarios, intervención psicológica integrativa.

Abstract: The present exploratory study aimed to evaluate the implementation of an intervention proposal aimed at reducing anxiety in university students. Anxiety currently stands for a common mental health issue in this population, as it affects emotional well-being and hinders academic progress. A quasi-experimental study with a mixed-methods approach was conducted, involving three students who completed the whole intervention process. These participants were previously identified as having extreme and clinically significant levels of anxiety through the application of the Adult Manifest Anxiety Scale – Form C (AMAS-C).

The results showed a significant reduction in anxiety levels, as well as an increased recognition of dysfunctional automatic thoughts by the participants. It is concluded that the integrative model stands for a practical therapeutic approach for addressing anxiety-related issues in university students. Future research should include a larger sample and consider longitudinal follow-up to assess sustained impact.

Keywords: anxiety, university students, integrative psychological intervention

Fecha de recepción V1: 16/05/2025 Fecha de recepción V2: 17/06/2025 Fecha de aceptación: 21/09/2025

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

La ansiedad y sus afectaciones han cobrado un terreno cada vez más amplio en la vida universitaria. Estudios como el de **Arco et al. (2005, como se citó en Espíritu, 2018, p.25)** revelan que “el ingreso a la universidad puede conllevar significativos cambios en las actividades cotidianas de los estudiantes, como la separación del núcleo familiar, el aumento de responsabilidades y la reevaluación de las actividades que realizan (**como se citó en p. 25**)”. Estos cambios, aunque positivos para algunos, pueden representar factores estresantes que limitan el bienestar general en otros.

Si bien la ansiedad es una emoción natural presente en distintas etapas de la vida, los estudiantes universitarios se enfrentan a situaciones que incrementan la probabilidad de experimentarla de manera disfuncional. Esta suele manifestarse como una sensación de miedo o pérdida de control, afectando pensamientos, emociones y conductas de forma significativa.

Cuando no se gestiona adecuadamente, la ansiedad puede evolucionar a niveles clínicamente relevantes, constituyendo un problema global que afecta a un número creciente de estudiantes universitarios. Este malestar compromete tanto su bienestar emocional como su desempeño académico. De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (**OMS, 2024**), “uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, representando el 15% de la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes”.

En este contexto, la ansiedad suele coexistir con otros trastornos como la depresión. **De Paula et al. (2020, como se citó en Jaén et al., 2020, p. 37)** señalan que “la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión en alumnos de educación media superior constituye un problema de salud pública por las altas prevalencias, que van del 6% al 75%”.

Aunque diversas problemáticas de salud mental afectan a esta población, según **Gorman et al. (2020, como se citó en Jaén et al., 2020)**, “la ansiedad y la depresión son los principales problemas de salud mental que presentan estudiantes universitarios; en un estudio, los porcentajes son del 46% en hombres y 59% en mujeres”.

En un estudio más reciente en contexto local, **Espinoza y Montalvo (2023)** encontraron que el 9% de mujeres de 17 años y el 15.3% de 18 años cuya personalidad se caracteriza por ser vulnerable al estrés, ser inquietantes, se enojan con facilidad y reaccionan excesivamente, lo cual evidencia factores personales que complican el manejo adecuado de la ansiedad.

Es importante considerar además los desafíos que enfrentan los estudiantes al independizarse, establecer nuevas redes de apoyo y adaptarse a un entorno distinto. Estos retos, sumados a las diferencias individuales en experiencias de vida y factores como el acceso a sustancias o la presión académica, generan un entorno propenso al desarrollo de ansiedad.

La percepción constante de insuficiencia, motivada por el deseo de cumplir con expectativas elevadas, incrementa la autocrítica y las comparaciones desfavorables, lo cual afecta tanto el rendimiento académico como el bienestar emocional.

Este tipo de pensamientos puede derivar en agotamiento emocional, pérdida de motivación y frustración, elementos que dificultan la continuidad académica. Con el tiempo, esto puede evolucionar hacia la desmotivación, el desinterés por los estudios y una sensación de desesperanza frente a las exigencias de la vida universitaria.

Dado que la ansiedad constituye una problemática compleja y multifactorial que afecta significativamente a los estudiantes universitarios, su abordaje requiere una visión amplia que integre distintas perspectivas teóricas. En la actualidad, diversos modelos dentro de la psicología —como el cognitivo-conductual, el humanista, el psicodinámico y el sistémico— han desarrollado tratamientos eficaces para esta condición.

No obstante, resulta difícil determinar cuál de estos enfoques es superior, ya que la efectividad de las intervenciones depende en gran medida de las características individuales de quienes las reciben. Por ello, la propuesta de intervención planteada en este estudio se fundamenta en un modelo integrativo, que prioriza la utilidad práctica de las técnicas por encima de la fidelidad a una corriente específica. Esta aproximación flexible permite adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades particulares de cada participante, favoreciendo un abordaje más efectivo y personalizado de la ansiedad.

En la intervención psicológica integrativa se combinan diferentes métodos y técnicas de diversas corrientes psicológicas para abordar el bienestar de la persona de una manera holística, considerando tanto los aspectos emocionales, cognitivos, físicos como sociales. Uno de sus mayores aportes es que no se enfoca únicamente en los síntomas, sino que trata de llegar a las causas subyacentes del malestar, buscando no solo aliviar la ansiedad, sino también ayudar a la persona a desarrollar estrategias de afrontamiento a largo plazo. Este enfoque resulta especialmente útil en el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios, dado que estos se enfrentan a una variedad de factores estresores académicos, personales y sociales.

La ansiedad es un problema que ha sido abordado desde distintas perspectivas dentro de la psicología y diversos modelos han desarrollado tratamientos eficaces para esta condición. Sin embargo, no es sencillo determinar cuál de ellos es “el mejor”, pues la psicoterapia se aplica a personas únicas, que responden de maneras diferentes al cambio. En este sentido, la presente propuesta de intervención se basa en un modelo integrativo, donde lo esencial no es el enfoque en sí mismo, sino la efectividad de las técnicas utilizadas y su adecuación a las necesidades individuales.

Según el modelo cognitivo-conductual de **Beck (1976)**, la ansiedad surge de patrones de pensamiento disfuncionales y creencias irracionales que distorsionan la percepción de la realidad. En el contexto universitario, esto se traduce en distorsiones como la catastrofización o la generalización excesiva. Por ejemplo, un estudiante que reprueba un examen puede pensar: "Siempre fracaso" o "Nunca lograré graduarme", pensamientos que intensifican su percepción de amenaza y elevan sus síntomas ansiosos. Estas distorsiones generan un ciclo de retroalimentación negativa entre cognición, emoción y conducta, que no solo afecta el desempeño académico, sino que también refuerza el malestar emocional.

Complementariamente, el modelo biopsicosocial de **Engel (1977)** plantea que la ansiedad es producto de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En el ámbito universitario, variables como la baja autoestima, la autocrítica y la presión académica, al combinarse con predisposiciones individuales, generan un entorno propicio para la ansiedad. Por su parte, el modelo de vulnerabilidad al estrés de **Zubin y Spring (1977)** postula que ciertas personas, debido a su historia personal o características de personalidad, son más vulnerables a desarrollar ansiedad ante situaciones demandantes. Esto se manifiesta en reacciones desproporcionadas frente a eventos cotidianos, como evaluaciones o presentaciones académicas.

Dado que la ansiedad en contextos académicos puede comprometer de forma significativa el bienestar y rendimiento de los estudiantes, resulta crucial contar con herramientas confiables para su evaluación. Entre las más utilizadas se encuentra la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos – Forma C (AMAS-C), que permite valorar la ansiedad general y sus componentes específicos en situaciones académicas. Esta prueba ha sido ampliamente validada en población universitaria y ofrece una lectura clara de los niveles de ansiedad experimentados por los estudiantes.

Como señalan **Gutiérrez y Avero (1995)**, en condiciones de estrés, los estudiantes ansiosos tienden a preocuparse por su desempeño y a invertir mayores recursos cognitivos en esa preocupación, lo que reduce su capacidad de memoria operativa y, por ende, su eficiencia académica. Esto perpetúa un círculo vicioso de bajo rendimiento y mayor ansiedad.

Para complementar la evaluación psicológica y obtener una visión más amplia del malestar emocional en esta población, en este estudio se incorporaron el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Ambos instrumentos permiten identificar no solo los niveles de ansiedad y depresión, sino también explorar los patrones de pensamiento negativos que suelen acompañar estas condiciones. La combinación de estas herramientas ofrece un panorama más integral, útil tanto para el diagnóstico como para la planificación de estrategias terapéuticas eficaces.

En esta línea, el modelo integrativo de Corsi (2005) se estructura en tres momentos: evaluación diagnóstica, planificación de intervención e implementación. A diferencia de enfoques clínicos centrados en el diagnóstico categorial, el modelo de Corsi propone definir objetivos terapéuticos personalizados desde el inicio. Las técnicas seleccionadas no solo operan como herramientas para el cambio, sino como activadores de procesos internos, permitiendo una transformación significativa en el modo en que las personas se relacionan con su ansiedad.

Finalmente, desde este enfoque se consideran cuatro ámbitos esenciales: el cognitivo, que trabaja sobre la identificación de pensamientos irracionales; el conductual, que promueve la modificación de patrones disfuncionales; el fisiológico, que ayuda a regular la ansiedad a través de la conexión cuerpo-mente; y el afectivo, que favorece la comprensión y procesamiento de las emociones. La interacción dinámica de estos ámbitos potencia los procesos de cambio y facilita una transformación sostenible en los estudiantes, fomentando tanto el autoconocimiento como el bienestar integral.

Las bases teóricas de esta investigación — especialmente los modelos explicativos de la ansiedad y su abordaje desde un enfoque integrativo— fueron desarrolladas en profundidad en un trabajo predecesor. En el presente estudio, dichos fundamentos se retoman de manera sintética para orientar el diseño de la propuesta de intervención y justificar la selección de las técnicas empleadas.

Estas técnicas, basadas en recursos como la relajación, la meditación, el uso de metáforas y actividades que favorecen la proyección simbólica, se articulan desde una perspectiva terapéutica que prioriza la adaptación a las necesidades individuales de los estudiantes. En función de ello, el objetivo central de esta investigación fue evaluar la efectividad de dicha propuesta de intervención para reducir los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios previamente identificados con sintomatología significativa.

Metodología

El presente estudio se caracterizó por un diseño cuasiexperimental con enfoque mixto, al combinar una intervención estructurada con técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. Esta integración permitió valorar tanto los cambios en los niveles de ansiedad como las experiencias subjetivas de los participantes durante el proceso terapéutico.

La muestra inicial estuvo conformada por 10 estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UAMCC-UATx, identificados previamente con niveles clínicamente significativos de ansiedad mediante la Escala AMAS-C. De ellos, siete aceptaron participar formalmente en el programa tras una sesión informativa y la firma del consentimiento informado.

Sin embargo, dos participantes se retiraron antes de la aplicación de los instrumentos complementarios (IPA y BDI-II) y otros dos interrumpieron su participación antes de la cuarta sesión. El programa fue completado en su totalidad por tres estudiantes.

Como complemento al diagnóstico inicial con la AMAS-C, se aplicaron dos instrumentos psicométricos previos a la intervención: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), que evalúa la severidad de síntomas depresivos en personas mayores de 13 años, y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Luján, 1991), que identifica la frecuencia e intensidad de 15 distorsiones cognitivas asociadas al malestar emocional, tales como la catastrofización, el pensamiento polarizado o la falacia de recompensa divina.

Al concluir la intervención, se reaplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos – Forma C (AMAS-C), diseñada por Reynolds, Richmond y Lowe (2003) y publicada por Manual Moderno. Esta escala evalúa cinco dimensiones: Inquietud-Hipersensibilidad (IHS), Ansiedad Fisiológica (FIS), Ansiedad ante los Exámenes (EX), Ansiedad Total (TOT) y una escala de Mentira, proporcionando una evaluación específica del estado ansioso en contextos académicos.

Asimismo, se aplicó una entrevista semiestructurada con fines cualitativos a los tres participantes que concluyeron el proceso. Esta permitió explorar la experiencia subjetiva del tratamiento y reforzar la validez interna del estudio. La entrevista abordó temas como el contexto inicial, la vivencia general de la intervención, la percepción de las técnicas utilizadas, los cambios observados y los beneficios percibidos, incluyendo el estado emocional (en caso de presentarse síntomas depresivos significativos según el BDI-II), así como sugerencias y comentarios finales.

El procedimiento inició con una primera sesión enfocada en generar un ambiente de confianza grupal. Se empleó la dinámica “El cartero”, la cual favoreció el rompimiento del hielo mediante el intercambio simbólico de mensajes, facilitando la identificación de experiencias comunes relacionadas con la ansiedad. En esta misma sesión se aplicaron el IPA y el BDI-II, tras la explicación de su propósito y alcance.

La propuesta de intervención se estructuró en ocho sesiones, de entre 60 y 80 minutos de duración cada una, distribuidas de la siguiente manera:

Sesión 2: Reconocimiento emocional mediante la técnica “Ilumina tu vida”, favoreciendo la conciencia emocional a través del arte y la reflexión.

Sesión 3: Metáfora del jardín, visualización guiada y actividad gráfica para trabajar la simbolización de pensamientos y emociones.

Sesión 4: Aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, enfocada en la autorregulación emocional.

Sesión 5: Metáfora del autobús, orientada a la toma de decisiones y al reconocimiento del poder de agencia personal.

Sesión 6: Método autógeno de Schultz para inducir un estado de relajación profunda mediante autosugestión.

Sesiones 7 y 8: Jornada final con práctica de meditación guiada y la metáfora de las arenas movedizas, promoviendo la aceptación emocional como estrategia de afrontamiento.

Al cierre del programa, se reaplicó la escala AMAS-C y se administró la entrevista semiestructurada para obtener una evaluación final del impacto percibido de la intervención.

El detalle de cada sesión, que incluye los objetivos, técnicas empleadas y duración estimada, se presenta en la Tabla 1, la cual ha sido sintetizada a partir de un trabajo previo en preparación (Espinoza y Leal, 2024).

Tabla 1
Esquema de la propuesta de intervención.

Sesión	Técnica/Actividad Principal	Objetivo general	Duración
1	Técnica del cartero + aplicación IPA y BDI-II	Generar confianza inicial y ampliar evaluación diagnóstica	60 min
2	Ilumina tu vida	Reconocer emociones predominantes en etapas vitales	60 min
3	Metáfora del jardín + graficación	Identificar pensamientos automáticos y detonantes de ansiedad	60–80 min
4	Relajación muscular progresiva (Jacobson)	Reducir tensión física y fomentar autorregulación emocional	60–80 min
5	Metáfora del autobús	Reflexionar sobre decisiones, pensamientos y experiencias de vida	60 min
6	Método autógeno de Schultz	Inducir relajación profunda mediante autosugestión	60 min
7-8	Meditación guiada + metáfora de arenas movedizas	Promover aceptación emocional y consolidar aprendizajes	80 min

Tabla 2
Cronograma de actividades

Cronograma de actividades		
Fecha	Hora	Actividad
12 febrero 2025	12.30 pm a 13:30 pm Aula 5	La técnica del cartero Aplicación de instrumentos (BDI II e IPA) Plenaria
20 febrero 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 4A	Técnica ilumina tu vida Plenaria
24 febrero 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 7ª	Metáfora del jardín. Graficación del jardín.

04 marzo 2025	11:00 am a 12:00 pm Aula 6	Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Plenaria
12 marzo 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 7A	Metáfora del autobús Plenaria
21 marzo 2025	12.30 pm a 13:30 pm Aula 3 B	Método autógeno de Schultz Plenaria
24 marzo 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 7A	Metáfora de las arenas movedizas Plenaria
01 abril 2025	11.00 am a 12:00 pm Aula 6	Meditación guiada Plenaria

Se garantizó la confidencialidad de los datos y de la información compartida por los participantes desde el inicio y durante todo el proceso de intervención. Las experiencias expresadas a lo largo de las sesiones fueron tratadas con el máximo respeto, conforme a los principios de responsabilidad profesional.

Asimismo, se solicitó el consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos y al inicio formal del programa, asegurando que cada participante comprendiera los objetivos, alcances y condiciones del estudio.

Dado que esta intervención se desarrolló como parte de un proyecto académico interno, sin fines lucrativos ni experimentales, no fue necesario someter el protocolo a evaluación por parte de un comité de ética institucional. No obstante, se siguieron los lineamientos éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y el Código Ético del Psicólogo.

El análisis de los datos se realizó de manera descriptiva, conforme a los lineamientos establecidos en los manuales de los instrumentos aplicados (AMAS-C, BDI-II e IPA). Estos documentos proporcionaron los rangos y categorías interpretativas necesarias para identificar niveles clínicos y subclínicos de ansiedad, síntomas depresivos y distorsiones cognitivas relevantes.

Para el caso del AMAS-C, se utilizaron las puntuaciones T correspondientes a sus subescalas: Inquietud/Hipersensibilidad (IHS), Ansiedad Fisiológica (FIS), Ansiedad ante los Exámenes (EX), Ansiedad Total (TOT) y la escala de Mentira.

En el BDI-II, los resultados se interpretaron según los rangos de severidad propuestos por los autores: mínima (0–13), leve (14–19), moderada (20–28) y severa (29–63).

En cuanto al IPA, las distorsiones cognitivas fueron clasificadas según su frecuencia e intensidad en las categorías de clínicamente significativa (CS), tendencia alta (TA) y baja presencia (BP) o ausente, conforme a los criterios normativos establecidos por los autores.

Análisis de resultados

Los resultados presentados en este estudio se derivan del análisis de los datos obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), los cuales complementaron los hallazgos del estudio previo basado en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos - Forma C (AMAS-C).

En esta fase, el proceso concluyó con la reaplicación impresa del AMAS-C como prueba postest y con una entrevista semiestructurada. El objetivo fue evaluar los cambios en los niveles de ansiedad y explorar la experiencia subjetiva de los participantes. A continuación, se detallan los principales hallazgos obtenidos.

Tabla 3
Resultados obtenidos en el BDI II

Puntuaciones totales	Rango	Total de mujeres	Total de hombres	Total mujeres y hombres
0 – 13	Mínimo	1	0	1
14 – 19	Leve	0	0	0
20 – 28	Moderado	0	0	0
29 - 63	Severo	1	3	4

Tabla 4
Resultados obtenidos en el BDI II de los participantes que continuaron en la intervención

Puntuaciones totales	Rango	Total de mujeres	Total de hombres	Total mujeres y hombres
0 – 13	Mínimo	1	0	P02NY
14 – 19	Leve	0	0	0
20 – 28	Moderado	0	0	0
29 - 63	Severo	1	1	P03AN y P01NA

Según los resultados presentados en la Tabla 3, el 80% de los participantes que iniciaron la intervención se ubicaron en el rango de depresión severa, conforme a los criterios establecidos por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). De este total, el 60% eran hombres y el 20% mujeres.

Respecto al grupo que concluyó el proceso de intervención, los datos mostrados en la Tabla 4 revelan que dos de los tres participantes —el único hombre y una de las dos mujeres— continuaron presentando indicadores de depresión severa, mientras que la tercera participante se posicionó dentro del rango de depresión mínima.

Tabla 5
Resultados del IPA

Pensamiento	Total de mujeres			Total de hombres			Total mujeres y hombres		
	BP	TA	CS	BP	TA	CS	BP	TA	CS
Filtraje	1	1		2		1	3	1	1
Pensamiento polarizado	1	1		1	1		2	2	
Sobregeneralización	1	1		3			4	1	
Interpretación del pensamiento	1	1		1	1	1	2	2	1
Visión catastrófica		2		2		1	2	2	1

Personalización	1	1	1	2	2	2	1
Falacias de control	1	1	2	1	3	1	1
Falacia de la justicia	2			1	1	2	1
Razonamiento emocional	2		1	2	2	1	2
La falacia de cambio	1	1		1	1	2	
Etiquetaje	1	1	2	1	3	2	
Culpabilidad	1	1	1	2	2	3	
Debería	1	1	2		1	3	1
Tener razón	1		2		3		
La falacia de recompensa divina		2		3		2	3

Tabla 6

Resultados del IPA en participantes que continuaron en la intervención

Pensamiento	Total de mujeres			Total de hombres			Total mujeres y hombres		
	BP	TA	CS	BP	TA	CS	BP	TA	CS
Filtraje	1	1		1			2	1	
Pensamiento polarizado	1	1		1			2	1	
Sobregeneralización	1	1		1			2	1	
Interpretación del pensamiento	1	1			1		1	2	
Visión catastrófica		2		1			1	2	
Personalización	1	1			1		1	2	
Falacias de control	1	1		1			1	2	
Falacia de la justicia	2				1		2	1	
Razonamiento emocional	2				1		2	1	
La falacia de cambio	1	1					1	1	
Etiquetaje	1	1		1			2	1	
Culpabilidad	1	1			1		1	2	
Debería	1	1		1			2	1	
Tener razón	1						1		
La falacia de recompensa divina		2			1			2	1

Los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), presentados en la Tabla 5, indican que las distorsiones cognitivas más frecuentes entre los participantes fueron el razonamiento emocional, el pensamiento polarizado, la falacia de recompensa divina, el filtraje y la interpretación del pensamiento.

El razonamiento emocional, que implica asumir que las emociones reflejan con precisión la realidad objetiva (por ejemplo, “me siento inútil, por lo tanto, lo soy”), se identificó como clínicamente significativo en el 40% de los participantes y con tendencia alta en un 20%.

El pensamiento polarizado, caracterizado por una visión dicotómica de la realidad en términos absolutos —todo es

completamente bueno o completamente malo—, se observó en un 40% de los casos dentro de la categoría de tendencia alta.

La falacia de recompensa divina, entendida como la creencia de que todo esfuerzo personal debería necesariamente ser recompensado de forma justa, también mostró una alta frecuencia, aunque sin alcanzar la categoría de clínicamente significativa.

En cuanto al filtraje, definido como la tendencia a centrarse exclusivamente en los aspectos negativos de una situación, desestimando los positivos, se detectó en un 20% de los casos como clínicamente significativo y en otro 20% con tendencia alta.

La interpretación del pensamiento, que se refiere a atribuir intenciones o pensamientos a los demás sin evidencia clara, estuvo presente en el 20% de los casos en categoría clínicamente significativa y en el 40% como tendencia alta.

Otras distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, la culpabilidad y el uso reiterado de formulaciones del tipo “debería” también fueron identificadas, aunque en menor proporción. Estas forman parte del perfil cognitivo general del grupo, aportando elementos relevantes sobre los patrones de pensamiento que acompañan a los estados de ansiedad.

En relación con los estudiantes que completaron la intervención, la Tabla 7 presenta los principales pensamientos automáticos identificados en cada caso, clasificados según su frecuencia e intensidad en las categorías de tendencia alta (TA) y clínicamente significativa (CS).

Tabla 7

Descripción de distorsiones cognitivas identificadas con el IPA en participantes que concluyeron la intervención.

Código de participante	Pensamiento automático y su descripción	Intensidad
P01NA	TA Interpretación del pensamiento: Cree saber lo que otros piensan o sienten sin evidencia.	4
	Falacias de control: Se percibe como víctima del destino o responsable del bienestar de todos.	4
	Falacia de cambio: Espera que otros cambien si ella insiste lo suficiente.	4
	Etiquetaje: Usa juicios globales y negativos para definirse a sí misma.	4
	Culpabilidad: Culpa a otros por su malestar o se responsabiliza de los problemas ajenos.	4
	Debería: Tiene normas rígidas sobre cómo deben actuar ella y los demás, y se culpa si no las cumple.	4
	Filtraje: Solo enfoca lo negativo, ignorando lo positivo.	5
	Pensamiento polarizado: ve todo en extremos, sin términos medios.	5
	Sobregeneralización: Generaliza un evento negativo como si fuera una regla constante.	5

P02NY	Personalización: Cree que todo lo que otros hacen está 5 relacionado con ella; se compara constantemente.	
	Falacia de recompensa divina: Cree que su esfuerzo debe ser 5 recompensado; se frustra cuando no sucede.	
	TA Visión catastrófica: Anticipa desenlaces negativos sin 4 evidencia; usa pensamientos tipo “¿y si...?”.	
P03AN	CS Falacia de recompensa divina: Cree que su esfuerzo debe ser 6 recompensado y se frustra si no ocurre.	
	TA Interpretación del pensamiento: Cree saber lo que otros 4 piensan de ella sin evidencia.	
	Falacia de la justicia: Se resiente porque su idea de justicia no 4 es compartida por los demás.	
	Razonamiento emocional: Asume que lo que siente es 4 necesariamente verdad.	
	Culpabilidad: Culpa a otros por su malestar o se culpa por todo 5 lo que ocurre.	
	Personalización: Cree que todo gira en torno a ella; se compara 6 frecuentemente con los demás.	
	CS Falacia de recompensa divina: Espera que su sacrificio sea 7 recompensado; se frustra si no sucede.	

Nota. Las descripciones de los pensamientos automáticos y sus categorías no son transcripciones textuales del manual, sino adaptaciones simplificadas elaboradas a partir del contenido interpretativo del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991), con fines de claridad y comprensión en el contexto de este estudio.

Con el objetivo de evaluar los cambios obtenidos tras la intervención, se reaplicó de forma impresa la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos - Forma C (AMAS-C) a los tres participantes que completaron el proceso. Los resultados detallados por subescala se presentan en la Tabla 8, en la que se comparan las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest. Asimismo, la Tabla 9 muestra un resumen comparativo de los puntajes totales por participante en ambos momentos de evaluación.

Tabla 8
Resultados PRETEST y POSTEST AMAS –C

Resultados del pretest		
Subescala	Código de participante y puntuación T	Categoría descriptiva y significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	P01NA (67T), P02NY (67T) y P03AN (71T)	Clinicamente significativa. Preocupación persistente y rasgos obsesivos.
	P01NA (71T) y P03AN (76T)	Extrema. Alta tensión física y posible insomnio.
Ansiedad fisiológica (FIS)	P02NY (53T)	Esperada. Manifestaciones físicas dentro de lo esperado.
	P03AN (76T)	Extrema. La alta ansiedad en evaluaciones afecta el rendimiento.
Ansiedad ante los exámenes (EXAMEN)	P01NA (73T) y P02NY (70T)	Clinicamente significativa. Preocupación constante por evaluaciones y calificaciones.
	P01NA (81T)	Extrema. Alta sensibilidad al estrés y escaso apoyo social.
	P02NY (69T)	Clinicamente significativa. Alto estrés cotidiano y social.
Preocupaciones sociales/estrés (SOC)		

Mentira	P03AN (58T)	Elevación leve. Preocupación cotidiana sin disfunción.
	P01NA (63T) y P03AN (63T)	Elevación leve (válido). Rigidez e ingenuidad moderadas.
Ansiedad total (TOT)	P02NY (54T)	Esperada. Respuestas válidas y realistas.
	P01NA (79T) y P03AN (77T)	Extrema. Ansiedad grave con afectación cognitiva y emocional.
	P02NY (69T)	Clinicamente significativa. Ansiedad con tensión física y rigidez mental.
Resultados del postest		
Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	P01NA (50T), P02NY (50T) y P03AN (46T)	Esperada. Nivel típico de inquietud.
Ansiedad fisiológica (FIS)	P01NA (62T) y P03AN (58T)	Elevación leve. Tenso, pero funcional.
	P02NY (44T)	Baja. Afrontamiento eficaz, posible negación.
Ansiedad ante los exámenes (EXAMEN)	P01NA (62T) y P02NY (62T)	Elevación leve. Ansiedad útil sin impacto negativo.
	P03AN (48T)	Esperada. Ansiedad esperada en contextos evaluativos
Preocupaciones sociales/estrés (SOC)	P01NA (75T)	Extrema. Sensibilidad social alta y bajo apoyo.
	P02NY (52T) y P03AN (46T)	Esperada. Preocupación interpersonal normal.
Mentira	P01NA (54T) y P03AN (54T)	Esperada (Válido). Respuesta válida y confiable.
	P02NY (35T)	Baja (cuestionable). Posible exageración o malentendimiento en las respuestas.
Ansiedad total (TOT)	P01NA (64T)	Elevación leve. Adaptado, con ligera inseguridad emocional.
	P02NY (54T) y P03AN (49T)	Esperada. Sin indicadores clínicos de ansiedad.

Nota. Interpretaciones simplificadas con base en el manual del AMAS-C no corresponden a citas textuales, pero mantienen la esencia clínica de los significados originales.

Tabla 9
Resumen por participante AMAS-C

Participante	Ansiedad total pretest	Categoría	Ansiedad total postest	Categoría	Cambio observado
P01NA	79	Extrema	64	Elevación leve	Disminución significativa
P02NY	69	Clin. significativa	54	Esperada	Mejoría
P03AN	77	Extrema	49	Esperada	Disminución significativa

Como parte del seguimiento a los participantes que concluyeron la intervención, se aplicó una entrevista semiestructurada con el propósito de explorar sus experiencias a lo largo del proceso. Los resultados obtenidos reflejan, en general, percepciones positivas en relación con el bienestar emocional alcanzado y el impacto subjetivo de la intervención.

Tabla 10
Resumen de las entrevistas

Área explorada en la entrevista	Palabras clave o frases representativas
Inicio y contexto	P01NA: "Quería probar cómo funcionaba esto en mí." P02NY: "Me motivaron las técnicas de relajación." P03AN: "Buscaba herramientas para manejar el estrés, depresión y ansiedad."
Experiencia general	P01NA: "Grupo participativo; escuchar a los demás me ayudó." P02NY: "Me gustó la técnica de respiración." P03AN: "Compartir experiencias similares me dio seguridad."

Técnicas y actividades	P01NA: "El método autógeno me ayudó a relajarme y dormir mejor." P02NY: "La respiración fue muy funcional." P03AN: "La meditación me ayudó; la relajación muscular me costó más trabajo."
Cambios y beneficios	P01NA: "He aprendido a afrontar la ansiedad." P02NY: "Cambios leves en el manejo de situaciones." P03AN: "Ahora salgo más rápido de las crisis; tomo descansos."
Estado de ánimo y emociones (aplica esta sección solo a los estudiantes que puntuaron alto en el BDI II)	P01NA: "Me siento más tranquila; mi motivación es terminar la licenciatura." P03AN: "Estoy más tranquilo; escuchar a otros me ayudó desde el inicio."
Sugerencias y cierre	P01NA: "Resumiría mi experiencia como maravillosa." P02NY: "Intervención relajante; en una frase: moderación de la estabilidad." P03AN: "En una frase: mañana mejor que hoy y hoy mejor que ayer."

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) permitió identificar de forma clara la presencia de sintomatología depresiva en los estudiantes que participaron en la fase inicial de la intervención y, por ende, en aquellos que la concluyeron.

Este instrumento, ampliamente reconocido por su validez y confiabilidad en población adolescente y adulta joven, ofreció una evaluación complementaria que profundizó en el malestar emocional coexistente con los niveles de ansiedad detectados mediante la AMAS-C.

Por su parte, el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aportó información relevante sobre las distorsiones cognitivas más frecuentes en los participantes, las cuales mostraron una estrecha relación con los indicadores de ansiedad y depresión previamente reportados.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de incluir herramientas diagnósticas como el BDI-II y el IPA en los programas de intervención dirigidos a estudiantes universitarios. Su aplicación conjunta permitió identificar tanto la presencia de sintomatología depresiva como patrones de pensamiento disfuncionales, aspectos que, de no ser detectados oportunamente, podrían limitar la efectividad de las estrategias terapéuticas implementadas.

En conjunto, los resultados sugieren que la intervención ofreció oportunidades significativas de mejora y bienestar para los participantes, evidenciándose una disminución en los niveles de ansiedad en todas las subescalas del AMAS-C, así como un cambio en la forma de interpretar sus condiciones cognitivas y emocionales. Estos avances también se vieron reflejados en las entrevistas semiestructuradas, cuyo resumen se presenta en la Tabla 8.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten evidenciar que la propuesta de intervención tuvo un impacto positivo en la disminución de los niveles de ansiedad en los participantes, así como en el reconocimiento de pensamientos disfuncionales y en la incorporación de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

A lo largo de las ocho sesiones, se observaron cambios significativos en la forma en que los participantes identificaban y gestionaban sus emociones, especialmente aquellas relacionadas con estados de ansiedad, preocupación constante y malestar emocional.

Los participantes mostraron avances importantes en la identificación de sus emociones y pensamientos automáticos, así como en el uso de recursos internos y externos para manejar su ansiedad. El uso de técnicas integrativas —como metáforas terapéuticas, actividades simbólicas con valor proyectivo y métodos de relajación— permitió no solo una disminución observable de los síntomas ansiosos, sino también una transformación interna en la manera en que los estudiantes enfrentan las demandas académicas y personales.

Uno de los principales logros del plan de intervención fue favorecer un proceso de introspección individual y colectiva. Los participantes no solo reconocieron sus emociones, sino que también lograron establecer una conexión más profunda con sus experiencias personales. Actividades como la metáfora del jardín o la metáfora del autobús resultaron valiosas para generar un espacio simbólico de exploración emocional. A partir de estas metáforas se desarrollaron ejercicios gráficos que permitieron acceder a contenidos internos difíciles de verbalizar directamente, promoviendo la conciencia emocional y la resignificación de vivencias pasadas.

Asimismo, las técnicas de relajación implementadas mostraron ser herramientas efectivas para la autorregulación emocional. Los participantes manifestaron que, gracias a estas prácticas, lograron reducir la tensión física asociada al estrés cotidiano y aprendieron a gestionar mejor sus crisis de ansiedad. Algunos de ellos reportaron que continuaron aplicando estas técnicas fuera del espacio terapéutico, lo que reforzó su utilidad como estrategias de autocuidado emocional.

El compromiso y la participación activa de los tres estudiantes que concluyeron el proceso fueron otro aspecto destacable. Mostraron receptividad ante las estrategias propuestas y se involucraron plenamente en las sesiones. El ambiente grupal favoreció un sentido de pertenencia y validación emocional, lo que ayudó a reducir el aislamiento asociado a la ansiedad. La identificación de experiencias comunes resultó reconfortante y fortalecedora.

Aunque los resultados son alentadores, es necesario reconocer las limitaciones del estudio, especialmente el tamaño reducido de la muestra, lo cual restringe su generalización. No obstante, los avances individuales observados respaldan el valor clínico y subjetivo de la intervención.

Las entrevistas semiestructuradas revelaron un cambio en la narrativa personal de los participantes. Expresaron sentirse más conscientes de sus emociones, más capaces de identificar pensamientos negativos y más seguros para aplicar estrategias de autorregulación emocional en su vida cotidiana.

Esta percepción de cambio confirma que los objetivos de la intervención fueron alcanzados en términos de mejora clínica, autoconocimiento y resiliencia emocional.

Los resultados obtenidos a través del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) evidenciaron una interacción significativa entre ansiedad, patrones cognitivos disfuncionales y presencia de síntomas depresivos. El 80% de los estudiantes que iniciaron la intervención presentó niveles severos de depresión, lo cual refleja un deterioro emocional importante.

El IPA identificó como distorsiones frecuentes el razonamiento emocional, el pensamiento polarizado, el filtraje y la falacia de recompensa divina. Estos patrones cognitivos, tal como señala **Beck (1976)**, actúan como factores mantenedores del malestar emocional, al reforzar creencias irracionales e interpretaciones disfuncionales de la realidad. Desde esta perspectiva, se genera un ciclo de retroalimentación entre pensamiento, emoción y conducta que perpetúa los síntomas ansiosos y depresivos.

Estos resultados coinciden con investigaciones previas que señalan cómo estilos de pensamiento disfuncional —especialmente aquellos relacionados con la autoexigencia, la sobregeneralización y el catastrofismo— son comunes en estudiantes que enfrentan altos niveles de presión académica y personal (**González et al., 2019**). Esto refuerza la necesidad de atender la ansiedad como parte de una estructura emocional y cognitiva más amplia y no como un fenómeno aislado.

Al reaplicar el AMAS-C como prueba postest, se observó mejoría en todas las subescalas para los tres participantes, con disminución en los puntajes T y reubicación en categorías menos severas. En términos generales, los niveles de ansiedad pasaron de extremos y clínicamente significativos a elevación leve o esperada.

Aunque no se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales debido al tamaño de la muestra, los cambios observados en las puntuaciones T entre el pretest y el postest indican una tendencia consistente hacia la disminución de la ansiedad en todas las subescalas del AMAS-C. Esta evolución sugiere una respuesta positiva a la intervención. Una futura réplica del estudio con mayor número de participantes permitiría aplicar pruebas de significancia estadística (como t de Student para muestras relacionadas) que respalden con mayor solidez los efectos observados.

La evaluación cualitativa mostró mejoras percibidas en conciencia emocional, regulación de pensamientos y manejo del estrés. Los participantes valoraron positivamente las técnicas implementadas, mencionando como especialmente útiles la relajación muscular progresiva, la respiración guiada y las actividades que facilitaron la introspección emocional.

Estos hallazgos respaldan la efectividad de intervenciones breves con enfoque integrativo, adaptadas a las características de la población universitaria. La combinación de elementos emocionales, conductuales, cognitivos y simbólicos permitió un abordaje integral y flexible de la ansiedad, generando cambios sostenibles en los participantes.

El diseño de la intervención confirmó los postulados del modelo integrativo de **Corsi (2005)**, el cual contempla distintos niveles de experiencia: cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico. Cada uno fue trabajado a lo largo de las sesiones mediante técnicas de relajación, metáforas y actividades que promovieron la conexión mente-cuerpo.

Aunque en este artículo se presentan de forma sintética las técnicas empleadas, su elección se fundamentó en un análisis más amplio que integra criterios de pertinencia teórica, aplicabilidad práctica y evidencia empírica. Este análisis fue desarrollado con mayor profundidad en un manuscrito complementario actualmente en preparación (**Espinoza y Leal, 2024**), el cual contextualiza y justifica la integración de las técnicas dentro del modelo terapéutico propuesto.

Finalmente, entre las principales limitaciones del estudio se encuentra el número reducido de participantes, lo cual limita la posibilidad de generalizar los resultados. Además, los instrumentos IPA y BDI-II no pudieron ser reaplicados tras la intervención, ya que sus manuales establecen un intervalo mínimo de seis meses entre aplicaciones. Esta condición restringió la recolección de evidencia cuantitativa sobre los posibles cambios en depresión y distorsiones cognitivas. Sin embargo, los datos cualitativos aportaron una visión rica y subjetiva de los efectos positivos de la intervención.

Para futuras investigaciones, se recomienda contemplar un diseño longitudinal que permita evaluar los efectos a largo plazo. Incluir muestras más amplias y aplicar evaluaciones postest con todos los instrumentos utilizados inicialmente ofrecerá una visión más completa sobre la efectividad de las estrategias terapéuticas y su sostenibilidad en el tiempo.

Estas mejoras metodológicas no solo fortalecerían la validez empírica de futuras investigaciones, sino que también permitirían construir intervenciones más robustas y adaptadas a las realidades emocionales de los estudiantes universitarios. Asimismo, se sugiere ampliar los instrumentos de medición e incluir variables como “estilos de afrontamiento” o “habilidades socioemocionales”, a fin de identificar factores personales que incidan en la respuesta a la intervención y en el manejo de la ansiedad.

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo implementar una propuesta de intervención dirigida a estudiantes universitarios previamente identificados con niveles extremos y clínicamente significativos de ansiedad.

Los resultados obtenidos evidenciaron una mejora tanto general como específica en los niveles de ansiedad, así como una percepción más favorable del propio estado psicológico. Además, se observó un fortalecimiento en el uso de recursos de afrontamiento por parte de los participantes ante situaciones estresantes o ansiógenas, lo que sugiere que la intervención les proporcionó estrategias efectivas para manejar su sintomatología ansiosa.

Este estudio demuestra que un enfoque integrativo, sustentado en un repertorio diverso de técnicas terapéuticas — como la respiración consciente, la relajación muscular progresiva, el método autógeno de Schultz, la meditación guiada, el uso de metáforas, actividades simbólicas con valor proyectivo y espacios de expresión libre— resulta efectivo para el abordaje de la ansiedad en estudiantes universitarios.

Si bien el tamaño reducido de la muestra constituye una limitación que impide generalizar los hallazgos, los cambios observados en los participantes que concluyeron la intervención son significativos.

Estos hallazgos destacan el valor subjetivo y cualitativo del proceso terapéutico, al evidenciar mejoras concretas en la forma en que los estudiantes gestionan su ansiedad y se relacionan con sus experiencias emocionales.

La presente investigación sienta las bases para futuros estudios que incluyan muestras más amplias y contemplen un diseño longitudinal. Se sugiere iniciar el trabajo preventivo desde los primeros semestres de la formación universitaria, con evaluaciones de seguimiento que permitan observar la evolución de los niveles de ansiedad y valorar la efectividad sostenida de las intervenciones.

En síntesis, la propuesta de intervención desarrollada en este estudio logró mejoras significativas en los estudiantes participantes, tanto en términos de disminución de la ansiedad como en el reconocimiento de creencias irracionales asociadas al malestar emocional y el fortalecimiento de recursos personales de afrontamiento.

A pesar de sus limitaciones, este estudio evidencia el potencial terapéutico de las técnicas empleadas en el marco de un enfoque integrativo.

Sus hallazgos ofrecen una base sólida para futuras investigaciones en contextos educativos y clínicos, con el propósito de contribuir al bienestar emocional y a la salud mental de la población universitaria.

Referencias

Gutiérrez, M., & Hernández, P. (2011). El impacto de la ansiedad en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología y Educación*, 11(1), 72–83. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07802011000100005

Espíritu Correa, Y. L. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de Ansiedad-Rasgo en universitarios de la ciudad de Chimbote [tesis para obtener el título de profesional de licenciada en psicología]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26297/espiritu_cy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez-Otero Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: Estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63–78. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4911675.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Psiquiatria.com. (s.f.). Revisión histórica del modelo biopsicosocial. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/revision-historica-del-modelo-biopsicosocial>

Rodríguez, M., & Pérez, C. (2015). La ansiedad y su impacto en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. *Revista Ciencias de la Educación*, [volumen], [páginas si disponibles]. <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922007.pdf>

Sánchez, R., & López, C. (2020). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: Relación con rendimiento académico. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/342962914_Ansiedad_y_depresion_en_estudiantes_universitarios_relacion_con_rendimiento_academico

Sergio. (2013, octubre 22). ¿Qué nos enseña el modelo de vulnerabilidad-estrés? Esquizofrenia y terapia familiar. https://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com/2013/10/que-nos-ensena-el-modelo-de_22.html

Velasco, C. G. (2021, marzo 9). Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión. *Canal Educación y Sociedad*. <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>

Zambrano, J. (2019). Estrategias para mejorar el rendimiento académico en estudiantes universitarios [Tesis de licenciatura, Universidad de Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3461/1/10160.pdf>



Incompletas pero vivas: relatos de tres mujeres mastectomizadas.

Lic. María Carla Lara Men
Universidad Autónoma de Coahuila.
<https://orcid.org/0009-0004-3966-8320>

Dra. Alicia Hernández Montaña
Universidad Autónoma de Coahuila.
<https://orcid.org/0000-0001-8778-5805>

Dra. Rosa Isabel Garza Sánchez
Universidad Autónoma de Coahuila.
<https://orcid.org/0000-0003-2925-9211>

Dr. José González Tovar
Universidad Autónoma de Coahuila.
<https://orcid.org/0000-0002-2507-5506>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Lara Men, M. C., Hernandez Montaña, A., Garza Sánchez, R. I., & González Tovar, J. Incompletas pero vivas: relatos de tres mujeres mastectomizadas. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.43>

Resumen: El objetivo del presente artículo fue analizar el impacto en la imagen corporal, la autoestima, las expresiones sexuales y la percepción de autoeficacia en tres mujeres mastectomizadas de Saltillo, Coahuila, México. La metodología utilizada fue de un enfoque cualitativo de tipo interpretativo para profundizar en el significado subjetivo de las vivencias de tres mujeres mastectomizadas.

Los hallazgos destacan tanto las dificultades como las estrategias de resiliencia empleadas, ofreciendo una mirada integral sobre las dimensiones humanas del proceso de adaptación tras la mastectomía. Este trabajo pretende contribuir al entendimiento de las complejas dimensiones humanas detrás de la enfermedad, la recuperación y el proceso de adaptación a una nueva realidad física y emocional.

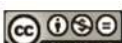
Palabras clave: autoestima, imagen corporal, vida sexual y mastectomía.

Abstract: The objective of this article was to analyze the impact on body image, self-esteem, sexual expressions, and perception of self-efficacy in three mastectomized women from Saltillo, Coahuila, Mexico. The methodology used was a qualitative, interpretive approach to delve into the subjective meaning of the experiences of three mastectomized women.

The findings highlight both the difficulties and the resilience strategies used, offering a comprehensive look at the human dimensions of the adaptation process after mastectomy. This work aims to contribute to the understanding of the complex human dimensions behind the illness, recovery, and the process of adaptation to a new physical and emotional reality.

Keywords: self-esteem, body image, sexual life, and mastectomy.

Fecha de recepción V1: 18/08/2025 Fecha de recepción V2: 02/09/2025 Fecha de aceptación: 21/09/2025

 Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

El cáncer de mama representa una de las amenazas más significativas para la salud de las mujeres en todo el mundo. Para México, la incidencia de cáncer de mama es de 35.4 por cada 100,000 mujeres, con una prevalencia de 41.5 y un índice de mortalidad de 9.7 por cada 100,000 habitantes, lo que resultó en 5,680 defunciones en 2012 (Ferlay et al., 2012).

Aun con los avances en la detección temprana y los tratamientos más efectivos, la tasa de supervivencia ha aumentado de manera notable. Sin embargo, las consecuencias psicológicas y emocionales de un diagnóstico de cáncer de mama y los tratamientos subsecuentes, como la mastectomía, a menudo pasan desapercibidas en el enfoque médico tradicional (American Cancer Society, 2020).

El cáncer de mama afecta la glándula mamaria y se atribuye a la disminución de los elementos ovulares debida a factores naturales o agregados. Aunque no existe una etiología específica, diversos factores de riesgo predisponen a su aparición (Fernández & Araujo, 2010). El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama implican una situación estresante que afecta no solo el aspecto físico, sino también el psicológico. Además de afrontar la enfermedad y sus tratamientos, las pacientes deben adaptarse a pérdidas importantes, incluyendo cambios en la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad (Sebastián et al., 2007; Ramírez & Landa, 2016).

Estos desafíos psicológicos son particularmente significativos en mujeres jóvenes, en quienes la percepción de femineidad y atracción está más vinculada a la imagen corporal (Amayra et al., 2001). Además, estudios han demostrado que las mujeres jóvenes con cáncer de mama pueden enfrentar mayores problemas psicosociales y una disminución en la calidad de vida debido a la enfermedad y los tratamientos (Avis et al., 2004; Bloom et al., 2004).

Existen diversos tratamientos para el cáncer de mama, siendo la mastectomía una de las opciones quirúrgicas principales. Este procedimiento, que puede ser radical o conservador, conlleva secuelas físicas inmediatas como deformidades corporales significativas y consecuencias psicológicas graves, tales como depresión y ansiedad (Martínez et al., 2014; Segura et al., 2014), sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal (Araya et al., 2002).

Estudios recientes han demostrado que la edad influye significativamente en la percepción del impacto de la mastectomía, a menor edad mayores niveles de angustia debido a la asociación entre su imagen corporal, autoestima y vida sexual activa (Henson, 2022b), y a mayor edad el impacto emocional está más relacionado con la percepción de salud general y la independencia funcional (Torriente, 2021).

Sin embargo, se sabe que la calidad de vida de estas mujeres puede mejorar con el tiempo dependiendo de factores como el apoyo psicológico y la percepción de control sobre la enfermedad (Lantz et al., 2005; Ganz et al., 2002) y de las estrategias de afrontamiento con las que cuenten (García & González, 2007). Además, la presencia de un apoyo social sólido contribuye a mitigar los efectos negativos, promoviendo una mejor adaptación psicológica (García & González, 2007).

Culturalmente, los senos son considerados símbolos de femineidad, erotismo y maternidad (Suárez, 2004; Pires & Nobre, 2003). Por ello, la pérdida de un seno puede tener un impacto profundo en la autoimagen, especialmente en la percepción de atracción sexual y la identidad femenina (Altuve, 2020a; Fernández, 2004; Altuve, 2020b), percibiéndose como una "deformidad" (Rojas, 2006) que afecta la manera en que las mujeres interactúan socialmente, evitando ciertas situaciones o experimentando un deterioro en la autoestima (Flores, 2007; Gil & Costa, 2005).

La variable edad y estado civil tiene un impacto negativo en la magnificación o adaptación de creencias sobre su atractivo, valía como persona y satisfacción consigo mismo (Martínez et al., 2014). Para las mujeres cuya edad oscila entre los 25 y 39 años es más difícil debido al periodo de la búsqueda de pareja y procreación (American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network, 2007; Saslow et al., 2027), afectando el disfrute de sus relaciones sexuales, disminuyendo su actividad coital y anorgasmia, ya sea por el hecho de recibir el diagnóstico de cáncer de mama o por los efectos de los tratamientos oncológicos (Henson, 2002a).

En cambio, en las mujeres mayores, su vida sexual pudiera tener un impacto menor dado que sus relaciones íntimas han disminuido o desaparecido, tal vez porque ya no tienen una pareja. Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado por Die Trill (2006), se encontró que 15.1% de mujeres de su muestra habían sido sexualmente activas antes de padecer cáncer y posterior al diagnóstico reconocían un impacto negativo sobre sus intereses sexuales.

La autoestima, la imagen corporal y la vida sexual son tres áreas críticas que suelen verse significativamente afectadas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. La autoestima, definida como la valoración que una persona tiene de sí misma, puede verse disminuida debido a los cambios físicos y psicológicos provocados por la enfermedad y sus tratamientos (Rosenberg, 1965). La imagen corporal, que se refiere a la percepción que una persona tiene de su propio cuerpo, puede verse alterada por procedimientos como la mastectomía, la quimioterapia y la radioterapia, que frecuentemente resultan en cicatrices, pérdida de cabello y otros cambios físicos visibles (Cash & Pruzinsky, 1990). La vida sexual, por su parte, puede verse afectada tanto por los cambios físicos como por la disminución de la autoestima y la imagen corporal negativa, llevando a una reducción en el deseo sexual y la satisfacción (Ganz et al., 2002).

Bajo este orden de ideas, el objetivo del presente estudio es analizar el impacto en la imagen corporal, la autoestima, las expresiones sexuales y la percepción de autoeficacia en tres mujeres mastectomizadas de Coahuila, Saltillo.

Método

Diseño de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de tipo interpretativo, diseñado para explorar y comprender las narrativas de mujeres mastectomizadas en relación con sus experiencias personales, emocionales y sociales tras la cirugía. Este enfoque permitió profundizar en el significado subjetivo de sus vivencias, utilizando la teoría fundamentada como base metodológica para identificar categorías emergentes, a través de la saturación y la codificación teórica en el estudio de la problemática (Strauss & Corbin, 2002).

Participantes

La muestra se conformó mediante un muestreo intencional y por conveniencia (Taylor & Bodgan, 1994), seleccionando a tres mujeres de 24, 39 y 68 años, que habían sido sometidas a una mastectomía radical modificada en los últimos cinco años y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Los criterios de inclusión incluyeron: ser mayores de edad, haber sido mastectomizadas por diagnóstico de cáncer de mama y no presentar sintomatologías clínicas incapacitantes o invalidantes.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo principios éticos que son considerados dentro de las investigaciones en psicología en población mexicana (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2009), por lo que se informó de manera verbal el objetivo del estudio solicitando por escrito el consentimiento informado para garantizar el carácter confidencial respetando la integridad, justicia, equidad, respeto y defensa de los derechos humanos.

Instrumentos o técnica

Para la recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada (Brinkmann, 2013). En la elaboración de la guía de entrevista se consideraron diferentes ejes temáticos, que posteriormente se organizaron en categorías, subcategorías e indicadores, en congruencia con los fundamentos teóricos revisados (ver Tabla 1).

Procedimiento

El acceso a las participantes se logró gracias a la alianza establecida con el refugio Casa Rosa, donde se expusieron los intereses de la investigación. Una vez que manifestaron su interés, se procedió a la selección de las participantes asegurándose de que cumplieran con los criterios de inclusión.

Las entrevistas se realizaron de manera individual y por videollamada a través de la aplicación Zoom en noviembre de 2024. Posteriormente, se transcribió cada una de las entrevistas.

Análisis de datos

El análisis de la información se llevó a cabo mediante el análisis temático (Braun & Clarke, 2006), que incluye el proceso de transcripción y citado inicial, la generación de códigos preliminares, la identificación de temas similares, la posterior revisión de temas con base en el libro de códigos (ver Tabla 1), la definición y refinamiento de temas, y, finalmente, la elaboración de los resultados del análisis. Los datos cualitativos obtenidos se contrastaron con la revisión teórica de base utilizando el software MAXQDA, versión 24.

Ejes y categorías de análisis

A continuación, se presenta el Libro de Códigos elaborado para la investigación. Este incluye tres ejes temáticos: Mastectomía, Identidad Psicosocial y Afrontamiento. Los ejes temáticos, a su vez, están conformados por categorías y subcategorías de análisis, las cuales se detallan a continuación:

Tabla 1.
Libros de códigos: Mastectomía

Ejes	Categorías	Definición	Indicadores
Mastectomía	Impacto físico de la Mastectomía	Procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación parcial o total de uno o ambos senos	Limitaciones físicas Emociones y pensamientos asociados a la decisión de realizar la mastectomía
	Identidad Psicosocial	Autoestima Cómo una persona se valora y se siente respecto a sí misma	Valoración personal y aceptación del cuerpo Impacto en la confianza personal Proceso de adaptación y resiliencia Sentimientos de capacidad y eficacia personal
	Imagen corporal	La percepción que tiene una persona de su cuerpo y cómo esto afecta su identidad.	Satisfacción con la apariencia física Percepción de asimetría corporal Uso de prótesis o cirugía reconstructiva Cambios en rutina estética o vestimenta
Capacidad de afrontamiento	Expresiones sexuales	Cómo una persona vive y se relaciona con su cuerpo en un contexto sexual, lo cual está profundamente vinculado a su autoimagen y confianza.	Deseo sexual y cambio en la libido Comodidad con el cuerpo durante la intimidad Impacto en la relación de pareja Estrategias de comunicación sobre sexualidad
	Autoeficacia	Creencia de la participante en su capacidad para manejar los efectos de la mastectomía, tanto a nivel físico como emocional y en sus relaciones personales	Capacidad para manejar el malestar físico y emocional Habilidad para adaptarse a nuevas circunstancias físicas Creencia en la capacidad para mantener actividades cotidianas Capacidad para mantener relaciones interpersonales positivas

Nota: Elaboración propia.

Resultados

A partir de la información obtenida, en la Imagen 1 podemos apreciar las palabras más repetidas o mencionadas por las participantes durante las entrevistas:

Imagen 1.

Nube de palabras de la entrevista de 3 mujeres mastectomizadas



Nota: Elaboración propia, software MAXQDA.

La nube de palabras presentada refleja conceptos clave relacionados con la experiencia emocional, física y social de las mujeres que han pasado por una mastectomía. Las palabras más destacadas son “sentir”, “enfrentar”, “apoyar”, “procesar”, “momento”, “vida” y “mastectomía”, lo que indica un enfoque en las emociones, la adaptación y el soporte en el contexto de este procedimiento. El hecho de que “sentir” se ubique al centro refleja la centralidad de las emociones, lo cual coincide con los testimonios de las entrevistadas. Una de ellas señaló: “Sentí que el mundo se me venía encima... me invadió el miedo, la incertidumbre y, sobre todo, la preocupación por mis hijos y mi pareja” (Participante 1, comunicación personal, 2024). Otra expresó: “Cuando recibí el diagnóstico, fue como si el mundo se detuviera. Me sentí completamente abrumada, asustada y confundida” (Participante 2, comunicación personal, 2024), mientras que una tercera describió: “Cuando recibí el diagnóstico, sentí que el suelo se movía debajo de mí. Fue una mezcla de miedo, incertidumbre y tristeza” (Participante 3, comunicación personal, 2024).

Asimismo, palabras como “procesar”, “enfrentar”, “seguir” y “trabajar” sugieren que las mujeres se encuentran en un proceso constante de adaptación.

En este sentido, una participante explicó: “Me costaba mucho aceptar la cicatriz, pero con el tiempo he comenzado a verla como un símbolo de fortaleza y resistencia” (Participante 1, comunicación personal, 2024), mientras que otra señaló las dificultades de aceptación al afirmar: “Muchas veces evito mirarme al espejo porque me duele recordar lo que ya no está... hay días en los que me siento rota, incompleta” (Participante 2, comunicación personal, 2024).

El apoyo social también aparece como un eje fundamental, representado en términos como “familia”, “apoyar” y “relación”. Una de las entrevistadas enfatizó: “Mi pareja ha sido un pilar fundamental durante todo este proceso... me acompañaba a las sesiones de tratamiento y siempre encontraba la manera de hacerme sentir que no estaba sola” (Participante 1, comunicación personal, 2024).

Otra destacó el acompañamiento comunitario al relatar: “Gracias al apoyo que recibí en la Casa Rosa fue clave para superar esos momentos difíciles, porque allí encontré comprensión y compañía con otras mujeres” (Participante 2, comunicación personal, 2024).

Mientras que otra participante resaltó la importancia de su esposo al decir: “Aunque yo a veces me siento triste por los cambios en mi cuerpo, él me dice que para él sigo siendo la misma. Eso me ha ayudado mucho, porque su cariño me da fuerzas para seguir adelante” (Participante 3, comunicación personal, 2024).

En cuanto a la dimensión corporal, se observaron palabras como “cuerpo”, “cicatriz”, “aspecto” y “autoestima”, las cuales evidencian que los cambios físicos afectan la percepción de la imagen corporal. Una participante afirmó: “Cuando vi mi cicatriz por primera vez, fue devastador. Sentí que había perdido una parte importante de mi identidad como mujer” (Participante 2, comunicación personal, 2024).

En contraste, otra compartió un proceso de resignificación: “Hoy, cuando me miro al espejo, siento un poco de nostalgia, pero también mucho orgullo. Esa cicatriz es una prueba de que enfrenté una gran batalla y salí adelante” (Participante 1, comunicación personal, 2024).

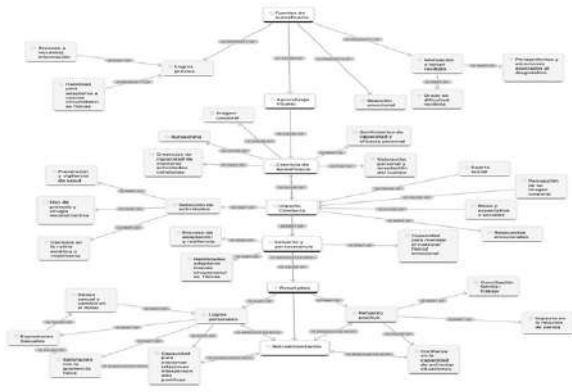
Finalmente, términos como “fortaleza”, “aceptación”, “aprender” y “resiliencia” reflejan la capacidad de las mujeres para resignificar su experiencia y proyectarse hacia el futuro con mayor fortaleza. Como afirmó una de ellas: “Cuando terminé la quimioterapia, me di cuenta de que era más fuerte de lo que creía; ese día sentí orgullo de mí misma” (Participante 3, comunicación personal, 2024).

Otra subrayó: “Este proceso me ha enseñado a valorarme de una manera más profunda y a reconocer mi propia fortaleza” (Participante 1, comunicación personal, 2024). En síntesis, la nube de palabras, complementada con las narrativas de las entrevistadas, muestra que la experiencia de la mastectomía es multifacética, abarcando dimensiones emocionales, físicas y sociales. Se destaca la importancia del apoyo de familiares, parejas y espacios comunitarios, así como el papel de la resiliencia y las estrategias de aceptación en el proceso de recuperación.

Se elaboró una Red de Análisis (ver figura 1) que describe la relación de las categorías y subcategorías observando lo siguiente:

Figura 1.

Red de Análisis: Impacto de la mastectomía .



Nota: Elaboración propia, software MAXQDA.

La red presentada organiza los diferentes aspectos asociados a las experiencias y procesos relacionados con la mastectomía, abordando múltiples dimensiones de impacto.

En primer lugar, se destacan las fuentes de autoeficacia, que incluyen elementos clave como el acceso a la información, los logros previos y la motivación recibida. El acceso a información se relaciona con el conocimiento adquirido por las mujeres y su capacidad para enfrentar los cambios físicos derivados de la mastectomía. Los logros previos, por su parte, actúan como recordatorios de la capacidad de superar desafíos, lo que refuerza la confianza en futuras situaciones. Finalmente, la motivación recibida, ya sea a través de apoyo social o personal, interactúa con el nivel de dificultad de los retos asumidos, impactando directamente en la percepción de autoeficacia.

Otro componente central de la red es la autoestima, que está íntimamente ligada a la percepción de la imagen corporal y a las creencias sobre la capacidad de realizar actividades cotidianas. Estas creencias contribuyen a la percepción de autoeficacia y juegan un papel fundamental en la selección de actividades que las mujeres consideran alcanzables, influyendo en su capacidad para persistir y superar obstáculos. La relación entre la autoestima y la imagen corporal se convierte en un eje clave, especialmente en el contexto de los cambios físicos asociados con la mastectomía.

El impacto en la conducta aparece como otra dimensión importante de análisis. Aquí se consideran los cambios en la vida diaria, como el uso de prótesis o la reconstrucción mamaria, así como el proceso de adaptación a nuevos roles personales y sociales. Además, se destaca la capacidad de las mujeres para manejar el estrés físico y emocional que acompaña al proceso de recuperación. Este impacto conductual está profundamente influenciado por cómo las mujeres perciben su imagen corporal y cómo responden emocionalmente a los desafíos.

En cuanto a los resultados, estos se agrupan en tres áreas principales. Los logros personales abarcan la superación de obstáculos y el desarrollo de habilidades adaptativas, lo que refuerza la confianza en la capacidad de enfrentar futuros desafíos. La retroalimentación positiva tiene un papel clave en la consolidación de la confianza y en el fortalecimiento de la percepción de autoeficacia. Por último, las expresiones sexuales y la satisfacción en este ámbito muestran cómo las mujeres lidian con el deseo y la satisfacción sexual después de la mastectomía, destacando la conexión entre la imagen corporal y la autoestima.

Finalmente, la red incluye el análisis de los roles y el soporte social. Aquí se examina el apoyo emocional y social recibido, así como los roles que las mujeres desempeñan en sus contextos familiares, laborales y sociales. Este soporte social influye de manera significativa en la percepción de autoeficacia y en la capacidad de resiliencia de las mujeres, proporcionando una base para enfrentar los desafíos emocionales y físicos asociados con la mastectomía.

En conjunto, la red ofrece una perspectiva integral para comprender cómo las mujeres mastectomizadas enfrentan los desafíos físicos, emocionales y sociales derivados de este procedimiento, destacando la interacción entre autoeficacia, autoestima e impacto conductual en su proceso de adaptación.

Discusión

Los resultados del presente estudio exponen que la mastectomía no solo representa un cambio físico significativo, sino que también implica un proceso complejo de reconstrucción emocional, en el que las mujeres enfrentan desafíos en su autoestima, imagen corporal y vida sexual. En correspondencia con lo señalado por Amayra et al. (2001), la percepción del cuerpo tras la mastectomía influye directamente en la autoestima, especialmente en mujeres jóvenes, quienes vinculan su femineidad con una imagen física (Henson, 2022b). Esto se traduce en una sensación de pérdida que puede derivar en ansiedad y depresión (Martínez et al., 2014).

La pérdida de un seno conlleva sentimientos de vulnerabilidad, pero también impulsa a las mujeres a generar recursos personales para su aceptación, como el uso de prótesis, la reconstrucción mamaria o estrategias psicológicas de reconfiguración identitaria (García & González, 2007).

Un hallazgo clave en este estudio es la relación entre la vida sexual y la percepción de apoyo en pareja. Para las entrevistadas, la intimidad no solo está determinada por el deseo sexual, sino también por el acompañamiento emocional que sienten de su pareja, lo que coincide con los estudios de **Die Trill (2006) y Ganz et al. (2002)**, quienes reportan que la calidad de la relación y la comunicación juegan un papel crucial en la adaptación tras la mastectomía. Esto refuerza la idea de que la satisfacción sexual en estas mujeres está mediada por la seguridad y la validación emocional que reciben de sus parejas, más que por la actividad sexual en sí misma.

Por otro lado, se confirma que la edad influye en la manera en que se experimenta el impacto emocional de la mastectomía. Mientras que en mujeres más jóvenes el énfasis está en la pérdida de atractivo, dificultad para crear familia y en su vida sexual activa (Henson, 2002a), en mujeres mayores el foco se traslada hacia la percepción de salud y autonomía funcional (Torriente, 2021). No obstante, incluso en edades avanzadas, la pérdida de interés sexual tras la cirugía sigue siendo un factor significativo, como lo indican los hallazgos de Die Trill (2006).

El concepto de "incompleta pero viva", expresado por las participantes, constituye un hallazgo único y central en este estudio. Esta narrativa sintetiza el proceso de adaptación en el que la pérdida física del seno no solo representa dolor o incompletud, sino que también se transforma en un símbolo de fortaleza y afirmación de vida. De esta manera, la supervivencia se resignifica como un triunfo sobre la adversidad, integrando tanto la vulnerabilidad como la resiliencia.

Este hallazgo se alinea con lo planteado por Fernández (2004) y Altuve (2020b), quienes señalan que muchas mujeres con cáncer de mama reconfiguran su identidad a partir de la experiencia, otorgando un nuevo significado a su cuerpo y feminidad, en un proceso de resistencia y reconstrucción personal. De manera similar, Piña y Navarro (2017) destacan que la resiliencia es un factor determinante en la resignificación de la imagen corporal y la autoestima después de la mastectomía, mientras que Biffi y Mamede (2010) subrayan que la vivencia de la cicatriz puede transitar desde la vulnerabilidad inicial hasta la construcción de nuevos significados personales y sociales.

La literatura internacional también respalda este proceso de transformación. Fobair et al. (2006) documentaron que las mujeres jóvenes experimentan alteraciones significativas en su imagen corporal y vida sexual tras la cirugía, pero muchas logran resignificar su identidad a través del apoyo social y la reconstrucción emocional. Holland y Holahan (2003) apuntan que la resiliencia psicológica y el soporte social son fundamentales para la adaptación positiva después del cáncer de mama.

Más recientemente, investigaciones cualitativas han mostrado que el tránsito de la "incompletud" hacia la aceptación se acompaña de narrativas de resistencia y crecimiento postraumático. Hasan et al. (2023) observaron que mujeres jóvenes en contextos de crisis enfrentan profundas alteraciones en su autoestima y autoimagen, pero recurren a la resiliencia, al apoyo familiar y comunitario para reconstruir el sentido de sí mismas.

De manera complementaria, Cernikova et al. (2024) identificaron que las emociones y la identidad corporal evolucionan en un proceso continuo desde el diagnóstico hasta la supervivencia, en el que el cuerpo se convierte en un espacio de redefinición personal.

Asimismo, Lirola et al. (2025) demostraron que la actividad física contribuye a mejorar no solo la salud física, sino también la percepción positiva del cuerpo y la resiliencia emocional en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Por su parte, Charos et al. (2025) encontraron que el soporte familiar es un factor decisivo para potenciar la resiliencia postoperatoria, confirmando que las redes de apoyo fortalecen la adaptación. Finalmente, Lekeka (2023) evidenció que la experiencia de la mastectomía puede ser un catalizador de procesos de individuación y redefinición identitaria, lo que coincide con el hallazgo de este estudio.

"Incompleta pero viva" emerge como una categoría interpretativa que integra el dolor de la pérdida con la fuerza de la supervivencia, ilustrando cómo las mujeres transforman la cicatriz en un recordatorio de vida. Este hallazgo confirma lo planteado en la literatura: que la resiliencia, el apoyo social, la reconstrucción de la identidad y la aceptación corporal son dimensiones centrales en la adaptación tras la mastectomía (Biffi & Mamede, 2010; Fobair et al., 2006; Holland & Holahan, 2003; Piña & Navarro, 2017; Hasan et al., 2023; Lirola et al., 2025).

Finalmente, la autoeficacia emerge como un factor central en la capacidad de afrontamiento. Las mujeres que generan recursos internos, como el fortalecimiento de su autoestima y la redefinición de su autoconcepto, presentan una mayor adaptación emocional (Lantz et al., 2005; Segura et al., 2014).

Los hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque integral en la atención a mujeres mastectomizadas, que no solo contemple la dimensión médica, sino también la psicológica y social. La presencia de redes de apoyo y el acceso a estrategias de afrontamiento adecuadas pueden ser determinantes en la calidad de vida tras la mastectomía, enfatizando la importancia de programas de intervención psicológica y grupos de apoyo.

Conclusiones

La mastectomía no solo representa un evento físico sino también un catalizador de cambios profundos en la vida de las mujeres. Tanto la red conceptual como el gráfico de frecuencias muestran que es el eje central desde donde se derivan desafíos relacionados con la imagen corporal, la autoestima y las expresiones emocionales y sexuales. Esto subraya la importancia de abordar la mastectomía no solo desde una perspectiva médica, sino también psicológica y social.

Los datos destacan que la percepción del cuerpo después de la mastectomía afecta directamente la autoestima. Las cicatrices, cambios físicos y la sensación de "pérdida" influyen en cómo las mujeres se perciben a sí mismas y su capacidad para relacionarse con otros. Este vínculo también afecta su capacidad de expresar confianza, atractivo y seguridad en sus relaciones personales.

Términos como "familia", "terapia" y "apoyar", destacados tanto en la nube de palabras como en el gráfico, refuerzan que el soporte emocional es crucial para el proceso de adaptación. Las mujeres que cuentan con una red de apoyo sólida tienden a reportar un mayor bienestar emocional y autoestima, lo que sugiere que las intervenciones deben incluir un componente social y familiar.

La autoeficacia emerge como un modulador clave en la red conceptual y el gráfico de frecuencias, especialmente en las etapas finales del proceso de adaptación. Las mujeres que desarrollan estrategias para manejar los cambios, enfocándose en su capacidad de enfrentar desafíos y valorar sus fortalezas, muestran una mejor adaptación emocional y mayor satisfacción con su vida.

Los datos sugieren una evolución narrativa en la experiencia de las mujeres con mastectomía, desde el impacto inicial (centrado en la pérdida y los cambios físicos) hacia la aceptación y la reconstrucción personal (enfocada en el bienestar y la confianza). Esto puede reflejarse en las estrategias terapéuticas recomendadas, que deben enfocarse en guiar a las pacientes a través de este proceso de adaptación.

El término "bienestar" aparece como una meta alcanzable a través de la terapia, la autoaceptación y el trabajo en la confianza personal. Esto refuerza que las intervenciones deben ser holísticas, abarcando dimensiones físicas, psicológicas, sociales y emocionales para lograr una recuperación integral.

En este sentido sería esencial realizar investigaciones longitudinales para comprender cómo evolucionan estas experiencias a lo largo del tiempo y cómo los factores como la edad, el contexto cultural y la etapa del tratamiento afectan los resultados.

. Referencias

- Amayra I, Etxeberria A, Valdosedra M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao*, 98(1) 10-15. [https://doi.org/10.1016/S0304-4858\(01\)74348-X](https://doi.org/10.1016/S0304-4858(01)74348-X)
- American Cancer Society. (2020). Breast Cancer Facts and Figures 2020-2021. American Cancer Society. <https://www.cancer.org>
- Altuve, A. (2020b). Cuerpo y subjetividad en mujeres con cáncer de mama. Caracas: Editorial Universidad Central de Venezuela.
- Altuve Burgos, J.J. (2020a). Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicooncología*, 17(2) 239-253 <https://doi.org/10.5209/psic.72019>
- Altuve, R. (2020b). Impacto psicológico de la mastectomía en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista de Psicología de la Salud*, 35(2), 45-59.
- Araya, M., Calderón, S., Montero, K., Salazar, M. & Ulate, B. (2002). Percepción del abordaje socioafectivo que recibieron las mujeres mastectomizadas en los Hospitales clase A durante el año 2002 que asisten al Grupo CAMES. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8585376>
- Avis N., Crawford S., & Manuel J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology*, 13, 295-308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15133771/> DOI: 10.1002/pon.744
- Biffi, R., & Mamede, M. (2010). Experiências de mulheres mastectomizadas: Vivências de perda e reconstrução. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000200008>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing: Understanding qualitative research*. Oxford University Press.
- Bloom J., Stewart S., Chang S., & Banks P. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 13, 147-160. <https://doi.org/10.1002/pon.794>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (2002). *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press.
- Die Trill, M. (2006). Sexualidad y Oncología: Alteraciones en la respuesta sexual tras el cáncer. *Contigo*, 7, 18-21.
- Fallbjörk, U., Frejeus, E., & Rasmussen, B. H. (2013). A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 408-413. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.005>
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3) 169-180. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A>
- Fernández, A. (2004). Identidad y cuerpo en mujeres con cáncer de mama. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, F.C., & Araujo, I.M. (2010). El significado del cáncer de mama para la mujer. *Enferm*, 12(4) 664-671.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), 359-386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579-594. <https://doi.org/10.1002/pon.99>

- Flores, I. (2007). La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos. Barcelona. 1994. En: Olivares B, Naranjo F, Alvarado A. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. GAMO, 6(4):87–90. https://www.gamo-smeo.com/previous/archivos/2007/GAMO_V6_No4-2007.pdf
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39–49. <https://doi.org/10.1093/jnci/94.1.39>
- García, V., & González, B. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 25, 72–80. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79902508.pdf>
- García, M., & González, P. (2007). Afrontamiento del cáncer de mama y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 22(4), 302–312.
- Gil, F., & Costa, G. (2005). Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo (Mastectomía y salpingooforectomía profiláctica). *Psicooncología*, 2(2-3) 317–328. https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505230318C?utm_source=chatgpt.com
- Henson, H. (2002a). Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability*, 20(4) 261–275. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021657413409>
- Henson, H. (2022b). Psychological effects of breast cancer in young women: A longitudinal study. *Journal of Women's Health*, 31(5), 420–430.
- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15–29. <https://doi.org/10.1080/08870440210000111569>
- Lantz, M., Janz, K., Fagerlin, A., et al. (2005). Satisfaction with surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based sample of Women with Breast Cancer. *Health services research*, 40(3)745–768. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773>
- Martínez B., A.E., Lozano A., A., Rodríguez V., A.L., Galindo V., O., & Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53–58. <https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2014/vol13/no1/7.pdf>
- Martínez, B., Camarero, O., López, I. & Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de ciencias médicas*, 20(3), 390–400. https://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/664/pdf_9
- Pires, C., & Nobre, J. (2003). Cultural perspectives on mastectomy: A qualitative study. *Journal of Cultural Studies in Health*, 18(3), 231–245.
- Piña, M., & Navarro, E. (2017). Imagen corporal y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 27(1), 55–65. <https://doi.org/10.25009/pys.v27i1.2319>
- Ramírez, C., & Landa, M. (2016). Mastectomía y salud mental: Una revisión de la literatura. *Psicología y Salud Mental*, 34(1), 45–60.
- Rosenberg M. (1965). *Society and Adolescent Self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ. https://archive.org/details/societyadolescen0000rose_x4g0
- Rojas, M. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Médica Clínica Condes*, 17(4) 194–197. https://www.clinicalascondes.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_17_1/IntervencionPsicologica_194.pdf
- Sebastián J., Manos D., Bueno M.J., Mateos N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2) 137–161. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613878002>
- Segura V., M., García N., R. y Gutiérrez, L. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45–57. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44916
- Strauss, A. und Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. https://books.google.com.mx/books?id=TmgvTb4tiR8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Suárez, L. (2004). Femenidad y simbolismo cultural del cuerpo femenino. *Estudios de Género y Sociedad*, 9(1), 45–60.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código Ético del Psicólogo* (E. Trillas Ed. Cuarta edición). México. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- Saslow, D., Boetes, C., Burke, W., Harms, S., Leach, M. O., Lehman, C. D., Morris, E., Pisano, E., Schnall, M., Sener, S., Smith, R. A., Warner, E., Yaffe, M., Andrews, K. S., & Russell, C. A. (2007). American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 57(2), 75–89. <https://doi.org/10.3322/canjclin.57.2.75>
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós. https://books.google.com.mx/books?id=EQanW4hLHQgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Torriente, L. (2021). Cáncer de mama en mujeres mayores: Factores emocionales y de afrontamiento. *Revista de Gerontología Psicosocial*, 29(4), 212–225.



¿De quién es el cuerpo que duele?

Dr. Héctor Torres Muñoz
 Universidad Autónoma de Tamaulipas
<https://orcid.org/0009-0003-5127-4925>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Torres Muñoz, H. ¿De quién es el cuerpo que duele?. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2).
<https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.29>

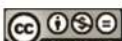
Resumen: El cuerpo, en su complejidad biológica, simbólica y psíquica, se presenta como un territorio que trasciende la mera estructura orgánica. A través de la reflexión filosófica y psicoanalítica, este ensayo explora la relación del cuerpo con el dolor, entendiendo este último no solo como una sensación física, sino como un mensaje cargado de significados subjetivos, culturales y emocionales. El dolor se percibe no solo como una vivencia individual, sino como una construcción social que se ve mediada por la historia, la memoria y el inconsciente. A través de las teorías de Freud y Lacan, se plantea la posibilidad de respuesta que este aparato teórico ofrece para dar cuenta del fenómeno del dolor. En este sentido, las reflexiones sobre el cuerpo se convierten en un espejo de las experiencias no verbalizadas y de los dolores heredados. La pregunta sobre la propiedad del dolor nos invita a reflexionar sobre cómo el cuerpo, más allá de ser nuestro, está marcado por el Otro, por la cultura y por las experiencias pasadas. Finalmente, el trabajo plantea que el dolor, aunque personal, siempre lleva consigo una carga colectiva, histórica y simbólica, que desafía la noción de que el cuerpo nos pertenece plenamente, abriendo un espacio para la reflexión sobre lo que realmente significa habitarlo.

Palabras clave: cuerpo, dolor, psicoanálisis, sujeto, Lacan, Freud.

Abstract: The body, in its biological, symbolic, and psychic complexity, emerges as a territory that transcends mere organic structure. Through philosophical and psychoanalytic reflection, this essay explores the relationship between the body and pain, understanding the latter not only as a physical sensation but as a message imbued with subjective, cultural, and emotional meanings. Pain is perceived not merely as an individual experience but as a social construct mediated by history, memory, and the unconscious. Drawing on the theories of Freud and Lacan, the essay considers the possibilities offered by this theoretical framework to account for the phenomenon of pain. In this sense, reflections on the body become a mirror of unspoken experiences and inherited suffering. The question of the ownership of pain invites us to reflect on how the body, beyond being "ours," is marked by the Other, by culture, and by past experiences. Ultimately, the essay argues that pain, although personal, always carries a collective, historical, and symbolic burden that challenges the notion that the body entirely belongs to us, opening a space for reflection on what it truly means to inhabit it.

Keywords: body, pain, psychoanalysis, subject, Lacan, Freud.

Fecha de recepción V1: 04/04/2025 Fecha de recepción V2: 11/06/2025 Fecha de aceptación: 21/09/2025

 Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

El cuerpo nos acompaña desde el primer aliento hasta el último suspiro. Lo habitamos, lo sentimos, lo sufrimos. Pero ¿nos pertenece del todo? ¿Es solo una estructura biológica, un mecanismo que responde a impulsos y necesidades, o es también un territorio simbólico, cargado de significados, deseos y conflictos?

El dolor, en particular, nos recuerda que el cuerpo es algo más que un conjunto de órganos y tejidos. No se trata solo de una respuesta fisiológica, sino de una experiencia que atraviesa lo emocional, lo social y lo subjetivo. Un mismo dolor puede sentirse de manera distinta según la historia de quien lo padece, según el contexto en el que surge y el significado que adquiere para cada persona. En este sentido, la pregunta "¿de quién es el cuerpo que duele?" nos invita a reflexionar más allá de lo obvio: ¿es solo mío este dolor o también es del Otro? ¿Qué papel juegan la cultura, la memoria y el inconsciente en nuestra relación con el cuerpo?

Desde la filosofía, el cuerpo ha sido un enigma inagotable. Platón lo consideraba una prisión del alma; Descartes lo separó de la mente como si fueran entidades independientes; Nietzsche lo reivindicó como la base de nuestra existencia. El psicoanálisis, por su parte, nos muestra que el cuerpo no es solo biología, sino también lenguaje, deseo y conflicto. Freud nos enseñó que los síntomas físicos pueden ser la expresión de conflictos psíquicos inconscientes, y Lacan fue más allá al decir que el cuerpo se construye en el encuentro con el lenguaje y el Otro.

Este trabajo se adentrará en estas dimensiones filosóficas y psicoanalíticas del cuerpo, explorando cómo el dolor—físico, emocional, simbólico—es más que una simple sensación: es un mensaje, un síntoma, una manifestación de algo que a veces ni siquiera podemos nombrar. Así, al preguntarnos "¿de quién es el cuerpo que duele?", no solo buscamos entender el sufrimiento, sino también desentrañar lo que significa realmente habitar un cuerpo (Aguilar y Macías, 2011).

El dolor en el cuerpo es de interés, no solo para quienes reflexionamos en torno a las manifestaciones del inconsciente, los síntomas o el malestar psíquico, la Organización Mundial de la Salud (2025) sugiere que la atención al malestar físico y emocional del individuo es prioritaria para el desarrollo humano de todas y todos, específicamente en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, Salud y bienestar, se hace hincapié en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, el manejo del dolor es fundamental para la atención sanitaria de calidad, por ejemplo, con los cuidados paliativos en enfermedades crónicas y degenerativas, que en muchas ocasiones son producto de mecanismos de conversión somática, razón por la que es importante poner atención al estudio del dolor y visibilizar su relación con el cuerpo o los cuerpos como veremos más adelante.

¿Qué es un cuerpo?

El cuerpo es, en apariencia, lo más inmediato y propio que poseemos. Es aquello que nos permite estar en el mundo, sentir, actuar y comunicarnos. Sin embargo, cuando intentamos definirlo, la certeza de su presencia se disuelve en preguntas más profundas: ¿Es el cuerpo solo una estructura biológica o es algo más? ¿Dónde empieza y dónde termina? ¿Es simplemente un objeto entre otros o es también una construcción simbólica y psíquica?

Desde la perspectiva científica, el cuerpo es un sistema orgánico compuesto por células, tejidos, órganos y funciones que trabajan en conjunto para sostener la vida. La medicina y la biología lo han desglosado en sus componentes más pequeños, buscando entender su funcionamiento y sus límites. Sin embargo, esta visión puramente fisiológica no basta para abarcar la complejidad del cuerpo humano. La experiencia de tener un cuerpo va mucho más allá de sus procesos biológicos: el cuerpo no es solo aquello que tenemos, sino también aquello que somos (Bezanilla y Milatich, 2023).

La filosofía ha abordado esta paradoja desde diferentes ángulos. Para Platón, el cuerpo era una cárcel del alma, un receptáculo material que debía ser trascendido para alcanzar la verdad. En cambio, Aristóteles lo consideraba parte inseparable de la identidad humana, la base a partir de la cual se desarrolla la vida psíquica y racional. Descartes, con su famosa separación entre *res cogitans* (la mente) y *res extensa* (el cuerpo), reforzó la idea de una dualidad en la que el pensamiento es el verdadero núcleo del ser, mientras que el cuerpo es solo un vehículo pasajero.

No obstante, en el siglo XX, pensadores como Maurice Merleau-Ponty desafiaron esta dicotomía, argumentando que el cuerpo no es un simple objeto que poseemos, sino el medio a través del cual experimentamos el mundo. Para Merleau-Ponty, el cuerpo es cuerpo vivido, una entidad que no solo ocupa espacio, sino que construye la realidad a través de la percepción y la acción. No somos conciencias flotantes atrapadas en un organismo: somos cuerpos sintientes, cuerpos que sienten y son sentidos.

El psicoanálisis, por su parte, ha revelado que el cuerpo no es solo una entidad biológica, sino también un territorio de significaciones. Freud descubrió que los síntomas físicos pueden ser expresiones de conflictos psíquicos reprimidos: el cuerpo habla cuando las palabras fallan. Los síntomas histéricos, por ejemplo, mostraban que el cuerpo puede ser escenario de un sufrimiento que no encuentra otra vía de manifestación. Lacan llevó esta idea más lejos, planteando que el cuerpo no es algo dado de manera inmediata, sino algo que se construye en la relación con el lenguaje y el Otro. Desde esta perspectiva, no nacemos con un cuerpo en el sentido pleno, sino que lo adquirimos en la medida en que es nombrado, tocado y significado dentro del lazo social.

El cuerpo, entonces, es a la vez materia y lenguaje, presencia y ausencia, objeto y sujeto. Es el lugar donde se inscriben nuestras experiencias, traumas, deseos y miedos. No existe un cuerpo “puro”, desvinculado de la cultura y la historia: cada sociedad y cada época han definido lo que es un cuerpo, lo que puede hacer, lo que debe ocultar y lo que debe mostrar. En algunas culturas, el cuerpo ha sido un símbolo de poder y dominio; en otras, un espacio de castigo y represión. La medicalización moderna ha transformado el cuerpo en un objeto de intervención y control, mientras que el discurso contemporáneo sobre identidad y género desafía las nociones tradicionales de lo que significa tener y ser un cuerpo.

Entonces, ¿qué es un cuerpo? Quizá la mejor respuesta sea que el cuerpo es siempre una pregunta, un enigma que nos acompaña y nos desborda. No es solo carne y hueso, sino también deseo, historia, memoria y lenguaje. Es el lugar donde se inscriben nuestras marcas más profundas y donde se juega, en última instancia, la posibilidad misma de existir **(Gallo y Navarro, 2015)**.

El cuerpo es el depósito de una falta

Nacer implica una falta; el cuerpo no nos pertenece del todo. Nos es dado, moldeado, tocado y significado por los otros antes de que siquiera podamos reconocerlo como nuestro. En la infancia, este cuerpo es el medio a través del cual experimentamos el mundo, pero también es el territorio donde se inscriben las primeras marcas de nuestra historia. Es un cuerpo que no elegimos, un cuerpo que recibe y acumula las huellas de nuestras experiencias, especialmente aquellas que dejaron una falta, una carencia, un vacío.

La infancia es una etapa en la que dependemos completamente del Otro, de los adultos que nos cuidan, que nos nutren, que nos protegen. Pero en esa dependencia también se juega el deseo: ¿qué se nos dio y qué se nos negó? ¿Fuimos mirados, atendidos, escuchados? ¿Qué ausencias nos marcaron? Estas experiencias no desaparecen, no quedan en el olvido, sino que se alojan en el cuerpo, muchas veces de forma silenciosa, esperando manifestarse más adelante en la vida.

El psicoanálisis nos ha mostrado que el cuerpo es el lugar donde se inscriben los deseos insatisfechos y las heridas tempranas. Freud descubrió que los síntomas físicos muchas veces son la expresión de conflictos psíquicos que no encontraron otra vía de salida. Un niño que crece con una falta—ya sea afectiva, material o simbólica—no la olvida simplemente, sino que la guarda en su cuerpo y con el tiempo, esa falta puede transformarse en un síntoma, en una dolencia, en un malestar persistente.

Tomemos un ejemplo concreto: una persona que desarrolla diabetes en la adultez después de años de una alimentación desordenada y excesiva. A primera vista, podría parecer solo una cuestión biológica o de malos hábitos.

Pero si miramos más de cerca su historia, podríamos descubrir que, en su infancia, esta persona fue privada de ciertos alimentos, que creció en un hogar donde la comida era restringida, donde cada bocado tenía que ser controlado. Tal vez hubo escasez económica, o tal vez hubo una madre o un padre obsesionado con la salud, con la delgadez, con la idea de que ciertos placeres debían ser negados. La carencia de esa infancia no desapareció, sino que se transformó en una necesidad compulsiva en la adultez: la necesidad de compensar, de llenar un vacío, de tomar ahora lo que antes no se podía. El cuerpo, con el tiempo, paga la deuda de esa falta y lo hace a través de la enfermedad.

Otro ejemplo lo vemos en quienes sufren dolores crónicos sin una causa médica aparente. Personas que viven con migrañas, dolores musculares, fatiga extrema. Muchas veces, estas dolencias están ligadas a una infancia en la que se les exigió demasiado, en la que no se les permitió el descanso, el juego, la expresión libre de emociones.

El cuerpo, años después, reclama lo que no tuvo: si en la infancia no se pudo parar, ahora el cuerpo se detiene por medio del dolor; si en la infancia no se pudo hablar, ahora el cuerpo habla a través del síntoma.

Lacan nos enseñó que el cuerpo no solo es biología, sino también un entramado de significaciones. El cuerpo se construye en relación con el deseo del Otro, y en la infancia, ese deseo muchas veces se nos impone de formas que no comprendemos en su momento, pero que dejan marcas imborrables.

Un niño que crece sintiendo que no es suficiente, que nunca logra satisfacer a sus padres, que nunca recibe la mirada amorosa que espera, puede desarrollar en la adultez un cuerpo que se enferma como una forma de llamar la atención, de obtener ese cuidado que antes le fue negado. No es algo consciente ni voluntario, pero el cuerpo recuerda lo que la mente quiere olvidar.

Incluso la obesidad o la extrema delgadez pueden tener raíces en una falta infantil. Un cuerpo que engorda puede ser un cuerpo que se protege, que construye una barrera contra un mundo que en la infancia fue hostil. Un cuerpo que se vuelve extremadamente delgado puede ser el reflejo de una necesidad inconsciente de desaparecer, de no ocupar espacio, de no ser visto porque en la infancia ser visible significaba peligro o sufrimiento.

En todos estos casos, el cuerpo no miente. El cuerpo guarda memoria, el cuerpo es el depósito de las carencias y las heridas que no pudieron expresarse de otra manera. A veces, esta memoria se activa de forma inmediata, pero otras veces permanece latente durante años hasta que un evento en la adultez la reactiva. Una pérdida, una crisis, un momento de estrés extremo pueden hacer que el cuerpo de pronto grite lo que estuvo callado durante décadas.

Entonces, ¿qué significa que el cuerpo sea el depósito de una falta en la infancia? Significa que el dolor que sentimos hoy, las enfermedades que padecemos, las tensiones que cargamos no siempre pertenecen solo al presente. Son ecos de un pasado que aún nos habita, de una historia que sigue escrita en nuestra carne. No se trata de culpar a nadie ni de buscar responsables, sino de entender que el cuerpo es más que una máquina biológica: es el testigo silencioso de nuestra historia, el guardián de todo aquello que alguna vez nos faltó y que, de alguna manera, seguimos buscando **(Rico, 2006)**.

El dolor es ajeno

Si hay algo que nos enfrenta con la realidad del cuerpo, es el dolor. Sentir dolor es experimentar un límite, un quiebre en la continuidad de nuestra existencia. Cuando el cuerpo duele, se hace presente de una manera que no podemos ignorar. Se convierte en un obstáculo, en una carga, en una herida que nos recuerda nuestra fragilidad. Sin embargo, ¿de quién es realmente ese dolor? ¿Es propio o es, de alguna manera, ajeno?

A lo largo de la historia, la humanidad ha intentado darle sentido al dolor. En algunas tradiciones religiosas, el sufrimiento ha sido visto como una prueba, una purificación o incluso un castigo. En otras, el dolor se ha entendido como una consecuencia inevitable de la existencia. Pero más allá de estas interpretaciones, hay algo fundamental en la experiencia del dolor: rara vez lo sentimos como algo completamente nuestro. El dolor nos invade, nos toma, nos atraviesa como si viniera de otro lugar, como si no nos perteneciera del todo.

Cuando decimos "me duele", no estamos describiendo simplemente una sensación física, sino algo que nos afecta en un nivel más profundo. Es un mensaje que no siempre entendemos, un fenómeno que parece surgir de un sitio oscuro dentro de nosotros mismos. Freud ya había señalado que el sufrimiento psíquico puede transformarse en dolor físico, en síntomas que el cuerpo adopta para expresar lo que la mente no puede decir. El cuerpo no solo duele por causas biológicas; duele porque carga con historias, con emociones reprimidas, con deseos insatisfechos.

Pero si el dolor es una manifestación del cuerpo y el cuerpo es algo que se nos impone desde el lenguaje y la cultura, entonces el dolor también es ajeno. Desde que nacemos, nuestro cuerpo no nos pertenece del todo. Nos es dado, moldeado, interpretado por los otros: los padres, la familia, la sociedad. Antes de que podamos siquiera nombrarnos, nuestro cuerpo ya ha sido nombrado, tocado, cargado de significados que no hemos elegido. Nos enseñan a sentir el cuerpo de determinada manera, a reconocer ciertas señales, a interpretar ciertas dolencias.

El dolor, en este sentido, no es solo una experiencia individual, sino también una construcción social. Lo que duele, lo que se considera tolerable o insoportable, lo que se silencia o se expresa, todo esto está mediado por nuestra historia y

nuestro entorno. Hay dolores que se aceptan y se normalizan y otros que se reprimen o se patologizan. En algunas culturas, el dolor es visto como una prueba de fortaleza; en otras, es algo que debe evitarse a toda costa. Pero en todos los casos, el dolor no es solo del individuo: es del Otro, de la mirada de los demás, de la sociedad que lo interpreta y lo encuadra en ciertos límites.

Lacan decía que el sujeto no nace con un cuerpo, sino que lo adquiere en la relación con el Otro. El cuerpo se nos impone como una imagen en el espejo, como un reflejo que aprendemos a reconocer como propio, aunque nunca lo sea del todo.

Esta idea es fundamental para entender el dolor: si el cuerpo nos viene de otro, si nos es otorgado por el lenguaje y por la mirada ajena, entonces el dolor que sentimos tampoco es completamente nuestro. Es algo que se nos impone, algo que muchas veces no comprendemos, algo que puede incluso pertenecer a una historia que no es nuestra **(Nasio, 2015)**.

Esto se vuelve aún más claro cuando pensamos en el dolor heredado, en el sufrimiento que no proviene de una experiencia directa, sino de una historia transmitida. Hay dolores que no comienzan con nosotros, sino que nos son legados por generaciones anteriores.

Dolores de guerra, de migración, de pérdida, de traumas familiares que se inscriben en el cuerpo sin que lo sepamos. El cuerpo guarda memoria de lo que no recordamos, de lo que ni siquiera hemos vivido, pero que, sin embargo, nos duele.

El dolor es ajeno porque siempre tiene un componente que nos excede. No es solo una señal del sistema nervioso, no es solo una experiencia individual. Es un síntoma que habla de lo que no podemos decir, de lo que se ha quedado atrapado entre el cuerpo y el lenguaje. Es un eco de la historia personal y colectiva, una marca de lo que hemos vivido y de lo que otros han vivido antes que nosotros.

Cuando el cuerpo duele, nos sentimos extraños dentro de él. Nos separa de nuestra cotidianidad, nos aliena de la sensación de normalidad. El dolor nos confronta con la realidad de que nunca hemos sido dueños absolutos de nuestro cuerpo y, por lo tanto, tampoco somos dueños absolutos de nuestro sufrimiento.

Entonces, ¿de quién es el dolor que sentimos? ¿Es solo nuestro, o es también del Otro que nos ha dado un cuerpo, que nos ha enseñado a sentirlo, que ha depositado en él una historia que no siempre nos pertenece? Quizá la respuesta esté en reconocer que el dolor nunca es completamente individual. Es una manifestación de lo más íntimo, pero también de lo más compartido, de lo que nos une y nos separa, de lo que nos hace humanos **(Merini, 2020)**.

La apropiación del cuerpo

Si el cuerpo nos es dado antes de poder reconocerlo, si está marcado por la historia de otros antes de que podamos escribir la nuestra, ¿cómo es posible apropiarnos de él? ¿Cómo convertir en propio un cuerpo que, desde el principio, ha sido moldeado por discursos, miradas y expectativas ajenas? La apropiación del cuerpo no es un acto inmediato ni absoluto; es un proceso, un intento constante de reconciliarnos con aquello que, al mismo tiempo, nos pertenece y nos escapa.

Desde la infancia, el cuerpo es un territorio que se nos impone. Se nos dice cómo debe verse, qué debe sentir, qué es normal y qué no lo es. Crecemos con la idea de que el cuerpo debe ajustarse a un modelo, a una imagen ideal que pocas veces coincide con la realidad. Nos enseñan a mirar el cuerpo desde afuera, como si fuéramos extraños ante nuestra propia piel. Y así, nos distanciamos, nos alienamos, nos volvemos ajenos a nuestra propia carne **(Rivera de Rosales, 2002)**.

Sin embargo, a lo largo de la vida, tenemos momentos en los que podemos comenzar a apropiarnos del cuerpo. Apropiarse del cuerpo no significa controlarlo por completo, sino encontrar maneras de habitarlo de forma más auténtica, de escucharlo y de responder a sus llamados. Significa reconocer su historia sin quedar atrapados en ella, aceptar sus heridas sin resignarse al dolor.

El psicoanálisis nos muestra que el cuerpo es un texto, un conjunto de marcas que pueden ser leídas e interpretadas. Apropiarse del cuerpo implica darles significado a esas marcas, reescribir lo que nos fue impuesto y encontrar nuevas formas de narrarnos. Como señala Le Breton **(2002)**, “el cuerpo es una página en blanco sobre la cual la sociedad escribe sus mensajes más fundamentales, pero también es el lugar donde el individuo responde con su propia escritura, su estilo, su desvío (p.15)”. Apropiarse del cuerpo implica, entonces, darles significado a esas marcas, reescribir lo que nos fue impuesto y encontrar nuevas formas de narrarnos. En ese sentido, cada gesto de autocuidado, cada intento de reconciliación con el propio cuerpo es un acto de resistencia. Comer de manera consciente cuando antes se comía por castigo o por carencia, moverse con libertad cuando antes el cuerpo era una prisión, tocar y ser tocado sin culpa ni miedo.

La filosofía también nos ofrece una clave: el cuerpo no es solo un objeto, sino un territorio de experiencia. No podemos poseerlo en el sentido tradicional, pero sí podemos aprender a habitarlo de una manera más plena. Aceptar sus límites sin verlo como un enemigo, reconocer su vulnerabilidad sin perder la capacidad de gozar, asumir su imperfección sin caer en el rechazo **(Bleichmar, 2007)**.

La apropiación del cuerpo es un acto de construcción, de resignificación, de resistencia. No es un destino al que se llega, sino un camino que se recorre. Y en ese camino, la pregunta permanece abierta: si el cuerpo nunca nos ha sido del todo propio, ¿cuánto de él podemos hacer nuestro?

Discusión

El presente análisis ha buscado problematizar el estatuto del cuerpo y del dolor más allá de los reduccionismos fisiológicos, a partir de una articulación entre filosofía, psicoanálisis y algunas claves contemporáneas de interpretación subjetiva. A partir del recorrido realizado, se hace evidente que el cuerpo no puede ser comprendido únicamente como una entidad biológica ni como una propiedad privada del individuo; se revela, más bien, como un entramado simbólico, histórico y afectivo, en el que convergen la cultura, la memoria y el deseo del Otro.

Uno de los aportes más relevantes de esta perspectiva es el desplazamiento de la pregunta por el cuerpo desde el terreno de lo evidente hacia el campo de lo interrogativo: el cuerpo no es lo que se tiene, sino lo que se construye. En este punto, el pensamiento de Lacan resulta especialmente fecundo al señalar que el cuerpo no es natural, sino una superficie de inscripción del deseo del Otro. Esta concepción permite pensar el dolor no como un simple daño tisular, sino como un signo que condensa una historia que no siempre es consciente ni lineal. El cuerpo, entonces, “sabe” antes que el sujeto y muchas veces “habla” cuando las palabras fracasan.

A su vez, la noción del dolor como experiencia ajena—es decir, como herencia transgeneracional, como eco de lo no vivido directamente—invita a una lectura crítica de los modelos médicos dominantes. El sufrimiento que se transmite sin haber sido simbolizado pone en tensión la idea de que el cuerpo se explica desde sí mismo. Frente a la tendencia de la medicina a identificar y extirpar síntomas, el psicoanálisis sugiere escuchar en el síntoma una verdad a ser descifrada, una demanda que no siempre es clara, pero que merece lugar y tiempo.

La discusión sobre el cuerpo como “depósito de una falta” permite también una relectura de la infancia desde una ética de la responsabilidad simbólica. Lo que en el cuerpo adulto aparece como síntoma o enfermedad puede ser, en muchos casos, la cristalización de una historia infantil marcada por la ausencia, el exceso o la imposibilidad de simbolización. No se trata de culpabilizar al entorno, sino de entender que el sujeto se forma en una red de miradas, significaciones y silencios que configuran su cuerpo como territorio de inscripción de lo vivido.

Además, la reflexión sobre la apropiación del cuerpo introduce un matiz fundamental: no se trata de “poseer” el cuerpo, sino de aprender a habitarlo. En una época marcada por discursos de control, eficiencia y productividad del cuerpo, esta idea propone una resistencia subjetiva: la de cuidar, escuchar y sostener al cuerpo como un compañero de existencia, no como un objeto a dominar.

El cuerpo, en este sentido, no es el enemigo del sujeto, sino la superficie en la que su subjetividad puede escribirse de manera única y singular.

Por último, la categoría del dolor como síntoma compartido, como dolor del Otro que habita en uno, abre la posibilidad de una política del cuidado distinta. Escuchar el cuerpo del otro, atender su dolor sin reducirlo a diagnóstico, es un acto profundamente ético. En ese gesto, el cuerpo deja de ser un objeto de intervención y se convierte en un sujeto de palabra, de historia, de deseo.

Así, este trabajo apunta hacia una concepción del cuerpo y del dolor como fenómenos complejos, multicausales y profundamente humanos, que exigen una mirada transdisciplinaria que no tema al enigma ni al malestar. El dolor, más que una patología a erradicar, puede ser una puerta de entrada al sujeto; una vía de acceso a su verdad, aunque esta no se deje atrapar fácilmente por el lenguaje ni por la lógica clínica tradicional. Frente a la anestesia simbólica promovida por muchos discursos contemporáneos, pensar el dolor desde el cuerpo habitado, marcado y heredado es también una apuesta por no abandonar la escucha, por no desertar del sufrimiento como acontecimiento que nos convoca éticamente.

Conclusión

La respuesta a la pregunta que nos ha convocado es el cuidado de sí, el cuerpo nos acompaña, nos sostiene, nos define y nos traiciona. Es el refugio de nuestra existencia y, al mismo tiempo, el campo de batalla donde se libran los conflictos más profundos de nuestra historia. No es solo carne y hueso; es memoria, deseo, herida, vacío. Es el eco de lo que fuimos, de lo que nos faltó, de lo que anhelamos ser.

Nos enseñaron a pensar que el cuerpo nos pertenece, que es un territorio propio, una posesión privada, pero en realidad, el cuerpo es un préstamo, una construcción hecha de miradas, de palabras, de prohibiciones y permisos. Desde la infancia, nos es dado y nos es arrebatado al mismo tiempo: se nos nombra antes de que podamos nombrarnos, se nos impone una forma de sentir, de estar, de doler. Y así, crecemos en un cuerpo que nunca es del todo nuestro, en un cuerpo que busca desesperadamente reconocerse en el espejo, en la caricia, en la enfermedad, en la ausencia.

Cuando el cuerpo duele, cuando enferma, cuando se vuelve un peso insoportable, nos enfrenta con la gran pregunta: ¿de quién es este cuerpo que sufre? No basta con responder que es nuestro, porque en su dolor están inscritos los otros: los que nos criaron, los que nos desearon, los que nos marcaron con su presencia o con su ausencia. Como afirma Didier Anzieu (2016) en su concepto del Yo-Piel, la psique se construye a partir de las experiencias táctiles y las interacciones con los primeros cuidadores, de modo que "la envoltura corporal no es solo un contenedor biológico, sino una estructura psíquica que lleva las marcas de las primeras relaciones (p.159)". El dolor no es solo una sensación, es un lenguaje, una historia que se escribe en la piel y en los huesos, en los órganos y en la fatiga, en los silencios que nunca supimos llenar.

Tal vez nunca lleguemos a apropiarnos completamente de nuestro cuerpo. Tal vez siempre será un enigma, un extraño con el que convivimos cada día. Pero si algo nos deja este recorrido, es la certeza de que el cuerpo no es solo una carga, sino también una oportunidad. Una oportunidad para escuchar lo que nos dice, para traducir su dolor, para entender que no somos solo víctimas de lo que nos faltó, sino también arquitectos de lo que aún podemos construir.

Y entonces, en ese intento de comprensión, en esa búsqueda de sentido, surge la última pregunta, la que permanece incluso cuando las palabras se acaban: si el cuerpo nunca nos ha pertenecido del todo... ¿qué nos queda por hacer con él?

Referencias

- Anzieu, D. (2016). El yo-piel. Biblioteca Nueva. Didier Anzieu - El Yo-Piel | PDF | Psicoanálisis | Psique (psicología)
- Aguilar Medina, M. P. E., & Macías López, M. A. (Coords.). (2011). Cuerpo y psicoanálisis. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Bezanilla, J. M., & Milatich, G. (Eds.). (2023). Cuerpo y espíritu. Inconsciente y alma. Aproximaciones desde la psicología de lo corporal y la psicología profunda. Instituto de Investigaciones Jagüey.
- Bleichmar, S. (2007). Avatares del cuerpo: Psicoanálisis de la sexualidad femenina. Buenos Aires: Paidós.
- Gallo, H., & Navarro, J. (Eds.). (2015). Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad. Editorial Bonaventuriana.
- Le Breton, D. (2002). La sociología del cuerpo. Nueva Visión. (46) David-Le-Breton-La-Sociologia-Del-Cuerpo
- Merini, A. (2020). Cuerpo del dolor. U-Tópicas.
- Nasio, J. D. (2015). El dolor físico. Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Salud y bienestar. Naciones Unidas. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sustainable-development-goals-\(sdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sustainable-development-goals-(sdgs))
- Rico Bovio, A. (2006). Las fronteras del cuerpo. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera de Rosales, J.C. (2002). El cuerpo. Perspectivas filosóficas. UNED.



El deber de denuncia en Psicología: Revisión Sistemática del Marco Ético-Legal y su Relación con la Confidencialidad.

Mtro. Guillermo Ramírez Zavala

Red Internacional de Estudios de los Problemas Sociales Multidisciplinarios y Multifactoriales del Análisis de la Criminalidad (REPSMAC)

<https://orcid.org/0009-0003-4179-8303>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Ramírez Zavala, G. El Deber de Denuncia en Psicología: Revisión Sistemática del Marco Ético-Legal y su Relación con la Confidencialidad. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.26>

Resumen: El presente estudio realiza un análisis sistemático del marco ético-legal que regula el deber de denuncia en el ejercicio profesional de la psicología y su relación con la confidencialidad. A través de una revisión sistemática cualitativa, se examinan 34 normativas relacionadas con la denuncia y 11 normativas sobre confidencialidad, con el objetivo de identificar los alcances y limitaciones de ambas regulaciones en el contexto mexicano e internacional. Los hallazgos revelan que la legislación prioriza la denuncia en determinados casos, como violencia de género, abuso infantil y trata de personas, estableciendo obligaciones legales para los psicólogos. Sin embargo, la confidencialidad sigue siendo un principio fundamental en la relación terapeuta-paciente, regulado por normativas que protegen el secreto profesional y los datos personales. La literatura especializada coincide en que la ruptura de la confidencialidad sólo puede justificarse bajo criterios éticos específicos, como la existencia de un riesgo inminente, la magnitud del daño y la veracidad de la información. Desde un enfoque comparativo, este estudio identifica un dilema persistente en la práctica psicológica: el riesgo de criminalización del profesional por omisión de denuncia y, a su vez, las implicaciones éticas y jurídicas de vulnerar la privacidad del paciente sin justificación suficiente. Se concluye que la decisión de denunciar debe evaluarse de manera contextualizada, considerando tanto las normativas vigentes como los principios de confidencialidad y protección de derechos humanos. Se recomienda la implementación de protocolos claros de actuación que armonicen ambas responsabilidades y permitan a los psicólogos tomar decisiones informadas sin comprometer su ejercicio profesional ni la seguridad de sus pacientes.

Palabras clave: Marco ético-legal, denuncia, Decreto Tarasoff, Confidencialidad, Revelación de Secretos, Secreto Profesional, Justa Causa.

Abstract: This study presents a systematic analysis of the ethical-legal framework that regulates the duty to report within professional psychological practice and its relationship with confidentiality. Through a qualitative systematic review, 34 regulations concerning mandatory reporting and 11 regulations on confidentiality were examined, with the aim of identifying the scope and limitations of both sets of norms in the Mexican and international contexts. Findings reveal that legislation prioritizes reporting in certain cases, such as gender-based violence, child abuse, and human trafficking, thereby establishing legal obligations for psychologists. However, confidentiality remains a fundamental principle in the therapist-patient relationship, regulated by norms that protect professional secrecy and personal data. Specialized literature agrees that breaching confidentiality can only be ethically justified under specific conditions, such as the existence of imminent risk, the severity of the harm, and the credibility of the information. From a comparative perspective, this study identifies a persistent dilemma in psychological practice: the risk of criminalizing professionals for failing to report, and conversely, the ethical and legal implications of unjustifiably violating a patient's privacy. The conclusion emphasizes that the decision to report must be contextually assessed, taking into account current regulations, as well as principles of confidentiality and human rights protection. The implementation of clear operational protocols is recommended to harmonize both responsibilities, enabling psychologists to make informed decisions without compromising their professional practice or the safety of their patients.

Keywords: Ethical-Legal Framework, Reporting, Tarasoff Duty, Confidentiality, Disclosure of Secrets, Professional Secrecy, Cause.

Fecha de recepción V1: 18/02/2025 Fecha de recepción V2: 04/04/2025 Fecha de aceptación: 21/09/2025

 Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Copyright 2025, Universidad Autónoma de Tlaxcala

RICAP Revista Integradora de la Comunidad Académica en Psicología

ISSN: 3061-7332

Octubre 2025, Vol. 2 No. 2

Introducción

En el ejercicio clínico, los profesionales en psicología se enfrentan a dilemas éticos que requieren un análisis riguroso de sus obligaciones legales y deontológicas. Uno de los conflictos más complejos se presenta cuando, en el marco de la relación terapéutica, el psicólogo obtiene conocimiento sobre la comisión de un delito por parte de su paciente. Este escenario plantea una tensión fundamental entre dos principios esenciales: el deber de confidencialidad, que sustenta la confianza en la relación terapéutica, y la posible obligación de denuncia, que podría implicar una responsabilidad legal.

El dilema ético al que se enfrenta el psicólogo al conocer un delito durante una sesión terapéutica radica en la necesidad de equilibrar el deber de proteger a la sociedad y el deber de respetar la confidencialidad de su paciente. Es fundamental que los psicólogos sean conscientes de sus obligaciones legales y códigos éticos al denunciar delitos para garantizar que cumplen con sus responsabilidades profesionales y al mismo tiempo que cumplen con la ley (Omart, 2013, pág. 199).

Este dilema ético no solo se enmarca en una tensión entre el deber de confidencialidad y la protección de terceros, sino que también está influenciado por la percepción que tienen los propios profesionales sobre su rol dentro del sistema de justicia.

La literatura evidencia que, en la práctica profesional, muchos psicólogos manifiestan incertidumbre tanto personal como profesional sobre si su responsabilidad primaria recae en la protección de la sociedad o en el resguardo de la confidencialidad del paciente, especialmente cuando tienen conocimiento de delitos que podrían poner en peligro la vida o integridad de terceros.

Parte de esta incertidumbre se debe a la percepción de que la psicología no debería involucrarse en cuestiones que impliquen la ruptura del secreto profesional, aún cuando existan marcos legales que regulan sus límites. Esta percepción se agrava cuando los profesionales desconocen las consideraciones éticas y jurídicas que rigen la denuncia en casos de violaciones a los derechos humanos y delitos cometidos contra sus pacientes.

El artículo de Bárbara Straccali, Dilemas éticos en la psicología forense, ilustra esta problemática al señalar que 9 de cada 10 psicólogos especialistas en infancia —tanto en el sector privado como en el público— no implementan estrategias efectivas para garantizar que niños, niñas y adolescentes (NNA) accedan a la justicia cuando son víctimas de violencia. Entre las razones más comunes para no denunciar se encuentran:

1. Considerar que la denuncia no es competencia de la psicología.
2. Desconocimiento sobre los procedimientos legales aplicables.

3. Temor a ser cómplice de la revictimización de NNA debido a la falta de confianza en el sistema judicial.

4. Delegación de la responsabilidad en un adulto cercano al paciente.

5. Miedo a represalias por parte de los agresores o del entorno familiar.

Estos hallazgos coinciden con las investigaciones de Barahona Cruz y Puertas Ruiz (2011), quienes analizaron el cumplimiento del deber de denuncia en psicólogos que trabajan con NNA. En su estudio, de 384 profesionales encuestados, 343 atendieron a menores en 2010, de los cuales solo el 66.18% reportó haber trabajado con casos de maltrato infantil. Dentro de este grupo, únicamente el 49.34% denunció situaciones de maltrato y/o abuso sexual, mientras que el 50.66% restante justificó su inacción con argumentos similares a los expuestos previamente: la negativa de la familia, la delegación de la denuncia a terceros o la preferencia por abordar el problema sin intervención legal.

Además, la investigación evidenció que las consecuencias de la denuncia no solo afectan a los pacientes, sino también a los propios profesionales. Mientras que el 45.54% de los psicólogos que denunciaron no experimentó repercusiones directas, un 32.67% reportó consecuencias en su ejercicio profesional o dentro del proceso judicial. Asimismo, un 23.31% de los especialistas observó que los pacientes que atravesaron un proceso de denuncia manifestaron síntomas de frustración, ansiedad, fobias y miedo (Barahona Cruz & Puertas Ruiz, 2011).

El ejercicio profesional de la psicología se enfrenta a un dilema fundamental cuando la confidencialidad entra en conflicto con la necesidad de prevenir delitos o proteger la vida e integridad de terceros. En este sentido, la deontología profesional establece principios que regulan los límites de la confidencialidad, considerando la responsabilidad del psicólogo como promotor de los derechos humanos y agente de protección ante situaciones de riesgo.

El Código Deontológico del Psicólogo Español (Calo, 2002, pp. 144) establece en su artículo 8 la obligación de los profesionales de informar sobre violaciones a los derechos humanos y malos tratos. De manera similar, en Argentina, desde 1985 se reconoce la función de los psicólogos en la promoción y asesoramiento sobre los efectos psicológicos de las violaciones a los derechos humanos (Klappenbach, 2000, pp. 439). Este marco normativo enfatiza la necesidad de equilibrar el secreto profesional con el deber de actuar en favor de la seguridad de las víctimas.

La ruptura de la confidencialidad es justificable en ciertos escenarios específicos. Franco (2008) señala que omitir la denuncia en casos de abuso sexual por parte de colegas, sacerdotes pederastas u otras situaciones similares podría convertir al profesional en cómplice por omisión.

Sin embargo, la confidencialidad sigue siendo un pilar fundamental en la relación terapéutica, dado que su respeto fomenta la confianza y reduce las barreras de comunicación (Cortina, 1998).

Para evitar conflictos éticos, es fundamental que el contrato terapéutico establezca desde el inicio los límites de la confidencialidad y las condiciones bajo las cuales podría ser levantada, priorizando la protección de la vida y la integridad de las personas (Ramírez, O. 2009, pág 179, párr. 2).

Existen excepciones ampliamente reconocidas a la confidencialidad, tales como cuando el paciente presenta alteraciones en su estado mental, se encuentra inconsciente o es menor de edad (Gómez-Restrepo, 2006, pp. 4). Asimismo, diversas legislaciones establecen que el secreto profesional puede ser levantado en casos de abuso infantil, violencia familiar, riesgo de daño autoinfligido o a terceros, denuncias por legítima defensa de derechos, consentimiento del paciente o prevención de un delito (Krauth, 2019).

La omisión en estos casos puede derivar en acusaciones de encubrimiento o complicidad, ya que la confidencialidad no es un derecho absoluto, sino que debe ser ponderada frente a intereses superiores como la protección de la vida y la justicia (Sánchez Vázquez, 2016).

El caso Tarasoff es un referente clave en la discusión sobre la obligación de advertir a posibles víctimas de un riesgo inminente. Según Novoa (Salinas, 2007 pág 70,73), la ruptura de la confidencialidad en este caso se justificaba debido al estado mental del agresor, el derecho de la víctima a estar informada del peligro y la obligación del psicólogo de colaborar con la justicia cuando se lo requiera.

Este precedente refuerza la necesidad de que los profesionales de la psicología evalúen de manera ética y jurídica cada situación, ponderando los principios de beneficencia, autonomía y justicia para garantizar una actuación ética y socialmente responsable.

A partir del caso Tarasoff, se han desarrollado múltiples debates sobre los límites de la confidencialidad en la práctica psicológica, especialmente en lo concerniente al deber de denuncia y la protección de terceros en situaciones de riesgo. Este dilema ético ha llevado a la generación de distintos marcos normativos y posturas académicas que buscan equilibrar la confidencialidad profesional con la responsabilidad social y jurídica de los psicólogos.

A partir de la revisión comparada (Tabla 1), de la literatura especializada sobre la confidencialidad entre autores de América Latina y Europa se percibe tensiones donde el deber de confidencialidad —núcleo de la relación asistencial— se concilia, de manera excepcional y bajo estrictos criterios, con la necesidad de intervenir para prevenir daños graves al propio consultante o a terceros. Los textos revisados convergen en lo siguiente:

Primacía del secreto profesional

Todos los textos coinciden en que la confidencialidad es pilar del ejercicio clínico y forense; su quiebre es excepcional y requiere justificación robusta.

Evaluación caso por caso de la “justa causa”.

Existe acuerdo en ponderar, para cada situación concreta, si concurren condiciones que habiliten levantar el secreto—en especial cuando hay riesgo serio para el propio consultante o para terceros identificables—y hacerlo con revelación mínima y proporcional.

Formación y actualización profesional.

Se subraya la necesidad de competencia teórico-técnica (marco jurídico, bioética, deontología, protocolos) y entrenamiento en toma de decisiones para resolver dilemas de confidencialidad con trazabilidad documental.

Deliberación y consulta.

Se valora la discusión colegiada/supervisión y la reflexión moral estructurada (criterios de proporcionalidad, alternativas menos lesivas, finalidad protectora) antes de decidir revelar.

En resumen, las diferentes conclusiones coinciden en la importancia de equilibrar el deber de confidencialidad con la protección de la salud y el bienestar de los pacientes y terceras personas.

Justa Causa:

- Existencia de un peligro
- Proceso lesivo grave en curso que fuese necesario detener para evitar daños a la vida o a la integridad física de terceros.
- Además, la previsibilidad del daño, como una amenaza verbal a una víctima identificable.

Dilemas:

- La magnitud del daño,
- La veracidad de la información y
- La probabilidad de que se produzca

Conclusiones:

La ética de romper la confidencialidad se ancla en proteger el bienestar y la seguridad de las personas implicadas, sin convertir al profesional en un agente de control penal; el

estándar práctico es secreto como regla y levantamiento excepcional cuando exista justa causa clara, con proporcionalidad, divulgación mínima y registro de la deliberación.

Tendencia Principal:

- **Postura intermedia (evaluación caso por caso): artículos 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 → 16/23 (≈69.6%).**

Rasgo común: secreto como regla; levantamiento excepcional con proporcionalidad, mínima revelación y documentación.

- **Postura más flexible (prioriza seguridad/DD. HH. ante riesgo grave): artículos 1, 4, 8, 11 y 15 → 5/23 (≈21.7%).**
- Rasgo común: activación preferente de denuncia/notificación en supuestos tipificados (p. ej., violencia, NNA, transgresión sexual), con salvaguardas clínicas y legales.

- **Postura más restrictiva (primacía del secreto salvo contadas excepciones legales): artículos 13 y 14 → 2/23 (≈8.7%).**

Rasgo común: mantener el secreto; revelar solo para prevenir un daño actual e inminente (no para persecución de delitos ya consumados), con estricta proporcionalidad.

Conclusión transversal: independientemente del matiz predominante, todas las posiciones convergen en equilibrar el deber de confidencialidad con la protección de la salud y el bienestar del paciente y de terceros, asegurando que cualquier revelación sea excepcional, proporcionada, finalísticamente protectora, mínimamente intrusiva y debidamente registrada (trazabilidad).

El análisis confirma que la confidencialidad es un principio fundamental en la psicología y la medicina, pero no es absoluta. La mayoría de los autores adoptan una postura intermedia, donde la confidencialidad debe ser protegida salvo en situaciones en las que exista un riesgo real y significativo para el paciente o terceros.

Las principales tendencias identificadas en la literatura incluyen:

- La importancia del juicio profesional y la evaluación de riesgos al decidir si se debe romper la confidencialidad.
- La necesidad de deliberación y consulta con colegas para evitar decisiones erróneas.
- La influencia del marco legal y deontológico, que varía según el país y la normativa aplicable.

En definitiva, la confidencialidad no es un concepto rígido, sino que debe analizarse en cada caso con criterios éticos y legales. Este estudio reafirma la necesidad de seguir

debatido y actualizando los principios de confidencialidad en la práctica profesional, garantizando tanto la privacidad como la protección de las personas vulnerables.

El análisis de los límites de la confidencialidad en la psicología, a partir de las contribuciones de autores hispanohablantes, revela una tendencia en América Latina hacia una ética adaptativa, influenciada por el contexto y la justicia social. A diferencia del enfoque europeo, que se caracteriza por una estandarización normativa y un código ético unificado, los países latinoamericanos analizados han desarrollado marcos éticos flexibles que responden a problemáticas locales como la desigualdad, la violencia y la falta de acceso a servicios de salud.

Estudios como el metaanálisis de Caicedo-Guale et al. (2020) destacan que, aunque la privacidad y la confidencialidad son principios fundamentales en los códigos de ética, existen excepciones justificadas en casos de menores de edad, personas incapacitadas, prevención de delitos o cuando el paciente ha dado su consentimiento informado.

Este enfoque refleja un equilibrio entre la protección de los derechos individuales y la responsabilidad social más amplia, en la que el bienestar comunitario y la prevención de daños pueden justificar la ruptura de la confidencialidad en determinados contextos.

Asimismo, la construcción ética latinoamericana enfatiza la responsabilidad de las y los profesionales en psicología como agentes de cambio social, promoviendo la justicia y los derechos humanos a través de su práctica. La necesidad de formación y actualización continua en dilemas éticos se vuelve crucial para garantizar una toma de decisiones que considere tanto la protección del individuo como la necesidad de responder a problemas sociales urgentes, reafirmando el rol de la psicología como una disciplina comprometida con el bienestar colectivo.

La confidencialidad en la práctica psicológica no es absoluta, ya que tanto las regulaciones internacionales como los códigos de ética establecen excepciones cuando la revelación de información es necesaria para proteger a las personas o prevenir daños.

El Comité de Derechos Humanos (1988) señala que la legislación debe especificar claramente las circunstancias en las que pueden permitirse injerencias en la privacidad.

Asimismo, el Código de Conducta de la American Psychological Association (APA) estipula en su artículo 1.02 que, en casos de conflicto entre la ética y la ley, los psicólogos deben tomar medidas razonables para resolverlo, sin que esto justifique violaciones a los derechos humanos.

En su artículo 4.05, la APA permite la revelación de información confidencial cuando la ley lo exige o para proteger al paciente, al profesional o a terceros de daño.

En México, la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos (FENAPSIME) establece en sus principios éticos que la confidencialidad se exceptúa cuando su mantenimiento conlleva un daño evidente o por mandato judicial, enfatizando la responsabilidad del psicólogo de actuar en favor de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad. Además, en su Código de Ética (2018), el Artículo 19 exige la denuncia cuando se atienda a víctimas de tortura, violencia o cuando se tenga conocimiento de la participación en un delito, alineándose con el Artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece el deber de respetar y garantizar los derechos humanos.

Esto confirma que el ejercicio de la psicología no solo implica el respeto a la privacidad, sino también una responsabilidad social que busca equilibrar el bienestar individual con la justicia y la equidad.

El presente estudio busca analizar la responsabilidad ética y legal de los profesionales en psicología ante el conocimiento de hechos de violencia psicológica y sexual en contextos familiares, educativos y laborales que afectan a niñas, adolescentes y mujeres adultas.

Para ello, se examinará el marco normativo nacional e internacional, así como los principios éticos que regulan la promoción y realización de denuncias en estos casos. La investigación se estructura en torno a la relación entre la confidencialidad y el secreto profesional frente al deber de denuncia, estableciendo como variable independiente los marcos normativos que regulan esta obligación y como variable dependiente la forma en que estos afectan el ejercicio de la confidencialidad en la práctica psicológica.

La hipótesis plantea que, dentro del marco legal vigente, la decisión de priorizar la denuncia sobre la confidencialidad podría implicar una falta ética y legal para el profesional.

El estudio se basará en el análisis de legislación nacional e internacional, normas oficiales mexicanas y códigos de ética aplicables, reconociendo como limitación la constante evolución de los ordenamientos jurídicos, lo que podría modificar las condiciones normativas y deontológicas que sustentan el análisis.

METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolla como una revisión sistemática cualitativa, lo que implica una evaluación organizada y explícita de la literatura con el fin de responder a la pregunta de investigación planteada.

Este enfoque permite analizar críticamente estudios y fuentes de datos relevantes para comprender la evolución conceptual y normativa del dilema que enfrentan los profesionales en psicología ante el conocimiento de un hecho delictivo (Universidad de Navarra, 2023; Aguilera, 2014).

La revisión tiene como objetivo identificar cómo se han definido y abordado las obligaciones éticas y legales en este contexto, además de detectar vacíos en la investigación y aportar evidencia para la toma de decisiones en la práctica profesional.

Siguiendo una metodología estructurada, se definirán criterios de inclusión y exclusión para garantizar un análisis riguroso, se llevará a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos pertinentes y se seleccionarán estudios relevantes mediante un proceso de evaluación crítica (Cajal et al., 2020).

Posteriormente, los datos extraídos serán analizados mediante métodos cualitativos, como el análisis temático o de contenido, con el propósito de sintetizar la información de manera clara y fundamentada (García-Perdomo, 2015).

La sistematización de estos hallazgos permitirá obtener una visión integral de las implicaciones éticas y jurídicas de la denuncia en el ejercicio de la psicología, contribuyendo al desarrollo de prácticas basadas en la evidencia (Universidad de Navarra, 2023).

Esta investigación se fundamenta en publicaciones hasta diciembre de 2023 que examinan el dilema ético entre la confidencialidad y el secreto profesional frente a la normativa legal y ética que establece excepciones en casos de conocimiento de hechos delictivos.

Para ello, se consultó la normativa vigente en la Cámara de Diputados, con énfasis en leyes federales, dado que muchas normativas estatales aún no han sido armonizadas conforme a la reforma constitucional en derechos humanos de 2011.

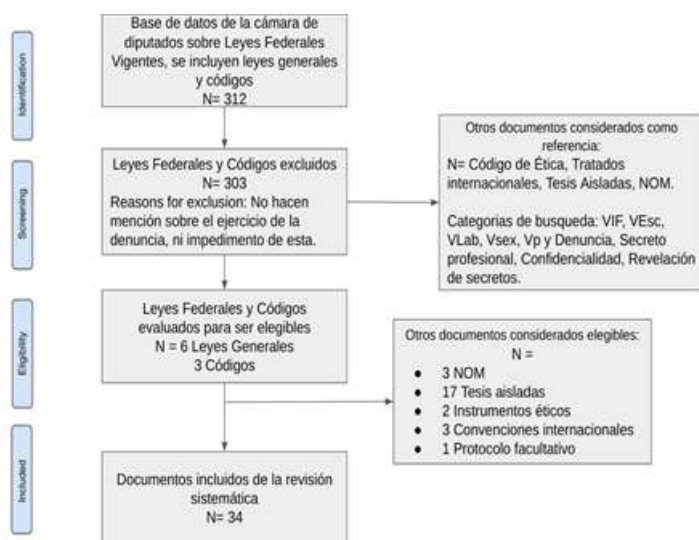
De un total de 315 documentos identificados en la categoría de leyes federales vigentes, solo se consideraron aquellos que explícitamente regulan la obligación de denunciar.

Asimismo, se incorporaron criterios jurisprudenciales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), para lo cual se utilizó su sistema de búsqueda en el Seminario Judicial de la Federación, revisando tesis y ejecutorias publicadas desde 1917 hasta la fecha.

La búsqueda se delimitó mediante palabras clave como agresión sexual, violencia sexual, discriminación, denuncia, daño moral, violencia familiar, violencia escolar y violencia laboral, asegurando así la pertinencia de la información.

Este análisis permite estructurar un marco normativo actualizado y basado en evidencia legislativa y jurisprudencial, garantizando la solidez del estudio.

Fig. 1.-



Nota: Elaboración propia.- Proceso de sistematización de la normativa ética y legal que establece las pautas de acción ante el conocimiento de un hecho delictivo en casos de violencia sexual, psicológica y física en contexto familiar, laboral y educativo dirigido a mujeres.

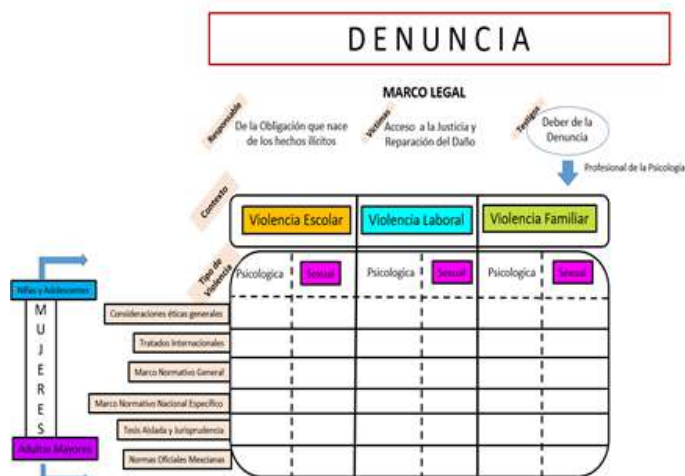
En el marco de esta investigación, la revisión sistemática cualitativa permite organizar y evaluar la literatura relevante de manera descriptiva, sin recurrir a análisis estadísticos, con el propósito de seleccionar la información más pertinente en función de la pregunta de investigación y de los criterios de inclusión y exclusión (Cajal et al., 2020).

Este enfoque facilita la identificación de vacíos en el conocimiento, orienta futuras líneas de investigación y contribuye a la práctica basada en evidencia (García-Perdomo, 2015; Universidad de Navarra, 2023; Cenicerros et al., 2019).

La metodología utilizada implica un análisis crítico de estudios y fuentes de datos relevantes para comprender la relación entre la confidencialidad profesional y la obligación de denuncia en el ejercicio de la psicología (Universidad de Navarra, 2023; Aguilera, 2014).

Como parte de esta revisión, se presentan esquemas de elaboración propia que representan la estructura del estudio, estableciendo como categoría general la denuncia y, como códigos analíticos, el contexto y el tipo de violencia, considerando el marco normativo aplicable a nivel nacional e internacional para determinar las particularidades de la responsabilidad del profesional que tiene conocimiento de un hecho delictivo.

Fig. 2.-



Representación del esquema de categorización de las normativas nacionales e internacionales como los marcos éticos que establecen y propician la labor de la denuncia ante el conocimiento de un hecho delictivo.

RESULTADOS

Para lo anterior se realizó un análisis estadístico descriptivo el cual permitió examinar la regulación de la denuncia y la confidencialidad en el ejercicio profesional de la psicología, con base en la revisión de 34 normativas relacionadas con la denuncia y 11 normativas sobre confidencialidad. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para evaluar la estructura de estas normativas y su impacto en la práctica profesional (Tabla 2)

Cuadro 1.

Comparación Estadística de Denuncia y Confidencialidad

Categoría	Número de normativas	Promedio de artículos por normativa	Desviación estándar estimada
Denuncia	34	2.76	Aproximadamente 1.5
Confidencialidad	11	2.64	Aproximadamente 1.3

Elaboración propia. Nota metodológica: Se realizó un análisis documental cuantitativo de 45 normativas (34 relacionadas con el deber de denuncia y 11 sobre confidencialidad), contabilizando el promedio de artículos por norma y su dispersión estimada. Los resultados se organizaron en una tabla comparativa para evidenciar la frecuencia regulatoria y la consistencia normativa de ambos principios en el marco ético-legal aplicable a la psicología.

Hallazgos principales:

- Mayor cantidad de normativas sobre denuncia: La regulación de la denuncia es más extensa en cantidad de normativas (34 frente a 11 sobre confidencialidad).
- Similar cantidad de artículos en ambas categorías: En promedio, cada normativa sobre denuncia tiene 2.76 artículos, mientras que las de confidencialidad tienen 2.64 artículos.
- Mayor variabilidad en la denuncia: La regulación de la denuncia presenta más dispersión, lo que indica que algunas leyes contienen más artículos sobre el tema que otras.

2. Diferencias Clave en la Regulación

Normativas sobre Denuncia

Estas normativas regulan el deber de denunciar en casos de violencia de género, abuso infantil y trata de personas. Entre los puntos clave se encuentran:

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia: Establece sanciones por omisión de denuncia.
- Código Nacional de Procedimientos Penales - Artículo 222: Obliga a cualquier persona con conocimiento de un delito a denunciar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: Exige a los profesionales de la salud reportar casos de violencia sexual.

Impacto en la Psicología

- Criminalización del profesional: La omisión de denuncia puede generar sanciones legales para psicólogos.
- Dilema ético: Deben priorizar la denuncia sin afectar la relación de confianza con el paciente.

Normativas sobre Confidencialidad

Las normativas de confidencialidad protegen la privacidad del paciente. Entre los puntos clave se encuentran:

- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares: Establece la necesidad de consentimiento para el uso de información.
- Código Nacional de Procedimientos Penales - Artículo 362: Prohíbe que los profesionales de la salud sean obligados a testificar sin consentimiento.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012: Regula el

acceso a expedientes clínicos.

Impacto en la Psicología

- Protección de la relación terapeuta-paciente: Permite que las víctimas busquen apoyo sin temor a la divulgación.
- Conflicto con la denuncia: Puede generar contradicciones entre la obligación de confidencialidad y la necesidad de denunciar.

3. Evaluación del Nivel de Riesgo y Ruptura de la Confidencialidad

Para decidir si romper la confidencialidad, se deben evaluar los siguientes factores:

- ¿El paciente ha realizado solo pensamientos o ya ha tomado acciones preparatorias?
- ¿El riesgo es inmediato o hipotético?
- ¿Existe una víctima identificable en peligro?
- ¿La omisión de la denuncia podría generar responsabilidad legal para el psicólogo?

Si el riesgo es hipotético o está en la fase interna del iter criminis, la confidencialidad debe mantenerse. Si el riesgo es inminente y hay acciones preparatorias claras, la denuncia puede ser justificable.

Reflexión Final sobre el Conflicto Ético-Legal

El dilema entre denuncia y confidencialidad sigue siendo un desafío en la psicología:

- La denuncia tiene más presencia normativa, pero su regulación es menos uniforme.
- La confidencialidad está más estructurada normativamente, pero es menos prevalente.
- El iter criminis es clave para determinar cuándo la confidencialidad sigue siendo válida y cuándo la denuncia se vuelve obligatoria.

Excepciones al Secreto Profesional en la Legislación Mexicana

- Código Penal Federal - Artículo 210: La revelación de información sin justa causa, sin consentimiento o en perjuicio de otros es sancionable.
- Código Nacional de Procedimientos Penales - Artículo 362: Protege la confidencialidad salvo en casos excepcionales.

¿Priorizar la denuncia es una falta ética y legal?

Depende del contexto:

1. Si la denuncia es obligatoria por ley (violencia de género, abuso infantil, trata de personas) → No denunciar puede ser ilegal.
2. Si el paciente no consiente la denuncia y no hay riesgo inminente → Romper la confidencialidad puede ser una falta ética.
3. Si la omisión de la denuncia pone en peligro a la víctima o terceros → El deber ético y legal se inclina hacia la denuncia.

CONCLUSIÓN GENERAL Y PROPUESTAS

El análisis comparativo del marco normativo, complementado con la revisión documental de estudios en diversos contextos latinoamericanos y europeos, evidencia la tensión existente entre el deber de denuncia y la confidencialidad profesional en la práctica de la psicología.

La legislación mexicana e internacional establece la obligación de denunciar ciertos delitos, tales como violencia de género, abuso infantil y trata de personas, a través de un total de 34 normativas. Sin embargo, la aplicación de estas regulaciones presenta una variabilidad significativa, lo que genera incertidumbre en el ejercicio profesional.

En contraposición, la confidencialidad es reconocida como un principio fundamental en la relación terapeuta-paciente, respaldada por 11 normativas que enfatizan la protección de datos personales y el secreto profesional.

No obstante, la revisión documental evidencia un consenso general sobre la necesidad de evaluar cada caso de manera cuidadosa, considerando el riesgo potencial tanto para el paciente como para terceros. En este sentido, los principales hallazgos derivados de la revisión de la literatura indican que todas las fuentes consultadas coinciden en la importancia del secreto profesional en el ejercicio de la psicología y la medicina, estableciendo que la confidencialidad puede ser limitada cuando exista una justa causa, especialmente en presencia de un riesgo inminente o daño significativo.

Asimismo, la toma de decisiones en estos casos debe considerar criterios éticos fundamentales, tales como la magnitud del daño, la veracidad de la información y la probabilidad de que el riesgo se materialice. La revisión también destaca la relevancia de la consulta con colegas y la reflexión ética como herramientas esenciales para la resolución de dilemas profesionales, así como la necesidad de que los psicólogos cuenten con una formación teórico-técnica actualizada que les permita abordar de manera informada los conflictos entre la confidencialidad y la denuncia.

El equilibrio entre ambos principios no debe ser entendido como una dicotomía rígida, sino como un proceso dinámico de análisis que contemple criterios éticos, normativos y de evaluación del riesgo. Aunque la legislación establece la denuncia como prioritaria en ciertos escenarios, su aplicación debe considerar el contexto específico de cada paciente, evitando decisiones automáticas que puedan comprometer derechos fundamentales.

En consecuencia, se recomienda la armonización del marco legal y ético mediante la implementación de protocolos claros de actuación que faciliten la toma de decisiones en la práctica psicológica. Dichos protocolos deben garantizar tanto la protección del paciente como la de terceros, minimizando la criminalización del ejercicio profesional y asegurando un balance adecuado entre la confidencialidad y la obligación de denuncia en función del bienestar y la seguridad de las personas involucradas.

Aproximaciones futuras a esta línea de investigación

El estudio de las representaciones sociales de los psicólogos sobre el ejercicio de la denuncia y la confidencialidad abre múltiples vías para futuras investigaciones que profundicen en la intersección entre las normativas legales, las consideraciones éticas y los factores socioculturales que inciden en la toma de decisiones.

Resulta relevante explorar cómo los profesionales internalizan y aplican estos principios en distintos contextos, considerando variables como el tipo de institución en la que trabajan, su formación académica y la influencia de marcos deontológicos específicos.

Asimismo, un enfoque interseccional permitiría analizar cómo el género, la edad, la etnicidad, el nivel socioeconómico y otras dimensiones de identidad del paciente y del profesional impactan en la percepción del deber de denuncia y el manejo de la confidencialidad. Del mismo modo, es pertinente indagar en los efectos que tienen las políticas de denuncia obligatoria sobre la relación terapéutica, la confianza del paciente y la eficacia de las intervenciones psicológicas.

Finalmente, la construcción de estrategias formativas y la implementación de lineamientos claros para la resolución de dilemas éticos podrían contribuir a mejorar la toma de decisiones en la práctica psicológica, asegurando que el equilibrio entre confidencialidad y denuncia se base en criterios sólidos y contextualizados.

Es necesario considerar que ante los delitos de agresión sexual se existe una presunta coalición entre familiares que imposibilita la denuncia, el fenómeno del silencio familiar ante el abuso sexual infantil se da desde la manipulación constante del agresor con su víctima hasta la fachada que construye esta persona ante el resto de los familiares lo que hace que pase desapercibido. (Franco & Ramirez, 2016)

Esto permite diferenciar el acto de ruptura de la confidencialidad o el secreto profesional cuando se realiza “con justa causa” y “sin justa causa” siendo la primera la que no merece duda ya que se tiene una justificación de la posible violación a un interés superior a proteger, como se marcan en las legislaciones correspondientes a cada país donde si no se produce, el profesional puede ser acusado de encubrimiento y complicidad. (Sánchez Vázquez, 2016, pp.69)

El análisis del iter criminis, o la trayectoria de un acto delictivo, aporta consideraciones relevantes sobre el momento en que el psicólogo puede intervenir. En su fase interna, que incluye la ideación, deliberación y resolución del acto, la acción no es sancionable, lo que plantea dudas sobre si la confidencialidad debe mantenerse cuando aún no se materializa un riesgo concreto.

Por otro lado, en la fase externa, que comprende los actos preparatorios, de ejecución y la consumación del delito, la intervención puede ser ética y legalmente exigible, especialmente si la omisión de la denuncia puede derivar en un daño significativo.

Estas fases subrayan la complejidad del dilema, ya que el psicólogo debe evaluar cuidadosamente el nivel de riesgo y las implicaciones legales de romper la confidencialidad en cada etapa del proceso.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Nota de financiamiento.

Becario SECITHI (Convocatoria Becas nacionales para estudios de posgrado 2023-2, No. 4012196), Maestría en Bioética (clave 006718, nacional), periodo 01/09/2023–31/08/2025; posgrado inscrito en el Padrón SECITHI 2023–2025.

Referencias

- Aguilera Eguía, R.. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>
- Alegría Jaimes, A., León Pérez, J. R., González García, S. M., & González Grande, J. L. (2024). La Aplicabilidad de la Autopsia Psicológica como una necesidad social en México. *RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología)*, 1(1). <https://doi.org/10.61566/ricap.v1i1.7>
- American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. https://psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf

- Barahona Cruz, P., & Puertas Ruiz, R. (2011). Cumplimiento del deber de denunciar que tienen los psicólogos que en razón de su trabajo conocen casos de maltrato de niños, niñas y adolescentes. Pontificia universidad católica del ecuador facultad de psicología. <https://silo.tips/download/cumplimiento-del-deber-de-denunciar-que-tienen-los-psicologos-que-en-razon-de-su>
- Beltán Aroca, C. M. (2015). Debilidades en la guarda del secreto profesional médico en la práctica clínica. Universidad de Murcia. <https://portalinvestigacion.um.es/documentos/618f4f779ff8c939aaca4684>
- Caicedo-Guale, L. C., Vera-García, M., & Sornoza-Palma, W. K. (2020). CÓDIGO DE ÉTICA DE LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS: Artículo de investigación. *REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINARIA ARBITRADA YACHASUN* - ISSN: 2697–3456, 4(7 Ed. esp.), 102–110. <https://doi.org/10.46296/yc.v4i7edesp.0063>
- Cajal, B., Jiménez, R., Gervilla, E., & Montaña, Juan J. (2020). Doing a systematic review in health sciences. *Clínica y Salud*, 31(2), 77–83. Epub 27 de julio de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a15>
- Calo, O. (2002, febrero-marzo). Confidencias. El secreto profesional en la psicología. *Fundamentos en Humanidades*, Vol. III(5–6), 135–146. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400508.pdf>
- Del Río, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información Psicológica*, 90, 12–27. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/271/224>
- Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (1988). Observación general N.º 16: Derecho a la intimidad (art. 17). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3584.pdf>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (última reforma publicada el 1 de abril de 2025). *Diario Oficial de la Federación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Cortina, A. (1998, Feb 19). Ética de las profesiones. *El País*. https://elpais.com/diario/1998/02/20/pinion/887929205_850215.html?event=oklogin&event_log=oklogin
- Estrada Restrepo, Y. A., Muriel Deossa, Y., & Suárez Lopera, L. T. (2010). Dilemas éticos del psicólogo educativo: Estudio de casos con siete psicólogos educativos del Valle de Aburrá en el año 2010 [Trabajo de grado,

Corporación Universitaria Lasallista]. Repositorio Institucional Unilasallista. <https://repository.unilasallista.edu.co/items/cb522fa9-6d24-44c3-a0fe-2256685afb4f>

Eva-Condemarín Pedro. Transgresión sexual en la relación médico-paciente. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2001 Oct [citado 2024 Mar 19]; 39(4): 329–344. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000400008>.

Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A. C. (FENAPSIME). (2018). Código de ética de las y los psicólogos mexicanos (1.ª ed.). <https://fenapsime.org/wp-content/uploads/2022/11/Codigo-de-Etica-FENAPSIME.pdf>

Ferrero, Andrea, Lucero, Flavia y De Andrea, Nidia Georgina (2018). Aspectos centrales de la confidencialidad en psicología. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/728.pdf>

Franco, Á. (2008). Confidencialidad en psicoterapia: estudio exploratorio en psiquiatras colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), pp. 580-591. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80637408.pdf>

Franco, Á., & Ramírez, L. (2016). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 51–58. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80646457009>

García-Perdomo, H. A. (2015). Conceptos fundamentales de las revisiones sistemáticas/metaanálisis. *Revista Urología Colombiana*, XXIV(1), 28–34. [fecha de consulta 29 de noviembre de 2023]. ISSN: 0120-789X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149138607006>

Gómez-Restrepo, C. (2006). La Asociación Colombiana de Psiquiatría: los principios éticos y el Código Deontológico. *Rev Colomb Psiquiatr.*, 35(3), 276–80.

Guitart Esteban, M. (2008). Uso de problemáticas éticas para la enseñanza del código deontológico de la psicología: Una sesión ilustrativa. REP: TE. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*, 4(1). <https://revistes.ub.edu/index.php/RETE/article/view/2891>

Gutiérrez Quintana, M.P., & León Pérez, J. R. (2022). Abuso Sexual Infantil: caso de estudio desde la praxis psicológica forense. *Alternativas en Psicología*, 48 (2). 8–24. Abuso sexual infantil: caso de estudio desde la

praxis Psicológica Forense | Revista Alternativas en Psicología

Iglesias Díez, Agustín. (2017). La mala educación: la violación sistemática del secreto médico en Argentina. *Revista de Bioética y Derecho* (41), 85–105. Recuperado en 20 de marzo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300007&lng=es&tling=es.

Iglesias Díez, A. (2018). La violación del secreto médico en Argentina. *Revista De La Facultad De Derecho De México*, 68(272-2), 821–838. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67572>

Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina: antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 32 (núm. 3), 419–446. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532301.pdf>

Krauth, K. (2019). Problemas y situaciones dilemáticas actuales en el ejercicio profesional de la psicología: las 'buenas prácticas' como vía de resolución". *Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y NOBLE seguros*.

Oliveira, B. G. de, Freire, I. V., Assis, C. S., Sena, E. L. da S., Boery, R. N. S. de O., & Yarid, S. D. (2018). Responsabilidad de los profesionales de la salud en la notificación de casos de violencia. *Revista Bioética*, 26 (3), 403–411. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263260>

Ormart, E. Beatriz (2013). El secreto profesional en psicología: aspectos deontológicos, legales y clínicos. *Revista de Psicología para América Latina*, 24, 191–205. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000100012

Pastor Morales, J.M. (2017). Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/70507/TESIS%20DOCTORAL%20MARZO%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez Ortegón, Luis Alberto. (2009). Confidencialidad: normativas y consideraciones generales sobre su aplicación en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 177–184. Retrieved February 11, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100012&lng=en&tling=es.

- Sánchez Vázquez, M. J. (2016). Contribuciones éticas al ámbito científico y profesional de la psicología. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://doi.org/10.35537/10915/54177>
- Salinas R, Rodrigo A. (2007). Tarasoff case. Revista chilena de neuropsiquiatría, 45(1), 68–75. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000100011>
- Salinas R, Rodrigo A. (2007). La confidencialidad de la consulta psiquiátrica y el deber de protección a terceros: El caso Tarasoff, Revista chilena de neuro-psiquiatría, 45(1), 68–75. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Salomone, G. Z. & Gutiérrez, C. E.: Concepciones éticas ante los casos de pacientes portadores de HIV. En IBIS (International Bioethical Information System). Ética en la Educación: Hipertexto e hipermedia sobre ética profesional. Sistema multimedial en CD-ROM. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/textos_y_articulos/SIDA_Salomone_Gutierrez.pdf
- Strasser, G. (2019). La despatologización de la transexualidad: ser minoría no es enfermedad. Hacia una ética de denuncia de la etiología social del sufrimiento. No. 43 pp. 32 Edu.ar. Recuperado el 20 de marzo de 2024, de <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/pdf/A17-N43-Articulo01-Dic2019.pdf>
- Universidad de Navarra. (2023). Revisiones sistemáticas: Definición: ¿qué es una revisión sistemática? Recuperado: <https://biblioguias.unav.edu/revisionessistematicas/que-es-una-revision-sistematica>
- Urra, J. (2007). Tesis doctoral: Psicología y Deontología. Estudio empírico basado en dilemas éticos. Universidad de A Coruña <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/5546>
- Urra Portillo, J. (2010). Criterios éticos para psicólogos jurídicos. Anuario de Psicología Jurídica, 20, 93–104. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315026299009>
- Vitolo, Fabian. (2019). La responsabilidad profesional del psicólogo. Recuperado de: <asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/November2019/L53qwXmGxW3MbANvH6vD.pdf>

Anexos

Tabla 3

Análisis de perspectiva ética sobre confidencialidad, deber de denuncia y el concepto de “justa causa” en la práctica profesional.

Autores	Justa Causa	Confidencialidad o denuncia:	Conclusión del artículo:
Consideraciones latinoamericanas			
Universidad de Chile (Eva-Condemarín Pedro, 2001)	Justa causa para denunciar: existe cuando se verifica (o hay evidencia robusta de) actividad sexual con paciente o expaciente, patrón progresivo de violaciones de límites con riesgo grave, uso de influencia indebida y probabilidad alta de daño ; el “consentimiento” del paciente no exime de responsabilidad.	La confidencialidad no es absoluta ; debe ponderarse con el deber de no maleficencia y protección de terceros . Idealmente, con consentimiento del paciente y separando al terapeuta tratante de las gestiones, hay excepciones limitadas .	Aboga por proscripción categórica, educación y procedimientos claros ; en sistemas donde la denuncia es un deber profesional , debe activarse con salvaguardas clínicas ; donde es un derecho , urge reforma normativa para alinear la práctica con la protección de pacientes y la prevención de reincidencia .
Universidad de Buenos Aires, Argentina (Salomone, G. Z. & Gutiérrez, C. E., 2002)	En este artículo, la justa causa aparece cuando la conducta del consultante implica riesgo grave para terceros o configura supuestos legalmente previstos que habilitan excepciones a la reserva: p. ej., internación cuando hay peligro para sí o para otros (como medida terapéutica y última ratio), y/o activación de autoridades sanitarias/judiciales cuando corresponde. Aunque la regla general es mantener el secreto profesional , el propio marco normativo citado (secreto con excepciones tasadas) y los casos en que la ley admite denunciar o internar sostienen la denuncia cuando sea necesaria para prevenir daño serio y no existan alternativas menos lesivas.	Los autores muestran que la confidencialidad no es absoluta : la práctica clínica se mueve entre (a) resguardar el secreto y trabajar clínicamente la conducta riesgosa (posición mayoritaria) y (b) suspenderlo de modo proporcional y con mínima revelación en supuestos excepcionales (minoría), distinguiendo además entre internación terapéutica (válida) y control social (inválido). El artículo enfatiza acordar alcances del secreto en el encuadre , ponderar la legalidad (p. ej., normas sobre secreto y salvedades) y evitar respuestas moralizantes o estigmatizantes que desplacen el rol clínico.	Regla práctica derivada: (i) Primacía del tratamiento y del secreto como principio, con intervención clínica orientada a responsabilización del sujeto; (ii) modulación excepcional del secreto —internación o notificación sanitaria/judicial— solo cuando haya riesgo relevante y actual y tras agotar medidas menos restrictivas , aplicando proporcionalidad y mínima divulgación ; (iii) gobernanza ética : encuadre claro, documentación y distinción estricta entre fines terapéuticos y lógicas de control , para proteger simultáneamente derechos, dignidad y salud pública .
Argentina (Calo Orlando, 2002)	El texto sostiene que el secreto profesional no es absoluto : puede levantarse excepcionalmente cuando exista riesgo serio para la vida o integridad de la persona asistida o de terceros identificables (prevenir un mal mayor), cuando sea necesario para la propia defensa del profesional ante una imputación injusta, o frente a violaciones graves de derechos humanos ; el “consentimiento” del paciente puede considerarse, pero no basta por sí solo dada la asimetría e influenciabilidad en el vínculo.	Calo distingue entre intimidad (valor-principio a proteger) y secreto (medio instrumental). Por ello, la confidencialidad es regla general , pero su excepción debe justificarse por razones superiores (no maleficencia/beneficencia, justicia), usando proporcionalidad y mínima revelación necesaria . Critica los extremos: ni el sigilo absoluto del “secreto de confesión” ni la delación rutinaria ; pide deliberación argumentada (no mero “examen de conciencia”), encuadre claro sobre los límites del secreto y distinguir advertir/proteger de delatar para fines	Regla operativa que emerge: secreto como norma; levantamiento excepcional ante peligro grave y actual o supuestos de interés superior (p. ej., DD. HH.), con documentación, consulta/colegio cuando sea posible y divulgación mínima al destinatario pertinente. La ética del psicólogo implica prudencia responsable : no confundir abstinencia con inacción ante riesgos, ni convertir la consulta en control social ; actuar siempre “por el bien mayor ” sin vaciar la confianza que sustenta la práctica.

Santiago de Chile (Salinas, 2007).	Existe justa causa cuando se verifica (o hay evidencia sustantiva de riesgo inminente) transgresión sexual en la relación terapéutica —incluida con expacientes— por ser antiética per se , romper la confianza fiduciaria, implicar influencia indebida y mostrar alta probabilidad de daño clínico y psicosocial. La progresión típica desde “cruces de límites” hacia el abuso sexual y el patrón documentado de violaciones refuerzan la activación de vías éticas/administrativas/legales incluso si el paciente aparenta “consentir”.	La confidencialidad no es absoluta : ante riesgo grave para la víctima o terceros , prevalece el deber de protección (advertir a la posible víctima/ autoridades, adoptar medidas razonables y proporcionadas), procurando — cuando sea posible— el consentimiento informado del paciente y separando al terapeuta tratante de las gestiones; se reconocen excepciones limitadas (p. ej., información conocida en terapia del colega, oposición del paciente si denunciar le perjudica gravemente), siempre bajo criterio de proporcionalidad y mínima revelación necesaria .	La combinación de: (a) proscripción categórica del vínculo sexual terapeuta-paciente/ expaciente, (b) evidencia de daño frecuente y severo, y (c) Jerarquía de principios (no maleficencia y justicia > autonomía en conflicto) conduce a una regla práctica: tolerancia cero a la transgresión y activación de denuncia/protección con salvaguardas clínicas (supervisión, derivación, documentación rigurosa) y respeto estricto de la proporcionalidad en cualquier quiebre de confidencialidad. Donde la denuncia es solo un “derecho” y no un “deber”, se recomiendan reforma normativa y fortalecimiento educativo/institucional para alinear la práctica con la protección efectiva de pacientes y terceros.
Colombia (Franco Álvaro, 2008)	El artículo ubica la “justa causa” en supuestos excepcionales donde proteger a terceros o la salud pública prima sobre el sigilo: p. ej., escenarios tipo Tarasoff I/II (amenaza creíble a persona identificable) y, en Colombia, los deberes sanitarios (p. ej., notificación obligatoria en VIH/ETS) y las salvedades del art. 38 de la Ley 23/1981 (revelar a autoridades de salud/ justicia o a terceros en riesgo). En la práctica, los psiquiatras muestran mayor disposición a romper la confidencialidad ante abuso sexual y colegas/sacerdotes abusadores , y más incertidumbre cuando se trata de proteger parejas frente al VIH ; infidelidad sin riesgo no justificó romper el secreto.	Se reconoce la confidencialidad como regla (amparo constitucional y deontológico), pero no absoluta : su quiebre exige proporcionalidad, finalidad protectora y mínima revelación necesaria . El trabajo evidencia alta dispersión decisional ante dilemas (especialmente VIH y protección de terceros), por lo que insiste en el análisis caso por caso y en revisar la legislación aplicable antes de decidir; además, advierte el impacto que estas decisiones tienen sobre la confianza terapéutica .	Regla operativa: secreto como norma y denuncia/notificación como excepción justificada . Cuando concurren riesgo grave y actual o mandato sanitario/judicial , debe activarse la protección (advertir, notificar, denunciar según corresponda) con divulgación mínima, documentación del juicio clínico-legal y, de ser posible, coordinación interdisciplinaria ; en los demás casos, preservar el sigilo y trabajar la situación en psicoterapia. El estudio concluye que, dada la heterogeneidad de respuestas , es crucial fortalecer criterios y formación para decisiones consistentes con la norma y la ética clínica .

Ramírez Ortegón, Luis Alberto. (2009)	El artículo delimita la “justa causa” de levantamiento del secreto a supuestos excepcionales y restrictivos, principalmente: protección de la vida e integridad del paciente o de terceros ante riesgo grave o inminente y prevención de la consumación de un delito grave; fuera de ello, la regla es preservar el sigilo. Reafirma que el titular del secreto es el paciente y que cualquier revelación debe ceñirse al propósito legítimo y limitado que habilita la excepción.	Se sostiene que la confidencialidad es principio estructural (constitucional y deontológico) y que su quiebre exige: (i) base legal o causa justificativa clara (vida/prevencción de delito grave); (ii) proporcionalidad y mínima revelación necesaria; (iii) competencia de la autoridad cuando medie requerimiento judicial, distinguiendo entre peritaje válido y exigencias que incriminen al paciente (improcedentes); y (iv) excepciones tasadas por condición del paciente (inconsciencia, minoría de edad, alteración mental) y por funciones colegiales (p. ej., denunciar tratos crueles ante comités/organismos).	Regla operativa para la práctica clínica-jurídica en Colombia: secreto como regla, levantamiento excepcional solo para prevenir daño serio o ante mandato legítimo, con delimitación del objetivo, divulgación mínima, documentación y custodia de la información. Convertir al médico/psiquiatra en agente de persecución penal erosiona la confianza y vulnera derechos; por ello, la respuesta ética y legal es proteger la vida sin vaciar la relación fiduciaria ni la autonomía del paciente.
Universidad La-llasita Antioquia Colombia (Estrada et al 2010)	En el contexto escolar, existe justa causa cuando la información conocida por el psicólogo educativo indica riesgo grave o inminente para la vida, integridad o derechos de niñas, niños y adolescentes (p. ej., violencia sexual o intrafamiliar, amenazas serias como “colocar una bomba”, consumo/venta de sustancias, porte de armas), o cuando la vulneración de derechos exige activar rutas de protección. En estas situaciones, los principios de beneficencia/no-maleficencia y justicia prevalecen sobre la reserva, y la función del psicólogo (como profesional de la salud y agente escolar) exige alertar a autoridades competentes siguiendo el criterio de mínima revelación necesaria.	El estudio muestra que la confidencialidad no es absoluta: debe ponderarse frente a la obligación de proteger a NNA y a la comunidad educativa. Se propone: (a) buscar el consentimiento informado cuando sea posible; (b) aplicar proporcionalidad y mínima revelación al informar; (c) separar la intervención clínica de las gestiones administrativas/legales para no contaminar el vínculo terapéutico; y (d) Reconocer que la presión institucional por informes extensos puede intensificar el dilema, por lo que deben respetarse los límites de la información estrictamente necesaria para activar la ruta de protección.	Convergen tres directrices operativas: (i) primacía del interés superior del menor y de los principios de no-maleficencia/beneficencia ante amenazas serias; (ii) confidencialidad modulada, no absoluta, gestionada con proporcionalidad, documentación y trazabilidad; y (iii) gobernanza ética-institucional: protocolos claros, roles definidos y formación en ética aplicada para que la escuela no sustituya la clínica por burocracia, sino que garantice denuncia oportuna y protección efectiva sin vulnerar indebidamente la reserva profesional.

Universidad de la Plata Argentina Sánchez Vázquez, 2016	El artículo entiende “justa causa” como un estado de necesidad que legitima <i>levantar el secreto</i> para evitar un mal mayor: riesgo grave para el propio consultante o terceros, evitar la comisión de un delito, mandato legal expreso, defensa del profesional o consentimiento del interesado (sin que este último obligue a revelar). Se subraya que, cuando hay delito de acción pública, la denuncia puede ser lícita y no configura violación del secreto porque existe justa causa; “hablar si hay justa causa y no hablar si no la hay	La confidencialidad es regla y derecho del paciente / deber del profesional; su levantamiento es excepción que exige ponderar principios (<i>autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia</i>) y aplicar prudencia en el caso concreto (no hay jerarquías absolutas; se elige el “mal menor”). Se advierte contra dejar la decisión al puro “examen de conciencia” sin fundamentos: primero se justifican razones para apartarse del deber prima facie y se minimizan daños. En el plano práctico, se citan marcos deontológicos (p. ej., FePRA) que enumeran causales y recuerdan que también es reprochable no levantar el secreto cuando la situación lo amerita (riesgo/daño). Casos paradigmáticos (p. ej., Tarasoff) ilustran que puede primar la protección de la vida/terceros	Secreto como regla, excepción justificada por justa causa, deliberada con criterios ético-jurídicos y prudencia profesional. La <i>lectura integradora</i> propone un binomio decisional: 1) No revelar si no hay justa causa (protección de autonomía/intimidad); 2) Revelar/denunciar cuando exista justa causa legal y moral, orientada a evitar un mal mayor y con el mínimo de información necesaria, documentando la ponderación realizada. Además, se reafirma que la ética profesional atraviesa todo el encuadre y exige una “prudencia responsable”: no confundir abstinencia/neutralidad con inacción frente a riesgos serios para la integridad del consultante o de terceros.
Colombia (Álvaro Franco y Ramírez Luis, 2016)	En el marco colombiano, el ASI configura delito de acción pública: todo acceso carnal o acto sexual con menor de 14 años es delito, aun si parece “consentido”, lo que habilita y exige actuar (denunciar/notificar) para proteger el interés superior del niño. La pieza sitúa la respuesta en la normativa específica (Ley 1098/2006; Ley 1146/2007; Cód. Penal) y enfatiza que el abordaje debe ser jurídico-clínico.	La confidencialidad no es absoluta cuando hay riesgo/daño o delito que implica a NNA: el texto plantea dilemas clínicos (p. ej., qué informar a la madre, autonomía limitada en menores, riesgos de embarazo/ITS, intento suicida) y sostiene que la resolución requiere prudencia, objetividad y conocimiento de la norma, con revelación proporcional y orientada a proteger vida e integridad.	Regla operativa: individualizar el caso y documentar; denunciar/notificar cuando proceda por la ley y para prevenir daños, manteniendo la proporcionalidad de la información y la trazabilidad clínica-legal. La intervención debe ser integral (víctima-familia), asumiendo que raramente hay “casos puros” y que coexisten comorbilidades y factores sociales.
Universidad de Buenos Aires Argentina (Ferrero et al, 2018)	El artículo distingue entre violación y levantamiento del secreto: hay justa causa para levantarlo cuando ello es necesario para proteger el bienestar/vida del consultante o de terceros (p. ej., riesgo grave e inminente, prevención de delito, defensa profesional, autorización escrita del consultante). En tales supuestos, la denuncia/notificación se legitima por la convergencia de bioética (autonomía, justicia, no-maleficencia/beneficencia) y marco normativo (p. ej., art. 156 CP argentino; FePRA 2013), siempre como última ratio y orientada a evitar daños.	La confidencialidad no es absoluta: su levantamiento debe ser excepcional, proporcional y con mínima revelación necesaria, tras evaluar caso por caso y documentar el juicio clínico-ético-jurídico. El texto enfatiza acordar alcances del secreto en el encuadre, respetar el derecho a la intimidad y, cuando proceda informar, hacerlo limitando destinatarios y contenido al estrictamente indispensable para activar la ruta de protección. La tensión se resuelve priorizando no maleficencia/beneficencia sin desatender autonomía y justicia ni los estándares deontológicos vigentes.	Regla operativa que se desprende del trabajo: (i) Primacía de la confidencialidad como principio estructural de la práctica psicológica; (ii) Levantamiento solo ante riesgo relevante y con criterios de proporcionalidad, mínima divulgación y trazabilidad; (iii) Articulación ética-normativa: formación continua, protocolos claros y uso responsable de las excepciones para asegurar, simultáneamente, protección efectiva y respeto de derechos en todos los ámbitos de ejercicio (clínico, educativo, forense,

zUniversidad de Buenos Aires. Argentina. (Iglesias, 2017)	El artículo acota la “justa causa” a supuestos excepcionales de prevención de daño grave e inminente (vida o integridad de terceros o del propio paciente), no a la persecución de delitos ya consumados: la jurisprudencia argentina (Frías, Baldivieso, Orekhov, “Belén”) anula causas originadas en denuncias médicas que quebrantan el secreto para castigar al paciente; se admite revelación solo cuando tenga idoneidad real para evitar un mal mayor, en clave tipo <i>Tarasoff</i> (deber de proteger), nunca como colaboración rutinaria con la punición estatal.	La confidencialidad es un deber ético-jurídico (autonomía, dignidad, fidelidad, salud pública) y su quiebre requiere pasar los test de Beauchamp & Childress (razones superiores, alternativa menos lesiva, proporcionalidad, mínima revelación). El texto critica la “pendiente resbaladiza” y el mito educativo-forense de que el médico “debe denunciar” todo delito: los jueces no pueden relevar discrecionalmente el secreto, y el tipo penal de encubrimiento no alcanza al profesional por no ser sujeto obligado a promover la persecución penal; además, la CIDH (De la Cruz Flores) reafirma el derecho-deber de secreto. La valoración de riesgo es incierta; por eso, la regla es guardar secreto y solo excepcionalmente modularlo.	Regla práctica: (i) Primacía del secreto y del tratamiento; (ii) levantamiento excepcional —denuncia/advertencia— solo ante peligro actual y serio, con proporcionalidad y divulgación mínima; (iii) gobernanza ética y educativa: corregir la enseñanza que incentiva la delación, alinear protocolos con derechos humanos y con la jurisprudencia que protege la intimidad del paciente; evitar que el médico funcione como agente de control penal, especialmente frente a poblaciones vulnerables.
Universidad de Buenos Aires. Argentina. (Iglesias, 2018)	La “justa causa” que habilita levantar el secreto es extraordinaria y restrictiva: solo procede para prevenir un daño grave y actual (vida o integridad propia o de terceros) o detener un proceso lesivo en curso; no legitima denunciar delitos ya consumados por “interés estatal” en su persecución. La CSJN (caso <i>Baldivieso</i>, 2010) fija ese estándar y subraya que convertir al médico en agente de persecución penal vulnera dignidad, intimidad y debido proceso.	El secreto profesional tiene amparo constitucional y de DD. HH. y su quiebre exigen proporcionalidad y mínima revelación; además, el texto distingue revelar de denunciar (notificación sanitaria ≠ instar acción penal) y aclara que el encubrimiento (art. 277 CP) es delito de sujeto activo especial (fiscales/policia/jueces), por lo que no alcanza al médico por no promover la acción penal. La obra critica la enseñanza médico-legal que, por influencia clerical e inercia doctrinaria, ha difundido una falsa obligación de denunciar, en contra de la jurisprudencia vigente.	Regla operativa: (i) Primacía del secreto y del tratamiento; (ii) Levantamiento excepcional solo ante peligro concreto e inminente, con proporcionalidad y divulgación mínima (advertir/proteger, no delatar); (iii) Alineación ética-jurídica y educativa: actualizar la formación, corregir manuales y protocolos para que el médico no funcione como brazo penal, garantizando confianza clínica, derechos fundamentales y salud pública.
Brasil Oliveira et al, 2018	El artículo delimita la “justa causa” en el marco sanitario brasileño a situaciones de violencia (doméstica, sexual u otras) especialmente en grupos vulnerables (NNA, mujeres, personas mayores), donde la notificación es obligatoria por normativa sectorial (p. ej., ECA; Estatuto del Anciano; ley de notificación de violencia contra la mujer). En tales supuestos, la denuncia/notificación se configura como deber profesional para prevenir daños y activar la protección institucional.	La confidencialidad es regla, pero no es absoluta frente a la violencia: los códigos deontológicos analizados exigen proteger la vida y la integridad y no ser conniventes con actos violentos; aunque muchos no explicitan con claridad la obligatoriedad de notificar, sí orientan a comunicar a autoridades/órganos competentes cuando hay sospecha o confirmación. El texto subraya además barreras prácticas (no reconocimiento del caso, temor a represalias, fallas procedimentales) que deben abordarse con protocolos y formación para que la notificación se realice con proporcionalidad y finalidad protectora.	La regla operativa que emerge es: notificar para proteger. Se requiere alinear códigos de ética con la legislación vigente, establecer procedimientos claros, capacitar equipos y monitorear la notificación para que los/las profesionales actúen sin ambigüedades: confidencialidad como principio, levantarla excepcionalmente ante violencia conforme a ley, con mínima revelación necesaria, registro documental y articulación con redes de protección.

Argentina (Vitolo, 2019)	Existe justa causa cuando, de la evaluación clínica y del contexto, surgen riesgos graves y previsibles para el propio consultante o terceros identificables (p. ej., amenazas creíbles de violencia—doctrina <i>Tarasoff</i> —, riesgo suicida alto, abuso de NNA, conducción de terceros en peligro o supuestos sanitarios específicos como HIV/SIDA contemplados por norma. En tales escenarios, el deber de protección habilita quebrar excepcionalmente la reserva para prevenir daños, con razonabilidad, proporcionalidad y documentación suficiente del juicio clínico.	La confidencialidad es regla , pero no absoluta : se modula ante riesgos serios actuales, aplicando mínima revelación necesaria y dejando constancia en la historia clínica . Se distinguen: (a) advertir/proteger (salud pública y terceros en riesgo) vs. (b) delatar para persecución penal (no es la función del clínico). En ámbitos forenses/familiares, se subraya evitar informes parciales o iatrogénicos , respetar límites del secreto y consentimientos (especialmente en menores) y derivar cuando el vínculo o la competencia técnica se ven comprometidos.	Regla operativa: (i) Primacía de la confidencialidad y del encuadre clínico; (ii) Levantamiento excepcional del secreto—con proporcionalidad, mínima divulgación, trazabilidad y supervisión/derivación —solo para prevenir daños serios y previsibles; (iii) Buenas prácticas para reducir responsabilidad: límites terapéuticos (cero relaciones duales/sexuales), consentimiento informado, historia clínica robusta , competencia técnica (derivar/interconsultar ante límites) y manejo ético de informes en sede judicial.
Ecuador (Caicedo et al, 2020)	En la comparación regional, la “justa causa” para levantar el secreto y denunciar/notificar aparece tasada y excepcional : (i) protección del bienestar/vida de personas vulnerables (menores o personas incapacitadas para decidir), (ii) prevención de un delito cuando la información sea idónea para evitarlo y (iii) autorización escrita del consultante. Estos supuestos, comunes en los códigos latinoamericanos analizados (México, Argentina, Colombia, Cuba, Panamá, Venezuela), operan como límites explícitos del secreto profesional.	Todos los códigos revisados reafirman la confidencialidad como regla , pero reconocen excepciones bajo criterios de proporcionalidad y mínima revelación necesaria (p. ej., activación de rutas de protección para NNA, notificación para impedir un daño o con consentimiento informado), ubicando la decisión en el cruce entre derechos humanos/dignidad, no maleficencia/beneficencia, responsabilidad social e integridad profesional. La tabla comparativa muestra que “Privacidad y confidencialidad / Secreto profesional / Límites del secreto / Consentimiento informado” son apartados transversales en los códigos analizados.	Regla práctica derivada del estudio: (i) Primacía del secreto como garantía de confianza; (ii) Levantamiento excepcional solo cuando concurren las causales tasadas (NNA/incapaces, prevención de delito, consentimiento escrito) y aplicando divulgación mínima y proporcional ; (iii) Armonización ética-normativa regional : aunque cada país ajusta su código al contexto local , existe un núcleo común de principios deontológicos (justicia, respeto y dignidad, fidelidad/responsabilidad, integridad, beneficencia/no maleficencia) que orienta decisiones de denuncia/notificación para proteger derechos sin vaciar la confidencialidad .
Consideraciones Europeas			
Universidade da Coruña. Departamento de Psicología (Urra, J. 2007)	El estudio muestra consensos robustos que operan como “justa causa” práctica: romper la confidencialidad para informar abuso infantil y responder a la autoridad judicial concitan acuerdo amplio, señalando que, ante riesgo grave para NNA o mandato jurisdiccional , la denuncia/notificación es éticamente procedente y socialmente exigible.	La confidencialidad es la regla , pero la evidencia empírica revela zonas de tensión : existen dilemas con alta dispersión (p. ej., revelar seropositividad a la pareja reacia a informarla; reportes a autoridades administrativas), lo que sugiere que la decisión de denunciar debe guiarse por proporcionalidad, mínima divulgación y finalidad protectora , reservando la ruptura del secreto para supuestos tasados (protección de terceros vulnerables, cumplimiento judicial) y evitando convertir al psicólogo en agente de control más allá del interés clínico y de derechos.	Regla operativa que se desprende del estudio: (i) Primacía de la confidencialidad y del encuadre clínico; (ii) Levantamiento excepcional del secreto— denuncia/notificación —cuando concorra riesgo grave y actual (en especial NNA) o exigencia judicial , aplicando divulgación mínima y documentación del juicio ético; (iii) Mejora sistémica : formación ética específica, actualización de códigos y protocolos para reducir disparidades decisionales , consolidando criterios uniformes que protejan derechos y seguridad sin erosionar la confianza terapéutica .

Universidad de Sevilla España (Del Río, C., 2007).	El artículo sostiene que el secreto profesional es un deber protegido por ley y deontología, pero no absoluto: puede levantarse por imperativo legal o para evitar un daño a terceros, al propio paciente o al profesional (criterio de “justa causa”). Propone valorar la magnitud del daño y la probabilidad de ocurrencia (matriz 2x2 de Beauchamp & Childress) para decidir si la revelación es necesaria y proporcionada.	La autora plantea que los conflictos entre confidencialidad y denuncia no admiten reglas fijas: exige deliberación estructurada, consulta colegial y documentación del razonamiento. Enmarca límites del secreto en normativa española (Constitución, LOPD, Ley 41/2002, CP, LECrim, Ley de Protección del Menor), códigos deontológicos (COP/EFPA, APA) y casos típicos (riesgo suicida, amenazas a terceros— debate <i>Tarasoff</i>—, ITS/VIH, adolescentes). Cuando la revelación procede, debe hacerse con mínima información necesaria, destinatarios pertinentes y proporcionalidad, informando desde el consentimiento los límites del secreto.	Regla práctica derivada del texto: (i) Primacía del secreto y del encuadre clínico como norma; (ii) Levantamiento excepcional del secreto—incluida denuncia/notificación—solo ante riesgo grave y razonablemente probable o mandato legal, aplicando proporcionalidad, divulgación mínima, trazabilidad y, si es posible, consentimiento; (iii) Gobernanza ética de casos: uso de modelos de decisión, consulta con colegas/ Comisión Deontológica y formación en marco jurídico-deontológico para resolver dilemas sin convertir al psicólogo en agente de control, preservando derechos, dignidad y seguridad.
Universidad de Girona España (Esteban G, M. 2008)	En los casos trabajados en aula, la “denuncia/notificación” se justifica excepcionalmente cuando hay vulneración de derechos o riesgo de daño (p. ej., malos tratos), conforme al Código Deontológico: se contrasta el deber de comunicar violaciones (art. 8) con el deber de secreto (art. 40) y se concluye que el levantamiento del secreto procede solo para proteger y con alternativas menos lesivas (idealmente promoviendo que la propia persona active la ruta).	La sesión ilustra que la confidencialidad es regla, pero no absoluta: debe modularse por proporcionalidad y mínima revelación necesaria, explicando desde el encuadre los límites legales del secreto. El método didáctico (dilemas) muestra choques reales de artículos (p. ej., intimidad vs. protección) y exige razonamiento ético informado por código, ley y consulta colegial, evitando convertir al psicólogo en “agente de control” cuando no hay riesgo.	Regla operativa que deja el artículo para la práctica: (i) Primacía del secreto y de los cuatro principios (respeto/dignidad, competencia, responsabilidad, integridad); (ii) Levantamiento excepcional del secreto/denuncia solo para prevenir daño o proteger derechos, con divulgación mínima, documentación y, de ser posible, derivación o activación por la propia persona; (iii) Metodología de decisión: identificar el dilema, sopesar cursos de acción con fuentes normativas (código, ley, colegio) y elegir/justificar la opción más ética, revisándola según sus efectos.
Universidade da Coruña. Departamento de Psicología (Urra, 2010)	En psicología jurídica, existe justa causa cuando el profesional tiene conocimiento de un delito (especialmente contra NNA) o cuando la autoridad judicial lo requiere formalmente: en ambos supuestos, la comunicación es éticamente exigible y socialmente esperada. La investigación reseñada muestra amplio consenso en romper la confidencialidad para informar abuso infantil y en responder a mandatos judiciales; además, se establece como “mínimo ético” del psicólogo forense no olvidar su deber de denunciar cuando conoce un delito.	La confidencialidad es regla, pero en el ámbito forense su alcance se modula: el evaluado debe saber que los resultados no son confidenciales y serán conocidos por operadores jurídicos; aun así, el psicólogo debe limitar la información a lo pertinente al propósito legal, proteger pruebas y registros y acotar destinatarios. Cuando concurren causales de denuncia (p. ej., abuso de NNA) o requerimiento judicial, la revelación se realiza con proporcionalidad y mínima divulgación necesaria, preservando independencia, documentación y trazabilidad	Regla operativa: (i) Primacía de la confidencialidad acotada al uso forense (informar alcance al evaluado, custodia de datos, pertinencia estricta); (ii) Levantamiento excepcional y justificado del secreto ante delitos conocidos y/o órdenes judiciales, con divulgación mínima y soporte documental; (iii) Buenas prácticas estructurales (independencia, evitar relaciones duales, competencia técnica, evaluar a ambos progenitores en custodias, evitar contrainformes sin estudio directo) para reducir mala praxis y proteger derechos y seguridad.

España (Beltrán, 2015)	La tesis asume el secreto como regla y acota sus límites a supuestos tasados : exigencias de salud pública (p. ej., enfermedades de declaración obligatoria), mandato judicial con garantías, protección de terceros o del propio paciente ante riesgo grave/actual (especial mención a psiquiatría y menores) y deberes derivados del parte de lesiones . En todos los casos, el estándar es necesidad, proporcionalidad y mínima revelación .	El trabajo diferencia privacidad, intimidad y confidencialidad y muestra que el secreto médico es relativo , no absoluto: hay secreto compartido (equipo asistencial) y derivado (administrativo), ambos igualmente obligados al sigilo. Para decidir levantar el secreto , propone apoyarse en el marco constitucional y legal español (intimidad, protección de datos, penal, procesal, autonomía del paciente), más algoritmos/criterios clínico-éticos : valorar finalidad (proteger, no delatar), competencia de la autoridad , alternativas menos lesivas y documentación del juicio. Advierte, además, brechas frecuentes en la práctica (pasillos, estaciones de enfermería, redes sociales) que no constituyen “denuncia justificada” sino vulneracio-	Regla operativa: (i) secreto como principio estructural; (ii) levantamiento excepcional solo cuando concorra justa causa legal y clínica (salud pública, orden judicial válida, prevención de daño serio), con divulgación mínima, trazabilidad y destinatario pertinente ; (iii) enfoque institucional: protocolos, formación y diseño de entornos para reducir brechas cotidianas (historia clínica, HME, zonas comunes, docencia/publicaciones), preservando la confianza sin impedir la protección efectiva cuando ésta sea debida.
Universidad de Sevilla España (Pastor, 2017).	Procede levantar la reserva y denunciar/notificar de modo excepcional cuando haya riesgo grave y actual para el propio paciente o terceros (p. ej., amenazas creíbles tipo <i>Tarasoff</i> , riesgo suicida inminente), cuando exista obligación legal (requerimiento judicial, deberes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), o en supuestos sanitarios tasados (declaración obligatoria/medidas de salud pública). En menores, rige además la protección reforzada (interés superior) y el uso de consentimiento por representación si no hay madurez suficiente.	La tesis sostiene que la confidencialidad es principio estructural pero no absoluto : debe modularse con criterios de proporcionalidad y mínima revelación necesaria , previa deliberación ética (modelo de toma de decisiones) y documentación en historia clínica. Se distinguen advertir/proteger (sanitario) de delatar para persecución penal (que no es función clínica). Los datos empíricos muestran que la experiencia , la formación sanitaria especializada (vía residencia) y el	Regla práctica derivada: (i) Primacía del secreto y del encuadre clínico ; (ii) Levantamiento excepcional del secreto (incluida la denuncia/notificación) solo para prevenir daño serio y actual o por exigencia legal , con divulgación mínima, trazabilidad y supervisión/derivación ; (iii) Mejoras sistémicas : actualizar códigos (demasiado lacónicos), instaurar árboles de decisión , y reforzar formación ético-legal durante la residencia , para reducir disparidades y alinear la práctica con beneficencia/no-maleficencia, justicia, autonomía y protección de NNA .

Nota metodológica: Se realizó un análisis cualitativo de contenido a 23 textos académicos especializados en ética profesional, psicología forense y clínica, centrado en los dilemas entre confidencialidad y denuncia enfatizando las categorías: mención de justa causa, discusión ética y conclusiones propuestas por el autor o autora, permitiendo así identificar posturas éticas dominantes y establecer tendencias discursivas en la regulación profesional del secreto en contextos clínico-forense.

Tabla 4.
Bases éticas y normativas para la intervención ante violencia: de la confidencialidad a la denuncia .

	Violencia Escolar		Violencia Laboral		Violencia Familiar	
<i>Tipos de Violencia</i>	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica
<i>Instrumentos</i>						
Consideraciones Éticas Generales	American Psychological Association. 1.02.- Conflictos entre la Ética y las leyes, las regulaciones, u otra autoridad legal 4.05 Revelación de información inciso (b) FENAPSIME Principio Respeto y defensa de los derechos humanos					
	<i>Sobre el deber de denunciar y la promoción de la denuncia, así como el establecimiento de una vida libre de violencia en general.</i> Convención de los Derechos de los Niños Artículo 19 párrafo 1 Artículo 20 párrafo 1 Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía Artículo 9 Belém Do Pará Artículo 3					
Tratados Internacionales	Violencia Escolar		Violencia Laboral		Violencia Familiar	
	Belém Do Pará Art.- 2 Inciso b	CEDAW Art.- 10 No discriminación e igualdad en la esfera de la educación	Belém Do Pará Art.- 2 Inciso b	CEDAW Art.-11 No discriminación e igualdad en la esfera del trabajo	Belém Do Pará Art.- 2 Inciso a	Belém Do Pará Art.- 2 Inciso a
Marco Normativo General	<i>Sobre el deber de denunciar y la promoción de la denuncia, así como el establecimiento de una vida libre de violencia en general.</i> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 1° Tesis Número LXVIII/2011 Contradicción de tesis 293/ 2011 Código Nacional de Procedimientos Penales Artículo 222 (sobre el Deber de denunciar) Ley General de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su Artículo 29 (sobre el deber de denunciar y sobre las sanciones de quien no lo hace) Artículo 31 párrafo 4 (acciones ante la recepción de la denuncia) Artículo 38 (promoción de la denuncia) Artículo 44 (ajustes de procedimiento para realizar la denuncia)					

Marco Normativo General	<i>Sobre el deber de denunciar y la promoción de la denuncia, así como el establecimiento de una vida libre de violencia en general.</i>		Artículo 48 Fracc VIII (sobre la seguridad de quienes denuncian) Artículo 59 ter (CJM brindar servicios se tenga o no denuncia) Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos Artículo 58 (La figura del informante) Artículo 88 Fracc XII (Promoción de la denuncia) Ley de las personas adultas mayores Artículo 5 (Responsabilidad de la denuncia popular) Artículo 22 Fracción V, (atención de la denuncia) Artículo 22 Fracción VI, (actos a denunciar) Artículo 50 (Responsabilidad de denunciar) Ley General Educación Artículo 73 (comunicar delito a la autoridad correspondiente) Artículo 74 (hacer de conocimiento a la autoridad competente la situación de víctima de las NNA en cualquier contexto) Artículo 130 (sobre la prevención del delito) Ley de Salud del Estado de Colima, Artículo 19 (concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias) Artículo 20 BIS 39 (denunciar casos que se presuman constitutivo de delito a personas con trastorno mental) Artículo 150 (denunciar sin perjuicio de sanciones administrativas)			
Marco Normativo Nacional Específico	Violencia Escolar		Violencia Laboral		Violencia Familiar	
	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica
		Código Penal Federal Artículo 149 Ter. Discriminación III. Niegue o restrinja derechos educativos. LGNN Artículo 59 Fracción IV Artículo 85	Código Civil Del Riesgo Profesional Art. 1935, 1936, 1937 CPF Artículo 149.- Frac. II Artículo 259.- Bis Hostigamiento Sexual, Abuso Sexual, Estupro y Violación Ley Federal del Trabajo Artículo 133.- Sobre la Responsabilidad del Patrón Artículo 30. Sobre el Acoso Sexual y			

	Violencia Escolar		Violencia Laboral		Violencia Familiar	
	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica
	Tesis Aisladas y Jurisprudencia					
	Tesis: 1a. CCCII/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014.		Seminario Judicial de la Federación. (2014). Tesis: 1ª. CCLII/2014 (10a.)			
	Tesis: XXVII. 1o. (VIII Región) 18K (10a.) Amparo en revisión 8/2013		Seminario Judicial de la Federación. (2014). Tesis: 1a. CCLI/2014 10a.).			
	Tesis: 1a. CCCXXXII/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014		Tesis: 1ª. CCL/2014 (10a.) Acoso Laboral (Mobbing).			
	Tesis: 1a. CCCVI/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014		Tesis: XIX.2o.1 L (10a.)			
	Tesis: 1a. CCCLII/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014		Tesis: XI. 1o. A.T.16 L (10a.)			
	Tesis: 1a. CCCXI/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014.					
	Tesis: 1a. CCXXIII/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014					
	Tesis: 1a. CCCXIX/2015 (10a.) Amparo directo 35/2014					
	Tesis: XXII.P.A.3 P (10a.).					
	Tesis: I.10º.A.74 A (10a.).					
	Tesis: XV.4o.1CS (10a.).					
	Tesis: I.4o.A.3 CS (10a.).					
	Violencia Escolar		Violencia Laboral		Violencia Familiar	
	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Psicológica
	Normas Oficiales Mexicanas		Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación		NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención	
			Diario Oficial de la Federación. (2018). Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 , Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.		Fracciones 6.6; 6.6.1; 6.2.1.8.; 6.5. y sus fracciones derivadas.	

Nota metodológica: La construcción de esta tabla requirió una revisión exhaustiva y sistemática de instrumentos legales y éticos vigentes en México hasta el año 2024.



Recensión del libro:

Senderos. Ensayos sobre filosofía, educación y psicoanálisis.

Torres, H. (2023). Senderos. Ensayos sobre filosofía, educación y psicoanálisis. Editorial El Diván Negro.

Camila Ortega González
 Miembro del equipo de investigación de la Facultad de
 Medicina, ICESS Campus Tampico 2000.
<https://orcid.org/0009-0008-1113-1010>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Ortega González, C. Recensión del libro: Senderos. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2).
<https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.54>



Resumen: El libro “Senderos” del Dr. Héctor Torres Muñoz es una profunda reflexión filosófica que utiliza la metáfora del camino para explorar la existencia, la identidad y las decisiones que nos definen. La obra presenta una estructura fragmentada que refleja la naturaleza de nuestras elecciones, donde cada capítulo representa una bifurcación vital y una posibilidad abandonada. El autor cuestiona si los senderos llevan a un “hogar” real o si este es solo una construcción mental para dar certidumbre a nuestra incertidumbre. A través de ensayos que son reencuentros con nosotros mismos, se invita al lector a aceptar la fluidez de la vida y encontrar la emancipación no en un destino final, sino en el acto mismo de caminar y abrazar el caos y la fragmentación como partes constitutivas del ser.

Palabras clave: senderos, decisión, identidad, emancipación

Abstract: The book “Senderos” by Dr. Héctor Torres Muñoz is a profound philosophical reflection that uses the metaphor of a path to explore existence, identity, and the decisions that define us. The work presents a fragmented structure that mirrors the nature of our choices, where each chapter represents a vital fork in the road and an abandoned possibility. The author questions whether these paths lead to a genuine “home” or if it is merely a mental construct that provides certainty in the face of uncertainty. Through essays that serve as reunions with us, the reader is invited to accept life’s fluidity and to find emancipation not in a final destination, but in the very act of walking, embracing chaos and fragmentations as constitutive parts of being.

Keywords: paths, decision, identity, emancipation

Hay libros que tienen impacto en nuestras vidas, como esas piezas musicales que llegan a tu alma sin previo aviso, o esas tormentas interiores que no sabes que llevas dentro hasta que el viento las despierta. *Senderos* del Dr. Héctor Torres Muñoz es uno de esos libros: un viaje entre las sombras y luces del pensamiento humano, que nos obliga a cuestionar la existencia, la identidad y el sentido profundo de nuestras propias rutas personales. La metáfora misma del título, senderos, resuena como una invitación a recorrer caminos enigmáticos y a explorar territorios no solo externos, sino también internos, esos que nos definen y transforman sin que siquiera seamos conscientes de ello.

Hablar de *Senderos* es como hablar de una entidad fragmentada, una serie de piezas que, aunque dispersas, se entrelazan a través de una estructura profunda que nos invita a mirar la vida como un continuo caminar por sendas inciertas. Cada capítulo de este libro, como un sendero en sí mismo, es una decisión; un camino que nos lleva a una bifurcación y al mismo tiempo, al cuestionamiento de lo que hubiera ocurrido si hubiéramos tomado un camino distinto. Esta fragmentación del texto, tanto en su forma como en su contenido, parece reflejar la naturaleza misma de las decisiones humanas, aquellas que, aunque nos definan, siempre dejan abiertas múltiples posibilidades.

A lo largo de sus páginas, el autor nos muestra que cada sendero no es solo un camino físico o literal, sino una representación de las decisiones, de los momentos cruciales que nos definen. Cada paso que damos hacia adelante puede ser tan incierto como los pensamientos que nos acechan en el silencio de la madrugada.

Pero entonces surge la pregunta: ¿realmente todos los senderos llevan a casa? ¿O simplemente somos nosotros quienes nos atamos a la tarea autoimpuesta de buscar un sentido de pertenencia, como si fuese un destino final? En nuestra constante búsqueda de un lugar al que llamar 'hogar', ¿no estaremos limitando nuestras verdaderas posibilidades, prisioneros de una idea que nos conforta, pero que a la vez nos aleja de todo lo que podría expandir nuestra experiencia? Quizás es el miedo al vacío lo que nos hace anhelar esa 'casa', esa certeza que, tal vez, nunca existió.

Quizás, después de todo, todos los senderos no nos llevan a casa. Tal vez ni siquiera es real ese hogar que tanto buscamos, esa tierra prometida que idealizamos en nuestras mentes como un refugio contra la incertidumbre. ¿Y si lo que realmente estamos buscando no es un hogar, sino la quietud dentro de

nuestro propio caos, la aceptación de que la casa no es un lugar, sino una construcción que hacemos con las piezas de nuestros propios miedos, deseos y deseos no cumplidos? Tal vez el único 'hogar' real sea el que nos damos a nosotros mismos, al aprender a caminar por esos senderos, sin la necesidad de encontrar siempre un destino final.

En el prefacio de *Senderos*, el Dr. Héctor Torres Muñoz señala una verdad que me parece fundamental: "La cercanía con las letras siempre es sutil, a veces cruenta, a veces dócil, pero siempre sutil." Esa sutilidad, casi imperceptible en su profundidad, describe con exactitud la relación que los lectores tenemos con los libros.

La escritura no es solo un vehículo de comunicación, sino una experiencia que nos atraviesa de manera suave, casi imperceptible, pero que deja huella, aunque no siempre seamos conscientes de ello. Las palabras pueden ser, en ocasiones, suaves como una caricia, pero también tienen la capacidad de ser cruentas, de hacernos confrontar nuestras propias sombras, nuestros miedos más íntimos. La cercanía con las letras es, por tanto, un acto de vulnerabilidad: nos abren puertas que quizás preferiríamos mantener cerradas, pero al mismo tiempo, nos permiten vernos con una claridad que no se encuentra en ningún otro lugar.

El Dr. Torres Muñoz también nos recuerda que "con las letras nunca hay desencuentros, pero los encuentros que generan siempre son inconfundibles". Esta reflexión tiene una resonancia profunda, pues nos invita a considerar que, aunque no siempre podamos entender todo lo que leemos o incluso las emociones que despiertan en nosotros, la relación con los libros nunca es fortuita. La escritura, en su forma más pura, es un encuentro inevitable, un cruce de caminos entre el autor y el lector.

Las palabras nunca son errantes ni casuales; su llegada a nosotros tiene siempre un propósito, aunque este no se revele en el momento exacto. A veces, las letras nos tocan en lo más profundo cuando menos lo esperamos, generando un impacto que, aunque incierto en sus formas, siempre es reconocible en su esencia. Este encuentro, tan único como necesario, nos transforma, aunque a menudo no podamos articular el porqué.

El autor también nos invita a reflexionar sobre la naturaleza de lo que estamos buscando en las palabras, sugiriendo que "estas líneas tienen un propósito, no de verdad, pero tal vez sí de certeza", marcando una

distinción clave entre dos conceptos fundamentales que suelen definirse de manera casi idéntica: la verdad y la certeza. La verdad, en su sentido absoluto, es algo que nos resulta esquivo, un ideal que quizás nunca alcanzamos. En cambio, la certeza es algo más cercano, algo que se construye a partir de nuestras propias interpretaciones, de nuestros propios entendimientos, aunque nunca llegue a ser total. El propósito de un libro no es, entonces, darnos una verdad definitiva, sino ofrecernos una certeza transitoria, un sentido momentáneo que, aunque nunca sea absoluto, nos permita seguir adelante, cuestionando, explorando, reflexionando. La certeza no es la resolución final, sino el punto de partida hacia una comprensión más profunda y enriquecedora de lo que somos y de lo que podemos llegar a ser.

Esto nos lleva a la afirmación de que “somos el resultado de nuestras experiencias”, una verdad innegable que subyace en todo lo que leemos y vivimos. No somos seres estáticos; somos, en cambio, una construcción dinámica de nuestras vivencias, de nuestras decisiones y de todo lo que nos ha tocado experimentar. Cada paso que damos, cada interacción que tenemos, cada emoción que sentimos se graba en nosotros de manera indeleble.

Y aunque nos empeñemos en huir de ciertos momentos o rechazar lo que nos ha marcado, la realidad es que esas experiencias nos definen. Nuestra identidad, nuestra esencia, está formada por las huellas que dejamos en el camino y cada una de esas huellas es única. La obra del Dr. Torres Muñoz nos invita a reconocer que no somos simplemente un conjunto de ideas o emociones, sino una totalidad compleja que se ha ido construyendo a lo largo del tiempo, una acumulación de todo lo que hemos vivido.

En este mismo sentido, el autor nos lleva a pensar sobre el conocimiento ancestral, cuando afirma que “en la transmisión del vivir de los antiguos encontramos respuestas a los enigmas presentes y futuros”. Esta es una idea poderosa, pues nos recuerda que no estamos solos en nuestra búsqueda de sentido. A lo largo de los siglos, los seres humanos han tratado de responder las mismas preguntas: ¿qué significa vivir?, ¿por qué sufrimos?, ¿cómo encontrar la paz en medio de la incertidumbre?

Los antiguos, con su sabiduría acumulada, ya pensaron sobre estos mismos temas y en su legado encontramos enseñanzas que siguen siendo relevantes. No se trata de encontrar respuestas fáciles, sino de

abrirnos a las lecciones que aquellos que caminaron antes que nosotros nos dejaron, pues, como bien dice el Dr. Torres Muñoz, “en la transmisión del vivir de los antiguos” podemos hallar pistas que iluminen el camino hacia las respuestas que buscamos, incluso si no son definitivas.

El doctor también nos habla del psicoanálisis cuando señala que “la verdadera y absoluta inspiración del psicoanálisis es nuestra opinión, esa eterna necesidad, ese desconocimiento, esa falta, esa ansia, aquella duda eterna que nos impide comprender lo que hay en el fondo de nuestros pensamientos”. Estas palabras me conectaron de inmediato con *La felicidad líquida* de Zygmunt Bauman, quien habla precisamente de cómo, en nuestra era contemporánea, la insatisfacción y la incertidumbre se han convertido en parte de nuestra existencia cotidiana. La falta, esa sensación de vacío, es el motor que nos empuja hacia adelante, pero también nos mantiene atrapados en un ciclo constante de búsqueda.

Como bien apunta Bauman, la insatisfacción permanente, esa sensación de que nunca alcanzamos lo que realmente deseamos, es una característica de nuestra era líquida, en la que todo parece ser efímero y nada tiene una forma sólida y duradera. Es precisamente esa falta, esa duda eterna, la que nos impide comprender lo que está en el fondo de nuestros pensamientos, y al mismo tiempo, la que nos impulsa a seguir buscando, a seguir cuestionando, a seguir caminando por esos senderos que, aunque inciertos, nos permiten acercarnos a lo que quizás ni siquiera sabemos que necesitamos.

En *Senderos*, el Dr. Héctor Torres Muñoz nos lleva por un viaje de reflexiones filosóficas que nos invitan a cuestionar nuestras decisiones, a desentrañar nuestras identidades fragmentadas y a comprender el alcance de las elecciones que tomamos a lo largo de nuestras vidas. Cada ensayo se presenta como un sendero que podría habernos llevado a otros destinos.

Esta estructura, fragmentada en sus formas, pero coherente en su propósito, nos recuerda que la vida misma es un rompecabezas de decisiones, un conjunto de bifurcaciones que no podemos retroceder, pero que nos permiten reflexionar sobre las posibilidades que dejamos atrás. Al igual que el protagonista de la película *Fragmentado*, cada uno de nosotros es el resultado de una multiplicidad de decisiones y vivencias que nos configuran como seres humanos en constante transformación.

Me parece que hacer referencia a *Fragmentado* es crucial, pues se conecta de manera directa con la idea de que no somos un solo ser, sino una amalgama de distintas versiones de nosotros mismos, creadas por las experiencias que hemos vivido y las decisiones que hemos tomado. Al igual que las múltiples personalidades del protagonista, que surgen como respuesta a situaciones extremas de su vida, nuestras diferentes facetas son una reacción ante las circunstancias, pero también una consecuencia de las decisiones que tomamos a lo largo de nuestra existencia.

Esos “yo” fragmentados, esos senderos que hemos tomado, son los que nos dan forma. Pero, a diferencia de la película, no estamos luchando con un trastorno psicológico; más bien, estamos participando de un proceso natural de construcción personal. Como el Dr. Torres Muñoz afirma, las decisiones no solo nos definen, sino que nos fragmentan, dividiéndonos en diferentes versiones de nosotros mismos, cada una de las cuales tiene algo importante que enseñarnos sobre quiénes somos realmente.

La frase de Freud, “*No hay encuentros, solo reencuentros*”, es un leitmotiv que atraviesa Senderos. Cada ensayo, en lugar de ser un encuentro con algo nuevo, es más bien un reencuentro con aquello que ya estaba en nosotros, pero que no habíamos comprendido por completo. A través de cada capítulo, nos enfrentamos a viejas preguntas, a viejas decisiones, pero con una nueva perspectiva, una mayor comprensión de nuestra propia historia.

En este sentido, Senderos no solo se convierte en una reflexión filosófica, sino en un proceso de autoexploración, donde cada reencuentro con nuestras ideas y decisiones previas nos permite construir una versión más completa de nosotros mismos.

Al avanzar por los distintos senderos del libro, el Dr. Torres Muñoz nos invita a reflexionar sobre el concepto de emancipación. En el ensayo 3, menciona que *estamos “alineados de quién buscamos emanciparnos”*, un enunciado que abre una pregunta crucial: ¿de qué nos estamos emancipando? Esta es una reflexión que puede parecer abstracta, pero que se conecta profundamente con nuestras propias luchas por comprender quiénes somos y qué queremos ser. ¿Estamos buscando emanciparnos de las expectativas sociales, de las normas que nos imponen o de las versiones de nosotros mismos que hemos creado en función de esas expectativas?

Este proceso de emancipación, tan central en la filosofía del Dr. Torres Muñoz, me llevó a pensar en la historia de Fyodor Dostoyevski, quien escribió *El apostador* como una forma de saldar sus deudas de juego. Dostoyevski, como sabemos, fue un hombre profundamente marcado por sus propias adicciones, en particular al juego.

En *El apostador*, el protagonista está atrapado en un ciclo de apuestas, en un intento de ganar algo que no sabe si realmente necesita, pero que lo consume con una urgencia casi irracional. Esa historia, que refleja las luchas internas de Dostoyevski, se convierte en una metáfora perfecta de cómo nos vemos atrapados por nuestras propias decisiones y cómo esas decisiones nos fragmentan. El protagonista de la novela no está solo jugando con el azar, sino que está jugando con su vida, apostando contra sí mismo, buscando una forma de redención a través de una victoria que nunca llega. Es una lucha por encontrar una salida, por emanciparse de una dependencia que lo controla, pero que, paradójicamente, lo define.

La relación entre *El apostador* y la reflexión del Dr. Torres Muñoz sobre la emancipación es clara: estamos constantemente buscando liberarnos de las “dependencias” que nos definen. Al igual que el protagonista de Dostoyevski, nos vemos atrapados por decisiones pasadas, por una multiplicidad de caminos tomados que nos han llevado a una vida fragmentada. Sin embargo, la verdadera emancipación no se logra a través de las decisiones que tomamos, sino a través de nuestra capacidad para reflexionar sobre esas decisiones, para comprender lo que nos han hecho y lo que aún podemos llegar a ser.

La emancipación no es un destino, sino un proceso, una serie de reencuentros con quienes fuimos, con lo que elegimos ser y con las decisiones que nos han llevado hasta aquí.

Pero lo más interesante de esta reflexión sobre la emancipación es que, a menudo, no somos conscientes de las cadenas que nos atan. Es fácil pensar que las estructuras externas, como las normas sociales o las expectativas académicas, son las que nos limitan, pero el Dr. Torres Muñoz sugiere que la verdadera liberación viene de nuestra capacidad para confrontar y entender nuestras propias limitaciones internas.

Así como el apostador se ve atrapado en un ciclo de pérdidas y victorias, nosotros también estamos atrapados en un ciclo de decisiones que, aunque

parezcan ofrecer una salida, solo nos llevan a nuevas encrucijadas. La emancipación, por lo tanto, no se encuentra en una simple ruptura con las estructuras externas, sino en una reconceptualización interna, una toma de conciencia de las decisiones que nos han llevado hasta aquí.

En este sentido, los ensayos de *Senderos* se convierten en un mapa de los diferentes senderos que hemos tomado y que, quizás, podríamos seguir tomando. Cada decisión, cada reencuentro con nuestra historia, nos da la oportunidad de elegir un nuevo camino, de reconfigurarnos y de liberarnos de las versiones de nosotros mismos que ya no nos sirven.

Este es el proceso de emancipación del que habla el Dr. Torres Muñoz: no se trata de romper con el pasado, sino de comprenderlo, de aceptarlo y de usarlo como una herramienta para seguir adelante. Es en ese acto de reflexión constante, en ese “reencuentro” con nuestras propias decisiones, que encontramos la verdadera libertad.

Y en este viaje de emancipación, quizás lo más importante sea aceptar que no hay sendero correcto o incorrecto. Cada camino recorrido, cada decisión tomada, nos ha llevado a la persona que somos hoy, y esa persona, fragmentada y múltiple, es la que sigue adelante, buscando nuevos senderos, nuevos reencuentros. Al final, como en *El apostador*, la verdadera liberación no se encuentra en ganar o perder, sino en aprender a vivir con las apuestas que hemos hecho y a reconstruirnos, paso a paso, a través de cada uno de esos caminos.

En este contexto de búsqueda interminable y fragmentación, el concepto de *felicidad líquida* de Zygmunt Bauman se convierte en un espejo perfecto de nuestra época. Tal como lo señala el sociólogo, vivimos en una sociedad donde la búsqueda de la felicidad se ha transformado en una meta fugaz, inalcanzable, que se disuelve tan rápido como la misma agua líquida.

En *Senderos*, el Dr. Héctor Torres Muñoz parece resonar con este diagnóstico cuando nos invita a reflexionar sobre las decisiones que tomamos y cómo esas decisiones, aunque fragmentadas, marcan nuestras trayectorias de forma irreversible. En ese sentido, cada capítulo de este libro no es solo una reflexión aislada, sino un sendero que sigue su propio camino, paralelo al de nuestras vidas, siempre incierto y siempre condicionado por lo que elegimos y lo que dejamos atrás.

La paradoja del ser humano contemporáneo es, en definitiva, la de sentir que estamos constantemente en búsqueda de una estabilidad que, en realidad, nunca se materializa. Nos fragmentamos en nuestras decisiones, en nuestras múltiples versiones de nosotros mismos, como si cada elección fuera una reencarnación, un giro más de la rueda existencial que nos aleja de un propósito fijo.

En lugar de encontrar una paz permanente, estamos condenados a vivir en una constante transformación, sin poder escapar de la disolución de nuestro ser, como el agua de un río que no se detiene. En este escenario, la *felicidad líquida* se convierte en una metáfora de esa búsqueda interminable que nunca acaba de satisfacernos completamente. Nos parece que, con cada cambio, nos acercamos un paso más a algo que nunca logramos atrapar. Y, sin embargo, es esa búsqueda misma la que nos mueve. En una era donde todo parece efímero, el miedo a la fragmentación se convierte en una de las mayores amenazas que enfrentamos: el temor de que nuestra existencia no tenga forma, no tenga consistencia.

En medio de esta fluidez, la emancipación aparece no como una fuga definitiva de esa fragilidad, sino como una forma de abrazar esa misma disolución. La emancipación no es escapar de la fragmentación, sino aprender a vivir dentro de ella, como nos sugiere el Dr. Torres Muñoz. Es comprender que, al igual que en *El apostador* de Dostoyevski, nuestras decisiones nos arrastran hacia destinos inciertos, hacia una deuda interminable con nuestros propios deseos.

El protagonista de Dostoyevski, sumido en su adicción y en su necesidad de continuar apostando para saldar sus deudas, se enfrenta a la idea de que, a pesar de sus esfuerzos, nunca alcanzará una solución definitiva. Su liberación, al igual que la nuestra, no proviene de alcanzar una meta, sino de aprender a caminar en medio de la ruina. De aceptar que las deudas, como las decisiones, son parte de lo que somos.

En ese sentido, la figura del *apostador* nos recuerda la forma en que nos hemos alineado con lo que buscamos emancipar, pero, al igual que él, lo que pretendemos liberarnos no está tan claro. Tal vez, como él, buscamos liberarnos de las expectativas ajenas, del peso de las normas sociales que nos dictan un camino fijo, pero al final nos encontramos atrapados en nuestra propia incertidumbre.

Y es aquí donde la teoría de la *felicidad líquida* entra en juego de manera decisiva: en lugar de seguir buscando una estabilidad inalcanzable, quizás la verdadera liberación consiste en aceptar la fluidez, la transitoriedad de nuestra existencia.

Es por eso que, al igual que en la obra de Dostoyevski, el proceso de emancipación no es un viaje lineal hacia la libertad, sino una serie de pasos fragmentados que nos invitan a cuestionar nuestras propias decisiones. La búsqueda de la estabilidad es una ilusión, y la emancipación, en este sentido, no es la huida de la fragilidad, sino la aceptación de que nuestra existencia está compuesta por esas pequeñas ruinas que dejamos a lo largo del camino. Lo que *Senderos* y Dostoyevski nos enseñan es que, a pesar de nuestras deudas con la vida, no hay un camino final, no hay una liberación definitiva. La emancipación radica en aprender a vivir con la fragmentación, en abrazar la fluidez de nuestra existencia.

Y, al final, tal vez la verdadera pregunta no sea si alguna vez alcanzamos ese estado de felicidad estable, sino si aprendemos a caminar en medio de la incertidumbre, si conseguimos aceptar que nuestra vida, como el río, siempre fluirá, siempre se disolverá en nuevas formas. La emancipación es ese acto de soltar el miedo a la fragmentación y entender que la libertad no está en encontrar un hogar fijo, sino en la capacidad de recorrer los caminos que se nos presentan, sabiendo que ninguno de ellos nos llevará al mismo destino, pero que todos, de alguna manera, nos conforman. En la búsqueda de la *felicidad líquida*, quizás lo más importante no sea el final, sino cómo nos enfrentamos a la transitoriedad, cómo aprendemos a disfrutar del paso por el sendero, sin esperar un destino fijo.

Tal vez ese es el reto al que nos invita *Senderos*, un desafío nacido de la naturaleza misma del libro: aprender a vivir en un estado constante de incertidumbre, fluyendo en ella sin el temor de perdersen. Esta fluidez es, quizás, la forma más pura de emancipación, como una lección silenciosa que nos recuerda que la vida no es un sendero claro y definido, sino una serie de bifurcaciones que nos desafían a escoger sin garantías, a caminar sin certezas.

Y es que, al igual que esas tormentas interiores que sin previo aviso nos desatan, *Senderos* llega a nuestra alma como una melodía que nos sacude y, a la vez, nos ofrece la posibilidad de encontrar belleza en el caos. Nos invita a explorar no solo los caminos exteriores, sino los territorios internos que nos definen, esos que, en

su turbulencia y desconcierto, nos transforman de formas que ni siquiera comprendemos en el momento.

Al final, quizás la verdadera lección no sea encontrar el sendero correcto ni aferrarnos a la idea de un destino claro, sino entender que cada uno de esos caminos, con todas sus dudas y bifurcaciones, nos lleva hacia un destino marcado por las huellas de nuestras propias decisiones. Como el viento que nos empuja a movernos, el libro nos enfrenta a la incertidumbre como algo no solo inevitable, sino necesario para la construcción de nuestra identidad, sugiriéndonos que, en lugar de temerle, debemos aprender a caminar en ella, conscientes de que, aunque incierta, la dirección siempre la damos nosotros.

Y al final, como esa tormenta que nos despierta sin previo aviso, el libro nos enseña que, dentro de su caos, también hay revelaciones, que, en el desorden de los senderos, **la verdad no está en los destinos, sino en la huella que dejamos al caminar.**

Referencias

- Torres, H. (2023). *Senderos. Ensayos sobre filosofía, educación y psicoanálisis*. San Luis Potosí, México; Editorial El Diván Negro.



Año: 2025

Volumen:02

Número: 02

ISSN: 3061-7332



RICAP

REVISTA INTEGRADORA DE LA COMUNIDAD
ACADÉMICA EN PSICOLOGÍA

Publicación Anual

<https://revistaricappsicologia.uatx-uamcc.lat/index.php/ricap/index>

Para mayor información comunicarse a la Universidad Autónoma de Tlaxcala, Calle del Bosques s/n Colonia Centro, Tlaxcala, Tlaxcala, C.P. 9000; por medio de la Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan, Edificio Sarabia. Camino San Bartolo. C.P. 90207, Calpulalpan, Tlaxcala, Tel: 749 918 0994.

Contacto principal

Livis Jeanet Briones Vásquez

Directora general del equipo editorial

Teléfono 7491040259

psicologabriones@gmail.com

Contacto de soporte

José Rubén León Pérez

Teléfono 7491062441

ps.jr15@gmail.com