

# PSICOLOGIA SIN FRONTERAS

*Psychology  
Beyond Borders*



Volumen 3, número 6, diciembre 2020

## **Información legal**

LA REVISTA INTERNACIONAL PSICOLOGÍA SIN FONTERAS México (RPSFMX) es una publicación semestral digital editada, publicada y distribuida por PSFMx Psicólogos sin Fronteras México A. C., Calzada de las águilas 664, Col Ampliación Alpes Ciudad de México, teléfono 5555932914, correo electrónico: [revistapsfmx@gmail.com](mailto:revistapsfmx@gmail.com).

Editor General responsable es José Antonio Vírseda Heras, [virseda@prodigy.net.mx](mailto:virseda@prodigy.net.mx).

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo para el título REVISTA PSICOLOGÍA SIN FRONTERAS EN TRAMITE, ISSN EN TRAMITE, ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Fecha de última modificación: 28 de diciembre de 2020

El número 6 de la Revista se subió a la red el 30 de diciembre de 2020

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

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos citando la fuente.

Página electrónica: <https://psfmx2017.wixsite.com/revistapsfmx>

Las normas de publicación se encuentran en la página de la revista.

## CONTENIDO

<b>EDITORIAL.....</b>	<b>5</b>
<b>EMPODERAMIENTO DE MUJERES CLIMATÉRICAS: INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL .....</b>	<b>7</b>
Empowerment of climacteric women: intervention of a cognitive behavioral program	
Adriana Salas Reséndiz y Martha Patricia Bonilla Muñoz	
<b>RASGOS DE HISTERIA EN UNA MUJER ADULTA JOVEN .....</b>	<b>34</b>
Traits of hysteria in a young adult woman	
Beatriz Gómez-Castillo y Beatriz Adriana Mendieta-Mercado	
<b>CRianza RESPETUOSA .....</b>	<b>62</b>
Respectful Parenting	
Ernestina Jiménez Mar	
<b>COVID 19: VIVENCIA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA CON LOS BRIGADISTAS... ..</b>	<b>100</b>
Covid-19: Experience of clinical intervention with the assistants	
Consuelo Hilario Reyes	
<b>IMPACTO SOCIOEMOCIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS DERIVADO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA COVID-19.....</b>	<b>114</b>
Socioemotional effects on children derived from confinement by pandemic Covid-19	
Cynthia Ivonne López-Calderón & Sarahi Damian-Flores	

**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y AFRONTAMIENTO EN JÓVENES. .... 124**

Psychological well-being and coping in young people

Wendy Apolonia Valdiviezo-Huauya & Rocío Rojas Reyes

**SÍNDROME DE CULPA DEL SOBREVIVIENTE..... 141**

Survivor Guilt Syndrome

Ricardo Díaz Vázquez

## EDITORIAL

El primer artículo “El empoderamiento de mujeres climatéricas: una intervención de un programa cognitivo conductual” intenta conocer el impacto de un entrenamiento cognitivo conductual en el empoderamiento de mujeres en el climaterio para que adquirieran y fortalecieran habilidades de afrontamiento de los problemas relacionados con esa etapa. Se llevaron a cabo 8 sesiones y se usaron técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva y solución de problemas con resultados positivos.

En “Rasgos de histeria en una mujer adulta joven” se realizan en un estudio de caso de una paciente 13 sesiones y 10 entrevistas. Se describen rasgos de histeria, entre otros la somatización, miedo a la muerte, ambivalencia con la madre.

En “Crianza respetuosa” se recalca la importancia de la educación emocional por lo que se requieren padres y maestros preparados. Se describen los estilos de crianza, la inteligencia emocional y la disciplina positiva entre otros aspectos.

En la aportación “Covid-19: vivencia de intervención clínica con los brigadistas se reporta la vivencia en la supervisión como una experiencia de transformación humana y profesional, el servir al bienestar de los otros como aprendizaje y sentido de vida.

En el trabajo “Impacto socioemocional en niños y niñas derivado de confinamiento por la pandemia Covid-19” se acentúa la precaria socialización como uno de los efectos del confinamiento en los niños por lo que el reforzar el contacto entre pares es de suma importancia.

En “Bienestar psicológico y afrontamiento en jóvenes” se analiza la correlación entre las dimensiones de bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento.

Por último, en “Síndrome de culpa del sobreviviente” se expone la condición mental que ocurre cuando una persona percibe que ha hecho mal al sobrevivir un evento traumático cuando otros no lo han logrado, sus síntomas y consecuencias, a propósito de la pandemia de Covid 19 y las consecuentes pérdidas de vidas humanas.

## **EMPODERAMIENTO DE MUJERES CLIMATÉRICAS: INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL**

### **Empowerment of climacteric women: intervention of a cognitive behavioral program**

Adriana Salas Reséndiz (\*) y Martha Patricia Bonilla Muñoz (\*\*)

(\*) Hospital de la Mujer. Secretaria de Salud, (\*\*) Colegio Internacional de Educación Superior

### **RESUMEN**

El climaterio implica un cambio en la vida de la mujer, una fase de su desarrollo en la que se producen no sólo cambios fisiológicos, sino también psicológicos y sociales; y según la literatura, el empoderamiento como proceso de dominio y control sobre la vida, es un aspecto que ya ha sido abordado en el climaterio. Por lo que el presente trabajo tuvo como objetivo conocer el impacto de un entrenamiento cognitivo conductual en relación con el empoderamiento en mujeres en climaterio, aplicando el cuestionario de Empoderamiento en el autocuidado durante la etapa de climaterio; adaptado y validado por Doubova, Espinosa, Infante, Aguirre, Rodríguez, Olivares y Pérez (2013). La investigación fue de tipo descriptivo, de campo, aplicando un diseño pre-test post-test de un solo grupo, con técnicas en psicoeducación, reestructuración cognitiva y solución de problemas en 8 sesiones de tres horas de duración, de periodicidad semanal y de carácter grupal y participativo, con un total de 30 mujeres en etapa de climaterio. La intervención se presentó como propuesta de entrenamiento para trabajadoras del hospital de la mujer, con el objetivo de que adquirieran habilidades para afrontar de manera más adaptativa dicha etapa. Las mujeres que participaron en el entrenamiento mostraron diferencias estadísticamente significativas en Empoderamiento. Por lo que se concluye, que el entrenamiento cognitivo conductual demostró eficacia en la muestra estudiada.

Palabras clave: empoderamiento, entrenamiento cognitivo conductual, mujeres, climaterio.

### **ABSTRACT**

The climacteric implies a change in the life of women, a phase of their development in which not only physiological changes, but also psychological and social changes occur; and according to literature, empowerment, dominance process and control over life; It is an aspect that has already been addressed in the climacteric. Therefore, the objective of this work was to know the impact of cognitive behavioral training, in relation to empowerment in women in climacteric, applying for the measurement the Empowerment questionnaire in self-care during the climacteric stage; adapted and validated by Doubova, Espinosa, Infante, Aguirre, Rodríguez, Olivares and Pérez (2013). The research was descriptive, field, applying a pre-test post-test design of a single group, with techniques in psychoeducation, cognitive restructuring and problem solving in 8 sessions of three hours, weekly and character group and participatory, with a total of 30 women in the climacteric stage. The intervention was presented as a training proposal for women hospital workers, with the aim of acquiring skills to deal more adaptively with the climacteric. The women who participated in the training showed statistically significant differences in Empowerment. Therefore, it is concluded that cognitive behavioral training demonstrated efficacy in the sample studied.

Keywords: empowerment, cognitive behavioral training, women, climacteric.

Agramante, Ledón y Navarro (como se citó en Baños, Sánchez, Cintra, Vargas y Sardiña, 2013) refieren la importancia de señalar que en los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio, debido al crecimiento de la población mundial y al incremento de la esperanza de vida en la mujer, además de la morbilidad que provoca el síndrome climatérico y la solicitud de las mujeres en edad mediana de mejorar su calidad de vida.

Según el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia en México, hay alrededor de 12 millones de mujeres en la etapa posterior a la menopausia. Se estima que para el año 2021 este número ascenderá a 14 millones y en 2050 será el doble: 28.5 millones, sumándose el aumento en la esperanza de vida actual de las mujeres mexicanas a un promedio de 78 años, lo que significa que 40% de la existencia de dichas mujeres, lo vivirán en la postmenopausia. (COMEGO 2010).

México, se sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las personas en etapa de climaterio, el cual se caracteriza por la mayor prevalencia de los procesos crónicos. Se espera que para el año 2035, en México una de cada 3 mujeres estará en la etapa del climaterio o en la postmenopausia, COMEGO (2010). Es por ello, que la presente investigación cobra relevancia al conocer el impacto de un entrenamiento cognitivo conductual en relación con el empoderamiento en la etapa del climaterio.

En un estudio realizado por Larroy y Gutiérrez (2009) se considera que la menopausia acontece en un momento determinado de la vida en el que confluyen cambios vitales importantes, que pueden provocar una valoración negativa de la experiencia y convertirse en un suceso estresante en algunas mujeres. Por este motivo y con el objetivo de prevenir o paliar patologías y mejorar la salud y la calidad de vida en esta etapa, aconsejan tratar la menopausia desde una perspectiva integral. Por lo anterior, se consideró relevante implementar un programa de

entrenamiento cognitivo conductual para mujeres que cursan esta etapa, proporcionando elementos de autocuidado, sino también a nivel preventivo en lo relacionado a la detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles que se pudieran presentar en dicho periodo.

Como bien señalan Marchisio, Campo y Yuli (2011) el climaterio constituye un momento evolutivo de la femineidad en el que la mujer vive experiencias de cambio que le generan intensas emociones y que ocurre aproximadamente a los 50 años de edad, y está sujeta a influencias de diversos factores: personales, genéticos, hereditarios, ambientales, sociales y culturales

Lo anterior coincide con lo que refiere Couto (2014) en relación a que la menopausia no es una enfermedad, simplemente es un evento significativo encuadrado en una etapa de la vida, influenciada por los contextos sociales y culturales; sin embargo, la representación mental que se tiene de esta y la valoración ya sea positiva o negativa, depende del contexto social.

En una investigación de Bisognin, Alves, Wilhelm, Prates, Scarton y Resse (2015) refieren que las mujeres poseen poca información sobre el climaterio, lo que saben explicar sobre esta fase es lo que sienten al relacionar las quejas que surgen con el fin de la menstruación y que el climaterio es comúnmente atribuido por ellas como menopausia. El conocimiento construido se da, principalmente, por medio de cambios de experiencias con otras mujeres que vivieron o están viviendo el climaterio en su círculo de relaciones próximas.

## **SÍNTOMAS**

Autores como Carrobles, Velasco y Gómez (2015) coinciden al señalar que en el climaterio cada mujer vive de forma diferente la aparición de los síntomas, así como su intensidad y duración. Esto está influido por factores socioculturales que marcan a cada mujer. Es decir, no sólo se habla de cuestiones biológicas si no también mentales y sociales y desde la interpretación y significado que cada mujer les otorgue a dichos síntomas.

Observaciones, experiencia clínica y comités de expertos establecen que los síntomas vasomotores y vaginales son los que más frecuentemente se observan en la menopausia y tienen una duración variable. Estudios de caso mencionan que cuando los síntomas vasomotores son frecuentes e intensos pueden alterar la calidad de vida de la persona al condicionar trastornos en el sueño, fatiga e irritabilidad. En 2013 un estudio en México realizado por Legorreta y colaboradores reportó como primer síntoma el cansancio físico y mental (COMEGO, 2010).

Los síntomas y signos climatéricos se clasifican de la siguiente manera:

- A corto plazo: irregularidades del ciclo menstrual y de la regla, sofocos y sudoraciones, palpitaciones, insomnio e irritabilidad, aumento de peso, así como disminución de la libido.
- A mediano plazo: adelgazamiento de la piel, deshidratación, y pérdida de la elasticidad, incremento del vello, sequedad de la vagina, dispareunia, incontinencia urinaria de esfuerzo e infecciones.
- A largo plazo: fracturas esqueléticas, artrosis, elevación de la tensión arterial, así como trastorno de la conciencia o la mente. Baños, Sánchez, Cintra, Vargas y Sardiña (2013).

Son frecuentes en este periodo síntomas psicológicos, tales como aumento de la irritabilidad, ansiedad, cambios de humor, pérdida de memoria e incluso cierto grado de depresión. En la etiología y aparición de todos estos síntomas están implicados tanto factores endógenos, en relación con el déficit estrogénico, como factores exógenos o sociales, derivados de la vivencia personal que cada mujer tiene del climaterio, en cuanto a la aceptación de la pérdida de la capacidad reproductiva y la sensación de disminución del atractivo físico, con un deterioro consiguiente de la autoestima (Martín, 2005).

De acuerdo con la información revisada anteriormente, cabe cuestionarse de qué depende el que unas mujeres presenten síntomas emocionales significativos y otra no, según Castelo-Branco (2006) cada mujer vive su menopausia de manera diferente, en ello influirá su propia personalidad, las vivencias acumuladas a lo largo de la vida, su historia familiar, vínculos relacionales y especialmente, la cultura y el entorno en que se hayan desarrollado.

### **TRATAMIENTO**

Desde el punto de vista médico, hay distintos tratamientos que el médico indica dependiendo de los síntomas que presente y las necesidades de la mujer, siempre el objetivo es mejorar su calidad de vida.

Martín y Barbieri (como se citó en Torres y Torres, 2018) refieren que la terapia farmacológica se iniciará si la paciente refiere síntomas. La principal indicación terapéutica son los síntomas vasomotores (bochornos), con la finalidad de mejorar la calidad de vida. El tratamiento debe ser individualizado para las condiciones de cada paciente. Se podrá ofrecer tratamiento hormonal sustituto (THS) y no hormonal. Actualmente no está indicada la THS para la prevención de enfermedades crónicas como enfermedad cardiovascular, osteoporosis y demencia.

Torres y Torres (2018) refieren que el tratamiento no farmacológico consiste en un cambio en el estilo de vida, por lo que se deberá hacer énfasis en:

1. Dietoterapia.
  - a) Disminuir el consumo de grasas saturadas.
  - b) Evitar el consumo de azúcares refinados.
  - c) Aumentar la ingesta de fibra y agua.
  - d) Consumir una adecuada cantidad de calcio y vitamina D.

2. Control de peso e índice de masa corporal (IMC).
3. Hacer ejercicio.
  - a) Aéreo por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana.
4. Evitar el alcohol y las bebidas que contengan cafeína.
5. No fumar.
6. Fotoestrógenos: camote mexicano, valeriana, lignanos y cumestanos.

## **EMPODERAMIENTO**

El empoderamiento se refiere al proceso mediante el cual tanto hombres como mujeres asumen el control sobre sus vidas; es decir, establecen sus propias agendas, adquieren habilidades (o son reconocidas por sus propias habilidades y conocimientos), aumentan su autoestima, solucionan problemas y desarrollan la autogestión (ONU Mujeres, 2011-2012). Lo anterior implica que para lograrlo es necesario contar con habilidades y conocimientos que podemos desarrollar o en su caso adquirir a través de diversos mecanismos, como la educación.

La palabra empoderamiento viene del inglés empowerment y significa facultarse, habilitarse, autorizarse. Rappaport (como se citó en Morales, 2016) uno de los precursores de la teoría del empoderamiento desde la psicología comunitaria, definió el empoderamiento como “un proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieran el dominio de sus vidas, a partir del desarrollo de los recursos individuales, grupales y comunitarios, que generan nuevos entornos, mejorando la calidad de vida y el bienestar”.

El empoderamiento fortalece la aceptación de las condiciones de salud, desarrolla el interés por aprender y favorece la ejecución de acciones enfocadas en el autocuidado; desarrollando además un sentimiento de poder, autonomía y libertad para el control y toma de decisiones

Cattaneo y Chapman, 2010; Lverack, 2011 y Schulman, Jaser, Alonzo, Grey y McCorkle (como se citó en Guzmán et al. 2017) por lo tanto, la dualidad entre autocuidado y empoderamiento favorecen un desarrollo conductual razonado, centrado en la atención con respecto a uno mismo, desde un marco individual, familiar, comunitario e institucional enfocado en el mejoramiento de la calidad de vida.

Por lo anteriormente mencionado, en el presente trabajo se pretende a través del empoderamiento alentar a las mujeres a que actúen positivamente entorno a su salud, dotarlas de hábitos basados en experiencia de aprendizaje positivo y que a su vez generen conciencia por su autocuidado. La intención del empoderamiento en el tema del climaterio, es poder conferir a las mujeres además de elementos conceptuales, elementos prácticos que le permitan desarrollar sus capacidades para la prevención, el mantenimiento de su salud y el autocuidado.

## **PRINCIPALES TÉCNICAS APLICADAS EN EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL CLIMATERIO.**

En el trabajo de Hunter y Liao (como se citó en Larroy, Gutiérrez y León, 2004) las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron para controlar los sofocos en mujeres en climaterio fueron: lenguaje autotranquilizador, relajación, respiración profunda; e identificación y reducción de los precipitantes o exacerbantes de los sofocos.

En el trabajo de Camuñas, García, Vivas, Morales, Aranda y Cano (como se citó en Larroy, Gutiérrez y León, 2004) pusieron en marcha una intervención psicológica en 10 mujeres menopáusicas con intervención. Dentro de los trastornos cardiovasculares las variables emocionales (ansiedad, ira, estrés) el programa constaba de 15 sesiones distribuidas en los

siguientes módulos: informativo, técnicas psicofisiológicas, aprendizaje de hábitos de vida saludable, entrenamiento en solución de problemas y control de ira.

Sueiro, Carbulleira, Perdiz, Rodríguez y González (como se citó en Larroy, Gutiérrez y León, 2004) pusieron en marcha un programa de promoción de la salud, para un grupo de mujeres climatéricas, plateando como objetivo que las mujeres logaran el control de la ansiedad, y como técnicas se utilizaron la relajación, la comunicación y la creación de redes sociales. La intervención psicológica se diseñó como una forma breve de terapia cognitivo-conductual en grupo, utilizando metodología psicoeducativa. Se incluía un conjunto de técnicas: técnicas de control de la ansiedad, entrenamiento en relajación muscular progresiva, comunicación y resolución de problemas; así como formación de redes sociales.

Por su parte Larroy, Gutiérrez y León (2004) establecieron un programa de intervención cognitivo-conductual para mujeres climatéricas con sintomatología menopáusica, evaluando la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, entrenamiento en ejercicios de Kegel, identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales, modelo A-B-C y técnica de las cuatro columnas y solución de problemas.

En otro estudio encontrado de Larroy y Gutiérrez (2009) llamado intervención cognitivo conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo se trabajaron estrategias como: psicoeducación en menopausia, técnicas de desactivación, ejercicios de Kegel y reeducación sexual; identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales; entrenamiento en solución de problemas y en administración del tiempo.

En un estudio desarrollado por Gutiérrez y Larroy (2012) llamado: Intervención psicológica online para sintomatología climatérica y prevención de deterioro cognitivo se

utilizaron los siguientes componentes: educación del proceso de la menopausia; relajación muscular progresiva y respiración diafragmática; promoción de la salud mediante aspectos educativos en ejercicio y nutrición; entrenamiento en ejercicios de Kegel y opciones para combatir la sequedad vaginal, identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales; entrenamiento en solución de problemas y administración del tiempo; orientación a la realidad; entrenamiento cognitivo de la atención y entrenamiento cognitivo de la memoria.

### **EVIDENCIAS DE LA TCC APLICADAS EN EL CLIMATERIO.**

La intervención tradicional en la menopausia es de carácter médico: la terapia hormonal sustitutiva (THS), pero ante la imposibilidad de aplicarla a todas las mujeres que sufren sintomatología, por sus contraindicaciones y por sus efectos secundarios, se hace necesaria la búsqueda de nuevos tipos de intervención. Por otro lado, la THS ha demostrado no ser eficaz en la remisión de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres menopáusicas, por lo que se hace necesaria la intervención desde una perspectiva multidisciplinar (Urdaneta, Cepeda, Guerra, Baabel y Contreras, 2010).

Ladish (2017) demostró que muchos de los síntomas pueden ser abordados desde una perspectiva cognitivo-conductual; incluso los síntomas vasomotores, los denominados “sofocos”, que suelen ser los más molestos o preocupantes, pueden ser tratados eficazmente con una intervención del tipo TCC, y se constató que, en el pos-tratamiento, el grupo tratado experimenta una remisión de la sintomatología asociada a la menopausia con respecto a la línea base.

En el trabajo de Hunter y Liao (como se citó en Larroy, Gutiérrez y León, 2004) en el que se diseñó una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de los sofocos menopáusicos, se logró la disminución del número de sofocos y su grado de malestar, se logró que con la terapia

cognitivo conductual se redujera significativamente la ansiedad y la valoración negativa de los sofocos.

En el trabajo de Camuñas et al. (como se citó en Larroy, Gutiérrez y León, 2004) los resultados indicaron un descenso significativo de la ansiedad, en el rasgo de ira y en la hipertensión arterial y seis de las mujeres participantes suspendieron la medicación antihipertensiva por prescripción médica. A los cinco meses de tratamiento se seguían manteniendo los resultados obtenidos en la situación postratamiento.

En el programa de intervención cognitivo-conductual para la etapa climatérica de las mujeres de Larroy, Gutiérrez y León (2004) se ha mostrado eficaz en la reducción de síntomas físicos y psicológicos asociados con la menopausia. La fatiga, las cefaleas, las palpitaciones, el sentimiento de melancolía, las mialgias y el nerviosismo remitieron significativamente. Además, en la evaluación postratamiento se produjo un descenso significativo en la ansiedad clínica y subclínica. Del mismo modo mejoraron las puntuaciones obtenidas en las subescalas de ansiedad-depresión, apoyo social y familia, y la relacionada con la sexualidad y la pareja. Por último y una vez concluida la intervención, se apreció un aumento significativo en el conocimiento por parte de las mujeres a cerca de la etapa menopáusica.

Los resultados en el estudio de Larroy y Gutiérrez (2009) de la intervención cognitivo conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo, mostró la remisión de la sintomatología asociada a la menopausia y mejora en la calidad de vida en las mujeres climatéricas.

Los programas de intervención enfocados al climaterio deben ofrecer una visión integral de los factores que influyen en la menopausia y, asimismo, contemplar la prevención de trastornos específicos tras ésta, la promoción de la salud, el tratamiento de los problemas de salud específicos

de este período y la mejora de la calidad de la vida de las mujeres afectadas (Larroy y Gutiérrez, 2009).

Todos estos estudios encuentran mejoras (totales o parciales) en la sintomatología menopáusica, pero sus resultados no abarcan más allá que el postT tratamiento, sin que, hasta el momento, se hayan estudiado los efectos de las intervenciones a largo plazo. Sin embargo, los estudios que evalúan los efectos de la intervención en los trastornos abordados por la Psicología de la Salud son frecuentes y sumamente útiles desde la perspectiva clínica: conocer cómo evolucionan los síntomas después de la intervención, si la mejoría se mantiene a lo largo del tiempo, y si los cambios difieren, también a largo plazo, de los experimentados por el grupo control, es fundamental para establecer la eficacia real de la intervención. (Gutiérrez y Larroy, 2009).

Se retoma para ello el trabajo de Larroy y Gutiérrez (2009). Este último programa, de carácter netamente cognitivo-conductual, se desarrolló en ocho sesiones semanales, de dos horas, con un formato grupal. Se elige este formato por sus múltiples ventajas: ha demostrado ser tan eficaz como la intervención individual en este tipo de trastornos (Larroy, 2004), los componentes del grupo se prestan apoyo mutuo, favoreciendo la adhesión a la intervención y el cumplimiento de las tareas, y se abaratan los costes, incrementándose la eficiencia.

Los resultados obtenidos en el estudio de Larroy y Gutiérrez (2009), en el pos tratamiento, indicaron una remisión significativa de la sintomatología física y psicológica de la menopausia y una mejoría significativa de la calidad de vida en el grupo experimental (no así en el control, que no experimentó cambios significativos).

Resulta relevante mencionar el gran desconocimiento acerca del proceso menopáusico reportado por las mujeres de la muestra al inicio de la intervención. La mayor parte de ellas tenía

un conocimiento medio o bajo de la menopausia, aunque, y valoraban este proceso como algo negativo. Prejuzgando que este cambio iba a ser altamente perjudicial para ellas. Es muy probable que la falta de información, o la información confusa, los estereotipos o prejuicios en torno al proceso menopáusico, fueran los responsables de esta valoración, que se ha corregido tras la intervención. En este sentido, la información ha sido fundamental como punto de partida en la intervención, pues sirvió para aclarar todo tipo de dudas existentes acerca del proceso (Larroy y Gutiérrez 2009).

## **MÉTODO**

Se diseñó un programa de intervención cognitivo conductual que consistió de 8 sesiones de tres horas cada sesión con las siguientes técnicas: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, regulación emocional y solución de problemas.

Se trata de una investigación descriptiva y de campo con un diseño pre-test post-test de un solo grupo, con mujeres en etapa de climaterio y con la finalidad de conocer el impacto de un entrenamiento cognitivo conductual en su autoeficacia y empoderamiento. El muestreo fue no probabilístico incidental. Las mujeres participantes fueron seleccionadas del personal de base del Hospital de la Mujer en un rango de edad de entre 35-65 años.

Se trabajó en conjunto con el servicio de psicología clínica del Hospital de la Mujer durante el mes de octubre con motivo de la Feria de la Salud que se realiza anualmente. No se requirieron permisos adicionales, ya que la participación del servicio de psicología clínica en la feria de la salud se respaldó con la propuesta del entrenamiento cognitivo conductual para mujeres en climaterio. Se realizó la programación del entrenamiento y se llevó a cabo durante los cuatro fines de semana del mes de octubre de 2018 en las instalaciones del Hospital de la Mujer.

Se aplicó la escala corta de empoderamiento de diabetes. (Adaptada y validada para la etapa de climaterio), que consta de 8 reactivos, cada uno con opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5 (menor a mayor empoderamiento), siendo el puntaje de calificación global entre 8 mínima y 40 máxima.

## RESULTADOS

Participaron un total de 30 mujeres, la edad oscilaba entre los 35 y los 65 años con una media de ( $\bar{x}$  =50.93) y una desviación estándar de 6.53. En relación a la escolaridad se tiene un 50.0% con estudios de secundaria y bachillerato (n=15) y el 50% restante para las mujeres con estudios de licenciatura y posgrado (n=15). Respecto al estado civil, se tiene un 53.3% solteras (n=16) mientras un 46.7% casadas (n=14); así mismo el 83.3% manifestó tener hijos (n=25) mientras que sólo el 16.7% (n=5) no los tiene. En lo relacionado a su ocupación el 10.0% (n=3) son jubiladas mientras que el 26.7% (n=8) lo integran enfermeras y trabajadoras sociales, el grupo más grande con un 63.3% (n= 19) las empleadas administrativas y de otras profesiones. Finalmente, por lo que respecta a las enfermedades, el 56.7% (n= 17) no presentan ninguna enfermedad, mientras que el 43.3% (n=13) presentan alguna enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, enfermedades gástricas, etc.

En cuanto a la efectividad del entrenamiento y al comprar el empoderamiento se analizaron las diferencias antes y después de la intervención con la prueba T de Student para muestras relacionadas y se encontró una diferencia estadísticamente significativa en su nivel de empoderamiento en las mujeres ( $t=-2.744$ , grados de libertad 29, significancia .010 donde en la medición antes  $\bar{x}$  = 30.06 y después de la intervención  $\bar{x}$  = 34.16).

**Tabla 1****Características de la muestra**

Edad	Frecuencias	Porcentajes
35-50 años	19	63.3
51-65 años	11	36.7
Escolaridad		
Secundaria y Bachillerato	15	50.0
Licenciatura y Posgrado	15	50.0
Estado Civil		
Soltera	16	53.3
Casada	14	46.7
Hijos		
Si	25	83.3
No	5	16.7
Ocupación		
Jubiladas	3	10.0
Enfermera y Trabajadora social	8	26.7
Administrativa y otras	19	63.3
Enfermedad		
Ninguna	17	56
Crónica	13	43.3

**Tabla 2 Mediciones antes y después de la intervención**

	Media	N	Desviación	t	gl	Significancia
Empoderamiento Pre	30.0667	30	6.22527	-2.744	29	0.010
Empoderamiento Post	34.1667	30	8.16250			

## DISCUSIÓN

Mediante un acompañamiento en cuanto al empoderamiento se pretendió alentar a las mujeres a que actuarán positivamente entorno a su salud, dotarlas de hábitos basados en experiencia de aprendizaje positivo y que a su vez generen conciencia por su autocuidado. Por lo que el propósito del presente estudio se centró en lograr que las mujeres adquirieran herramientas para afrontar el climaterio de forma más adaptativa. El interés residía en comprobar la eficacia de un entrenamiento cognitivo conductual para favorecer el empoderamiento de las mujeres.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas sólo en cuatro reactivos de los ocho que integran el cuestionario de empoderamiento, a saber: puedo identificar con que acciones del cuidado de mi salud en el climaterio/menopausia estoy insatisfecha; en relación con mi salud en el climaterio soy capaz de convertir mis metas en climaterio/menopausia; y finalmente; conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa el climaterio/menopausia. Es muy probable que estos cambios hayan sido logrados igual que en el caso de la autoeficacia, gracias a las diversas técnicas implementadas en el entrenamiento.

El empoderamiento cobra un papel muy importante en las mujeres no solo en la etapa de climaterio si no en general, los reactivos que presentaron cambios significativos en el cuestionario de empoderamiento se relacionan con el surgimiento de una conciencia crítica, desarrollando una capacidad para elegir, establecer prioridades y preferencias personales. Por ende, como bien señala Kishor, Za Sathar y Akazi (como se citó en Pick, Sirkin, Ortega, Osorio, Martínez, Xocolotzin y Givaudan, 2007) el empoderamiento no sólo indica tener acceso a recursos, sino que frecuentemente opera a través de la “obtención de control” sobre los recursos (toma de decisiones, elección, propiedad, confianza en uno mismo).

## **CONCLUSIONES**

El programa de entrenamiento cognitivo conductual mostró ser eficaz, presentando cambios estadísticamente significativos en autoeficacia y empoderamiento en las mujeres en etapa de climaterio, aceptando la hipótesis alterna.

El conjunto de técnicas aquí expuesto es una propuesta de intervención de fácil aplicación tanto para personal de salud como para mujeres en general, susceptible de ser utilizado en diversas instituciones.

El entrenamiento propuesto es de carácter fundamentalmente educativo y preventivo ya que ofrece no sólo alternativas para el manejo de la sintomatología, sino también información y alternativas de respuesta para la prevención de los síntomas, aunque éstos aún no hayan aparecido.

Finalmente, como una propuesta que requerirá sumar esfuerzos de diversos ámbitos y niveles en el sector salud, sugiero que se implemente un entrenamiento cognitivo conductual, tanto para trabajadoras de la salud como para las usuarias que estén iniciando su periodo climatérico, y así, tengan la oportunidad de participar en un programa preventivo que incluya un entrenamiento cognitivo conductual que les brinde las herramientas necesarias para afrontar dicho periodo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Acuña, G., Guevara, R., y Flores, S. (2014). El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 353-361.

Agramante, Roberto (2007). *Apuntes sobre la Trayectoria Filosófica de la Comprensión del Universo como Mecanismo: Antecedente Cognitivo y Cultural para el Desarrollo del*

- Pensamiento Sistémico y Cibernético. Razón y Palabra*, (57) Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1995/199520710006>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Disponible en:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2014). *Resolución de problemas*. Disponible en:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Baños, P., Sánchez, Q., Cintra, V; Vargas, N., y Sardiña P. (2013). Modificación de conocimientos sobre climaterio. Un reto para la salud. *MEDISAN*, 17 (7), 2010-2016.
- Barraca, M. (2014). *Técnicas de Modificación de Conducta. Una guía para su puesta en práctica*. España: Editorial Síntesis. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*, Madrid: Gedisa.
- Bisognin, P., Alves, C., Wilhelm, L., Prates, L., Scarton, J., y Resse, L. (2015). El climaterio en la perspectiva de las mujeres. *Enfermería Global*, 14 (3), 155-167. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300008&lng=es&tlng=es).
- Bonilla, M., Santoyo, M., y Arredondo. s/f. *La mujer más allá de los cuarenta*. Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Vasco de Quiroga, Facultad de Contaduría IPN.
- Carrobbles, G., Velasco, A., y Gómez, C. (2015). El concepto social de climaterio en población rural y urbana. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 145-151.
- Castelo-Branco, C. (2006). *Convivir con la Menopausia*. Madrid, España: Panamericana.

Colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia. (2010). *Estudio del climaterio y la menopausia*.

Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (Suplemento), 147-165 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80622316010>

Comisión de Mujeres y Desarrollo. (2007). El proceso de empoderamiento de las mujeres. Guía metodológica Investigación realizada por el grupo de trabajo: «Género Indicadores» coordinado y redactado por Sophie Charlier y Lisette Caubergs, con el apoyo de Nicole Malpas y Ernestine Mula Kakiba.

Couto, N., y Nápoles, M. (2014). Aspectos socio psicológicos del climaterio y la menopausia *MEDISAN*, vol. 18 (10) pp. 1388-1398<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3684/368445168011>

Chóliz Montañés, M. (2005). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Recuperado de Universidad de Valencia: <http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>

Díaz, D., y González., N. (2016). *Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a Nivel Primario de Salud. Climaterio en la mujer con diabetes*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p. 1-13.

Doubova, S., Espinosa, A., Infante, C., Aguirre, H., Rodríguez, A., Olivares, S., y Pérez, C. (2013). Adaptación y validación de escalas de autoeficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. *Salud Pública de México*, 55(3), 257-266. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10628332003>

- Gil, F. (2016). Variables asociadas a la autoeficacia percibida por el profesorado de ciencias en educación secundaria. *Revista de Educación*. No. 373. España.
- González, C., y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Grau, A. J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y sociedad* vol. 7 (2). pp. 138-166.
- Guía de práctica clínica. *Atención del climaterio y la menopausia*, México., Secretaria de Salud; 2010. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Gutiérrez, S., & Larroy, C. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica: resultados de un estudio piloto. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*. 14 (3), 165-179.
- Gutiérrez, G., Solera, H., y Larroy., G. (2012). *Intervención Psicológica Online para sintomatología Climatérica y prevención de deterioro cognitivo*. I Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa. INNOVAGOGIA. 1478-1491.
- Guzmán, O; Maya, P; López, R; Torres, P; Madrid, M; Pimentel, P y Agis J. (2017) Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud y sociedad* Vol. 8 (1) pp. 10-20 Universidad Católica del Norte Antofagasta, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439751039001>
- Hernández, N., y Valdés, Y. (2014). *Riesgo cardiovascular durante el climaterio y la menopausia*

- en mujeres de Santa Cruz del Norte, Cuba.* 79(1) Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262014000100003&script=sci\\_arttext&lng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262014000100003&script=sci_arttext&lng=e)
- Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México. INCOSAME. (2012). *Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Recuperado de INCOSAME:  
<http://www.incosame.com.mx/uploads/material/95-299-511e7499e226c.pdf>
- Kazdin, A., E. (1991). *Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta*. En V. Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (págs. 27-50). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Ladish, L. (2017) *Tu mejor edad: Para tener una vida extraordinaria*. Madrid: Harper Collins.
- Larroy, C. (2004). *Trastornos específicos de la Mujer*. Madrid: Síntesis.
- Larroy, C., Gutiérrez, S., y León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. Avances en Psicología Latinoamericana. *Psicología de la Salud de la Mujer*, 22, 77-88. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=799/79902208>
- Larroy G. y Gutiérrez G. (2009). Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. *Psicothema*, Vol. 21(2). pp. 255-261. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72711654013>
- Lega, L., Caballo, A., Ellis, A. (2009) *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva-conductual. España: Siglo XXI*.
- Lopera, V., Parada, P., Martínez, S., Jaramillo, J., y Rojas, S. (2016) *Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica*. 32(3) Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300010)

- Lozano, H., Márquez, H., Moya, D., Alarcón, R. (2013). Cambios en la sexualidad durante la menopausia. Elsevier Doyma. *Atención Primaria*. 45 (6): 329-334
- Luborsky, J., Meyer, P., Sowers, M., Gold, E., y Santoro, N. (2003). Premature menopause in a multi-ethnic population study of the menopause transition. *Hum Reprod*, 18 (1): 199-2016.
- Lugones, B. (2013). Climaterio, daño vascular y sexualidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 39 (4), 413-426. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2013000400011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2013000400011&lng=es&tlng=es).
- Mañas Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): la meditación en psicología clínica. Gaceta de Psicología. *Revista del Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental*. (50), 13-29.
- Marchisio, S., Campo, C., y Yuli, M.E. (2011). Un estudio sobre el climaterio femenino a través de un cuestionario autoadministrado. *Fundamentos en Humanidades*, XII (23),183-198. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=184/18424417010>
- Martín, F. (2005). *Menopausia: ¿Segunda primavera? Ellas nos lo cuentan*. Barcelona, España: Masson.
- Martin, G., y Pear, J. (2008). *Conseguir que una conducta ocurra más a menudo mediante reforzamiento positivo*. En G. Martin, y J. Pear, *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson.
- Martínez, G., Olivos, R., Gómez, T., y Cruz, B. (2016). Nursing educational intervention to foster women's self-care during their climacteric period. *Enfermería universitaria*, 13(3), 142-150. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.04.001>

- Meichenbaum. (1988). *Terapias cognitivo conductuales*. En S. J. Linn, J. Garske, Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Morales, M. E. (2016). *Empoderamiento y transformación de las relaciones de poder. Un análisis crítico de los procesos institucionales de participación ciudadana* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Morgan, D., D. (2011). *Estudio de caso basado en la terapia cognitiva conductual*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito, colegio de Artes Liberales, Quito.
- Nezu, A., Nezu, C., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento Cognitivo-Conductual: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012.
- Organización de las Naciones Unidas-MUJERES. Informe Anual 2011-2012. *Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*.
- Ornelas, C., Blanco, V., Aguirre, Ch., y Guedea, D. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso: Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles educativos*, 34(138), 62-74. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018526982012000400005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018526982012000400005&lng=es&tlng=es).
- Pajares F., (2006). *Self-Efficacy During Childhood and Adolescence: Implications for Teachers and Parents*, En *Selfefficacy Beliefs of Adolescents*, por F. Pajares, Urdan T. C., pp 339-367 Information Age Publishing, Greenwich, CT.

- Pelcastre-Villafuerte, B; Ruelas, G., Rojas, J., & Martínez, L. (2008). “Todo muere ya...”, significados de la menopausia en un grupo de mujeres de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 12(2), 73-82.
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., & Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U., Givaudan, M. (2007). Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE). *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (3), 295-304. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28441304>
- Pick, S., García R., Leenen, I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas Psychologica*, 10 (2), 327-340. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-2.mpsc>
- Prado, Solar., González, R., Paz, G., y Romero, B. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es).
- Rivas, A., Hernández, G., Zerquera, T., Vicente, S., y Muñoz, C. (2011). Factores biológicos y sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio. *Medisur*, 9(6), 523-529.
- Rivera, Moya., y Bayona, S. (2014). Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. *Revista CES Salud Pública*, 5(1): 70-76.

- Rueda, L., y Pérez, G. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(3), 205-219. doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980>
- Ruíz, F., Díaz, G., Villalobos, C. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo conductuales*. Bilbao: Descleé Brouwer.
- Ruíz, S., y Cano S. (2012). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: R&C Editores.
- Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3),613-630. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33760307>
- Schwarzer, R. (2016) *Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change*. Freie Universität Berlin, Germany, 30(121), 119-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Torres, J., y Torres, R., (2018). Climaterio y Menopausia. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Integración de Ciencias Médicas, *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol.61 (2) .
- Turiño, S., Colomé, G., Fuentes, G., y Palmas, M. (2019). Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia. *Medicentro Electrónica*, 23(2), 116-124. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432019000200116&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000200116&lng=es&tlng=es).

Urdaneta, M., Cepeda de V., Guerra, V., Babel, Z., y Contreras., B. (2010). Calidad de vida en mujeres menopaúsicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75 (1), 17-34. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100004>

Vinaccia, S., Torres, F., Restrepo, M., Cadena, J., y Anaya, J. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5.

Vladislavovna, D., Pérez, C., y Reyes, M. (2008). Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 50(5), 390-396.

Envío a dictamen: 10 de septiembre de 2020

Aprobación: 26 de noviembre del 2020

## **Autoras**

### **Adriana Salas Reséndiz**

Egresada de la licenciatura en Derecho y Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, cursó la especialidad en Psicología Clínica en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C. Cursó la Maestría en Psicoterapia Cognitivo Conductual en el Instituto de psicoterapia Cognitivo Conductual, ha cursado diversos diplomados y cursos en violencia familiar, violencia sexual, derechos sexuales y reproductivos, terapia de aceptación y compromiso entre otros. Se ha desempeñado en el ámbito privado, como en el sector público, ha colaborado en

Asociaciones civiles y actualmente está adscrita como Psicóloga especializada en el Servicio de Psicología Clínica del Hospital de la Mujer.

**Martha Patricia Bonilla Muñoz**

Doctora en Psicología social. Docente en posgrado en la Universidad Iberoamericana, en el Centro avanzado de Comunicación. Ha realizado investigación sobre Sexualidad y salud reproductiva. Responsable de varias publicaciones a nivel nacional e internacional. Profesora-investigadora en la UAEM durante varios años. Coordinadora de educación continua de PSF México.

Correspondencia: [patriciabonillam@gmail.com](mailto:patriciabonillam@gmail.com)

## **RASGOS DE HISTERIA EN UNA MUJER ADULTA JOVEN**

Traits of hysteria in a young adult woman

Beatriz Gómez-Castillo y Beatriz Adriana Mendieta-Mercado

Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMex

### **RESUMEN**

De acuerdo con el modelo psicodinámico proveniente del psicoanálisis, el psiquismo de los seres humanos está regido por una estructura psíquica que determina, junto con otros aspectos, sus características internas y externas. Siendo la histeria una de las salidas de la estructura neurótica, este estudio de caso tuvo como objetivo describir los rasgos de histeria en una paciente de 24 años de edad, de acuerdo al modelo psicodinámico. Dicha paciente fue atendida en una institución pública de Toluca durante un periodo de 10 meses en los que fueron realizadas 10 entrevistas y 13 sesiones. Se utilizó como principal instrumento la entrevista clínica psicodinámica y la intervención terapéutica del mismo enfoque. Como principales resultados se describe la somatización, relación ambivalente con la madre, insatisfacción, miedo a la muerte y relaciones interpersonales, entre otras características.

Palabras clave: rasgo, estructura psíquica, histeria, neurosis.

### **ABSTRACT**

According to the psychodynamic model derived from psychoanalysis, the psychism of human beings is governed by a psychic structure that determines, along with other aspects, its internal and external characteristics. Being hysteria one of the outputs of the neurotic structure, this case study aimed to describe the hysteria traits in a 24-year-old patient, according to the

psychodynamic model. Said patient was treated in a public institution in Toluca during a period of 10 months in which 10 interviews and 13 sessions were carried out. The psychodynamic clinical interview and the therapeutic intervention of the same approach were used as the main instrument. Somatization, ambivalent relationship with the mother, dissatisfaction, fear of death and interpersonal relationships, among other characteristics, are described as the main results.

**Key Words:** trait, psychic structure, hysteria, neurosis.

## **RESUMO**

Segundo o modelo psicodinâmico derivado da psicanálise, o psiquismo dos seres humanos é governado por uma estrutura psíquica que determina, juntamente com outros aspectos, suas características internas e externas. Sendo a histeria uma das saídas da estrutura neurótica, este estudo de caso teve como objetivo descrever os traços de histeria em um paciente de 24 anos, de acordo com o modelo psicodinâmico. O referido paciente foi tratado em uma instituição pública de Toluca durante um período de 10 meses, no qual foram realizadas 10 entrevistas e 13 sessões. A entrevista clínica psicodinâmica e a intervenção terapêutica da mesma abordagem foram utilizadas como instrumento principal. Somatização, relacionamento ambivalente com a mãe, insatisfação, medo da morte e relacionamento interpessoal, entre outras características, são descritos como os principais resultados.

**Palavras chave:** traço, estrutura psíquica, histeria, neurose.

### **1. Introducción**

La dinámica del comportamiento humano y los procesos mentales, objetos de estudio de la psicología, son explicados por medio de diversos enfoques y teorías en el campo de la misma. El psicoanálisis es una de las principales corrientes de estudio dentro de la psicología clínica, además

de la corriente cognitivo- conductual, humanista, Gestalt, conductual, entre otras. El psicoanálisis se centra especialmente en el estudio del inconsciente, así mismo, de esta corriente se desprenden varios enfoques, que son maneras en las que puede interpretarse y trabajar la información, entre ellos está el enfoque psicodinámico, El punto de vista psicodinámico considera a los fenómenos psíquicos como el resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas (Díaz, 1998).

En cuanto a la clasificación de las estructuras, en general se considera que hay 3 tipos de estructura psíquica: neurótica, psicótica y perversa, cada una de ellas con un origen y características singulares La neurosis es la estructura más predominante en la población, y es la estructura que nos ocupa en esta investigación. Cada estructura tiene a su vez formas de salida, en el caso de la neurosis Vaccarezza (2002) habla del modo obsesivo y el modo histérico como formas de responder a la angustia de castración, formas de organización mental.

Cabe resaltar que hay diversos modos clínicos en una sola estructura, no hay cuadros clínicos puros, hay síntomas mixtos, sin embargo, no hay una disolución estructural (Cevedio, 2002). Los sujetos en general poseen características de las demás estructuras y salidas, pero hay características predominantes, y es lo que lo que lo clasifica a una estructura determinada, además de las características que posea, su historia debe ser tomada en cuenta.

Al hablarse de histeria, Valdés (1996) hace una diferenciación entre los significados que conlleva esta palabra, comenta que ésta puede ser encasillada como un rasgo, un mecanismo psicológico, un trastorno o un estado, y se hacen presentes características como la actividad emocional dramatizada y excesiva, hipersensibilidad al lenguaje de los afectos, dependencia interpersonal y tendencia a la disfunción corporal.

Los rasgos, de acuerdo con Allport (1936; citado por Barondes, 2014) son las disposiciones perdurables a actuar y pensar y sentir de ciertas maneras descritas por medio de palabras que se encuentran en todos los lenguajes humanos. Los rasgos tienen la característica esencial de permanecer a través del tiempo y son elementos sobresalientes para la creación de dichas clasificaciones antes mencionadas.

Sobre esta línea, Vaccarezza (2002) profundiza sobre algunas de las características más sobresalientes de la histeria como estructura psíquica y postula las siguientes: hay un predominio en mujeres, los temas principales son el sexo, el origen de la vida y la identidad sexual, síntomas somáticos en el cuerpo, conversiones, el mecanismo psíquico es el rechazo, la pulsión es oral, angustia por la pérdida de amor, conducta teatral y deseo insatisfecho. En algunas personas se observan rasgos más acentuados que otros, y en los distintos escenarios, dependiendo de las características de la época.

## **2. Marco teórico**

### Las estructuras psíquicas

El comportamiento humano, estudiado desde la corriente psicoanalítica, está conformado por una serie de variables, principalmente internas. Se habla de la existencia de un aparato y una organización psíquicos estructural de las personas, que moldeará su funcionamiento psíquico y su comportamiento. Del enfoque psicoanalítico se desprenden posteriormente otros enfoques, el psicodinámico uno de ellos, de acuerdo a Mijolla y Mijolla (1996) La dimensión dinámica designa un "punto de vista sobre los "procesos psíquicos"- principal dimensión sobre la metapsicología, junto con la tópica y la económica- que requiere descifrar a los mismos en términos de "fuerza"(p.

272). Se trata de un enfoque con tintes analíticos, claramente diferenciado del psicoanálisis ortodoxo.

Vaccarezza (2002) desarrolla el tema y postula que la organización estructural hace referencia a la manera en la que está organizada la vida psíquica del sujeto, a cómo éste está constituido. La constitución propiamente dicha integra un conjunto de elementos que caracterizan al sujeto, tales como mecanismos defensivos, intereses en la vida, maneras de actuar y de pensar y angustias.

Al hablar de estructuras clínicas podría entenderse como una manera rígida de categorizar al ser humano, pero aún dos sujetos con la misma estructura tienen un vasto número de diferencias entre sí, pues cada sujeto es único e irrepetible y estas características cobran un significado específico en cada cual. Sin embargo, cada estructura tiene particularidades y características propias, generalidades, que permiten clasificar a un sujeto como neurótico, psicótico o perverso, según predominen sus rasgos, así como hay rasgos que se comparten o se parecen de alguna manera entre las estructuras, solo que el significado o la interpretación en cada persona es distinta, por ejemplo, las alucinaciones, presentes en la psicosis, pero también en algunos casos de histeria.

Sobre la misma línea, para referirse a los orígenes de las estructuras psíquicas y las características de éstas es necesario hablar de uno de los conceptos cruciales del psicoanálisis, el inconsciente. El inconsciente está vinculado con la formación de los síntomas que caracterizan a las diferentes estructuras clínicas. Acerca de esto, Dor (2006) menciona que “la relación que vincula el síntoma con la etiología de la afección que lo produce está mediatizada por el conjunto de los procesos inconsciente” De esta manera, la estructura del sujeto determina el tipo de síntomas que éste forme ante las diferentes situaciones, “...las estrategias que sin saberlo utiliza el sujeto en la construcción sintomática nunca son ciegas, sino que obedecen a una estructura. Más

precisamente, los rasgos de la estructura pueden ser identificados a partir de ese trabajo estratégico” (Dor, 2006, p. 41).

El inconsciente es un elemento atemporal, es por ello que las vivencias de la niñez marcan la pauta para características importantes de la vida adulta, y el acontecimiento determinante de la niñez, piedra angular en el psicoanálisis, y programador de las estructuras psíquicas es el complejo de Edipo.

Para todo sujeto, la estructuración de una organización psíquica se actualiza bajo la égida de los amores edípicos, es decir, en el despliegue efervescente de la relación que el sujeto mantiene con la función fálica (p. 55) Si esta relación es vector de orden en la medida en que es inductor de una organización, es también, por esta misma razón, factor de desorden puesto que la estructuración psíquica presenta esta particularidad esencial de ser irreversiblemente determinada (Dor, 2006, p. 55)

A este respecto, son 3 las estructuras de las que hablan en la clínica psicoanalítica: estructura neurótica, psicótica y perversa, mismas que serán descritas a continuación.

## 2.1 Estructura neurótica

Dentro de las estructuras psíquicas, la neurosis representa una de las maneras más comunes de funcionamiento psíquico, la mayoría de la población es representada por esta estructura.

Freud (citado por Mijolla y Mijolla, 1996) postula lo siguiente:

Las neurosis son la expresión de conflictos entre el yo y aquellas tendencias sexuales que el yo encuentra incompatibles con su integridad o con sus exigencias éticas.

El yo ha reprimido tales tendencias; esto es, les ha retirado su interés y les ha cerrado su acceso a la conciencia y a la descarga motora conducente a la satisfacción... (p. 457)

El autor habla de la existencia de un conflicto psíquico, un choque de fuerzas, por un lado la pulsión que el sujeto guarda dentro de sí y por el otro la realidad y sus normas. Hablar de neurosis implica hablar de la angustia, su elemento constitutivo, y ésta tiene a su vez tres formas de manifestarse: obsesión, histeria y fobia. Éstas son explicadas por Nasio (2008) a continuación:

Sufrir neuróticamente de modo obsesivo es sufrir de modo consciente en el pensamiento, o sea desplazar el goce inconsciente e intolerable hacia el sufrimiento de pensar...sufrir de modo fóbico es sufrir conscientemente el mundo que nos rodea o sea proyectar hacia afuera, al mundo exterior, el goce consciente e intolerable y cristalizarlo en un elemento del medio externo, transformado ahora en el objeto amenazador de la fobia...por último, sufrir de modo histérico es sufrir conscientemente en el cuerpo, o sea convertir el goce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal. En una palabra, el goce intolerable se convierte en trastornos del cuerpo en el caso de la histeria, se desplaza como alteración del pensamiento en la obsesión, y se expulsa, para retornar de inmediato como peligro exterior, en la fobia (p.23).

En las tres salidas el elemento constitutivo es la angustia, representada en pensamiento, el cuerpo o a un objeto del exterior. Cabe resaltar que la estructuración no representa una clasificación rígida, no hay estructuras puras, más bien elementos que predominan en las personas, por lo general una persona tiene rasgos obsesivos, neuróticos y fóbicos, así como puede tener características neuróticas, psicóticas y perversas.

### 2.1.1 Histeria

Dentro del campo psicoanalítico, el estudio de la histeria fue un elemento crucial para el desarrollo de la teoría. Hasta entonces, características que presentaban ciertas mujeres como delirios, estados de ánimo exacerbados y sintomatología física eran atribuidas a aspectos de orden ficticio. No obstante, el estudio de estos casos abrió la pauta para comprender a mayor profundidad la naturaleza del ser humano, su desarrollo psíquico y la psicopatología.

Laplanche y Pontalis (2004) definen a la histeria de la siguiente forma:

Clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestесias, parálisis histéricas, sensación de «bolo» faríngeo, etc.), y la histeria de angustia, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias). (p. 171).

Si bien, la histeria es una salida en la neurosis que tiene predominancia en el género femenino, no es exclusiva de éste, todo depende de cómo la persona haya atravesado el complejo de Edipo, hombre o mujer.

Se puede decir que hay predominancia del modo histérico en la mujer y del modo obsesivo en el varón. Esto es consecuencia de la diferencia de los sexos y de las diferencias en el atravesamiento edípico para la niña y para el varón... el órgano en sí tiene responsabilidad imaginaria en la estructuración del sujeto, ya que su presencia o ausencia es lo que evoca falta, y remite a la castración. (Vaccarezza, 2002, p. 138).

En cuanto al origen de este tipo de neurosis, como todas las demás, está relacionado con la etapa del atravesamiento del Edipo, realizada de una manera específica, donde se combinan factores como las características físicas de cuerpo, el deseo de los padres hacia sus propios hijos y la manera en que los padres atravesaron su propio Edipo. Nasio (2008) postula que la histeria es provocada por el efecto de una representación psíquica inconsciente en la edad temprana, fuertemente cargada de afecto, y menciona:

Según Freud, la neurosis histérica es provocada por la torpeza con que el yo pretende neutralizar ese parásito interno que es la representación sexual intolerable. Lo que hace a la representación radicalmente intolerable es el hecho de haber quedado fundamentalmente separada de las otras representaciones de la vida psíquica; y precisamente esto hace que conserve, en el seno del yo, una actividad patógena inextinguible. Mientras esta representación penosa permanezca apartada- es decir, reprimida-, el yo conservara en sí un traumatismo psíquico interno y larvado'' (p. 25).

Dicha representación psíquica hiper intensa posteriormente será representada por la persona histérica a través del cuerpo, principalmente. El cuerpo es un elemento central en las representaciones de una persona con esta configuración psíquica, el cuerpo de la persona histérica habla por sí solo, "un cuerpo tomado como un conjunto de elementos significantes... el adjetivo hablante no indica que el cuerpo nos hable si no que es signifiante, es decir, que comporta significados que hablan entre sí". (Nasio, 1998, p. 180).

A este respecto, se habla de uno de los mecanismos más comunes de la histeria, el mecanismo de conversión. Para Nasio (2008) la conversión es "la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático" (p.32). La conversión puede entenderse como la manera en que el cuerpo de la persona histérica habla, la expulsión de un

excedente de energía que sobrepasa al sujeto y necesita ser expulsado de alguna manera, y encuentra aquí su manera.

Las relaciones de la persona histérica con los demás pueden variar en cuanto a su funcionalidad, afectándose en el área familiar, grupos de pares y también las relaciones amorosas.

En cuando al área familiar, una de las principales características de la histeria es la relación ambivalente con la madre. La relación entre la persona histérica y su madre es muy peculiar, pues es en ella donde deposita gran parte de su deseo insatisfecho y los problemas se darán en ambos lados, tanto de la hija hacia la madre como de la madre hacia su hija, existe entre ellas una relación ambivalente (Cevedio, 2002).

La parte emocional de la persona con rasgos histéricos puede ser muy intensa, la labilidad emocional y la dramatización es una de las características que los distinguen. Sus emociones pueden ser muy exageradas o no propias para tales situaciones, expresan los fantasmas del sujeto, a través de simulacros de acción, como una forma de reparación, trata de cubrir la falta (Mijolla y Mijolla, 1996). Dichas características pueden crear conflictos con las personas que están alrededor.

Respecto a las relaciones de pareja, éstas pueden tener ciertas limitaciones o verse afectadas al estar afectada el área de la sexualidad. Nasio (2008) postula lo siguiente:

Otro rasgo clínico de la histeria concierne también al cuerpo, pero entendido como cuerpo sexuado. En efecto, el cuerpo del histérico sufre de dividirse entre la parte genital, asombrosamente anestesiada y aquejada por intensas inhibiciones sexuales (eyaculación precoz, frigidez, impotencia, repugnancia sexual...) y todo el resto no genital del cuerpo, que se muestra, paradójicamente, muy erotizado y sometido a excitaciones sexuales permanentes (p. 14).

De esta manera, es común encontrar mujeres que mantienen un interés muy bajo o nulo en su vida sexual y otros aspectos relacionados con la sexualidad del ser humano, no referido necesariamente a la parte reproductiva, y la exaltación de otros como la belleza del cuerpo, ya sea todo o algunas partes específicas, la exaltación de la parte intelectual por medio de la obtención de muchos títulos académicos, o el trabajo.

### 2.1.2 Obsesión

Esta es una forma de estructuración que se encuentra con mayor frecuencia en la figura masculina, de igual forma, ese hecho tiene lugar debido a los acontecimientos edípicos de la infancia y las características de la figura masculina y femenina. Freud (citado por Mijolla y Mijolla, 1996) habla sobre lo que ocurre con el Edipo en la formación de la neurosis obsesiva, y realiza una comparación con la histeria, donde hay cierta similitud, en ambas opera el complejo de castración como defensa, la diferencia radica en el proceso de resolución del Edipo:

“...el proceso habitual de resolución del Edipo, en cuyo curso se edifican en el Yo al comienzo del período de latencia las “barreras éticas y estéticas [...], sobrepasa la medida normal” en el momento de la pubertad. La organización genital de la fase fálica regresa entonces parcial o totalmente “al primer estadio sádico anal. (p. 467), en el caso de la neurosis obsesiva” (p. 467-468).

Así como la histeria encuentra su punto de expresión por medio del cuerpo, este tipo de salida de la neurosis encuentra sus puntos centrales por medio del pensamiento y de los actos.

Mijolla y Mijolla (1996) comentan que el conflicto psíquico se expresa de dos formas:

1. Por síntomas compulsivos, que son ideas o actos indeseables que el sujeto siente obligación de cumplir debido a una presión interna, donde, por cierto, existe una lucha constante contra dichas ideas.

2. Por un pensamiento tendiente a la ‘rumiación’, la duda o los escrúpulos, y que produce inhibiciones del pensamiento y de la acción.

Así, pensamiento y acción están involucrados entre sí, el primero lleva al segundo y a su vez puede evitarlo, o hacer que se repita aún cuando parezca que no tiene ningún propósito aparente.

El tener un superyó extremadamente rígido y castigador es agotador para una persona, pues éste actúa en su propia contra, haciéndola sufrir y auto castigarse, actuando de manera sádica. Los grados psicopatológicos de este tipo de neurosis pueden llegar a ser incluso peligrosos, pues se trata de acciones que escapan a la voluntad la parte consciente, del sujeto. Por otro lado, este tipo de rasgos, en menor o mayor intensidad, son inherentes al ser humano, y pueden ser muy funcionales para la vida, y para la realización de cierto tipo de actividades u oficios.

### 2.1.3 Fobia

Para algunos autores, la fobia no es considerada una forma de configuración de la neurosis como tal, sin embargo, algunos otros la incluyen en conjunto con la neurosis histérica y la neurosis obsesiva.

En cuanto a esta estructuración, Nasio (2008) menciona que en el caso la salida se da de la siguiente manera:

“...sufrir de modo fóbico es sufrir conscientemente el mundo que nos rodea o sea proyectar hacia afuera, al mundo exterior, el goce consciente e intolerable y cristalizarlo en un elemento del medio externo, transformado ahora en el objeto amenazador de la fobia” (p. 23).

La fobia está caracterizada por un temor exacerbado no concordante con las características reales del objeto fóbico, puede hablarse de la textura, del color, de experiencias pasadas con dichos objetos, pero el efecto va más allá de dichas características, precisamente porque está involucrado con eventos inconscientes, de ahí la gran variabilidad de objetos fóbicos. A este respecto, Mijolla y Mijolla (2006) postulan lo siguiente:

Los objetos fóbicos son innombrables... Algunas de ellas nos recuerdan ciertos peligros, aunque sean improbables, o sobre todo una cierta repugnancia a priori. Otras presentan algunos lazos con el conflicto inconsciente, como la fobia a los cuchillos o tijeras. En la mayoría, la relación entre la situación temida y el conflicto pulsional en curso queda más disimulada... Los caminos elegidos por el desplazamiento dependen en gran parte de las tendencias que han sido reprimidas. Por este motivo, la significación de las fobias no puede comprenderse sin el conocimiento de la historia y de los fantasmas del sujeto, y como todos los síntomas, casi siempre esta sobredeterminada (p. 465).

Algunas de las características de este tipo de funcionamiento son la timidez, conductas de evitación de situaciones más que nada cuando la proximidad con el otro involucra el aspecto libidinal o agresivo; emotividad, estado de alerta y de hipervigilancia de la situación fóbica y todo aquello que de alguna forma represente los conflictos reprimidos (Mijolla y Mijolla, 1996).

## 2.2 Estructura perversa

Los sujetos perversos, o actos perversos, con identificados en la sociedad por peculiares características. La diferencia radica en que, más allá de un rasgo o una característica, el deseo de un neurótico y de un perverso tienen direcciones y motivaciones distintas. A sí mismo, “horror a la castración, renegación de la diferencia de los sexos, clivaje, rebelión, desafío y triunfo: de esta manera quedan resumidas las características esenciales de lo que constituye la estructura perversa” (Mijolla y Mijolla, 1996, p. 488).

Los acontecimientos edípicos que originan este tipo de estructura en los sujetos son comentados por Dor (2006):

la angustia de castración y en la movilización permanente de dispositivos defensivos destinados a evitarla. Por esta razón, Freud pone en evidencia dos procesos de defensa característicos: la fijación (asociada a la regresión) y la negación de la realidad que parecen intervenir respectivamente de manera preponderante en la organización de estas dos figuras de la perversión: la homosexualidad y el fetichismo (p. 96).

A su vez, Vaccarezza (2002, p. 157) propone las siguientes manifestaciones de la perversión:

- Fetichismo: el objeto fetiche tiene la función de velar la falta.
- Travestismo: hacer de “La mujer” no falta nada, es una mujer con pene.
- Exhibicionismo: muestra lo que tiene para producir un efecto de perplejidad, sorpresa o parálisis del otro.
- Voyerismo: quiere ver escondido detrás de una cortina, el objeto es allí su mirada oculta.

-Sadomasoquismo: situado en el lado masoquista, el sujeto se hace objeto del goce; en el lado sádico, goza infringiendo dolor.

Dichas manifestaciones pueden estar presentes en los sujetos en diferente nivel, desde una tendencia leve hasta extremos patológicos.

### 2.3 Estructura psicótica

Las características de esta estructura pueden hacer la vida de un sujeto un tanto desadaptativa en comparación con otras estructuras, pues existe un quiebre con la realidad, afectando todas o casi todas las áreas de la vida del sujeto.

Freud (citado por Mijolla y Mijolla, 1996) coloca la perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad como el elemento central en las psicosis, y la mayoría de los síntomas de éstas, en especial los delirios, vendrían a ser intentos de reparación del vínculo objetal. Así mismo los autores sostienen lo siguiente:

Esta diferenciación entre neurosis y psicosis será puntualizada en 1924 en función de su relación con la realidad: “la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el <<yo>> y su <<ello>>, y en cambio, la psicosis, el desenlace análogo de tal perturbación de las relaciones entre el <<yo>> y el mundo exterior (p. 455)

En relación a este punto de la pérdida de la realidad, Bion (citado por Mijolla y Mijolla, 1996) da relevancia a las pulsiones destructivas, odiando ambos tipos de realidad, tanto la interna como la externa, debido a que no hubo una desintoxicación de las identificaciones proyectivas que el niño tuvo hacia ella cuando era pequeño.

Siguiendo a Vaccarezza (2002), desde un plano más lacaniano, el mecanismo que caracteriza a la psicosis es la forclusión del Nombre del Padre, esto quiere decir que el nombre del padre no ha operado, a diferencia de la neurosis o la perversión, donde el nombre del padre ha operado, pero con fallas o déficits.

Al no haber operado el nombre del padre el sujeto se presenta perdido ante el aspecto social, pues la prohibición del incesto tiene en gran parte la función de hacer al sujeto posible la vida en sociedad, siguiendo los principios morales.

La psicosis es una forma de vida que implica mucho sufrimiento para el sujeto, y aunque puede ser una de las más desorganizadas, puede conseguirse cierto grado de adaptación en las actividades cotidianas del sujeto.

### **3. Método**

El método utilizado en esta investigación fue el cualitativa, por medio de un estudio de caso. Para Stake (1998; citado por Balcázar et. al, 2006) es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

#### **3.1 Sujeto**

Se trabajó con una mujer adulta joven de 24 años de edad que asistió a un proceso terapéutico durante 10 meses en los cuales fueron realizadas 10 entrevistas y 13 sesiones con enfoque psicodinámico. El motivo de consulta de la paciente fue la presencia de dificultades emocionales, ansiedad y angustia, además de síntomas físicos como dolor de garganta y de espalda sin una causa orgánica y el rechazo en el examen de admisión a la maestría. La paciente es recién egresada de la

universidad y trabaja en el ámbito de la docencia desde hace unos meses. Tiene un nivel económico medio. Es soltera y vive con su madre, su padre y su hermano menor.

### 3.2 Instrumento

Se realizaron entrevistas a profundidad, Se utilizó la entrevista con enfoque psicodinámico. Díaz (1998) la define de la siguiente forma:

La entrevista clínica psicodinámica, encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del o de los entrevistados (p. 28).

Así mismo, posterior a las entrevistas, se utilizó la intervención terapéutica del mismo enfoque, bajo supervisión profesional, y llevando a cabo un proceso terapéutico personal como uno de los requisitos elementales.

Los principales elementos encontrados en las entrevistas fueron los siguientes: insatisfacción, angustia, miedo, somatización, relación ambivalente con la madre, sugestionabilidad, compulsión a la repetición, miedo a la muerte y miedo a las relaciones interpersonales.

## 4. Resultados y análisis

A continuación, se exponen los elementos principales tocados por la paciente durante las entrevistas y las sesiones y su relación con la teoría, desde un enfoque **cualitativo**:

### **Figura materna**

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, la relación entre la figura materna y la persona neurótica con salida en la histeria, va a estar marcada por un conjunto de rasgos, visibles en su interacción cotidiana. A este respecto, Cevedio (2002) menciona que esta relación se vuelve particular debido a que es en la madre donde se deposita gran parte del deseo insatisfecho de la persona histérica, y los problemas se darán de la hija a la madre y viceversa, se trata de una relación caracterizada por la ambivalencia.

Con relación a ello, la madre fue la persona de la que más se expresó la paciente en el transcurso de las sesiones, a quien relacionaba en sus principales motivos de consulta, junto con el padre, aunque a éste con menor frecuencia, y de quienes casi siempre se expresó de manera negativa. En la entrevista número 3 habla de una relación con la madre con críticas y comparaciones, en la sesión 9 dijo no sentir apoyo emocional de su madre, una madre fría a la que no le importa su salud.

El motivo de consulta más notorio en la paciente eran los síntomas físicos, y al parecer buscaba que la madre cuidara de ella, que la viera, cosa que no sucedía, produciendo frustración.

La adquisición de este tipo de rasgos no es un hecho aislado, tiene que ver con el tipo de estructura psíquica que se forme en la paciente, donde tienen valor todas las etapas de desarrollo del sujeto y los acontecimientos que ocurren en éstas, la principal en este enfoque, el atravesamiento por el Edipo, y por ende también resalta lo que digan, piensen, y deseen los padres desde el primer momento. En relación a ello, Dor (2006) postula lo siguiente:

Las referencias diagnósticas estructurales se ponen de manifiesto en el desarrollo del decir, en la forma de atisbos significativos del deseo que se esbozan en la persona que habla. Estas referencias aparecen entonces como los indicios que orientan acerca del

funcionamiento de la estructura psíquica misma. De algún modo constituyen los indicadores de señalización impuestos por la dinámica del deseo... (p. 32).

Sobre el deseo de la madre en este caso, se podría decir que la paciente no siente muchos elementos de la madre de los cuales se pueda sostener, la madre se presenta como una persona con demasiados temores, por un lado, y por el otro con constantes muestras de agresión hacia su hija, agresión que puede presentarse de manera más simbólica, como ocurre con la sobreprotección, donde la limita a tener una vida social más amplia, una vida amorosa, y de una forma más directa con comentarios negativos sobre su trabajo y su persona, ello se puede ver reflejado en la entrevista 4 donde habló sobre la relación con los padres, mencionó que ellos toman decisiones por ella, la han desmotivado a lo largo de su vida con comentarios negativos.

A sí mismo, Laplanche y Pontalis (2004) resaltan el papel estructurante del complejo en cuanto a personalidad y orientación del deseo humano. El deseo es un aspecto fundamental en este tema, los propios padres tienen un deseo y atravesaron el Edipo en su debido momento y de una manera particular.

En la sesión 11 mencionó que la madre siempre quiere que haga lo que ella quiere, y en la sesión 19 habló de la falta de reconocimiento por parte de los padres dijo sentir que ‘‘ las cosas que hace no son importantes, como lo hace su madre con ella’’. La autovaloración que le otorga a sus habilidades como profesional, como estudiante, y como persona están influenciadas por las actitudes que ha percibido de sus padres desde la infancia, quienes la han desmotivado. En la última sesión, comentó que sus padres no le dijeron nada sobre la noticia de haber pasado el examen de maestría, al decir esto se hizo notar la decepción en su rostro.

Otra característica que presenta la madre, es que es una madre predominantemente dominante, acostumbra a tener bajo control la vida de los demás, principalmente la de su hija. En la entrevista número 3 la paciente habló de una comunicación difícil con su padre debido a que presenta sordera, así mismo en la última sesión mencionó que a su padre siempre se le olvidan las cosas.

El neurótico es un sujeto sujetado al deseo de los padres, es un síntoma de la pareja, al hablar de neurosis se habla de un sujeto sujetado al deseo de los padres, un sujeto en posición de síntoma de la pareja en el que ha operado la función paterna, aunque en muchos casos esté tan debilitada que parezca inexistente, dando lugar a fenómenos que llevan a plantearse el diagnóstico diferencial con la psicosis. (Vaccarezza, 2002, p. 138).

### **Relaciones sociales**

Otro aspecto relevante en el contenido del discurso de la paciente fueron las características que presentaban sus relaciones sociales, tanto en relaciones con amigos, relaciones laborales y relaciones amorosas.

El primer aspecto que la paciente resaltó en este sentido fue la importancia de lo laboral y lo académico en su vida, más que cualquier otra cosa, aparentemente, ya que el reafirmarlo frecuentemente con el discurso pudo ser más bien una negación de la importancia que realmente sentía hacia dichos aspectos, pero que no desarrollaba.

A este respecto, Dor (2006) habla de la función de la máscara de la histérica, “La máscara le permite siempre al histérico tomar distancia de sí mismo y por ende de su deseo, para poder seguir sin querer saber nada de él” (Dor, 2006, p. 35). De esta manera, la paciente centra su atención en desarrollarse en el aspecto laboral y académico, más que en el aspecto social. Así lo

menciona en la entrevista número 2, cuando dijo que siente que nunca han sido importantes las relaciones en su vida porque solo busca la realización profesional, y que vio problemas en la relación de sus padres.

De un modo u otro la dinámica de la relación entre sus padres ha sido tomado por ella como una especie de modelo que no quisiera seguir en sus relaciones sociales, pero que termina por llevar al extremo, alejándose de las personas y evitando crear relaciones, porque, además, según comenta, siempre le va mal, en la sesión 8 comentó “Siempre la gente ha de querer más a alguien que a mí”. Vaccarezza (2002) habla de las consecuencias de la formación de la estructura edípica, mismas que se pueden ser reflejadas en la sexualidad de la persona, sus relaciones con otros, el origen de los miedos, fantasías y delirios.

Prosiguiendo con el aspecto de las relaciones de pareja y la sexualidad que está vinculada a ella y en la vida en general, la paciente evadía con frecuencia el tema, principalmente durante las primeras sesiones, más adelante comenzó a hablar de las pocas relaciones de pareja que había tenido y las problemáticas a las que se enfrentaba en el momento presente con algunos chicos. En la sesión 16 comenta que no se ve con una pareja a futuro, solo con hijos y que no tienen aspectos relevantes sus relaciones interpersonales, solo lo profesional. Le frustran las relaciones amorosas.

En la histeria se pueden generar situaciones que generen confusión o malestar en el área de la sexualidad del sujeto, que son entendidas por éste por medio de explicaciones vagas. Dor (2006) menciona que la histeria se caracteriza por una neutralización del aspecto sexual gracias a los mecanismos de desplazamiento y represión. Continuando con la misma línea, Nasio (2008) plantea que:

...el cuerpo del histérico sufre de dividirse entre la parte genital, asombrosamente anestesiada y aquejada por intensas inhibiciones sexuales (eyaculación precoz, frigidez, impotencia, repugnancia sexual...) y todo el resto no genital del cuerpo, que se muestra, paradójicamente, muy erotizado y sometido a excitaciones sexuales permanentes (p. 14).

El área de la sexualidad nunca tuvo cabida en las sesiones con la paciente, solo manifestaba no tener interés en ello y no haber tenido buenas experiencias en esa parte.

En cuanto a la vida laboral, se observa una fuerte necesidad de cuidar a los otros, posiblemente con la atención que a ella le gustaría recibir de los otros, otorgándosela a sus alumnos intentando resolver sus problemas académicos. En la sesión 6 dijo que “se siente comprometida a que los alumnos salgan bien”.

### **Síntomas**

Un síntoma es definido por Díaz (1998) como “Formaciones de compromiso que simultáneamente consisten en 1) una satisfacción parcial, substitutiva de los derivados pulsionales, deseos y fantasías inconscientes asociados a ellos y 2) las fuerzas represoras y adaptativas provenientes del yo y superyo” (P. 97). Así mismo, Dor (2006) menciona que “la relación que vincula el síntoma con la etiología de la afección que lo produce está mediatizada por el conjunto de los procesos inconsciente”, es decir, el inconsciente está vinculado con la formación de los síntomas que caracterizan a las diferentes estructuras clínicas.

La motivación principal de la paciente a asistir a un proceso terapéutico fueron los síntomas físicos que comenzó a presentar, según relata, debido principalmente a que no logró pasar el examen de maestría, así lo comenta en la entrevista número 1. En la entrevista 2 refiere un aumento de los síntomas, presenta fuerte dolor en el pecho y la espalda sin explicación médica aparente.

Algunos de los síntomas que presenta la paciente se han dado desde etapas tempranas de su vida, durante la entrevista 7 habló sobre sus problemas de salud desde la secundaria, como desmayos, problemas hormonales, cáncer de mama en la familia y comienzos de depresión en ella, y en la entrevista 10 mencionó que desde la adolescencia ha sido quejumbrosa, no tolera el dolor y es hipersensible. La adolescencia es una etapa crucial para la formación de la identidad de los seres humanos, en algunas entrevistas ella se refiere a esta etapa de su vida con frustración debido a todas las limitaciones que le ponían sus padres y las enfermedades o síntomas que presentó.

Los síntomas dan cuenta de tipo de estructura psíquica en la que se encuentra ubicado un sujeto, respecto a ello Dor (2006) postula que “...las estrategias que sin saberlo utiliza el sujeto en la construcción sintomática nunca son ciegas, sino que obedecen a una estructura. Más precisamente, los rasgos de la estructura pueden ser identificados a partir de ese trabajo estratégico” (P. 41).

La histeria es definida para algunos autores con base en su sintomatología y características. Así, Laplanche y Pontalis (2004) definen a la histeria de la siguiente forma:

Clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestesias, parálisis histéricas, sensación de «bolo» faríngeo, etc.), y la histeria de angustia, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias). (p. 171).

Así mismo, sobre las características de la histeria, Freud (1988) habla de la sintomatología de la histeria compuesta de síntomas como: “ataques convulsivos, zonas histerógenas,

perturbaciones de la sensibilidad (anestesia o hiperestesia), perturbaciones de la actividad sensorial (ej. Perturbación histérica de la visión, ceguera), parálisis, contracturas” (p. 52). Por otro lado, Vacarezza (2002) propone algunos de los síntomas de la histeria como los siguientes: Predominio en mujeres, Tema central: Sexo; origen de la vida, identidad sexual: ¿qué soy?, síntomas somáticos en el cuerpo; conversiones, mecanismo psíquico: rechazo, objeto: seno; demanda al Otro, pulsión: oral, angustia: por pérdida de amor, subjetividad: manifiesta, conducta: teatral, deseo: insatisfecho.

Algunos síntomas manifestados por la paciente en comparación con los antes mencionados por los autores son el comportamiento teatral, tanto en la forma del discurso como en los movimientos físicos y expresiones, la constante insatisfacción en la mayoría de los aspectos de su vida (académico, laboral, familiar, relaciones de pareja, etc.), incluso cuando finalmente aprobó el examen para la maestría y luego pensó en abandonarla, la identidad sexual que aún no se encuentra bien definida y que evade magnificando el aspecto laboral y académico, los síntomas somáticos en el cuerpo (dolor de cabeza, de espalda, de garganta y alucinaciones nocturnas), la angustia por la pérdida de amor de las personas que la rodean, principalmente por los padres, y las conversiones.

Para Nasio (2008) la conversión es “la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático” (p.32). Se trata, pues, de una forma en la que el conflicto psíquico se manifiesta a través del cuerpo.

Continuando con el mismo autor, Nasio (2008) habla sobre las perturbaciones psíquicas en la histeria y postula que... “Se trata de alteraciones en el curso y en la asociación de representaciones, de inhibiciones de la actividad voluntaria, de acentuación y sofocación de sentimientos, etc., que se resumirán, en general, como unas modificaciones de la distribución normal, sobre el sistema nervioso, de las magnitudes de excitación estables” (p 54).

Otros síntomas que aparecieron en el transcurso de las sesiones fueron dolor de cabeza (sesión 12), parálisis del sueño (comentado a partir de la sesión 20), además de un problema fuerte con el estrés (sesión 22) y un aparente olvido de suplir necesidades básicas como comer y dormir. En el aspecto del pensamiento, la paciente presentaba cierto grado de superstición, en la entrevista 21 se manifestó angustiada frente al tema de los fantasmas.

Uno de los síntomas especialmente interesante es la aparición de voces y sensaciones en la noche de las cuales la paciente desconoce la fuente. En la sesión 11 comenta que volvió a sentir cosas en la noche, una presión en el cuerpo hacia la cama que le dolió mucho, no podía hablar, una voz le dijo ¡cállate!, posteriormente, en la sesión 13 comentó que a veces se siente silenciada, que su experiencia al tratar de decir las cosas era mala. En este caso se observa una relación directa entre el síntoma que presencia de noche y sus emociones o pensamientos, se siente silenciada, y una de las personas que la somete, es precisamente la madre.

Al respecto de los padres, la paciente ha compartido enfermedades y médicos con la madre, como algo que tienen en común, sin embargo, a la paciente le gustaría recibir más atención en este sentido respecto de los padres, en la sesión 14 manifiesta que sus padres están con ella cuando se siente mal para llevarla al doctor, sabe que puede ir sola pero no es igual, y es de hecho una de las cosas que le impedían a la paciente estudiar en otro lugar, una ganancia secundaria.

### **Miedo a la muerte**

La paciente habla en repetidas ocasiones, y desde la primera sesión, acerca de su miedo a la muerte, y específicamente a que su madre muera, de igual forma lo relata en la sesión 16, cuando menciona que tiene mucho miedo a la muerte propia y de los familiares, en especial la madre (por enfermedad), el hermano (jugando) y el padre trabajando.

En la entrevista 10 mencionó que tiene miedo al cáncer, hay antecedentes de ello en varias figuras femeninas de su familia, por un lado, podría observarse como un miedo racional, sin embargo, siempre termina por hablar de la madre y en la sesión 13, cuando dice que piensa que su diagnóstico médico (favorable) está mal, muestra una actitud similar a la madre.

La relación entre la persona histérica y su madre es muy peculiar, pues es en ella donde deposita gran parte de su deseo insatisfecho y los problemas se darán en ambos lados, tanto de la hija hacia la madre como de la madre hacia su hija, existe entre ellas una relación ambivalente (Cevedio, 2002). En la sesión 15 la paciente menciona que tiene una sensación de tristeza muy grande pero no sabe por qué, dice sentir miedo a la muerte. La paciente tiene una relación ambivalente con la madre, hay dentro de ella sentimientos de amor y de odio, los sentimientos de odio, no tan conscientes, pueden generar sentimientos de culpa expresados por medio de este tipo de angustia a la muerte. Por otro lado, está la separación que la paciente intenta, muy progresivamente, realizar con sus padres, también posible motivo generador de angustia.

## **5. Conclusiones**

Este tipo de estudio, basado en la particularidad del individuo, permite observar que la paciente tiene una estructura psíquica neurótica con rasgos predominantemente histéricos, que presenta una sintomatología específica en esta etapa de su vida y que se relaciona con sus características personales y sociales, aunado ello a acontecimientos que causan malestar, como el primer intento de ingreso a la maestría,

La paciente es una persona funcional en su vida cotidiana, sin embargo, pone la mayor parte de su energía en el aspecto profesional y académico, mostrando atisbos de incomodidad en otras áreas sociales; en sus relaciones amorosas, relaciones con amigos, y relaciones familiares. El

elemento central es su cuerpo, utilizado como un medio de representación de sus conflictos internos. Se presentan otras características correspondientes a rasgos de su personalidad, como el comportamiento dramatizado y la insatisfacción. El conflicto central está en relación con la madre, una madre dominante y un tanto agresiva, hacia quien desprende una relación ambivalente, misma que es generadora de angustia. Parte de ello es expresado por medio del miedo a la muerte, propia y de la madre, de la que habla la paciente en varias sesiones.

Sin embargo, a pesar de la angustia que genera la separación de los padres, la paciente ha logrado discernir que es algo positivo para ella, y se plantea nuevas opciones de estudio y de trabajo para su vida futura.

La paciente deja de asistir a las sesiones pero se lleva elementos positivos que le serán de apoyo en su vida cotidiana, principalmente un mayor grado de autoconocimiento y la iniciativa de independizarse.

### **Sugerencias**

Se sugiere que la paciente continúe en proceso psicológico y que trabaje las áreas en las que presenta conflicto, como la relación con los padres, autoestima y sexualidad, el enfoque psicoanalítico o psicodinámico es una buena opción ya que demostró tener ciertas características que permiten este tipo de trabajo, como la capacidad de insight y de análisis.

## **6. Referencias**

Balcázar, P., González, N., Gurrola, G., Moysén, A. (2006). Investigación cualitativa. México: UAEM

Cevedio. L. (2002). La histeria. Entre amores y semblantes. Madrid: Síntesis

Díaz, I. (1998). Técnica de la entrevista psicodinámica. México: PaxMexico

Dor, J. (2006). Estructura y perversiones. Barcelona: Gedisa.

Laplanche, J., Pontalis, J. (2004). Diccionario de Psicoanálisis. España: Paidós.

Mijolla, A., Mijolla, S. (1996). Fundamentos de psicoanálisis. Madrid: Síntesis.

Nasio, J. (1998). Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan. España: Gedisa.

Nasio, J. (2008). El dolor de la histeria. Buenos Aires: Paidós.

Vaccarezza, L. (2002). El trabajo analítico. Conceptos indispensables. España: Síntesis

Envío a dictamen: 23 de julio del 2020

Aceptación: 30 de julio del 2020

Autoras

**Beatriz Gómez-Castillo**

Doctora en Investigación Psicoanalítica por la Sociedad Psicoanalítica Mexicana. Maestra en Psicología Clínica por la UAEM. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Psicoterapeuta en el CESPI en atención a niños, adolescentes y adultos. Ha realizado investigación clínica para diversas revistas científicas y la Uaemex. México.

Correspondencia: btyckik65@hotmail.com

**Beatriz Adriana Mendieta Mercado**

Facultad de Ciencias de la conducta

Licenciada en Psicología, Facultad de Ciencias de la Conducta de la Uaemex, México.

Correspondencia: bapsy\_96@hotmail.com

## **CRIANZA RESPETUOSA**

Respectful Parenting

Ernestina Jiménez Mar

Educadora

### **RESUMEN**

El objetivo de este trabajo es despertar el interés por el tema de la Crianza Respetuosa y la Disciplina Positiva abriendo nuevas expectativas no solo para los que están relacionados con la educación escolarizada, sino para los padres de familia que buscan potenciar las capacidades de sus hijos. Al tema cognitivo por mucho tiempo atrás se le ha dado más importancia que a lo emocional, pero en la actualidad la investigación neurológica demuestra que su estructura puede ser modificada con experiencias interactivas tempranas, de ahí la importancia de desarrollar la Inteligencia Emocional y no solo en los niños, sino en padres y maestros para poder brindar apoyo en el desarrollo cerebral de sus hijos o de sus alumnos, según sea el caso. La educación en México requiere una transformación, un verdadero cambio, que vaya acorde a la evolución, los niños ya no son como los de antes, los de ahora reclaman, requieren metodologías alternativas que vayan acordes a su contexto, al avance y uso de la tecnología moderna. Se requiere padres preparados, que conozcan sus procesos de crecimiento, los entiendan y practiquen nuevas formas de educarlos, sin coerción, sin violencia.

Palabras claves: crianza positiva, neurodesarrollo, apego seguro, Inteligencia emocional, metodologías alternativas.

## **ABSTRACT**

The objective of this work is to awaken interest in the subject of Respectful Parenting and Positive Discipline, opening new expectations not only for those who are related to school education, but also for parents who seek to enhance their children's abilities. The cognitive issue for a long time has been given more importance than the emotional, but currently neurological research shows that its structure can be modified with early interactive experiences, hence the importance of developing Emotional Intelligence and not only in children, but in parents and teachers to be able to provide support in the brain development of their children or their students, as the case may be. Education in Mexico requires a transformation, a true change, which is consistent with evolution, children are no longer like before, those of now claim, they require alternative methodologies that are consistent with their context, progress and use of modern technology. They require prepared parents, who know their growth processes, understand them and practice new ways of educating them, without coercion, without violence.

Keywords: positive parenting, neurodevelopment, secure attachment, Emotional intelligence, alternative methodologies.

### **I. ANTECEDENTES DE LA CRIANZA RESPETUOSA**

#### **1.- Desarrollo cerebral del niño.**

Estamos en una frontera relativamente nueva donde los científicos pueden estudiar los efectos físicos en el cerebro y no solo medidas externas de esos efectos. Por esta razón es importante conocer el desarrollo cerebral del niño.

Diversos autores desde hace muchos años han explicado el desarrollo del niño, sus procesos y sus potencialidades pero Pinto (2008) Neurólogo pediatra Chileno asevera que es hasta

el siglo XXI con los notables avances tecnológicos y científicos que podemos conocer a profundidad el desarrollo y su secuencia, y el enorme aporte de la computación nos permite comprender esta maravilla evolutiva.

Que las neurociencias en la actualidad están aportando información que está cambiando la manera de educar a los niños pues se ha comprobado que la interacción genética y el medio ambiente son responsables de su desarrollo psicomotriz.

Antes se pensaba que los niños amamantados durante su primera infancia solo eran niños más saludables, ahora Pinto (2008) aporta información relevante al respecto. Él dice que el cerebro humano es el único cerebro de mamíferos que no se ha completado al nacer y que la continuación de su proceso depende de dos grandes factores: la leche materna y el apego, con la leche materna enferman menos y con el apego son más inteligentes y con sistema inmunológico más potente.

Menciona también que la falta de estos dos factores en los primeros meses de vida disminuye las conexiones neuronales y aumenta la destrucción de neuronas antes del tiempo ideal, también factores como el estrés, traumas, toxinas, accidentes vasculares, tumores, etc. son factores que intervienen en el neurodesarrollo. El estrés en los primeros años de vida es capaz de aumentar la producción de glucocorticoides a través del eje hipotálamo-hipofisiario lo que ha demostrado que puede generar cambios permanentes en el cerebro en desarrollo.

Ya con estos avances en la ciencia es que se considera que la crianza respetuosa crea un ambiente propicio para que el cerebro aprenda ya que está físicamente más preparado para aprender habilidades.

Maurice, Stevens y Bryan (1999, citado en Fontaine, 2000) aseveran que las primeras interacciones del niño con su entorno son intercambios emocionales que se van convirtiendo en experiencias y que la investigación neurológica permite ahora considerar las emociones como

factor que determina las conductas, que todo cambio que se produzca en el útero tendrá consecuencias en el desarrollo cerebral, y que una poca calidad de interacción reduce de 20% a 30% el tamaño de su cerebro que lo normal a su edad. Por eso considero importante abordar el tema del apego como elemento clave en la formación de los niños, que veremos más adelante.

En la escuela se observa que muchos alumnos se presentan a clases pero no están ahí, su mente está concentrada en la problemática familiar, una pelea entre sus padres, un castigo que le impusieron, el amiguito que no le quiere hablar, perder un partido de futbol, etc. y entonces la clase no tiene importancia para él porque su cerebro está enfocado en lo que lo está haciendo sufrir, está enojado. Siegel y Paine (2018) aseveran que el primero de los cuatro elementos fundamentales del cerebro afirmativo es el equilibrio, cuando Axel pierde el control y hace una rabieta porque no ganó en un juego, no requiere un castigo de su madre, lo que ella hace es darle una respuesta del cerebro afirmativo centrada en ayudarlo a conseguir el equilibrio emocional, preguntándole primero qué siente, para que reconozca la emoción, le pide que respire, lo abraza, le explica que a veces unos ganan y otros pierden pero que es un juego, y si se esfuerza la próxima vez ganará, el niño poco a poco va recuperando la calma y sigue jugando.

Cuando esta misma escena ocurre en la escuela, el maestro deberá poner en práctica su habilidad para empatizar con él y juntos buscar alternativas para que se sienta mejor y supere la crisis, Una frase que me encanta y la utilizan con Axel tanto en casa como en la estancia, es ¿“necesitas un abrazo?””, eso, le da seguridad y la posibilidad de regresar a su centro más rápido, estas interacciones le permitirán entender los conceptos básicos relacionados con la salud mental y emocional. Para que esto se pueda dar requerimos obviamente, padres y maestros con “cerebro afirmativo”.

Todo ese vaivén de emociones podría visualizarse, pues en tomografías tomadas a individuos, (Herrera citado en Gómez, 2004, pp. 31-37) mientras realizan una acción determinada se puede observar pigmentada qué zona de los hemisferios es donde se presenta una mayor concentración de movimiento, por ejemplo cuando la persona recuerda actividades y momentos del pasado y es en el sistema cerebro Límbico localizado detrás de la cara envolviendo al cerebro reptil conectado a la neocorteza, dedicado a las experiencias y expresiones emocionales (amor, alegría, miedo, depresión, sentirse o no afectado, etc.). Por lo tanto, lo que antes se suponía que acontecía en el cerebro ahora se puede comprobar, de ahí la importancia de contribuir al mejor desarrollo cerebral del niño en etapas tempranas.

El crecimiento del cerebro o un cerebro mejorado se puede percibir en un niño por la manera en que resuelve sus problemas, también se observa cuando están abiertos y flexibles a negociar cuando quieren algo y no es posible que lo tengan, es más probable que se puedan relacionar con otros niños y con adultos porque su figura base, su figura de apego le ha dado seguridad, se muestran seguros al preguntar o entablar una conversación porque saben que serán escuchados y aceptados, aprenden a analizar, planificar y responder.

Raspall (2019, en el fragmento “Reconocer sus necesidades”) asevera que “a partir de los aportes de la teoría del apego, las bases de la crianza respetuosa y las investigaciones en el campo de las neurociencias, se busca defender una manera distinta de mirar, sentir y pensar la infancia. Y recién luego- nunca- diseñar las estrategias necesarias para acortar la distancia que hoy nos separa”. Además, menciona que la clave de la inteligencia emocional radica principalmente en la interacción con el entorno, aquí los maestros ganan un rol sobresaliente en el desarrollo de esta capacidad del alumno.

## 2.- Aprendizaje: Cómo aprendemos y cómo hemos sido disciplinados

Morris y Maisto, (2005) aportan elementos importantes relacionados con el tema del aprendizaje, que revisaremos en este apartado. El define el Aprendizaje como el proceso por el cual la experiencia o la práctica producen un cambio relativamente permanente en la conducta o potencial de conducta, aprendizaje es la adquisición de patrones específicos de conducta ante estímulos bien definidos.

Pavlov (1849-1936 citado en Morris y Maisto, 2005; Schunk, 2017) hizo experimentos con perros estableciendo lo que llamó Condicionamiento clásico, durante el experimento les presenta un estímulo incondicionado (EI) que es la comida, después presenta un estímulo neutro (EN) que es la campana, cuando presenta los dos estímulos al mismo tiempo obtiene una respuesta innata (RI) que es la salivación del perro, y al presentar solo el sonido de la campana (EN) recibe una reacción condicionada. El perro ya está condicionado. Se ha establecido un aprendizaje por asociación.

Ahora bien, podemos aprender por asociación que un abrazo nos hace sentir mejor, pero también podemos aprender por condicionamiento clásico a experimentar emociones negativas, un estímulo neutro sería un cinturón o la famosa chancla, cuando son utilizados para golpear, el niño aprenderá a asociarlos con los errores, con el sufrimiento ya que le infringen dolor. Cuando después de cometer un error fuese castigado o golpeado aprenderá a tener miedo, cuando los padres y cuidadores deben ser la figura por la que el niño sienta respeto, amor y admiración no miedo.

Cuando aprendemos estamos cambiando, estamos mejorando, estamos construyendo a un ser humano mejor, un ser humano diferente por lo tanto el condicionamiento clásico no es el método correcto para establecer reglas de conducta.

Condicionamiento operante, es el tipo de aprendizaje en el cual las conductas son emitidas en presencia de estímulos específicos para obtener respuestas o evitar castigos, en éste, se manejan cuatro elementos:

Reforzamiento negativo, cuando hay un estímulo desagradable que busca incrementar una conducta y se elimina cuando se logra cierta conducta. (ejemplo: el sonido desagradable que nos avisa que hay que ponernos el cinturón de seguridad del coche y no para hasta que lo hacemos, el sonido del despertador que nos indica que hay que levantarnos.

Castigo, cuando incorporamos un elemento o estímulo desagradable que busca eliminar una conducta (ejemplo: cuando el niño se chupa el dedo, ¿qué hacen muchas mamás? Pegarle en la mano, el problema es que el estímulo aplicado no enseña lo que sí debe hacer el niño, solo aprende que deberá dejar de hacerlo para evitar castigos.

Extinción, cuando una conducta deja de reforzarse tiende a olvidarse, tiende a extinguirse. (ejemplo: un niño regresa de la escuela y muestra emocionado a sus padres un trabajo escolar donde la maestra le puso “lo hiciste muy bien”, los padres le dicen “mira qué lindo, que bien que te esforzaste,” el niño vuelve esperando el mismo refuerzo porque le gustó, pero no recibe la respuesta anterior, una vez más lo hace y tampoco, entonces lo olvida, ya no lo repite: ya no hay refuerzo, la conducta se extingue.

¡Cuidado! Porque si no reforzamos positivamente, el niño olvida hacer buenas acciones porque no está siendo reconocido.

Reforzamiento positivo, es cuando incorporamos un elemento agradable con el propósito de que las conductas se incrementen, por ejemplo, los abrazos, caricias, besos pero las palabras son más poderosas “Estoy orgulloso de ti”, “Lo has hecho muy bien” etc. Así las conductas se van

fijando, se van instaurando y van aumentando. Cuando el reforzamiento es aislado, el niño puede aprender que requiere pelear o llorar para ser atendido. Y error, reforzar con comida o golosinas, solo traerá problemas de obesidad, problemas de salud.

Aprendizaje cognoscitivo, es el que depende de procesos mentales que no son directamente observables. El niño observa las actividades diarias, todo el tiempo está aprendiendo aunque en ese momento no las realiza, está guardando información que le será útil en otro momento, a esto se le llama *aprendizaje latente*, y más adelante se verá reflejada en la conducta. *Insight* es cuando aprendemos algo muy rápido, de manera casi inesperada. *Y aprendizaje vicario*, cuando aprendemos por observación, y el ejemplo más palpable es cómo los niños pequeños pueden usar un celular, buscan los videos, lo cambian si no les gusta, aprenden de lo que observan en ellos, incrementan su lenguaje, etc. Al mencionar esto, no quiero decir que estoy a favor de que los niños pequeños se pasen horas en el celular o la tableta pero, si está regulado por los padres y por poco tiempo al día puede ser una herramienta de apoyo.

Y muy importante Morris y Maisto (2005, p.178) los niños aprenden por imitación, mucho de lo que ven lo hacen, debemos ser modelos de las conductas que deseamos de nuestros niños.

### 3.- Estilos de crianza

Los padres establecen límites de acuerdo al estilo de crianza que tienen con sus hijos, el estilo depende de la personalidad, patrones familiares y cultura; estilo autoritario, permisivo y el no comprometido, cada uno tiene consecuencias (Jorge y González, 2017).

Estilo autoritario: exige obediencia, los padres castigan sin excepciones, exigen obediencia sin replicar, son poco cariñosos, el apego emocional es pobre. Genera hijos pasivos, conformistas, dependientes.

El estilo permisivo es el que establecen los padres poco exigentes, rara vez corrigen, tiene bajas expectativas, su amor es incondicional, son muy amorosos por temor a que los niños muestren resentimientos. Generan hijos conformistas, irresponsables e inmaduros.

Estilo no comprometido: en éste, le dedican poco tiempo a la crianza, exigen poco, rara vez corrigen, sus límites y roles son poco claros, hay poco apego emocional pues no es prioridad en su vida. Como consecuencia, generan hijos que son presa fácil para la delincuencia, que son impulsivos y no meditan antes de actuar e inician con actividad sexual precoz.

El estilo con autoridad es al que quisiéramos llegar los padres: donde hay roles y expectativas claras, establecen consecuencias y las cumplen, explican sus motivos, negocian, son flexibles, comprometidos y promueven la autonomía, son cariñosos. Como consecuencia tendrán hijos independientes, creativos, socialmente hábiles y con buena autoestima.

Pero nuestro estilo de crianza no debe depender de nuestro estado de ánimo, ni educar diferente al hijo menor que al hijo mayor, se recomienda ser estables a través del tiempo y ser lo más justos posible con los hijos.

Los límites son importantes porque le permiten al niño saber hasta dónde puede llegar, con roles definidos tendrá expectativas claras, serán relativamente estables de acuerdo a su edad. Es muy importante comunicar los límites con paciencia y con tiempo anticipado, con respeto, con nivel de lenguaje adecuado a la edad de los niños, no como regaño o amenaza y hacer contacto visual al comunicarlos oportunamente.

Raspall L.(2019) asevera que cuando un límite se construye con amor, con fundamentos y con explicaciones habilitando el malestar del niño, escuchándolo, y facilitando su expresión, con el tiempo ese límite se internaliza, abordando este punto, observé una actividad de Axel en su

grupo de estimulación temprana, había bebés entre 1-2 años, la maestra les lanzaba burbujas de jabón pero mencionando el nombre de cada uno, en ese momento solo el niño que escuchaba su nombre podía alcanzar y romper las burbujas, el resto debía permanecer sentado a esperar cuando mencionaran su nombre, al principio no todos atendían a la indicación, pero pasado un mes, la actividad transcurría sin interrupciones, los niños ya podían regularse, esperando el tiempo en que podían romper las burbujas que le correspondía a cada uno. Al final de cada ronda, había burbujas para todos y entonces todos los niños se paraban y alegremente rompían burbujas, estaban aprendiendo no solo límites sino también regulación, este tipo de actividades les permite a los niños aprender a regularse, a esperar, adquiriendo confianza para manejar ciertos estados emocionales.

La flexibilidad también es un factor importante pues habrá momentos en que si los padres lo consideran, cederán a los requerimientos de los hijos si fuera necesario, como ya lo dijimos, los roles y las reglas bien definidas, escribirlas y colocarlas en lugar visible, pero siempre debe haber flexibilidad para darles momentos de felicidad, siempre permitir que los niños sean niños.

En las aulas tradicionales también se ven estas características, cómo los maestros educan y disciplinan a sus alumnos, como sigue habiendo premios y castigos a la conducta de los niños, cómo refuerzan los maestros el trabajo en su salón de clases, cómo sigue en la mente de la mayoría de la gente que un grupo de niños callados y sentados en sus bancos es sinónimo de que están aprendiendo, de que son obedientes y disciplinados.

González Huitrón asesora de maestros de nivel preescolar, primaria y secundaria en el La Ciudad de México comenta que a los maestros les falta información sobre el tema de la crianza respetuosa, disciplina positiva, y desarrollo neuronal para poder hacer cambios en la educación

que imparten, es hasta hace poco tiempo que algunos maestros se han integrado a los talleres que ella imparte pues por parte de la SEP no reciben aún información al respecto.

Lo que ella más trabaja es el tema de disciplina positiva ofreciendo estrategias que los docentes pueden aplicar en las aulas y están enfocadas a la salud mental de los niños, también les sugiere que sean de manera transversal aprovechando las situaciones y momentos oportunos para dirigir la conducta de los niños, haciéndolos reflexionar sobre las acciones y actitudes que en esos momentos se acaban de presentar.

Les sugiere también convertirse en figura de apego para sus alumnos, ya que el maestro puede ser a quien el niño tenga confianza y lo haga sentir seguro, reconocerlo como guía y apoyo en las dudas que le van surgiendo en su aprendizaje.

Les sugiere estrategias del estilo con autoridad que se pueden aplicar también en la escuela, roles bien establecidos, reglas claras, contacto visual, establecer consecuencias sin caer en lo arbitrario, escribir las reglas y ponerlas a la vista, sin regaños, sin peleas, con amor y claridad.

Además, incluye en sus talleres el desarrollo neuronal y las etapas por las que pasa el niño para poder entender sus estadios y oportunamente los puedan apoyar en sus avances.

## **II. CRIANZA RESPETUOSA**

### **1.- Significado**

La crianza respetuosa va desde el nacimiento o antes, con el cuidado del cuerpo que acuna un ser, las conversaciones e interacciones de los padres con ese bebé que se está gestando sientan las bases de un ser humano respetado y amado (Rolander, Márquez y Montes, 2017).

En México ya hay pediatras y ginecólogos que a la hora del nacimiento lo traen al mundo con sensibilidad, haciendo de su nacimiento una experiencia lo menos dolorosa posible, sin la nalgada tradicional que los hacía lanzar el primer llanto. Para lograrlo, sugieren el parto en agua que significa una transición natural al salir a la luz después de haber estado durante 9 meses en el líquido amniótico del vientre de la madre, o por parto natural considerando primero que nada el respeto al bebé y a la madre, el cordón umbilical es cortado minutos después de salir, mientras está siendo amamantado por su madre, de esta manera están siendo atendidas sus primeras necesidades; el acercamiento, el calor y la contención de su madre.

Posteriormente, las interacciones verbales de la madre con el recién nacido pidiéndole permiso para vestirlo, ponerle el pañal o tocarlo, va permitiendo que el bebé sepa que es dueño de su cuerpo, que nadie sin su permiso puede tocarlo, también quedan atrás los apretones de cachetes, de los saludos de beso que a veces ellos no deseaban, de las nalgadas o pellizcos de que eran objeto cuando hacían alguna travesura si lo único que ellos estaban haciendo era explorar lo desconocido.

El estilo de Crianza Positiva describe un conjunto de actitudes de los padres que favorecen la capacidad del niño de amar, confiar en los demás, explorar y aprender. El objetivo de la crianza positiva es apoyar a los padres para que orienten el desarrollo saludable de los niños en el contexto de la cultura familiar. Los elementos fundamentales de la crianza positiva incluyen la habilidad de:

- 1).- Entender o imaginar cuál es el punto de vista del niño, en especial durante los momentos difíciles.
- 2).- Responder con interés y sensibilidad a las señales que da el niño.
- 3).- Reconocer que la crianza puede ser estresante y que los tropiezos pueden ser parte de ella

4).- Reconocer y elogiar las fortalezas y las habilidades del niño, así como su capacidad para aprender y desarrollarse.

5).- Ofrecer pautas coherentes y apropiadas según la edad y establecer límites al comportamiento del niño.

6).- Esforzarse por lograr un equilibrio entre la satisfacción de las necesidades de los padres y las de los niños.

7).-disfrutar los momentos en que está conectado con el niño.

8).- reconocer y controlar sus propios sentimientos antes de responderle al niño

9).- Buscar ayuda, apoyo o más información acerca de la crianza cuando lo necesite.

Ahora, revisamos el estilo de **Crianza respetuosa** y encontramos similitud en varios aspectos. De acuerdo a lo que menciona Rodríguez (2019) es un estilo parental o estilo de crianza basado en el vínculo y la cercanía emocional. Sus objetivos son fortalecer lazos afectivos, acompañar el desarrollo del niño y atender sus necesidades.

Los cuidadores han de conocer al niño en profundidad, prestar atenciones a sus necesidades y ofrecer un espacio empático y respetuoso donde el niño se sienta querido, respetado y seguro. De esta forma el niño aprende a confiar en el adulto y en el mundo que le rodea, completando su desarrollo sanamente, creciendo con seguridad en sí mismo.

Es un tipo de crianza que se centra en el niño y sus necesidades dejan de lado la violencia y la falta de entendimiento.

Sus principios son:

**HORIZONTALIDAD.** Tratar a los niños como iguales, no podemos hacer a los niños lo que no nos gusta que nos hagan.

**EMPATÍA.** Conectar y sintonizar con su esencia infantil.

RESPUESTA a sus necesidades básicas y cognitivas.

LÍMITES y disciplina positiva, no punitiva, no premios ni castigos, los límites deben ser lógicos y naturales y acordes a los eventos.

Pautas para una crianza respetuosa.

- 1.- Regula tus emociones para conectar con el niño
- 2.- Empatiza con el punto de vista del niño, mira con ojos de niño para descubrir qué te quiere decir con su comportamiento.
- 3.- Respeta su individualidad y sus ritmos de desarrollo. Toma en cuenta sus características para no exigirle cosas para las que no está preparado.
- 4.- Entiende sus expresiones de malestar, trata de contenerlo y enseñarle a autorregularse.
- 5.- Acuerda con él los límites y reglas claras, sencillas y consensuadas.
- 6.- Renuncia al castigo, sintoniza con él y aprenderá a seguir tus indicaciones porque confía en ti y acepta tu liderazgo para guiarlo.
- 7.- Mantén la calma, no te dejes llevar por tu estrés o tus estados de ánimo.
- 8.- Cuando haga algo mal, explícale y enséñale a reflexionar sobre su conducta con un lenguaje adecuado a su edad.
- 9.- Felicítale y refuérzale cuando haga las cosas bien.
- 10.- Elogia sus cualidades positivas.

Ahora, ya vimos que éstos son estilos de crianza parental, el término **CRIANZA POSITIVA**, en el contexto escolarizado se refiere a la metodología de enseñanza alternativa y al método de disciplina que se aplica, considerando todos estos rasgos pautas y principios y es la llamada **DISCIPLINA POSITIVA** que además atiende a toda esta filosofía.

**CRIANZA ASERTIVA** es otro estilo de crianza, con las mismas bases, mismos lineamientos, comprometida con el respeto a los niños y responder a sus necesidades pero enfocada en la relación de ambos padres y cómo se relacionan con el niño. Propone premios y consecuencias pero la responsabilidad no recae solamente en la madre sino en ambos padres.

## 2.- Objetivos de la crianza respetuosa

Cuando un niño nace, por naturaleza es bueno, al ir interactuando con el medio y con su madre o cuidador primario, en la medida en que estas interacciones den respuesta a las necesidades del niño se irá modelando el niño que queremos tener. Lo más importante en este proceso es preservar el vínculo con sus padres y con él mismo buscando siempre que logre ser la mejor versión de sí mismo.

Con esto, se espera que estos niños sean adultos independientes, conscientes de las decisiones que toman, que aprendan a manejar la frustración cuando las cosas no vayan bien, que aprendan primero a identificar sus emociones y a saber cómo manejarlas y en general potenciar su cerebro y desarrolle habilidades y destrezas tanto de conocimiento como emocionales.

Como maestra me emociona la posibilidad de llegar a tener aulas llenas de alumnos libres, con salud emocional, con un cerebro lleno de posibilidades y con hambre de aprender, sin la carga emocional que se los impida, con una disciplina aceptada y personal no coaccionada, donde el maestro sea un acompañante en sus procesos, un guía y no el gendarme que requiere el alumno y los padres de familia para terminar cada curso escolar.

El estilo de la crianza respetuosa es algo relativamente nuevo, por lo que como figuras de apego debemos ser tolerantes, no duros jueces de nosotros mismos pues habrá situaciones en las que parece que el niño tiene el control y las herramientas que estamos aplicando no funcionan.

Vamos a cometer errores, pero es importante reconocerlo y retomar el camino, ellos también aprenderán cuando nos vean hacerlo, es cuestión de amor, paciencia, y perseverancia.

Si nos rendimos y caemos en uno de los extremos sea autoritario o no comprometido, toda la intención se viene abajo. Es entonces volver a la calma, y negociar, con una interacción suave pero firme, percibir el estado del niño en ese momento y explicar siempre por qué tiene que hacer tal o cual tarea o actividad pensando que esos hábitos serán para su vida.

Creo que todo ser humano requiere disciplina, requiere límites y para implementar la Disciplina positiva requerimos tener influencia sobre el niño, necesitamos tener una conexión, eso permitirá poder ser escuchados para lograr que se cumplan las reglas, para trazar límites y establecer reglas, debe haber flexibilidad cuando en verdad sea necesario.

La experiencia humana se basa en el pensamiento, nuestra mente es abstracta, saca conclusiones, (cuando vemos a los hijos en un berrinche) pensamos algo malo, hay frustración, podemos engancharnos, la mente nos trae enojo, nos asustamos y nos frustramos, dice Malaisi (2020) en su conferencia sobre inteligencia emocional, que los sentimientos solo duran 90 segundos y cuántas veces elegimos quedar enganchados por años en el enojo o en el miedo, sería mejor respirar, trabajarlo y soltar, buscar el equilibrio para poder apoyar a los niños en los momentos en que una emoción los desborda.

Los niños a quienes no se les escucha y sienten que no son observados, pueden olvidarse de sus propios deseos y se convierten en esclavos de otros, olvidando validar lo que ellos sienten, son demasiado obedientes en el trabajo, en una relación o con sus padres.

### **III. ELEMENTOS DE LA CRIANZA RESPETUOSA**

1.- El apego seguro.

El apego juega un papel importante en el desarrollo del niño desde que nace, mientras que algunos animales nacen y en minutos se adaptan y adquieren movilidad para desplazarse, el bebé necesita de los cuidados de los padres para poder satisfacer sus necesidades vitales y durante un año por lo menos necesitará de ellos para desplazarse antes de poder caminar.

Faria (2020) siguiendo la teoría de Sigmund Freud acerca del complejo de Edipo, menciona que ocurre alrededor de los 3 años, y se refiere a una fase de desarrollo psicosexual llamada fase fálica en la que comienza a sentir deseo por el elemento paternal del sexo opuesto y rabia y celos por el elemento del mismo sexo.

El complejo de Edipo (Clementin, 2019) hace referencia a un conflicto emocional específicamente por los sentimientos positivos y negativos que un niño siente hacia sus padres, es una etapa de mala conducta, rabietas y berrinches frente al padre de quien desafía su autoridad.

En esta teoría se basan las evaluaciones de los niños como tiranos y manipuladores y se promueve su represión. Esta concepción es muy antigua, pero nos sirve de referencia para comprender el papel tan importante que juega el apego en el desarrollo del niño. El llanto es la forma que tiene de comunicarse y expresar si tiene frío, calor, hambre, sueño, etc. y la vinculación con su madre dará respuesta a esas necesidades.

En su Monografía, la OMS escrita en 1951 dice que el recién nacido o niño pequeño debe experimentar una relación continua, íntima y cálida con la madre en que ambos puedan encontrar tanto satisfacción como placer, la falta de ella puede ocasionar consecuencias significativas e irreversibles para la salud mental.

A veces los padres pueden considerar la crianza de los hijos como un trabajo y no debe ser así, entonces como padres y retomando la palabra irreversible ¿qué es más fácil si verlo como una

relación, donde el hacer surge naturalmente, con la visión de que el niño acceda al conocimiento de manera natural o que cada aprendizaje para su hijo tenga obstáculos? la crianza de los hijos debiera verse como una relación donde ambos van a disfrutarla y se van a nutrir.

A veces se asegura que el cerebro es muy plástico pues se adapta a las nuevas experiencias, no importando lo que hayan vivido pueden superar los malos recuerdos generando nuevas experiencias, nuevas conexiones neuronales, sin embargo, la crianza positiva elige el camino más corto, el de generar solo buenos recuerdos, sin traumas, sin rencores, solo amor.

Es natural que los niños pequeños de seis meses a dos años busquen la seguridad que les da su figura de apego, en este caso la madre o su cuidador principal pero también pueden desarrollar una relación de apego con adultos que son sensibles y perceptivos emocionalmente.

Sus estructuras mentales complejas, requieren de cuidados, de acompañamiento en sus exploraciones hasta que ya pueden caminar y realizar actividades por sí solos como comer o vestirse y en este proceso va haciendo conexiones y redes neuronales, que en calidad y cantidad dependen de sus experiencias sensoriales.

Veamos una definición de Qué es el apego, según la teoría de John Bowlby (Torrijos, 2019): El apego es el vínculo que se establece entre el bebé y las personas que lo cuidan. Es el resultado de la interacción entre el niño (como buscador de contacto y vinculación) y los padres (como sistema de cuidados ofrecidos).

Cuando el bebé empieza a gatear y a explorar por sí mismo la **figura de apego** se vuelve una base segura a donde volver, en estudios más recientes se ha comprobado que la ansiedad de separación o el dolor de la pérdida de figura de apego se considera una conducta normal y adaptativa de un recién nacido apegado.

El psiquiatra infantil John Bowlby (1958) escribió un folleto al que llamó Privación Materna y de donde surgió su teoría del apego.

Bowlby sostiene que el sistema de apego está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores y que el apego es esencial para la salud mental del bebé.

El origen formal de la teoría comenzó en 1958 con la publicación de dos artículos: el primero “La naturaleza del vínculo de los niños con su madre” de Bowlby (1958) y el segundo fue “La naturaleza del amor” de Harlow (1958) donde menciona que las respuestas iniciales de amor del ser humano son las realizadas del niño a la madre o a alguna madre sustituta y que de esta unión íntima del niño a la madre se forman múltiples respuestas afectivas.

Harlow (en Papalia, Olds y Feldman, 2010) hizo experimentos con monos bebés, en uno de ellos, los separó de la madre, los puso en jaulas y les adaptó una figura de alambre con un dispositivo para alimentarse y otra figura articulada también de alambre, pero forrada de felpa. El monito pasaba más tiempo con la figura de felpa convirtiéndola en su figura de apego y a la otra figura solo se acercaba cuando tenía deseo de alimento, Estos experimentos le permitieron reconocer diferentes tipos de apego, aunque por ahora solo hablaremos del apego seguro.

Con el Still face experiment de Eduard Tronick (s/f) que consiste en poner a niños de un año en una habitación jugando con su mamá, Ella activamente involucrada jugando y platicando con él y en algún momento la madre pone la cara fija, sin expresión y no responde a la interacción con su hijo, es decir no expresa ninguna emoción, este experimento demostró cómo el bebé se iba estresando solo porque su mamá no estaba expresiva y no interactuaba con él y cómo se calmaba cuando ella volvía a la normalidad.

Los bebés necesitan no solo la presencia sino que estemos conectados y que interactuemos con ellos, (esto me trae a la memoria las interacciones actuales de muchos padres dependientes del celular cuando están con sus hijos ) de esto se deriva como somos nosotros como seres sociales y cómo vamos aprendiendo diferentes expresiones; una cara triste una cara alegre, una enojada, etc. Y no solo en juegos sino en la convivencia diaria.

Años después Tronick (1968) repite estos experimentos y hace pruebas en la saliva de los niños para medir los niveles de **oxitocina y de cortisol** tomando una muestra antes y durante el experimento y anotando otros parámetros de la interacción que tenían los padres con los hijos, pudo ver que aquellos padres que respondían a las necesidades de sus hijos, cuando se hacía este experimento y se tomaban las medidas de cortisol y oxitocina, el cortisol subía mucho.

Se encontró que, en los niños con **figura de apego seguro**, sus niveles no se elevaron tanto, ellos estaban más tranquilos y se veían menos afectados porque sabían que en algún momento todo regresaría a la normalidad y que su mamá volvería a observarlo y a atenderlo, esos niños manejaron menores niveles de estrés y lo superaron. Este experimento nos demuestra como los niños también son afectados a nivel celular por todas estas hormonas y estrés circulando si ellos sienten que no hay una respuesta a sus necesidades.

La figura de apego mediante sus interacciones con el niño permite que el niño se sienta seguro y se basa en la experiencia de que sus necesidades van a ser atendidas y que las situaciones de estrés pasarán y vuelven a la calma más rápido y aprenden a estar menos estresados.

Amanzo (2011) médico pediatra Peruano menciona que el estrés libera cortisol y adrenalina y nuestro organismo evolutivamente no ha podido adecuarse al ritmo actual de la civilización, en contraste, la oxitocina es una hormona que tiene un efecto contrario produciendo un estado de tranquilidad y relajación, además aumenta la confianza y la capacidad de relacionarse

con otras personas. Con la risa y los abrazos liberamos oxitocina por eso también ayudan a disminuir el estrés.

Las técnicas de crianza positiva y el enfoque receptivo en la crianza están asociados con un mejor desarrollo cognitivo y social así como con competencias emocionales, comunicativas y conductuales, de ahí la importancia de que se considere no solo en bebés de cero a tres años con los padres, sino que se continúe en el ámbito escolarizado con los maestros como figuras de apego seguro.

## 2.- Tipos de apego

La educación en México requiere de un cambio, la formación docente también, por lo tanto, informar, preparar y sensibilizar a los maestros es uno de los pasos a seguir en la ruta hacia una transformación en las escuelas. Conocer los tipos de apego que hay, sus características y sus implicaciones permitirá al docente mejorar la calidad de su trabajo.

Para identificar la raíz que está provocando conductas que están fuera de lo normal Sierra y Moya (2012) mencionan que es esencial conocer y reivindicar el papel del maestro como figura de apego y que los niños inmersos en relaciones tempranas de apego inseguro o alterado construyen una imagen de sí mismos como personas incompetentes, no merecedoras de cuidados y protección.

Entre las demandas y la respuesta de su cuidador principal se identifican varios tipos de apego, Ainsworth y Witting, et, al. (1969) citado en Sierra y Moya (2012) de manera sencilla voy a exponer lo que ellos encontraron:

- a) Apego seguro
- b) Apego inseguro evitativo
- c) Apego inseguro ambivalente

- d) Apego inseguro desorganizado
- e) Apego subsidiario
- a). Apego seguro

Es la cualidad de la vinculación afectiva y depende del grado de ajuste, coherencia y consistencia entre las expresiones de las demandas de seguridad física y psicológica del niño y las respuestas de la figura de apego ante estas demandas, los niños que tienen un apego seguro con su cuidador principal desarrollarán confianza en sí mismo y tendrán la resiliencia que les permita resolver las dificultades que se les presentan en la infancia y después a lo largo de su vida. Sus madres se muestran consistentemente sensibles a sus demandas, los escuchan los atienden y los comprenden, para estos niños, otros adultos pueden comportarse de la misma manera, sensible y cálida y pueden ganarse su confianza y calmarles cuando no están con su madre, el mundo para ellos es un lugar que explorar y lleno de oportunidades.

- b). Apego inseguro evitativo

Los niños que crecen con esta figura de apego, perciben a sus compañeros como potencialmente hostiles y por consiguiente tienden a ser agresivos con ellos, sus primeras relaciones con su cuidador son modelos negativos de interacción como hostilidad y rechazo por lo tanto desarrollan expectativas negativas sobre las relaciones interpersonales y como consecuencia desarrolla un mayor número de conductas inadecuadas. Aprenden a interpretar la hostilidad como un modelo válido de relación y desarrolla expectativas de rechazo sobre los otros.

- c). Apego inseguro ambivalente (Resistente)

Son los niños que no saben si pueden confiar, su figura de apego tuvo reacciones impredecibles con él ante sus necesidades (afecto-rechazo) tienen como patrón de interacción la

incoherencia presentan un comportamiento dependiente pero también de rechazo con su cuidador principal y con la maestra muestran su miedo al rechazo, son hostiles, como es incapaz de predecir cuándo y de qué depende el ser atendido de una manera sensible, por eso tienen por una parte, conductas de búsqueda de apoyo y afecto de manera casi compulsiva y por otra, el rechazo y la frustración ante las reacciones de la madre.

Con frecuencia ante comportamientos de llantos o aferramientos con la figura de apego en el momento de la despedida, pueden confundirse con niños seguros de su madre y, de nuevo, el conocimiento de las relaciones diádicas entre el niño y su figura de apego y la vida del niño en el aula, nos dan claves de interpretación adecuada.

Los niños resistentes temen que la maestra resulte tan impredecible como su figura de apego y, por tanto, se encuentran desorientados respecto a cómo obtener la protección y el apoyo que necesitan, mostrando un comportamiento dependiente y a la vez mostrando su miedo y frustración con comportamientos hostiles hacia ella, incluso cuando intenta consolarles.

El refuerzo, en cada fase del desempeño de la tarea y la explicitación de las acciones y consecuencias, son elementos de anclaje sobre los que el niño construirá confianza en sus actuaciones y los resultados así el niño podrá llegar a aprender y comprender que existe una relación consistente entre sus demandas /reacciones /comportamientos y los de la maestra

Estos niños parecen estar en permanente estado de alerta, de manera que cualquier acontecimiento del entorno como ruidos inesperados, movimientos de otros niños o incluso acercamiento sorpresivo de la maestra, les suele provocar llanto y reacciones exageradas, pero, como hemos dicho, las estrategias de consuelo de la maestra no siempre tienen éxito pues ellos están en permanente estado de esperar lo impredecible.

## d). Apego inseguro desorganizado

Los que tienen esta figura de apego, son niños asustados, fueron víctimas de abuso o de conductas claramente negligentes debido a alteraciones psicológicas de la figura de apego o de un entorno absolutamente desestructurado, se encuentran dominados por el miedo, se sienten indefensos y viven dentro de un patrón de relación patológico. Aprenden a mantenerse en alerta como premisa de supervivencia física y psicológica, La consecuencia es un patrón de reacciones desajustadas, mucha ansiedad, apatía, ira o tristeza, tienen un acercamiento contradictorio hacia su madre como acercarse a ella pero viendo a otro lado, también tienen recelo ante la maestra, los otros niños y las tareas, son insensibles ante el dolor de los demás o las demandas de los demás.

## f) Apego subsidiario

Bowlby (citado en Sierra y Moya 2012) con su teoría del apego también denomina figuras de apego subsidiarias, se refiere a que además de la figura del cuidador principal, el niño puede encontrar (siempre que se den las condiciones necesarias) en otras personas una fuente de seguridad y confort. Que bien puede ser el maestro.

El apego inseguro se puede amortiguar con nuevas experiencias afectivas sanas o incluso puede reconfigurar un apego inseguro bajo la condición de que el adulto muestre una sensibilidad consistente ante las demandas del niño, por lo tanto, el maestro y la relación afectiva segura con él, puede, si no remodelar la figura de apego seguro, si construir un espacio afectivo psicológico de compensación donde encontrarse seguro y confiado.

Raspall L. (2019) (en el fragmento: el maestro como figura de apego) ratifica que el maestro puede ser una figura de apego subsidiario por el tiempo que pasa con el niño, porque es el que puede y debe estar atento a las situaciones que el niño está viviendo

Desde esta premisa el maestro se convierte en una figura (de apego subsidiario) protectora para los niños con apegos inseguros o con riesgo de padecerlos.

### 3.- Inteligencia emocional

Algunos autores mencionan que desde hace 20 años en cientos de escuelas en estados unidos ya se estaba instruyendo a los profesores para que desarrollaran en los niños la inteligencia emocional, relacionada íntimamente con la crianza positiva, pero en mi experiencia en ese tiempo en México empieza a surgir como término aplicado a los adultos, ¿qué tan inteligentes somos para manejar nuestras emociones?, por qué permitimos que algunos eventos en nuestras vidas nos dominen y destruyan sin que podamos salir adelante?. , pero no se aplicaban estrategias de crianza en los niños para que desarrollaran su inteligencia emocional, hasta hace pocos años que surgen las escuelas vanguardistas que utilizan metodologías alternativas basadas en la importancia de desarrollar todas las capacidades de los niños, incluyendo su inteligencia emocional

Malaisi (2020) quien está promoviendo la Ley de Educación Emocional en Argentina, dio una conferencia el 23 de Enero de 2020 en Toluca Estado de México sobre Educación emocional del docente, a esta conferencia fueron llamados maestros de todos los niveles, tanto estatales como federalizados, aunque tengo conocimiento de que de un sector solo fueron convocados dos maestros. En dicha conferencia, él comenta que inicia sus trabajos de investigación centrado en los niños, diseña y aplica actividades para ellos y surgen los comentarios de los maestros, “el problema no son los niños, son los padres” y surgen los talleres para padres y entonces los padres dicen “el problema no somos nosotros, son los maestros” y se aplican talleres para los maestros y entonces dicen “el problema no somos los maestros, son las relaciones laborales”.

Así es como diseña esta conferencia taller, como propuesta para lograr ser un educador feliz y saludable, el inicia su charla diciendo que las emociones hacen que todo te salga bien o que todo te salga mal, porque éstas determinan tu estado. Estar en modo creativo es sentirse feliz, alegre, en paz, y tranquilo, y en ese estado tenemos buen desempeño, estar en modo defensa es tener miedo, enojo, tristeza vergüenza, ¡pero que las emociones duran solo 90 segundos en tu organismo!, y pueden provocar frío, sudor, calor, llanto, pero en esos 90 segundos el cuerpo metaboliza las sustancias que segrega el cuerpo, desafortunadamente a veces decidimos guardar esa emoción de enojo, tristeza o miedo por largos meses o hasta años. La buena noticia es que las emociones son educables menciona, son energía que podemos transformar cambiando nuestro dialogo interno.

Dice que los pensamientos generan las emociones, es decir el dialogo interno si es positivo o negativo va a desencadenar el modo en el que vamos a funcionar y que siempre estamos evaluando la realidad, de acuerdo con esta evaluación vamos a tener como resultado un nivel de vulnerabilidad o nivel energético y motivacional. Por eso recomienda a manera personal manejarnos en pensamiento positivos y como docentes instalar en los niños pensamientos de autoconfianza y lo creerán, decirles frases de “tú lo puedes hacer inténtalo”, “yo sé que eres capaz” con este pensamiento positivo atraerá lo que piensa y confirmará su hipótesis.

Asevera que los pensamientos generan el estado emocional, éste genera la acción que causa un efecto, en modo creativo un dialogo optimista genera los pensamientos positivos, éstos un estado de felicidad, de poder energético, que posibilita acciones a favor causando efectos positivos en nuestro destino. Y finaliza diciendo que las emociones son contagiosas, maestros alegres trabajando con alumnos alegres.

La profesora Fontaine (2000) aborda el tema de la importancia de la experiencia emocional como factor determinante en el desarrollo del niño y menciona que existe suficiente evidencia que demuestra que estas experiencias permiten el establecimiento de redes neuronales y en consecuencia en el desarrollo cerebral del niño pequeño de ahí la importancia de que los docentes la consideren en su trabajo educativo.

Dice que las primeras interacciones del niño con su entorno son intercambios emocionales que se van convirtiendo en experiencias y como consecuencia en conductas. Todo cambio que se produzca en el útero, más la influencia del entorno tendrá consecuencias y tras el nacimiento dejará huellas definitivas.

Menciona también que las conexiones neuronales siguen formándose durante toda la vida pero en los dos primeros años de vida lo hacen con mayor rapidez, intensidad y extensión pero si hay poca calidad de interacción se reduce entre el 20 y 30 % el tamaño del cerebro del niño que lo normal a su edad, de ahí la importancia de las experiencias emocionales que tengan los niños en este período ya que irán modelando su inteligencia emocional, Experiencias positivas con adultos sensibles y empáticos, que los acepten, reconozcan sus necesidades y las satisfagan, les permitirán crecer emocionalmente seguros y confiados.

Fontaine (2000) Destaca algunas acciones a realizar en momentos en que será puesta en marcha la reforma educativa en educación parvularia en Chile y que pueden enriquecer los conocimientos de los profesionales de la educación y fortalecer el currículo de ese nivel.

Así mismo considerando que en México son pocas las escuelas de nivel preescolar de Educación Pública que lo están implementando (porque en otros niveles no existe), considero que es importante dar a conocer esta información como punta de partida para profundizar en la investigación del tema.

Ella propone lo siguiente:

\* Que la interacción de los adultos con los niños sea cuidadosamente planificada porque todo eso será absorbido por los niños; Conductas, Prejuicios, Valores y Actitudes (como alegría, entusiasmo, pero también el pesimismo o autoritarismo).

\* Promover la actividad exploratoria con cantidad y variedad de recursos.

\* Compañía cálida y aprobadora de sus esfuerzos alentándolo con gestos y palabras.

\* Presentarle desafíos factibles de superar, pero permitiendo cierto nivel de frustración necesario para el crecimiento

\* Libertad de acción (controlando el peligro)

\* Alternativas de actividades novedosas

\* Establecer límites y reglas pero que haya flexibilidad

\* El lenguaje debe ser claro, expresivo, preciso y significativo (evitando diminutivos y deformar las palabras)

\* El vínculo afectivo del educador permitirá la paulatina independencia del niño

\* Cada objeto en su espacio debe tener su lugar identificable para el niño e invariable, este será un punto de apoyo para su memoria espacial.

\* La música para establecer un clima relajante o incentivador

\* Materiales didácticos que enriquezcan su experiencia y sus vínculos afectivos.  
(Elementos para cocinar, juguetes de género, etc.)

Serrano A. (s/f) dice que el maestro debe empatizar con el niño, traducir lo que su conducta le dice, validar lo que siente y que son válidas todas las emociones pero no todas las conductas, cuando se han detectado, definir la raíz y diseñar un plan de acción para dar apoyo al niño.

#### 4.- Disciplina positiva:

Moya (2017) muestra un modelo educativo de disciplina positiva para entender el comportamiento de los niños y abordar su actitud para guiarles en su camino de forma positiva, afectiva pero firme, respetuosa tanto para el niño como para el adulto. Se basa en la comunicación, el amor, el entendimiento la empatía para disfrutar de las relaciones familiares. Da herramientas a los padres para entender el comportamiento de sus hijos (incluso cuando no es el adecuado) y reconducirlo con respeto, sin luchas de poder y de manera positiva.

Es un enfoque que no incluye ni el control excesivo ni la permisividad, se basa en el respeto mutuo y colaboración. Todo con la intención de enseñar al niño competencias básicas para la vida.

Señala como importante:

- Primero la conexión, luego la corrección
- Sentimiento de pertenencia y contribución

En esta página nos muestran los siguientes criterios:

- 1.- es amable y firme al mismo tiempo (respetuosa y motivadora)
- 2.- ayuda a los niños a sentirse importantes (conexión)
- 3.- es eficaz a largo plazo
- 4.- enseña valiosas habilidades para la vida (respeto, habilidad para resolver problemas, participación, colaboración, responsabilidad.)
- 5.- ayuda a que los niños desarrollen sus capacidades y sean conscientes de ellas.

En un curso sobre disciplina positiva Herrera (2020) menciona que es importante mejorar la conducta de los niños de forma creativa y efectiva, también lo es saber en qué momento se vuelve necesaria la ayuda del profesional para prevenir los problemas de conducta.

Para criar con respeto requerimos establecer disciplina y que mejor que una **disciplina positiva** que va de la mano con el tipo de crianza y educación que estamos analizando, para aplicarla, requerimos conocer las características del niño de acuerdo a su edad pues las reglas y límites deben ser congruentes.

#### IV. RECOMENDACIONES

##### 1.- para maestros

Sierra y Moya (2012) dan recomendaciones a los maestros que los pueden apoyar en su labor educativa.

- El conocimiento por parte del maestro de cómo se produce el desarrollo emocional y afectivo y cómo éste se encuentra afectado por circunstancias o factores alterados o con riesgo de alterarse, resulta un elemento formativo esencial que le facilitaría en gran medida la tarea de detección y comprensión del progreso infantil.
- Cuando algunos factores no favorecen la interpretación adecuada de las emociones y la regulación emocional, los niños tienen mayores dificultades para ser competentes emocionalmente.
- La sensibilidad, receptividad e implicación personal de la maestra tienen un papel destacado en el establecimiento de relaciones de apego seguras.
- Es esencial no sólo que la maestra pueda comprender en contexto el comportamiento social y emocional del niño, sino que procure un entorno de reconocimiento y etiquetado de las emociones y los acontecimientos que las provocan.
- En edades tempranas, una de las claves de desarrollo son las relaciones afectivas de apego.

##### 2.- Para padres

En la práctica de la crianza hay dos extremos; la **negligencia y el autoritarismo**, para mantenernos en un punto medio debemos aplicar la **presencia plena**.

En uno, los padres no hacen nada, no están presentes, no crean apego seguro para el niño, no están interactuando mucho, todo lo que pide se lo dan, y en el otro extremo, los padres son muy duros, muy rígidos.

El punto medio es la presencia plena, estar presentes nos va a ayudar a tomar las mejores decisiones, estar presentes no significa darles todo lo que quieran y en el otro extremo tampoco privarlos de todo para que se acostumbren.

El punto medio es que las decisiones que tomen los padres sean lógicas para sí mismos, que haya un equilibrio entre más-menos.

¿Cómo criar con respeto? La base es la intención, y el motor para hacerlo es el amor, cuando la madre busca, se prepara, se actualiza, es congruente, etc. Por supuesto que está buscando una mejor vida para su hijo. Y si se piensa en el niño como un ser humano bueno, pues la tendencia es conservar esa naturaleza, mostrarle buenas actitudes, buenas acciones, ser ejemplo y ser congruente en el día a día pues el niño aprende lo que ve, las emociones son algo natural, no las vamos a suprimir, solo que vamos a aprender a manejarlas mejor.

Aunque la crianza positiva se practica en casa, hay un choque cultural al enfrentarse a la sociedad, pues afuera al contacto con otros niños que no están siendo criados bajo esta filosofía viene el conflicto, viene la interrogación y la duda primero del niño porque lo que está aprendiendo en casa no es como lo ve en el parque o en una fiesta o en la escuela, y para los padres viene el conflicto de cómo preparar a su hijo para que no salga lastimado o herido en sus sentimientos.

La crianza respetuosa también permite que los niños aprendan a manejar momentos de estrés, a expresar sus sentimientos y emociones, a entablar conversaciones y negociar en sus

requerimientos a defender su postura y evitar el abuso, que lleguen a ser adultos ajustados capaces de tomar acciones pertinentes, flexibles y usen la resiliencia cuando algo suceda, y es aquí cuando podemos hablar ya de tener **Inteligencia emocional**.

He observado que el manejo de la frustración en un niño de dos años es una tarea difícil para madre e hijo, con Axel, sin embargo, la evolución al paso de los días se va tornando más suave, la negociación y la reflexión son fundamentales a la hora de ponerse de acuerdo, la actitud de él cuando siente enojo es de enfrentamiento, pero al escuchar frases como “se que te sientes frustrado porque quieres ... qué te parece si en lugar de eso .... Dándole la explicación del por qué no lo puede tener el niño se va calmando y va pensando en la otra posibilidad, o cuando grita y pelea y su madre le pregunta “calma, respira, dime cómo te sientes “y el niño empieza a decir qué es lo que lo tiene en ese estado, y en su regazo va tomando calma y explicando qué es lo que realmente lo puso así.

Desde que nació Axel, su mamá le avisaba que lo iba a tocar, o le pedía permiso para ponerle el pañal, también le preguntaba si estaba cómodo con la ropa que le había puesto o si prefería otra, a mí me sonaban raras esas conversaciones con un recién nacido, ahora a sus tres años es tan independiente que elige y prepara su ropa a la hora del baño, o elige si quiere ponerse suéter o no si va a salir, eso sí, es un problema si se pretende imponerle algo, todo es en base a la negociación. En la comida elige probar con los ojos cerrados un alimento nuevo, si le gusta lo incluye, si no le gusta dice “no me gustó, pero cuando sea grande lo volveré a probar a ver si ya me gusta”.

Los momentos de frustración son oportunidades para que el niño tenga aprendizaje para la vida, por lo que vale la pena tomarnos como padres ese tiempo porque sabemos que al paso del tiempo esa experiencia tendrá impacto en su vida, pero también habrá momentos de frustración

para los padres y los maestros, por lo tanto, tomemos ese momento como una oportunidad y regresemos a la calma, los padres y maestros equilibrados formarán hijos y alumnos equilibrados.

### **Conclusiones**

Aunque nos falta mucho por lograr, espero que esta información le sirva a todo aquel que sueñe con un cambio y que nuestros niños sean acompañados en su aventura del crecimiento y puedan desarrollar todo su potencial guiados por padres y maestros preparados, conscientes de su papel como educadores, maestros de vocación, felices y saludables, capacitados en metodologías alternativas, en Neurodesarrollo humano y Disciplina Positiva, en Inteligencia Emocional personal y con estrategias para desarrollarla en sus alumnos.

### **REFERENCIAS:**

Amanzo, C. (2011) *Pediatría vital*, Lima, Perú. Disponible en:

<https://pediatriavital.blogspot.com/2011/02/estres-cortisol-y-oxitocina.html>

video: <https://www.dailymotion.com/video/xb36lu>

Bowlby, J. (1958) *Teoría del apego, diferentes tipos de apego* (Privación materna) Disponible en

<https://www.actualidadenpsicologia.com/bowlby-teoria-apego/>

Bowlby, J. (1958) *La naturaleza del vínculo de los niños con su madre*. Disponible en

<http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/nature%20of%20the%20childs%20tie%20bowlby.pdf>

Clementin, F. (2019) *El complejo de Edipo, una etapa del crecimiento*. Disponible en:

<https://eresmama.com/complejo-de-edipo-etapa-todos-ninos/>

Crianza Positiva, 2020 Disponible en [www.zerotothree.org](http://www.zerotothree.org)

Faria, C. (2020) *¿Qué es el complejo de Edipo según Sigmund Freud?*

<https://www.tuasaude.com/es/complejo-de-edipo/#articleSurvey>

Fontaine, P. (2000) Experiencia Emocional, factor determinante en el desarrollo

cerebral del niño/a pequeño/a: *Estudios Pedagógicos*, no. 26, pp. 119-126.

Version on line Chile

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052000000100009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052000000100009)

Gómez, C. (2004) *La Neurociencia Cognitiva y Educación, Capítulo 2, El cerebro:*

*introducción a la Neurociencia Cognitiva*, Ed. FACHSE, Lambayeque Perú, pp.31-

37. Disponible en:

<https://online.upaep.mx/campusvirtual/ebooks/neurociencia.pdf>

Harlow, H. (1958) La Naturaleza del amor, *American Psychologist*, Universidad de

Wisconsin, 13,673-685 publicado en marzo del (2000) Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/257426862/La-Naturaleza-Del-Amor-Articulo-Harlow-Harry>

Video disponible en : <https://www.youtube.com/watch?v=tXnGbWqCyJ4>

<https://mx.video.search.yahoo.com/yhs/search?fr=yhs-avast-securebrowser&hsimp=yhs-securebrowser&hspart=avast&p=harlow+video+youtube+la+naturaleza+del+amor#id=2&vid=60a959f56d2f5fce66ed4f7b80163c94&action=click>

Herrera, A. (2020) *Taller sobre Disciplina Positiva*. Disponible en

<https://www.udemy.com/disciplina-positiva>)

Jorge, E. y González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental. Una revisión teórica. *Informes psicológicos*, vol.17, no, 2, pp39-66

Malaisi, L. 2020. Sitio web [www.fundacioneducacionemocional.org](http://www.fundacioneducacionemocional.org). Disponible en

[www.facebook.com/fundacioneducacionemocional](http://www.facebook.com/fundacioneducacionemocional) <https://youtu.be/O6v2y-0i0a0>

<https://mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#inbox/FMfcgxwJWjBhpvWJscSsDhzjpxMmmdnC?projector=1>

Malaisi L. (2020) *Modo creativo. Educación emocional del adulto*. Argentina,

Disponible en: [https://www.academia.edu/32400177/Modo\\_Creativo\\_free\\_1\\_pdf](https://www.academia.edu/32400177/Modo_Creativo_free_1_pdf)

Morris CH. y Maisto A. (2005) *Introducción a la Psicología*, Capítulo 4 Aprendizaje, 12

Edición. México: Ed. Pearson Prentice Hall, pp. 144-183

Formato pdf. Disponible en:

[https://www.academia.edu/27474661/morris\\_maisto\\_introduccion\\_a\\_la\\_psicologia\\_pdf](https://www.academia.edu/27474661/morris_maisto_introduccion_a_la_psicologia_pdf)

[morris-maisto-introduccion-a-la-psicologia.pdf](https://www.academia.edu/27474661/morris_maisto_introduccion_a_la_psicologia_pdf)

Moya, M. (2017) *Disciplina Positiva* disponible en:

[https://www.escuelainfantilgranvia.com/disciplina\\_positiva/](https://www.escuelainfantilgranvia.com/disciplina_positiva/)

También disponible en: [Disciplinapositivaespaña.com](http://Disciplinapositivaespaña.com)

Papalia, D. E., Olds, S. W. y Feldman, R. D. (2009) *Psicología del Desarrollo Humano*. Ciudad

de México: McGraw-Hill

- Pinto, L. (2008) Lo maravilloso y mágico del Neurodesarrollo humano. *Revista Chilena de Pediatría* 79 Supl. (1) pp. 18-20, Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/251070657\\_Lo\\_maravilloso\\_y\\_magico\\_del\\_Neurodesarrollo\\_humano](https://www.researchgate.net/publication/251070657_Lo_maravilloso_y_magico_del_Neurodesarrollo_humano)
- Raspall, L. (2019) “*Lo que necesitan l@s niñ@s- ¿Una nueva escuela?*”, *fragmento: Reconocer sus necesidades*. Ed. Homo Sapiens, pp. 352  
<file:///C:/Users/Tina/Desktop/lecturas%20crianza%20positiva/Capsula%201%20Lectura%20sug erida.pdf>
- Rodríguez P. (2019) *Diez Pautas para una crianza respetuosa*, Disponible en:  
<https://educayaprende.com/>
- Rolander G, R. Y., Márquez G., A. y Montes B., B. (2017) *Manual para una crianza respetuosa de niñas y niños*. Ciudad de México: DIF. Disponible en  
[dif.cdmx.gob.mx/](http://dif.cdmx.gob.mx/)
- Schunk, D. H. (2012) *Teoría del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. Atlacomulco, Estado de México: Pearson Educación
- Serrano A. (2020) <https://www.fundaciónfemsa.org>  
<https://www.proyectodei.org/>  
<https://www.proyectodei.org/capacitacion-estimulacion-oportuna/>
- Siegel D. y Payne B. (2018) *El cerebro afirmativo del niño*. México: ed. Pinguin Random House, pp.250

Sierra, G. y Moya, A. (2012) *El apego en la escuela infantil, Claves de detección e intervención.*

Disponible en

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/ed2012v18n2a9.pdf>

Psicología Educativa

Vol. 18, n.º 2, 2012 - Págs. 181-191

Copyright 2012 by the Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

ISSN: 1135-755X - <http://dx.doi.org/10.5093/ed2012a18>

Steven, S. T. y Bryan, F. (1999) *Educación con inteligencia emocional*

[https://www.bajalibros.com/MX/Educacion-con-inteligencia-emocional-Maurice-J-Elias-eBook-](https://www.bajalibros.com/MX/Educacion-con-inteligencia-emocional-Maurice-J-Elias-eBook-1217471?frstPGI3R=aHR0cHM6Ly9teC5zZWZyY2gueWFob28uY29tLw==)

[1217471?frstPGI3R=aHR0cHM6Ly9teC5zZWZyY2gueWFob28uY29tLw==](https://www.bajalibros.com/MX/Educacion-con-inteligencia-emocional-Maurice-J-Elias-eBook-1217471?frstPGI3R=aHR0cHM6Ly9teC5zZWZyY2gueWFob28uY29tLw==)

Torrijos, R. (2019) *La teoría de John Bowlby “¿qué es el apego?”*. Disponible en

<https://psicocode.com/desarrollo/teoria-apego-john-bowlby/>

Tronick, E. (S/F) still Face experiment. Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

Envío a dictamen: 22 de mayo del 2020

Aprobación: 30 de septiembre del 2020

**Autora**

**Ernestina Jiménez Mar**

Master en Educación por la UDLA, Universidad de Las Américas CDMX

Profesora de Educación Primaria por 35 años en la SEP en el Estado de México

Correspondencia: [ernestina.jimenez.mar@gmail.com](mailto:ernestina.jimenez.mar@gmail.com)

## **COVID 19: VIVENCIA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA CON LOS BRIGADISTAS**

Covid-19: Experience of clinical intervention with the assistants

Consuelo Hilario Reyes

Psicólogos Sin Fronteras, México

### **RESUMEN**

La COVID-19 como vivencia de intervención clínica con los brigadistas, ha conducido a psicólogos y psicólogas a una experiencia de transformación humana y profesional, así como a la ruptura de viejos paradigmas castrantes. Tal experiencia hace que el profesional de salud mental se recree y se reinvente en el campo de la psicología ecológica y humanista. Transforma su vocación en un quehacer psicológico humanístico al servicio del bienestar integrar de los seres humanos, que conforman nuestra sociedad bajo el impacto de la COVID-19. Servir a las víctimas de la COVID-19 ha sido para cada brigadista una oportunidad de vida, aprendizaje y generación de una nueva significación a su quehacer psicológico, que da sentido de vida y lo transforma en agente de vida, proyectando lo mejor de sí en favor de la salud física y psicológica de cada persona.

**Palabras clave:** Covid-19, brigada, brigadista, vivencia, transformación, paradigma, voluntariado, aprendizaje, cognición, espacio, psicoemocional, vida.

### **ABSTRACT**

COVID-19 as an experience of clinical intervention with the brigade members, has led psychologists to an experience of human and professional transformation, as well as the breakdown of old castrating paradigms. Such experience makes the mental health professional recreate and reinvent himself in the field of ecological and humanistic psychology. It transforms its vocation into a humanistic psychological task at the service of the well-being of human beings,

who make up our society under the impact of COVID-19. Serving the victims of COVID-19 has been for each assistant an opportunity of life, learning and generation of a new meaning to his psychological work, which gives meaning to life and transforms him into an agent of life, projecting the best of himself in favor of the physical and psychological health of each person.

**Keywords:** Covid-19, brigade, assistant, experience, transformation, paradigm, volunteering, learning, cognition, space, psycho-emotional, life.

Intentaremos en estas páginas plasmar la vivencia de intervención clínica con los brigadistas, que hicieron posible, la Atención psicoemocional y psicosocial a distancia a personas afectadas por la pandemia, en el transcurso de marzo a junio del 2020.

La vivencia de intervención clínica se inició el 4 de mayo y se finalizó el 17 de junio del 2020, de 10:00 A 12:00 am, una sesión por semana. Tuvimos varias sesiones con 15 participantes. Este grupo recibió en promedio 40 llamadas telefónicas. Atendió a personas de diversas edades y de ambos sexos, en situación de crisis, adicción, depresión, ansiedad, miedo, incertidumbre e intento de suicidio.

Estas 15 personas se constituyeron como brigadistas, es decir un grupo de profesionales en el campo de la Psicología, que optaron voluntariamente dedicar un tiempo de su vida, a dar atención psicoemocional vía telefónica gratuitamente y sin espera nada a cambio. Realizaron un trabajo psicoterapéutico muy significativo con niños, adolescentes, jóvenes y adultos. Con su trabajo dieron paz, tranquilidad, serenidad y sentido de vida a todos aquellos que solicitaron su servicio. Esta experiencia hizo que se sintieran útiles, y valorizados por las personas que recibieron su servicio. Durante los tres meses de trabajo voluntario expresaron que se sintieron apasionados

y con mucho deseo de servir, ayudar y acompañar a las víctimas de la COVID-19. Realizaron esta labor como, una razón de ser, un sentido de vida y una forma de reafirmar su vocación de Psicólogo al servicio de su sociedad.

Esta vivencia de intervención clínica con los brigadistas se inscribe en el enfoque cognitivo y en la diversidad de espacio cognitivo, dado que fue un espacio de desarrollo intelectual, aprendizaje significativo para la vida personal y profesional, así como oportunidad de crecimiento individual, profesional y social.

Desde la perspectiva cognitiva, la vivencia de intervención clínica con los brigadistas en la Atención psicoemocional y psicosocial a distancia se inscribe en el campo de las teorías cognitivas, que enfatizan en los procesos mediante los cuales el hombre adquiere los conocimientos y genera un aprendizaje significativo, que aporta calidad de vida. Se preocupa del estudio de los procesos tales como lenguaje, percepción, memoria, razonamiento y resolución de problema de cada víctima de la COVID-19.

Los brigadistas como personas y profesionales en el momento de brindar su servicio a las víctimas de la COVID-19 vía telefónica actuaron de acuerdo con su nivel de desarrollo y conocimiento, poniendo en práctica la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget (Ginsburg, 1977), que facilita el desarrollo intelectual por etapas en las personas. Cuya teoría enfatiza también en el desarrollo intelectual centrado en las capacidades e imponen determinadas restricciones a los individuos. También toma en cuenta que el desarrollo intelectual se da por medio del aprendizaje por descubrimiento, como lo señala Jerome Bruner, (Bruner, 1961; Vygotsky, 1988). Esta vivencia de intervención clínica da la oportunidad a los brigadistas y a las víctimas de la COVID-19 adquirir un aprendizaje significativo. Añade Carretero a este propósito, que tal vivencia coloca a los brigadistas en situación de generar aprendizajes múltiples (Carretero, 1998). Vygotsky considera

tal vivencia como desarrollo cognitivo mediante interacción social (Frawley,1977). Erick Erickson estima que la vivencia de intervención clínica es la expresión de la sociedad, que moldean el desarrollo del ser humano (Carretero, 1998) y se considera como espacio de aprendizaje. Es la teoría y práctica del procesamiento de la información como una explicación sociológica del aprendizaje (Vygotsky, 1988).

La vivencia de intervención clínica con los brigadistas se considera como medio de procesamiento de los efectos de la COVID-19, que se explica a través de las teorías del procesamiento de la información, que se concentran en la forma en que la persona presta atención a los sucesos del medio, codifica la información que debe aprender y la relaciona con los conocimientos que ya tienen, almacenan la nueva información en la memoria y la recupera cuando la necesita. El procesamiento de la información afirma que las personas construyen sus propios conocimientos a partir de sus estructuras y procesos cognitivos sin explicar cómo se construyen esas estructuras y procesos iniciales (Ferreiro, 1996)

La intervención clínica se vivió como respuesta a las necesidades generadas por la COVID 19 en los brigadistas y se transforma en experiencia de aprendizaje sociocultural. Es la praxis de la teoría cognitiva de Vygotsky, la cual se basa principalmente en el aprendizaje sociocultural de cada individuo y por lo tanto en el medio en el cual se desarrolla. En este contexto, aprendizaje es uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo de la persona. La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Vygotsky añade el concepto de zona de desarrollo próximo para explicar la importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan. El aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas que individuales. La interacción social entre los brigadistas facilito el aprendizaje significativo (Vygotsky,1988).

Esta vivencia de intervención clínica se inscribe también en las teorías cognitivas socioculturales basadas en: La estructura y desarrollo de los procesos del pensamiento del individuo, y la forma en que los procesos afectan a la comprensión del mundo por parte de la persona. Servir al otro afectado por la pandemia es aprendizaje como descubrimiento personal, adquisición de estrategias afectivas para el aprendizaje y acción sobre objetos y recepción pasiva.

Para los brigadistas intervenir en caso crítico de COVID-19 fue un aprendizaje que les aportó instrucción, apoyo para adquirir conocimientos y capacitaciones que se valoran en la cultura de cada víctima de COVID-19. Intervenir clínicamente es para ellos adquisición de habilidades y competencias: prácticas sociales e intelectuales. Lenguaje como instrumento para el aprendizaje. Le ayudó a comprender los caminos del crecimiento en la persona, hasta reconocer que las habilidades, desafíos, y oportunidades del desarrollo del ser humano. Este camino varía según los valores y las estructuras de la sociedad.

Podríamos afirmar que la vivencia de intervención clínica con brigadistas es un laboratorio de aprendizaje significativo, múltiple y por descubrimiento. Dicha vivencia les condujo a comprender a las personas desde el mundo que viven y que le rodean. Abordan a las víctimas de la COVID-19, tomando en cuenta su información sensorial y cómo: la transforman, la sintetizan, la elaboran, la procesan, hacen uso de ella y hacen uso de su conocimiento para tener una mejor calidad de vida.

Desde esta perspectiva, los brigadistas viven la psicología como la cognición que lleva a la conducta. Desde un enfoque motivacional, la cognición es un "trampolín a de su acción". Como afirman los teóricos cognitivistas, la acción está principalmente en función de los pensamientos de la persona y no de algún instinto, necesidad, pulsión o estado de activación (Ferreiro,1996)

La intervención clínica con los brigadistas de la Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia encuentra su razón de ser en la Teoría Social Cognitiva que toma en cuenta tres variables que intervienen en la experiencia (para otros autores dentro de la literatura diversa sobre supervisión consúltese Fernández y Barrantes, 2017; Ballesteros, Muñoz, Novoa et al. 2019):

- factores de comportamiento
- factores ambientales (extrínsecos)
- factores personales (intrínsecos)

La experiencia personal, los factores del comportamiento y los factores ambientales están relacionados entre sí, conducen a los brigadistas adquirir un nuevo aprendizaje significativo para su vida y su quehacer profesional.

La vivencia de intervención clínica desde el punto de vista de la Teoría Social Cognitiva contiene varios conceptos básicos que se manifestaron y se hicieron realidad en la vivencia de intervención clínica COVID19 como son:

1. **Aprendizaje por observación:** Los brigadistas tuvieron la oportunidad de vivir la experiencia de **Aprendizaje por observación** en su quehacer terapeuta: para ellos fue una experiencia de aprender de otras personas por medio de su observación, que le permitió adquirir nuevo conocimiento en el campo de la psicoterapia y modificar su manera de actuar, así como romper paradigmas castrantes.
2. **Reproducción:** La vivencia de intervención clínica se transformó en un proceso donde existe el objetivo de aumentar eficazmente la repetición de un comportamiento. Ubicando al brigadista en un ambiente cómodo con materiales fácilmente accesibles para motivarlo a

guardar los conocimientos y comportamientos nuevos aprendidos y ponerlos en práctica con las víctimas de la COVID-19.

3. **Autosuficiencia:** La intervención clínica para cada brigadista fue la oportunidad de mejorar su conocimiento o comportamiento recién aprendido poniéndolo en práctica de manera eficaz y eficiente.
4. **Defensa emocional:** La vivencia de intervención clínica para cada brigadista fue una oportunidad para generar **buenos mecanismos de defensa emocional contra un ambiente estresante y de características personales negativas** que pueden provocar un aprendizaje efectivo en las personas.
5. **Capacidad de Autorregulación:** Los brigadistas a través de su intervención clínica aprendieron a autorregular su comportamiento, sus emociones y su entorno desfavorable en que atendían a las personas con COVID 19. Aprendieron a generar nuevos entornos para superar las dificultades y servir con alegría a las personas demandantes de ayuda.

Desde la perspectiva Diversidad de espacio cognitivo, los brigadistas expresan que para ellos la Brigada Nacional de Atención Psicoemocional a las víctimas del COVID-19 ha sido una posibilidad para desarrollar y fortalecer su vocación de servicio como Psicólogo. Un redescubrirse como personas que pueden ayudar y hacer algo por otros. Pero también, esta experiencia como brigadistas, les ha conducido a un cuestionamiento personal y replanteamiento de su quehacer como Psicólogo como semilla de novedad. Un tomar de conciencia de la necesidad de estar preparado para poder ayudar, así como responder con sentido de solidaridad, pertenencia a las necesidades de las personas que sufren y que se encuentran en situación de crisis y vulnerabilidad.

Por eso expresan que la vivencia de Intervención Clínica ha sido una experiencia excepcional, de crecimiento personal, humano y profesional. Les ha permitido ganar confianza en sí mismos, visualizarse como psicólogo en proceso de transformación y generación de nuevas maneras de ejercer su vocación y su rol de Psicólogo con una visión humanística, ecológica y proactiva. Dicho en otra palabra, ha sido el canal para tomar conciencia de que el Psicólogo es un agente de cambio, de vida y bienestar integral. Ha sido el eje que les conduce placenteramente a romper esquemas de castración cognitiva, relacional y psicoafectivo, así como romper con costumbres o esquemas personales, profesionales, que nos alejan del ser humano, para darle espacio a la creatividad terapeuta. Sin duda alguna, esta experiencia les condujo hacer empático con el dolor humano y el deseo profundo de vivir. Igualmente los ha llevado a valorizarse y a valorizar a los demás como personas con dignidad. Aprendieron a ser pacientes y abordar la incertidumbre con serenidad, así como a generar soluciones ecológicas en los momentos de crisis.

Ha sido una experiencia enriquecedora en el sentido amplio de la palabra. Así lo manifiestan los brigadistas. En el primer momento, se sintieron atormentados, nerviosos y angustiados, porque esperaban regaños del supervisor. En el segundo momento, empezaron a descubrir que no se trataba de regaños, sino de una vivencia colaborativa y constructiva de bienestar psicoemocional. Poco a poco fueron logrando construir su seguridad, confianza en sí mismo y equilibrio psicoemocional, y, por ende, se instaló una dinámica de trabajo en paz y confianza en sí mismos. A partir de este momento, la manera de atender las llamadas telefónicas era con paz y con placer de servir para generar vida en aquellos que solicitaban ayuda.

Por otro lado, era una vivencia dolorosa, porque experimentaban sentimiento de frustración, angustia y soledad, ante el dolor humano y las diversas peticiones, la situación de crisis, la ansiedad de ¿qué pasará mañana? Expresan que se sentían nerviosos, angustiados y

preocupados, pues tenían miedo a equivocarse; al encontrarse ante una situación dolorosa, y un mundo desconocido. Pero a pesar de todo intentaron dar vida con su humilde aportación y apoyo psicoemocional.

Esta experiencia de Intervención Clínica conduce a los brigadistas voluntarios a experimentarla como un espacio de diversidad de vivencia:

✓ **Espacio de expresión personalizada:** Cada uno de los brigadistas pudo tomar la palabra sobre su vivencia de atender, escuchar y acompañar a víctimas del COVID-19. Hablar de sus éxitos, de sus miedos, sus vivencias, sus sueños, sus esperanzas, y sus dificultades encontradas (López, 2014). También hablar libremente de las víctimas del COVID-19. Expresarse de la resignificación que implica para cada uno la Pandemia. Expresar sus emociones y sus debilidades en su quehacer de brigadista como psicólogo generador de vida.

✓ **Un espacio de escucha proactiva** (López, 2014): Ellos expresan que la Intervención Clínica fue asimismo un espacio para expresarse, escucharse y escuchar al otro que sufre, con la finalidad de sembrar la semilla de la tranquilidad y de la esperanza. Un espacio de fortalecimiento mutuo, así como de ampliación de nuestra visión de servicio y vocación psicológica. Tal escucha, fue un tomar fuerza para reafirmarse; como persona y profesional de la psicología. Una forma de redescubrirse, reinventarse como psicólogos creativos al servicio de los demás. La escucha proactiva, fue la actitud de los brigadistas, la cual consistió en observar y en atender anticipadamente las preocupaciones, dudas e ideas de las víctimas del COVID-19 como dice Marino (2019).

El tener disposición a la apertura comunicacional, les permitió desarrollar conversaciones más productivas como señala Calafell (2019). Esta disposición, la complementaron con la habilidad de escuchar empáticamente en el propio momento en que se estableció el diálogo con la víctima del COVID-19. El tener disposición a la apertura comunicacional, les permitió desarrollar el diálogo como una alternativa psicoterapéutica.

✓ **Espacio de empatía y escucha:** Los brigadistas vivieron su experiencia de Intervención Clínica como la capacidad de comprender el mundo interior de los demás y evitar hacer juicios. Porque para ellos la comunicación empática es el camino que conduce a este objetivo a través de dos técnicas: la comprensión y la escucha activa del dolor humano. Estos dos factores son la clave de la comunicación empática activa (Marino, 2019), que mantuvieron con las víctimas del COVID-19.

Saber escuchar es igual, o incluso más difícil, que saber hablar según los brigadistas. Consideraron que la escucha activa fue el elemento indispensable, que facilitó la comunicación eficaz entre el brigadista y la víctima del COVID-19. En este espacio comunicacional no solo se trató de escuchar lo que persona expresaba directamente, sino también se le dio importancia a escuchar los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Llegar a comprender a una víctima del COVID-19 requirió de cierta empatía y una actitud de humildad. Es decir, se trató de una escucha activa, la cual significó escuchar y comprender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

✓ **Experiencia de donación y germen de novedad:** La Jornada Nacional Psicoemocional COVID-19 ha representado para todos los brigadistas, la oportunidad de donarse a cambio de nada, sin esperar nada del otro (Pérez y Merino, 2019). Su única intención ha sido simplemente generar vida en medio del dolor humano. Un dar un poco de ellos mismos, un poner al servicio de los demás sus conocimientos, sus experiencias y sus habilidades para reinventar la salud mental de las víctimas del COVID-19. Poner al servicio de las personas que sufren, un granito de arena de bienestar psicoemocional, con el único fin de generar e instalar paz y tranquilidad. Por eso expresan que se van tranquilos de haber servido con dignidad al ser humano. En fin, **dar, es servir, y recibir.**

Por eso manifiestan que se sienten afortunados y enriquecidos por haber tenido la oportunidad de servir con alegría a las víctimas del COVID-19. Es una experiencia nueva que les ha dado la posibilidad de ser personas nuevas, mejores personas, mejores profesionales y sensibles a las necesidades de los demás. Esta experiencia también les ha incentivado el deseo profundo de seguir siendo voluntario por el bien psicoemocional de las personas que sufre y están en situación de crisis. En estas situaciones dolorosas darse la oportunidad de sembrar la semilla de nueva vida. Para ellos, lo importantes es “servir a cambio de ganar vida y seguir sembrando la semilla del bienestar psicológico”.

✓ **Un espacio de cuestionamiento personal:** Poder atender, escuchar y acompañar a personas que sufren por el COVID-19, llevó a los brigadistas a una reflexión y cuestionamiento personal sobre su esencia y el quehacer del psicólogo, así como todo lo que significa su profesión de Psicólogo en su sociedad. Han tomado conciencia de la gran responsabilidad social y repercusiones que tienen en los seres humanos a través de su

quehacer. En efecto, son conscientes del gran compromiso social que le conduce a tener claro, que antes todo, son agentes de vida y de cambio (Fuguet, 2013). Tal experiencia provocó en ellos un cambio de actitud y pensamiento, así como en su manera de actuar.

Este cuestionamiento personal, los conduce a redescubrirse, a resignificarse, conocerse y valorizarse como persona al servicio de los demás. Personas llenas de esperanza y en favor de la construcción de una sociedad ecológica, defensora de la integridad psicoemocional de las víctimas del COVID-19.

✓ **Vivencia nostálgica:** Expresan tristeza, melancolía, nostalgia porque ya terminó la Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia. Quisieran seguir siendo voluntario, seguir escuchando, ayudando, acompañando, así como seguir comunicando esperanza de vida. Pero todo tiene un inicio y un final, y ha llegado ese final. Manifiestan que en este fin están felices porque han hecho lo que tenía que hacer: Servir a las víctimas del COVID-19. y a las personas que le confiaron su dolor.

La nostalgia que tienen constituye en el fondo de su ser y, a través de ella muchas cosas podrían cambiar en ellos e impactar a los que le rodean. Según Ibérico (1958), esta nostalgia mezcla «un sentimiento de encanto ante el recuerdo del objeto ausente o desaparecido para siempre en el tiempo, un sentimiento de dolor ante la asequibilidad de ese objeto, en definitiva, un anhelo de retorno que quisiera transponer la enigmática distancia que separa el ayer del hoy y reintegrar el alma en la situación que el tiempo ha abolido».

Señala Sabater (2019), que nostalgia evoca situaciones, emociones, acontecimientos y personas que se convierten en un acto que lo sumerge en un estado de alegría y reflexión al mismo tiempo. Como señala Muñoz (2013), la nostalgia no solo advierte indirectamente el valor por un evento

pasado, sino que despierta un anhelo por volver a vivirlo tal y como se vivió entonces. Afirman los brigadistas que si continúan viviendo con plenitud podrán sentir nostalgia proactiva. Y añaden que las personas con las que trabajaron están hechas de recuerdos, de experiencias y vivencias que edifican lo que ellos son en la actualidad (Glantz, 2013; Muñoz, 2013).

En, conclusión la vivencia de Intervención Clínica con los brigadistas ha constituido el espacio de diversidad de expresiones, vivencias y experiencias, donde cada brigadista se ha reinventado, ha encontrado un sentido de ser, una razón para vivir y un camino de novedad psicoterapéutica

## REFERENCIAS

Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, A. M., Novoa-Gómez, M. y otros (2019)

Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica. *Universitas psychologica*, vol. 18, núm. 4, pp. 1-14

Bruner, J. (1961) The act of discovery. *Harvard Educational Review*, 31, 21-32

Calafell, J. (2019). *Comunicación asertiva*. México Disponible en [www.Jeronicalafelle.com](http://www.Jeronicalafelle.com).

Carretero, M. (1998). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Argentina: Aique

Castello, A., Ramos, I., Soler, A (2013). *La comunicación en cambio constante*. España: Fragua

Fernández F., D. y Barrantes S., G. (2017) Reflexiones sobre la supervisión clínica. Una experiencia de formación universitaria. *Revista Reflexiones*, vol. 96, n. 2

Ferreiro, G.R. (1996). *Paradigmas Psicopedagógicos*. Itson: Son.

Frawley, W. (1997). *Vygotsky y la ciencia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Fuguet, A. (2013). *Comunicación y cambio*. Venezuela: La Misión.

Ginsburg, T. (1977). *Piaget y la teoría del desarrollo intelectual*. Madrid: Prentice Hall

Glantz, M. (2013). *Nostalgia*. La Jornada, 25 de julio del 2013

Iberico, M. (1958). *Perspectivas sobre el tiempo*. Perú: Universidad Nacional de San Marco.

López, V. (2014). *Situación de aprendizaje*. Chile: Herder.

Marino, P. (2019). *Comunicación empática*. Italia: Neret.

Muñoz, J. (2013). La nostalgia como un deseo de retorno. Colombia: Universidad de San  
Buenaventura Seccional de Medellín

Pérez P., J. y Merino M. (2019). *Definición de donación*. <https://definición.de/Donación/>

Vygotsky, L (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, México: Grijalbo.

Sabater, V. (2019). *Cuando la nostalgia nos envuelve*. España: Universidad de Valencia

Envío a dictamen: 7 de agosto del 2020

Aceptación: 4 de diciembre del 2020

## **Autora**

### **Consuelo Hilario Reyes**

Doctorado en Ciencias psicológicas por la Universidad Libre de Bruselas, Bélgica. Maestra en Psicopedagogía, Licenciada en Psicología clínica. Experiencia servicios diplomáticos y en asesoría política. Colaboración internacional con la organización Taizé.

## **IMPACTO SOCIOEMOCIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS DERIVADO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA COVID-19.**

Socioemotional effects on children derived from confinement by covid-19 pandemic

Cynthia Ivonne López-Calderón (\*) & Sarahi Damian-Flores (\*\*)

(\*) Universidad de Ixtlahuaca C.U.I (\*\*) Universidad Autónoma del Estado de México

### **RESUMEN**

Una de las principales afectaciones de la pandemia por COVID-19 tiene que ver con el área de la salud mental, ante la cual se han implementado diferentes estrategias y programas que tienen como propósito prevenir y reducir el impacto estresor y emocional en adultos, y en niños, sin embargo, poco se habla sobre el impacto el confinamiento tiene en la falta de socialización en los escolares. Por ello, el propósito de este trabajo es compartir algunas reflexiones sobre la importancia y necesidad de buscar alternativas para mantener en la medida de lo posible el contacto entre pares con la finalidad de promover el equilibrio socioemocional en niños escolares.

Palabras Clave: Impacto socioemocional, niños, confinamiento.

### **ABSTRACT**

Mental health is one of the main areas affected by the COVID-19 pandemic, in which different strategies and programs have been implemented that aim to prevent and reduce the stressful and emotional impact on adults and children, however, little is talks about the impact confinement has on the lack of socialization in schoolchildren. Therefore, the purpose of this work is to share some reflections on the importance and need to seek alternatives to maintain contact between peers as much as possible in order to promote socio-emotional balance in school children.

**Key Words:** Socio-emotional effect, children, confinement.

## **Introducción**

La inesperada llegada de la pandemia COVID-19 a México ha sido un tema de cada día, expuesto por diversos especialistas abordando la mayoría de sus efectos en la sociedad; salud, economía, trabajo, educación e impacto emocional en los mexicanos. Sin duda es un tema extenso ya que de forma directa e indirecta ha afectado a la mayoría de los ciudadanos en sus distintas etapas; niños, adolescentes, adultos y personas mayores en diferentes aspectos de su vida cotidiana.

El hecho de romper con la rutina y guardarse en casa por varios meses sin poder llevar una vida social ha afectado a uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad; los infantes. Se ha vuelto tema de conversación los cambios emocionales que los niños han presentado al soportar ya tantos días en su hogar, desprendiéndose de su vida académica presencial, la atención personalizada de sus docentes, el juego con sus compañeros, el recreo y la convivencia entre pares.

Lejos del resultado académico que está presente en el país, existe una situación aún más demandante para el desarrollo afectivo-emocional de los niños: La carencia de socialización entre pares. Los infantes sobre todo perciben a la escuela como un contexto social en donde desarrollan, practican y maduran sus habilidades sociales, emocionales y afectivas, están acostumbrados a interactuar con sus compañeros para ir formando vínculos de apoyo que fortalecen también su seguridad personal y social, les permite relacionarse de forma distinta a como lo hacen en familia por ellos van descubriendo aspectos nuevos sobre sí mismos. Muchas ocasiones encuentran en sus pares un amparo emocional en el cual pueden expresar mediante conversaciones o juegos sus vivencias personales, conflictos familiares y aquellos malestares emocionales por las situaciones

que viven en casa, es lógico sentirse afectados al no poder ver e interrelacionarse con su grupo de iguales, pues como niños la socialización es relevante en sus vidas.

Cortejoso (2020) refiere que una de las interacciones más importantes en la etapa infantil es la relación de amigos, ya que es a través de este intercambio mutuo que el niño adquiere un conocimiento sobre sus intereses, capacidades, limitaciones, roles y comportamientos, permitiendo así desarrollar su autoestima. La relación entre pares que se da en las escuelas es totalmente favorable para los niños, beneficia el desarrollo de su cerebro, es una vitamina social de todos los días que les permite fortalecerse. Los amigos son parte importante de su vida, en la escuela no solo asisten a aprender cuestiones académicas o una lengua extranjera, atienden también las necesidades sociales que tenemos como seres humanos.

### **Vínculos entre pares**

Escobar (2020) refiere que somos seres sociales y para nuestro desarrollo es básico interactuar con otros, crecer con y a través de otros. Desde temprana edad el ser humano es capaz de formar vínculos afectivos como un modo de supervivencia, estos primeros vínculos se crean con la madre incluso desde que estamos dentro del vientre de ella, posteriormente se fortalece conforme vamos creciendo, además podemos ir estableciendo otros con la familia como primer núcleo social en el que nos desarrollamos.

Al momento de ingresar a la etapa escolar pueden aparecer ciertas resistencias por parte de los niños para quedarse en la misma, sin embargo, con el paso del tiempo van conociendo a sus pares y esto les permite crear una nueva zona segura para ellos en la que pueden entenderse con su grupo de iguales a parte de darles la posibilidad de irse auto conociendo e ir desarrollando habilidades sociales.

Castillo (2020) refiere que los seres humanos somos criaturas sociales, no por gusto o placer, si no por supervivencia. Por lo que es aceptable que el ser humano sea social de manera innata, pues requiere interactuar con otros para comprenderse a sí mismo, así como a los demás, esto sucede cuando existe una convivencia entre pares que permite una mutua retroalimentación, convivencia y comunicación permitiéndole al cerebro desarrollarse de manera sana dándole oportunidad de fomentar una maduración acorde a la edad.

### **La escuela como un espacio de interacción y autonomía**

El ingreso de un niño a la etapa escolar implica un proceso de separación de las primeras figuras de apego, en donde ambas partes deberán aprender a lidiar con las angustias que este acontecimiento trae consigo. Además, esta separación da pie a la formación de nuevos vínculos, y al desarrollo de la autonomía que se presenta de manera paulatina.

En nuestra experiencia como docentes hemos observado que asistir al colegio, representa un intercambio total, no solo cuando de conocimientos se habla, sino también de intereses, valores y experiencias. Asimismo, esta interacción pone entre paréntesis lo que hay fuera; es decir, la escuela puede llegar a ser un refugio seguro para muchos de los niños, en donde a través del vínculo con sus pares y docentes, pueden hacer a un lado (al menos por un momento) disgustos, conflictos, problemáticas y todo aquello que pueda existir en sus hogares y que les cause algún tipo de angustia. Desafortunadamente en muchas ocasiones los hogares no son una zona segura para los niños debido a la dinámica familiar quedándoles por ahora soportar una tormenta en casa sin poder expresar a sus amigos y mediante el juego sus vivencias.

Actualmente muchos niños están faltos de su necesidad social, pasando horas frente a un dispositivo electrónico que termina por cansarlos mentalmente y provoca en ellos frustración e

irritabilidad, incluso cambios de humor repentinos que impactan directamente en su comportamiento y en su desempeño académico en casa. Cifuentes (2020), refiere, que pasar mayor tiempo en casa puede reducir la satisfacción con el hogar para los niños, en especial para aquellos que generalmente son infelices en su hogar, esto es debido a que el pasar la mayor parte del tiempo conviviendo con adultos, y siguiendo una rutina que se despliega totalmente dentro de casa no propicia al cerebro de los niños la estimulación tanto cognitiva como emocional, y por tanto tampoco la misma felicidad que convivir entre pares, por lo que la falta de socialización podría acabar siendo un gran problema a largo plazo.

Los niños al no tener la posibilidad de jugar en el recreo, de platicar unos minutos o segundos entre clases, y en general el no poder pasar tiempo cara a cara con sus amigos, se ven privados la mayor parte del tiempo de su interacción social. La imposibilidad de mantener relaciones sociales que impliquen acercamiento físico afecta psicológicamente a los pequeños, llegando a manifestarse como síntomas de aislamiento, irritabilidad, frustración, cambios de humor, dificultad para conciliar el sueño, etc. Incluso para aquellos niños diagnosticados con capacidades diferentes, TDAH y necesidades educativas especiales es aún más difícil pasar días de encierro.

### **Socialización en tiempos de COVID-19**

En México, se inició la Jornada de Sana Distancia el 24 de marzo de 2020, lo cual significó la suspensión de clases con la consigna de que se volvería al cabo de 4 semanas, por lo que tanto docentes como alumnos se despidieron con la promesa de verse prontamente, sin embargo, diversos factores hicieron que la contingencia sanitaria fuera alargada más y más, llevando a las escuelas a terminar el ciclo escolar a distancia, y posteriormente a iniciar uno nuevo en esta misma modalidad.

Desde entonces la única comunicación que tienen docentes y alumnos es de manera virtual, a través de mensajes, llamadas, o videoconferencias en los mejores escenarios. Y siendo más pesimistas, en el caso de alumnos que viven en comunidades más aisladas, únicamente toman clases frente a un televisor siendo la comunicación con maestros y compañeros muy limitada, incluso hasta nula.

La forma de trabajo varía según el nivel escolar, la zona en que el alumno habita, el tipo de colegio al que asiste, y los medios con los que cuenta. Mientras que el ritmo de trabajo escolar dependerá en gran medida de las actividades propias de los padres de familia, así como de los recursos para tomar clases y realizar actividades académicas. Por lo que el hogar puede pasar de ser un lugar seguro y de protección a ser un ambiente lleno de tensión emocional, frustraciones, estrés originado de la carga de trabajo en los padres y madres de familia, aunado a las actividades escolares diarias que los alumnos realizan en su día.

Debido a la prolongación del confinamiento en México y la nula socialización entre pares, las consecuencias emocionales en los niños comienzan a aparecer cada vez más afectando a 3 de cada 5 menores presentando signos en su conducta como; alteración del sueño, alteración de su rutina diaria, retroceso en su autonomía, episodios de irritabilidad y enojo, aumento de frustración en actividades escolares, periodos de tristeza y desánimo y por supuesto poco o nulo interés en sus actividades escolares a distancia.

Lo que es un hecho es que hoy en día la interacción entre pares es deficiente, cuestión que afecta e impacta directamente la salud emocional de los niños y niñas, actualmente en las escuelas, algunos profesores interesados en brindar una educación de calidad toman como estrategia clases

a distancia en donde por más los alumnos solo pueden verse a través de una pantalla de un dispositivo electrónico, quedando muy escasa la socialización entre niños.

Las consecuencias de la no socialización entre pares deterioran la calidad de vida de todos los menores provocando un poco disfrute, ya que en la mayoría de los niños existe un déficit de hormonas como la oxitocina y serotonina que son las encargadas de generar felicidad y favorecer las relaciones sociales, propiciando depresión baja motivación, desinterés y apatía. Es ante este tipo de casos donde es para los niños importante recibir atención especializada para evitar enfermedades mentales.

### **Conclusiones**

Los seres humanos somos seres sociales por naturaleza, por decirlo de alguna manera, los humanos requerimos de la socialización para poder sobrevivir, los principios de la socialización se dan desde la relación con el cuidador primario, posteriormente los infantes comienzan a crear lazos afectivos con familiares cercanos, sin embargo el proceso de socialización propiamente dicho comienza cuando el niño es capaz de separarse de la madre por un tiempo relativamente largo, y tener la conciencia de que volverán a encontrarse, dicho proceso se da al ingresar a una institución educativa, en donde el niño comienza a depositar afectos y emociones, en sus pares e incluso en sus docentes.

La nueva realidad en México obliga a todos los infantes a permanecer en sus hogares y a continuar la formación académica a través de la estrategia aprendiendo en casa, lo cual puede generar cambios bruscos de humor, irritabilidad, desestabilidad emocional, alteración del sueño, retroceso educativo, estrés, fatiga, cansancio mental, desánimo, tristeza e incluso depresión.

De igual manera las cargas de trabajo excesivas y la falta de socialización cara a cara, así como el poco contacto con los pares, puede generar conflictos entre padres e hijos, violencia intrafamiliar y desintegración de las familias,

Por lo que se hacen las siguientes recomendaciones.

A los padres de familia:

- Crear un lugar de estudio con la finalidad de motivar a los niños a continuar con su aprendizaje académico.
- Establecer una rutina con el objetivo de anticipar a los menores las actividades que realizarán durante el día y comprendan que también existen tiempos de descanso y juego.
- Permitir tiempo de juego con el propósito de permitir a los niños actividades lúdicas donde pongan en práctica su imaginación; además, el juego genera en ellos hormonas de la felicidad como la serotonina y oxitocina.
- Actividades de convivencia familiar para estar pendientes del comportamiento de los niños. generar vínculos afectivos y propiciar la expresión de emociones.
- Favorecer la comunicación con amigos, compañeros, docentes y familiares para continuar conviviendo a distancia con sus queridos y motivarlos a continuar adelante.
- Predicar con el ejemplo la resiliencia y calma puesto que como familia son las primeras figuras modelo de los niños y la actitud de su núcleo familiar impacta positiva o negativamente en el bienestar emocional de los niños.

A los docentes:

- Evitar la saturación de trabajo, para que los alumnos continúen nutriéndose académicamente es importante organizar las actividades evitando una carga de actividades que solo propicien en los niños estrés y se sientan presionados.
- Tomar en cuenta fechas especiales para los niños, como cumpleaños y días festivos, en donde se puedan agendar videollamadas con los estudiantes, con la finalidad de felicitarlos y platicar con ellos de temas diferentes a los escolares.

### **Referencias.**

Bilbao, A. Abril (2018). *Versión Completa. Álvaro Bilbao: Entender el cerebro de los niños para educar mejor*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=pQEAY0nDZ3g>

Castillo, I. Mayo (2020). Conferencia COVID19 ¿Cómo controlar el impacto emocional negativo en los estudiantes? Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=1039UquvMp8>

Cifuentes, J. (2020). España. *Revista Internacional de Educación para la Justicia*. Recuperado de <Social:file:///C:/Users/aleja/Downloads/12216-Texto%20del%20art%C3%ADculo-31100-1-10-20200525.pdf>

Escobar, A. (2020). España. *Europa Prees*. Recuperado de <https://www.20minutos.es/noticia/1588431/0/aislamiento-social/ninos/afecta-cerebro/?autoref=true>

Montes de Oca, L. Julio (2020). Niños y adolescentes durante el encierro. Recuperado de <https://www.facebook.com/MTVacapulcoshore/videos/317016576096145>

Envío a dictamen: 30 de octubre del 2020

Aceptación: 21 de diciembre del 2020

## **Autoras**

### **Cynthia Ivonne López Calderón.**

Licenciada en Psicología egresada de la Universidad de Ixtlahuaca C.U.I

Experiencia en: Psicología educativa y Psicología clínica.

Docente de educación socioemocional de nivel preescolar y primaria.

Asesora parental y atención psicológica a niños, adolescentes y adultos, creadora de material emocional y educativo didáctico.

Correspondencia: cynthiaivonne@gmail.com

### **Sarahi Damian Flores**

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México

Atención Psicológica a Niños en la Practica Privada

Docente a nivel preescolar.

Miembro de Psicólogos Sin Fronteras Mx. Valle de Toluca

Dirección ejecutiva de la Revista Psicología Sin Fronteras (PSFMX)

Operadora y Supervisora en la brigada de Atención Psicoemocional a Distancia por Covid-19  
(PSFMX)

Ponente en congresos Nacionales e internacionales con temas de adolescencia, educación socioemocional, pareja y sexualidad.

Formación continua en cursos, talleres y diplomados con enfoque clínico-educativo

Correspondencia: sarahdflores034@gmail.com

## **BIENESTAR PSICOLÓGICO Y AFRONTAMIENTO EN JÓVENES.**

### **PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND COPING IN YOUNG PEOPLE**

Wendy Apolonia Valdiviezo (\*) & Rocío Rojas Reyes (\*\*)

(\*) Universidad César Vallejo, Perú y (\*\*) Universidad Autónoma del Estado de México

#### **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar la correlación entre las dimensiones del bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento. La muestra estuvo conformada por 80 jóvenes de 15 a 25 años del valle de Toluca. En su mayoría son jóvenes que cursan estudios de preparatoria y de licenciatura. Para recolectar datos, se empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de la versión española propuesta por Van Dierendonk y la Escala de Afrontamiento (ACS) de Frydenberg y Lewis. Se obtuvo como resultado la correlación positiva entre las cinco dimensiones del Bienestar Psicológico y las estrategias de Resolver el problema y Fijarse en lo positivo; además, se encontró una correlación negativa entre las dimensiones y la estrategia de Ignorar el problema.

**Palabras Clave:** Bienestar Psicológico, Estrategias de Afrontamiento, fijarse en lo positivo, jóvenes, resolver problema.

#### **ABSTRACT**

The objective of this research is to analyze the correlation between the dimensions of psychological well-being and coping strategies. The sample for the study was made up of 80 young people from 15 to 25 years old living in the Toluca Valley. The majority of them are young people, who are studying high school and undergraduate studies. For the

data collection, we used the Ryff Psychological Well-Being Scale of the Spanish version proposed by Van Dierendonk and the Coping Scale of Frydenberg and Lewis (ACS).

The result shows the positive correlation between the five dimensions of Psychological Well-being and the strategies of Solving the problem and Looking at the positive; in addition, a negative correlation was found between the dimensions and the strategy to ignore the problem.

**Key Words:** Coping Strategies, looking at the positive, Psychological Well-being, Solving the problem, youth.

### **Introducción**

El bienestar psicológico ayuda a determinar qué tan satisfecha se encuentra la persona con su vida (Casullo y Solano, 2000), aunque también es importante conocer las dimensiones que ayudan a poseer un adecuado nivel de este bienestar. Norman Bradburn en el año 1969 fue quien acuñó la palabra bienestar psicológico, que instó a la realización de la evaluación global de este constructo y así evitar cuestionamientos de su naturaleza (Vielma y Alonso, 2010). Es importante, indicar que el concepto de bienestar psicológico surge del interés por conocer el nivel de satisfacción con la vida y se refiere al desarrollo del potencial humano y al funcionamiento psicológico pleno (Deci y Ryan, 2008 en García, *et al.*, 2014).

En la investigación psicológica se puede distinguir dos grandes perspectivas en la investigación psicológica acerca del bienestar de los individuos. El enfoque hedónico se centra en la felicidad así mismo, define el bienestar en términos de obtención de placer y evitación del dolor. Mientras que el enfoque eudaimónico centrado en la autorrealización, define el bienestar en términos de desarrollo del potencial humano y funcionamiento psicológico pleno (Peterson,

Park & Seligman, 2005; Ryan & Deci, 2001 en Barra, 2011). Zubieta y Delfino (2010) mencionan que existe una interacción y que este debe de dar cuenta de la interrelación de necesidades individuales y sociales como promotores del bienestar o el malestar. No solo se trata de estudiar solos los criterios psicológicos, sino que también se deben de incluir los criterios sociales del bienestar; ya que relaciona a las personas con su medio y de cómo este les asegura su bienestar, va desde los criterios relacionales y microsociales que la sociedad ofrece a la persona para que esta logre satisfacer sus necesidades.

Contini, Coronal, Levin y Estevez (2003) menciona que, los adolescentes se autoperciben con un mayor bienestar psicológico utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento: concentrarse en resolver el problema, busca apoyo social, fijarse en lo positivo, invertir en amigos íntimos y esforzarse y tener éxito. La relación social que pueda tener un sujeto, contribuye a dar sentido a la vida de sus miembros y favorecen la organización de la identidad a partir de la interacción significativa entre los otros y el adolescente.

Los estudios más actuales acerca del bienestar psicológico muestran un concepto multifacético y dinámico que incluye dimensiones subjetivas, sociales, y psicológicas, así como comportamientos relativos a la salud (Romero, García-Mas y Brustad, 2009). Ryff (1995; p. 100) precisa que “una caracterización más ajustada del bienestar psicológico es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial”. Así, el bienestar psicológico (la concepción eudaimónica del bienestar) significaría el tener un propósito en la vida, el cual le ayudará a adquirir un significado para uno mismo. Para superar los desafíos y cumplir las metas propuestas será necesario el esfuerzo de la persona. Así mismo, se va centrando el interés por desarrollo personal, en el estilo, la manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir sus objetivos (Romero *et al.*, 2009). Las investigaciones en este campo indican que

la relación entre el estilo de afrontamiento dirigido a la resolución del problema y el bienestar psicológico es positiva y significativa (en ambos géneros). Asimismo, aparece una relación significativa y negativa entre el estilo de afrontamiento improductivo y el bienestar psicológico (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002).

Eguiarte y Rivas (2016) realizaron la implementación del programa de empoderamiento juvenil y se reportó un mayor nivel de bienestar general a diferencia de los adolescentes que no participan. Lo cual, indicaría que este tipo de programas mejoran ciertos aspectos del autoconcepto y las autocompetencias. Un adecuado o alto nivel de bienestar implica poseer recursos personales para hacer frente a las circunstancias adversas o problemáticas, el afrontamiento exitoso determinaría un adecuado nivel de bienestar psicológico. El programa como aborda al empoderamiento y fortalecimiento de recursos, pues ayudan a que funcione como un factor protector ante los diversos problemas que afecta a la juventud.

El bienestar psicológico en los estudiantes es importante, en una investigación mexicana, se obtuvo datos acerca de los alumnos de nuevo ingreso el cual se percibían de medianamente un nivel de bienestar subjetivo alto y pocos de los estudiantes se consideraban tener un bienestar bajo en las demás escalas. Así mismo, este estudio realizado indica que, la población estudiantil de primeros ingresos se reporta sana en términos generales, pero manifiestan una preocupación en la orientación académica. Este tipo de estudio realizado nos ayuda a planear programas de intervención para apoyar a estudiantes de acuerdo a las necesidades que se reporten (Pérez, M.; Ponce, A.; Hernández, J. & Márquez, B, 2010).

Otros países toman como política el estado de alcanzar la plenitud de vida y hacia como debe de orientarse al desarrollo. Algunos se enfocan en los aspectos patológicos de las personas que suelen tener mayor presencia, mientras otros se enfocan en la felicidad o en los aspectos

positivos (Salanova, 2008 en Moreta, Gabior, y Barrera, 2017). La satisfacción con la vida se correlaciona mucho mejor entre los componentes del Bienestar Psicológico como son la Autoaceptación, el propósito con la vida y el dominio del entorno. La felicidad contribuye al bienestar social pero mucho más lo es el esfuerzo que hace el individuo para alcanzar sus metas y objetivos. En esta investigación se concluye que el bienestar psicológico es una variable mejor predictora del bienestar social. (Moreta *et al.*, 2017). Se define al afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que constantemente cambian, que se desarrollan para poder manejar las demandas que existan que pueden ser consideradas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984 citado en Romero, *et al.*, 2010).

Contini, Coronal, Levin y Estevez (2003) menciona que, los adolescentes se autoperciben con un mayor bienestar psicológico utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento: concentrarse en resolver el problema, busca apoyo social, fijarse en lo positivo, invertir en amigos íntimos y esforzarse y tener éxito. Las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la vida de sus miembros y favorecen la organización de la identidad a partir de la interacción significativa entre los otros y el adolescente.

Los conflictos propios de la adolescencia son "aquellos acontecimientos y sucesos vitales que identifican y definen esta etapa evolutiva y que esencialmente se caracterizan por los cambios físicos y psicológicos intensos y decisivos para el adolescente". (Ávila-Espada, Jiménez-Gómez y González, 1996, p.279). Estos cambios, sobre los que el sujeto tiene poco dominio son percibidos en forma positiva o negativa, pueden afectar los vínculos y las adaptaciones paulatinas en las que el sujeto pone en marcha recursos intra e interpersonales.

La juventud es una etapa del desarrollo donde la persona se halla más tranquilo consigo mismo respecto a lo que había sido y sentido en su adolescencia, aunque no ha llegado todavía al

equilibrio que es característico de la adultez ya que se va avanzando en el autoconocimientos y autoaceptación. Es la mejor época para el aprendizaje, pues la razón y la capacidad de pensar han logrado frenar los excesos de la fantasía y ahora el joven es capaz de enfrentarse objetivamente a la realidad que le rodea. Para continuar con dicho equilibrio es fundamental considerar las estrategias de afrontamiento para el bienestar psicológico en los jóvenes, no existen estrategias de afrontamiento mejor ni peor en sí mismas. González *et al.*, (2002) nos indica que ciertos criterios se basan en lo psicosociales y que a su vez derivan del proceso evolutivo, pueden tener repercusión en la confianza de sí mismo, la timidez, la ansiedad, sentimiento de eficacia, la autoestima, hasta el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Plancherel y Bolognini (1995) mencionan que, el afrontamiento en los adolescentes se relaciona con conjuntos de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por eventos que causen estrés. Los estudios más actuales acerca del bienestar psicológico lo muestran como un concepto multifacético y dinámico que incluye dimensiones subjetivas, sociales, y psicológicas, así como comportamientos relativos a la salud. (Romero *et al.*, 2009). Las investigaciones en este campo indican que la relación entre el estilo de afrontamiento dirigido a la resolución del problema y el bienestar psicológico es positiva y significativa (en ambos géneros). Asimismo, aparece una relación significativa y negativa entre el estilo de afrontamiento improductivo y el bienestar psicológico (González *et al.* ,2002).

Por lo tanto, la intención de este estudio es conocer la relación que existe el Bienestar Psicológico y las estrategias de Afrontamiento en jóvenes de Toluca.

## **Método**

### **Participantes**

Los participantes de la investigación son ochenta jóvenes de 15 a 25 años de edad del Valle de Toluca, quienes aceptaron participar de forma voluntaria y firmaron un consentimiento informado. En su mayoría son estudiantes universitarios y de preparatoria.

## **Resultados**

Los resultados obtenidos permiten dar respuesta al objetivo de esta investigación de Bienestar Psicológico y Afrontamiento en jóvenes, con una población de 80 personas en edad de 15 a 25 años.

En la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión de Díaz y Blanco), la puntuación media total de 138, la investigación arrojó puntuación por arriba de la media con 168.90 que implica un adecuado bienestar en los jóvenes de la muestra.

En la Tabla 1 se muestra los estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico de una muestra de 80 jóvenes de 15 a 25 años de edad; donde la puntuación total de bienestar indica que los jóvenes obtuvieron una puntuación promedio en cada una de las dimensiones lo que implica un adecuado bienestar.

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico en muestra de jóvenes.*

Dimensión	M	DE
Autoaceptación	25.54	5.48
Relaciones Positivas	24.74	6.08
Autonomía	33.08	6.54
Dominio del entorno	25.72	5.8
Crecimiento Personal	32.31	8.52
Propósito en la vida	27.5	6.15
Bienestar Psicológico Total	168.90	28.89

En la Tabla 2 se muestra los estadísticos descriptivos de la escala de afrontamiento aplicada a una muestra de jóvenes se puede apreciar que los jóvenes utilizan con más frecuencia son las siguientes estrategias de afrontamiento: Concentrarse en Resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, las que menos utiliza en la de No Afrontamiento.

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos de la escala de afrontamiento de una muestra de 80 jóvenes de 15 a 25 años de edad.*

Dimensión	M	DT
Buscar Apoyo Social	67.51	16.64
Concentrarse en Resolver el problema	75.56	12.32
	75.13	
Esforzarse y tener éxito		13.93
Preocuparse	74.64	12.15
Invertir en amigos íntimos		
Buscar pertenencia	62.48	17.13
Hacerse ilusiones	61.29	17.27
	55.94	15.16
No afrontamiento	42.16	15.62
	47.29	
Reducción de la tensión	47.36	17.79
Acción Social	44.25	17.92
Ignorar el problema	52.7	19.43
Autoinculparse		18.47

Reservarlo para sí	56.68	19.34
Buscar Apoyo Espiritual	50.27	19.19
Fijarse en lo positivo	70.81	15.14

Buscar ayuda profesional	67.29	20.13
Buscar diversiones relajantes	73.12	18.10
Distracción física	65.64	21.19

En la Tabla 3 se aprecia los resultados de la correlación entre los Puntajes de Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento, destacando que los jóvenes utilizan más la resolución de problema como estilo de afrontamiento con las estrategias de resolución de problemas y fijarse en lo positivo. También se encontró que el estilo de afrontamiento improductivo es utilizado como estrategia para ignorar el problema.

*Tabla 3 Relación entre las Estrategias de afrontamiento y el Bienestar psicológico de una muestra de jóvenes*

*de la ciudad de Toluca.*

Estrategias/Dimensión	Auto aceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento Personal	Propósito en la vida	Bienestar psicológico
Apoyo Social	r=.085 p=.470	r=.175 p=.137	r=.097 p=.409	r=.030 p=.797	r=.137 p=.243	r=.018 p=.876	r=.126 p=.286
Resolver el problema	r=.337 p=.004	r=.259 p=.026	r=.326 p=.005	r=.357 p=.002	r=.313 p=.007	r=.345 p=.003	r=.429 p=.000
Esforzarse y tener éxito	r=.368 p=.001	r=.214 p=.067	r=.364 p=.001	r=.417 p=.000	r=.314 p=.006	r=.463 p=.000	r=.473 p=.000
Preocuparse	r=.627 p=.821	r=-.095 p=.420	r=.017 p=.089	r=.034 p=.776	r=.078 p=.508	r=.147 p=.210	r=.050 p=.672
Invertir en amigos íntimos	r=.173 p=.140	r=.189 p=.108	r=.188 p=.108	r=.102 p=.389	r=.065 p=.560	r=.203 p=.084	r=.199 p=.089
Buscar pertenencia	r=.202 p=.084	r=.141 p=.232	r=.209 p=.074	r=.254 p=.029	r=.172 p=.143	r=.277 p=.017	r=.276 p=.017
Hacerse ilusiones	r=.032 p=.787	r=.058 p=.625	r=.052 p=.661	r=.005 p=.968	r=.136 p=.248	r=.012 p=.919	r=.054 p=.645
No afrontamiento	r=.341 p=.003	r=-.248 p=.033	r=.140 p=.235	r=-0.333 p=.004	r=-.272 p=.019	r=-.315 p=.006	r=-.315 p=.006
Reducción de la Tensión	r=.303 p=.009	r=.207 p=.007	r=.026 p=.827	r=.252 p=.030	r=.109 p=.353	r=.152 p=.195	r=.222 p=.057
Acción Social	r=.249 p=.033	r=.163 p=.166	r=.147 p=.210	r=.289 p=.012	r=.191 p=.103	r=.293 p=.011	r=.292 p=.057
Ignorar el problema	r=.352 p=.002	r=.295 p=.011	r=.237 p=.042	r=.425 p=.000	r=.300 p=.010	r=.366 p=.001	r=.434 p=.000
Auto inculparse	r=.475 p=.000	r=.315 p=.006	r=.116 p=.327	r=.327 p=.004	r=.119 p=.313	r=.240 p=.004	r=.333 p=.004
Reservarlo para sí	r=.457 p=.000	r=.381 p=.001	r=.285 p=.014	r=.479 p=.000	r=.090 p=.445	r=.273 p=.019	r=.413 p=.000
Buscar Apoyo Espiritual	r=.350 p=.002	r=.344 p=.003	r=.284 p=.014	r=.327 p=.004	r=.216 p=.064	r=.375 p=.001	r=.413 p=.000
Fijarse en lo positivo	r=.367 p=.001	r=.279 p=.016	r=.267 p=.021	r=.355 p=.002	r=.252 p=.031	r=.380 p=.001	r=.417 p=.000
Buscar ayuda profesional	r=.213 p=.069	r=.184 p=.117	r=.267 p=.021	r=.274 p=.018	r=.152 p=.197	r=.318 p=.006	r=.307 p=.008
Buscar diversiones relajantes	r=.145 p=.217	r=.141 p=.229	r=.102 p=.085	r=.229 p=.050	r=.125 p=.290	r=.294 p=.011	r=.248 p=.033
Distracción física	r=.011 p=.927	r=.124 p=.294	r=.214 p=.067	r=.006 p=.961	r=.037 p=.752	r=.095 p=.418	r=.103 p=.384

## Discusión

Al analizar los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico se observa que los jóvenes obtuvieron un nivel promedio en las dimensiones evaluadas, esto indica que cuentan con un adecuado bienestar. En su investigación, Casullo y Solano (2000) obtuvieron como resultado de su muestra de jóvenes, que ellos experimentaban un mayor bienestar psicológico. Es decir, se

sienten más satisfechos con la vida en general y con la satisfacción experimentada en cada una de las áreas vitales.

En cuanto, a las estrategias del Afrontamiento, la resolución de problemas es el estilo más utilizado con las estrategias de concentrarse en resolver los problemas y esforzarse en tener éxito, esto concuerda ya que al ser utilizadas llevan a un bienestar pleno. Cuando no hay un bienestar adecuado el estilo de afrontamiento improductivo en los jóvenes es utilizado con la estrategia de no afrontamiento (Frydenberg y Lewis 1997).

Es así como el objetivo de la investigación es la correlación que existe entre los estilos de Afrontamiento y las dimensiones de Bienestar Psicológico, encontrando que las estrategias más utilizadas son, resolver el problema y fijarse en lo positivo. De forma coherente con lo anterior mencionado, los jóvenes al abordar el problema sistemáticamente toman en cuenta los diferentes puntos de vista u opiniones de solución, indicando así que se posee una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.

El estilo de afrontamiento improductivo es utilizado como estrategia para ignorar el problema, ya que refleja un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él y así decrementar el bienestar. En el trabajo de investigación de González et al., (2002) encontró los mismos resultados que esté presente trabajo, ya que destacaba la estrategia de Ignorar el problema en su muestra. A su vez, Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estevéz (2005) indican que, ignorar el problema supone el rechazo consciente de la existencia del problema.

Los resultados han demostrado que la población de jóvenes, utilizan el estilo de resolución de problema para un adecuado nivel de bienestar psicológico. Contini, Coronel, Levin y Estevez (2003) encontraron que su muestra utilizaba también la estrategia de afrontamiento de Resolver

el problema, ya que se autoperciben con un mayor bienestar psicológico.

### **Conclusión**

Finalmente, en la investigación de 80 jóvenes participantes se encontró que existen correlaciones positivas de estrategias de afrontamiento, destacando que los jóvenes utilizan más la resolución de problema como estilo de afrontamiento con las estrategias de resolución de problemas y fijarse en lo positivo y de forma improductiva es utilizado como estrategia para ignorar el problema.

El empleo de la estrategia resolver el problema da cuenta de que el joven ha aprendido que es más factible solucionar sus problemas afrontándolos tomando en cuenta los diferentes puntos de vista u opiniones de solución, indicando así que se posee una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado y así mantener un bienestar adecuado y por consiguiente este decremento cuando de forma improductiva se ignora el problema.

Con relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los jóvenes, sobresale el uso de estrategias del estilo de resolución del problema; es decir, los jóvenes dotan de un significado positivo las situaciones generadoras de estrés, lo que permite la adaptación a las situaciones de adversidad; asimismo, desde una postura netamente racional, anticipa los pasos a seguir para solucionar las dificultades. El afrontamiento en la resolución de problemas es el más efectivo en las condiciones desencadenantes de estrés, por tanto, funciona como regulador emocional; además, el enfrentar las situaciones interpretándolas como un reto que merece ser vivido, aumenta la autoestima.

### **Referencias**

Ávila-Espada, A., Jiménez-Gómez, F. y González, M. (1996). Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia: perspectivas conceptuales y técnicas de evaluación. Barcelona: Paidós-Ibérica.

Barcelata, B. y Rivas, D. (2016). *Bienestar psicológico y satisfacción vital en adolescentes mexicanos tempranos y medios*. Revista Costarricense de Psicología, 35(2), 119-137.  
Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v35n2/1659-2913-rcp-35-02-00055.pdf>

Barra, E. (2011). *Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en adolescentes*. *Liberabit*, 17, 31-36. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272011000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000100004&lng=es&tlng=es).

Casullo, M. y Castro, A. (2000). *Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos*. Revista de Psicología de la PUCP, 18,35-68. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4531342.pdf>

García, F., Wlodarczyk, A., Reys, A., San Cristóbal, C. & Solar, C. (2014). *Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes*. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 12 (2), 246-265. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545458005>

Contini, N., Coronel, P., Levin, M. y Estevez, A. (2003). *Estrategia de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados en Tucumán*. Revista de Psicología de la PUCP, 21(1), 179-200. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3723/3705>

- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A. Levin, M. y Estévez Suedán, A. (2005) Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.
- González, R.; Montoya, I.; Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). *Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes*. *Psicothema*, 14 (2), 363-368.  
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/727/72714227/>
- Moreta, R.; Gabior, I. & Barrera, L. (2017). *El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos*. *Salud & Sociedad*, 8 (2), 172-184. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4397/439752880005/>
- Plancherel, B. y Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474. Recuperado de: [psycnet.apa.org/record/1996-07632-001](http://psycnet.apa.org/record/1996-07632-001)
- Pérez, M.; Ponce, A.; Hernández, J. & Márquez, B. (2010). *Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco*. *Revista Educación y Desarrollo*, 43(3), 31-37 Recuperado de: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/14/014\\_Perez.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/14/014_Perez.pdf).
- Rodríguez, Y. & Quiñones, A. (2012). *El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios*. *Revista Griot* ,5 (1), 7-17, Recuperado de: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1772>.

Romero, A., Zapata, R., García-Mas, A., Brustad, R., Garrido, R. y Letelier, A. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 19 (1), 117-133. Recuperado de: <http>

Ryff, C. y Keyes, C. (1995). *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727. Recuperado de: [midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf](http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf)

Seligman, M. (2014). *Florecer: La nueva psicología y la búsqueda del bienestar*. México: Océano.

Vielma, J. & Alonso, L. (2010). *El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica*. *Educere*, 14 (49), 265-275. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/356/35617102003.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/356/35617102003.pdf)

Zubieta, E. & Delfino, G. (2010). *Satisfacción con la vida, Bienestar Psicológico y Bienestar Social en estudiantes Universitarios de Buenos Aires*. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf)

Envío a dictamen: 30 de octubre de 2020

Aprobación: 27 de diciembre del 2020

## **Autoras**

### **Wendy Apolonia Valdiviezo Huauya**

Estudiante del 11vo ciclo de la carrera de Psicológica en la Universidad César Vallejo de Perú y estoy realizando el internado en un Centro de Salud “Ricardo Palma”. En el año 2018, realicé

una pasantía de un año en la Universidad Autónoma del Estado de México, institución que me permitió realizar este artículo como parte de la materia Metodología de la Investigación y en la cual fui ponente en el 2do Foro Interno de Psicólogos en formación. Así mismo, participé en el primer Semillero de Investigación de la UAEM. Adjunta de investigación del maestro Martín Castro Santiesteban, en la Universidad César Vallejo desde septiembre de 2020.

Correspondencia: [wvaldiviezoh@ucvvirtual.edu.pe](mailto:wvaldiviezoh@ucvvirtual.edu.pe)

**Rocío Rojas Reyes**

Egresada de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMex.

## **SÍNDROME DE CULPA DEL SOBREVIVIENTE**

### Survivor Guilt Syndrome

Secuelas psicológicas que podrían presentarse como consecuencia de la pandemia de Covid-19

Ricardo Díaz Vázquez

#### **Resumen**

El Síndrome de culpa del sobreviviente es una condición asociada al TEPT que si no se atiende apropiadamente puede llegar a tener consecuencias serias y hasta fatales para quienes lo padecen. Estriba principalmente en aquellos que han sobrevivido situaciones catastróficas por acción de la naturaleza o por acción del hombre, (huracanes, terremotos, actos terroristas, violencia) en los cuales han resultado personas muertas y quien sobrevive se siente con culpa porque piensa que no merece vivir o que no hizo algo más por ayudar a quienes fallecieron.

Se debe de saber identificar y tratar de forma específica para que quien lo padece pueda superarlo.

**Palabras clave:** culpa del sobreviviente, trastorno de estrés postraumático.

#### **Abstract**

Survivor's guilt syndrome is a condition associated with PTSD that, if not properly cared for, can have serious and even fatal consequences for those who suffer from it.

It is mainly based on those who have survived catastrophic situations due to the action of nature or the action of man (hurricanes, earthquakes, terrorist acts, violence) in which people have been killed, those who survive feel guilty because they think they do not deserve to live or that he did not do anything else to help those who died.

You must know how to identify and treat in a specific way so that those who suffer from it can overcome it.

**Key words:** survivor's guilt, post-traumatic stress disorder

El año del 2020 fue atípico en la historia contemporánea de la humanidad por la aparición de una pandemia que no se había visto en magnitud e intensidad desde la sucedida por la “Influenza Española” que apareció en febrero de 1918, nuestro país no fue la excepción, a lo largo y ancho del territorio mexicano el virus contagio a más de un millón de personas, con altas tasas de letalidad, aún a principios del 2021 la situación general es preocupante, pero dentro de las secuelas que se pueden presentar relacionadas con el aspecto psicológico es lo relacionado al síndrome conocido como "**la culpa del sobreviviente**" esta condición se había observado ya con anterioridad en diversos eventos catastróficos por efectos de la naturaleza o de la acción del hombre contra sus prójimos por aspectos de violencia ya fuera del tipo ejercido en conflictos bélicos, limpiezas étnicas, asesinatos o asaltos. Vivir dichas experiencias puede resultar sobrecogedor para la gran mayoría de personas, pero hay quienes no logran integrar la experiencia en su psique y reaccionan en torno a una sintomatología muy particular que Oppenheim, un neurólogo alemán quien describió hasta 1889: Decía que quienes vivían una experiencia fuerte o dolorosa presentaban cambios moleculares producidos en el sistema nervioso central (SNC), lo que resultaba en una “neurosis traumática”, En 1941, Abraham Kardiner fue el primero en dar descripciones en detalle sobre los efectos de los eventos traumáticos de la guerra; acuñó el término de “neurosis traumática”, y afirmó que existía una alteración psicobiológica crónica en dicho padecimiento, fue William G. Niederland, el psicólogo que describió el *síndrome del superviviente*, tras analizar a más de 2.000 pacientes que habían sobrevivido a los campos de concentración alemanes durante la II Guerra Mundial. También se ocupó de otros supervivientes

de desastres naturales o accidentes automovilísticos, comportamientos análogos fueron registrados en sobrevivientes de eventos como las bombas nucleares lanzadas sobre Hiroshima y Nagasaki, así como la Guerra de Vietnam y del desastre de Buffalo Creek y el huracán Katrina en New Orleans en USA. Primero se le dio el nombre de «síndrome de los campos de concentración».

"El hecho de sobrevivir siempre causa un alto grado de culpabilidad. El propio ego no está igual de destrozado en un superviviente de un naufragio que en alguien que ha pasado un año en Auschwitz, pero los síntomas son los mismos", decía Niederland.

El **síndrome del superviviente** (también llamado **culpa del superviviente**) es una condición mental que ocurre cuando una persona percibe que ha hecho mal al sobrevivir un evento traumático cuando otros no lo han logrado. El síndrome del superviviente aparece como consecuencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT por sus siglas en español y PTSD en inglés), cuando este está relacionado con la muerte de seres queridos, cuando se ha sido testigo de la muerte de otros o cuando se ha estado involucrado en una situación en la que otros han muerto, aunque no se haya sido testigo de dicho suceso.

Fue hasta 1980 que aparece el término Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) reconocido como una categoría diagnóstica en el DSM-III, fruto del trabajo de muchos investigadores a lo largo de décadas, pasando por multitud de términos empleados para definir una misma entidad patológica; pero es de destacar el trabajo de Kardiner, quien gracias a sus investigaciones en sobrevivientes de conflictos armados y en veteranos de guerra, elabora una serie de criterios diagnósticos los cuales fueron adoptados como criterios para el TEPT en el DSM-III. Con el tiempo los criterios diagnósticos para el TEPT se han ido refinando en el DSM- IV y DSM-V gracias al aporte de un mayor número de investigaciones. De los síntomas del TEPT algunos de

los que más destacan son: recuerdos recurrentes del evento traumático, sueños o pesadillas, revivir la experiencia como si estuviera ocurriendo de nuevo (flasbacks), aislamiento social, conductas de evitación con cualquier cosa que pueda recordar el evento, trastornos del sueño, hipervigilancia, estado emocional irritable y sentimientos muy fuertes de culpa, vergüenza e ira; estos son solo algunos síntomas presentes en quienes tienen TEPT y como consecuencia de tales, están la imposibilidad de llevar a cabo una vida normal: tener relaciones personales normales, desapego o desinterés por aquello que antes era satisfactorio e importante para la persona, incapacitación para el trabajo o la escuela, incapacidad para integrar nuevas experiencias en la memoria y en la vida, padecer de otros problemas de salud como adicción a las drogas y el alcohol, ansiedad y depresión, pensamientos y acciones suicidas. Cuando una persona que vive una experiencia traumatizante tiene fuertes sentimientos de culpa por lo que pudo hacer o no hacer durante dicha experiencia, hablamos de un TEPT donde se identifica la “culpa del sobreviviente” o “síndrome del sobreviviente” término que pudo ser acuñado gracias al trabajo de Niederland y sus investigaciones en sobrevivientes de campos de concentración de la segunda guerra mundial. Especialmente en casos donde la persona experimenta un acontecimiento traumático junto a otras personas, pero es el único que sobrevive o en casos donde una o varias personas mueren delante de otro(s), es que se observa con mayor nitidez la culpa o síndrome del sobreviviente. Algunas secuelas específicas de ésta condición que deriva del TEPT son: intensos sentimientos de culpa por haber sobrevivido, jaquecas o cefaleas fuertes, embotamiento emocional, vergüenza, problemas de memoria, pesadillas, ira y depresión. Como ya se vio, un TEPT y específicamente un TEPT con culpa del sobreviviente, acarrea consecuencias muy graves para quienes lo padecen, consecuencias que permean todas las esferas de la vida de un individuo, imposibilitándole llevar a cabo una vida normal o reintegrar nuevas experiencias llegando incluso a formarse pensamientos suicidas o lo

que es peor, llevarlos a cabo. Aquí radica la importancia del estudio de este tema, una gran parte de la población mundial ha estado expuesta al menos una vez en su vida a algún suceso considerado traumático. Especialmente en países como México donde la violencia, la delincuencia, los problemas familiares, escolares y sociales son una constante característica, se vuelve de gran relevancia entender que es TEPT y qué es la culpa del sobreviviente ya que las vidas de quienes los padecen o pueden llegar a padecerlos depende del grado de asimilación que sobre estas entidades nosológicas exista tanto a nivel social como a nivel especializado (profesionales e instituciones de la salud y la ciencia).

Cabe citar el hecho sucedido en la localidad estadounidense de Parkland, Florida donde en la escuela Marjory Stoneman Douglas, el 14 de febrero de 2018 fue escenario de un tiroteo masivo que dejó 17 muertos (14 estudiantes y tres miembros del personal del instituto).

En apenas dos días, se conoció la muerte de dos estudiantes más del mismo centro educativo poco más de un año después, una fue Sydney Aiello, una joven de 19 años sobreviviente del tiroteo, se suicidó el pasado domingo 17 de marzo de 2019, el otro alumno murió el sábado 23. Las autoridades no revelaron su identidad ni si estuvo presente el día del tiroteo de 2018, pero la policía citó un "aparente suicidio" como causa de su muerte.

En el caso de Aiello, le habían diagnosticado trastorno de estrés postraumático y, según le dijo su madre a CBS Miami, sufría el síndrome conocido como "**la culpa del sobreviviente**".

Cuando un TEPT es acompañado por fuertes sentimientos de culpa, se dice que estamos ante un caso de culpa o síndrome del sobreviviente como también se le conoce. Se refiere a la culpa asociada con el trauma, que ocasiona sentimientos desagradables de arrepentimiento, que provienen de la creencia de "haber podido hacer algo diferente en el momento en que ocurrió un

evento traumático.” La culpa del sobreviviente la suelen experimentar aquellos que han sobrevivido a un suceso catastrófico o muy impactante, donde otros perecieron

Con estudios posteriores la culpa del sobreviviente ha sido identificada en muchas otras situaciones. Algunas de estas son: la de familiares de personas que han sufrido enfermedades crónicas; personas que han tenido resultados negativos en pruebas genéticas, cuando sus familiares han dado positivo; soldados que han sobrevivido a compañeros fallecidos en combate; personas que han perdido familiares como producto de un accidente, de un suicidio o de ataques terroristas; incluso lo han presentado empleados de grandes compañías al ver que no son despedidos después de una racha de despidos masivos. Esta pequeña muestra de los diferentes estudios en los que se ha encontrado formas de culpa del sobreviviente revela cómo esta es una condición que, aunque se nos presente con cierta extrañeza, es mucho más común de lo que pensaríamos en un comienzo.

Al ser la culpa del sobreviviente una condición asociada al TEPT, debemos enfocar la atención al mismo para su superación

Los síntomas del TEPT por lo regular aparecen en el primer mes posterior a un acontecimiento traumático, aunque en ocasiones no se manifiestan hasta después de 6 meses o incluso un año (lo cual es un criterio diagnóstico). Dichos síntomas ocasionan considerables problemas en situaciones sociales o laborales y en las relaciones. En pocas palabras, la capacidad de realizar tareas diarias normales se ve gravemente obstaculizada. La evolución del trastorno va en aumento, incluso cuando la mayor parte de la población afectada consigue una recuperación más o menos rápida, un pequeño porcentaje de casos de TEPT se vuelven crónicos, trayendo consigo inevitables cambios duraderos o permanentes en la personalidad. El TEPT no está asociado con lesiones físicas (traumatismos craneoencefálicos por ejemplo). Las emociones de miedo y angustia que experimentan quienes lo padecen provienen de pensamientos o recuerdos

evocados en la mente. Las únicas alteraciones comprobadas a nivel fisiológico se dan en el SNC, lo que desencadena la sintomatología propia del TEPT.

Los síntomas más característicos del TEPT son:

- Episodios consecuentes donde se revive el trauma través de recuerdos intrusos, de manera que pareciera que se está viviendo el suceso traumático de nuevo (retrospectivas o flashbacks).

- Pesadillas recuentes.
- Bloqueo emocional.
- Desapego por los demás.
- Falta de respuesta a diferentes circunstancias.
- Evitación de actividades o situaciones que recuerden el trauma.
- Aislamiento social
- Estado excesivo de alerta autonómica con hipervigilancia.
- Aumento en las reacciones de alarma y sobresalto.
- Insomnio.
- Emociones y sentimientos fuertes: ira, culpa, tristeza, vergüenza.

De esta manera podemos agrupar los síntomas de TEPT en cuatro categorías principales que facilitan su identificación:

- Recuerdos recurrentes: Recuerdos del trauma, pesadillas, flashbacks.
- Conductas de Evasión: Evitar hablar, pensar o entrar en contacto con cualquier cosa que evoque el trauma).

- Cambios negativos en el pensamiento y en el estado de ánimo: Pensamientos negativos, sobre uno mismo, desesperanza en el futuro, las personas e instituciones, dificultad para mantener relaciones personales, dificultad para sentir emociones positivas).
- Cambios en las reacciones físicas y emocionales: Reacción excesiva de sobresalto y miedo, estar siempre alerta, conductas autodestructivas como consumo de alcohol y drogas, trastornos del sueño, irritabilidad emocional, arrebatos de ira, sentimientos agudos de culpa y/o vergüenza.

La definición del TEPT del CIE-10 no varía mucho de la del DSM-V:

El CIE-10 lo define como: “una respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría angustia generalizada a casi cualquier persona.

Culpa: Kubany y Watson (2003) definen la culpa fenomenológicamente como un sentimiento que produce incomodidad y malestar que viene acompañado de pensamientos sobre haber podido ser, sentir y/o actuar de manera diferente ante una situación concreta. Si dicha situación es vivida por alguien que sobrevivió a esta donde otros perecieron, la culpa se agrava y se observa lo que conocemos como “culpa del sobreviviente”. Éste término se acuñó gracias al trabajo del psicoanalista germano-estadounidense William Niederland, quien estaba convencido de que la culpa siempre va a estar presente en sobrevivientes de algún hecho desafortunado y está acompañada sentimientos de auto castigo por el hecho de haber sobrevivido a accidentes o persecuciones donde familiares y conocidos no lo lograron. Otros autores afirman que una de las causas por las que es difícil sobreponerse a la culpa del sobreviviente radica en la creencia de que la culpa impide que se olvide a aquellos desafortunados que no sobrevivieron y también impide perdonar a los culpables; sufren de culpa para que el mundo no olvide lo acontecido. La culpa y la

vergüenza están intrínsecamente relacionados con el TEPT, ya que cuando alguien que ha sobrevivido a una tragedia asume una responsabilidad en la causa, desarrollo y consecuencias de la misma, adopta la creencia de que el resultado es producto de su carácter, de su personalidad y/o decisiones tomadas. Niederland decía que el hecho de ser el único sobreviviente de una familia masacrada por los nazis, es percibido con sentimientos de gran vergüenza, pena y culpa.

Para Kubany y Watson, la vergüenza es una forma de autocastigo, ya que viene acompañada de una evaluación negativa general de la persona que conlleva sentimientos de inadecuación, inferioridad y desprecio hacia todo el ser. Mientras que la culpa se enfoca en despreciar acciones o conductas específicas. Estos autores elaboraron un concepto multidimensional de la culpa en donde se reconocen cuatro cogniciones principales que presentan los sobrevivientes de sucesos desafortunados:

a. Percepción de responsabilidad: Aceptar una parte o toda la responsabilidad en el desarrollo y/o consecuencia del hecho traumático. Creencia de que la persona tiene o tuvo el poder para provocar o controlar el evento y las consecuencias de este.

b. Percepción de una justificación insuficiente por acciones tomadas: Creencia en que las acciones tomadas durante el evento traumático fueron insuficientes o mal pensadas en contraste con las acciones que se pudieron tomar y pensar al hacer un análisis más detenido de los hechos. Aquí la persona ignora que en un caso de gran excitabilidad, las decisiones no pueden ser tomadas con total calma y control y de que en ese momento actuó y pensó de la mejor manera en que pudo.

c. Percepción de violación de normas y valores: Algunos sobrevivientes sienten que se han ultrajado sus convicciones morales y personales, ya que ocurrió algo mal en presencia de ellos. Dicha creencia prevalece a pesar de la incapacidad de la víctima de controlar el evento. Existen

víctimas de incesto o violación que se sienten “sucias”, “avergonzadas” y “culpables” debido a ideas sociales, culturales, religiosas sobre la sexualidad.

d. Percepción de haber podido prevenir el resultado negativo: Creencia de que se pudo haber predicho lo que iba a ocurrir o de no haber prestado atención a señales de peligro asociadas con el suceso. Las personas creen que existieron señales o indicadores de lo que iba a suceder, pero hicieron caso omiso de estas. (“lo vi venir”, “debí haberlo sabido”, “cómo es que no me di cuenta”).

Matsakis (1999) describe la culpa del sobreviviente como una creencia sobre lo que se pudo hacer u omitir durante un evento traumático y que esto provocó o pudo prevenir la muerte y/o lesión de otros. Implica sostener la creencia en el sobreviviente acerca de que él es quien debió perecer o lesionarse en vez de los otros. Algunos síntomas principales de la culpa del sobreviviente son:

- Cefaleas fuertes y recurrentes.
- Pesadillas o sueños incómodos.
- Estados de tristeza más o menos periódicos

Esta es la conocida triada de la culpa del sobreviviente. Algunos otros síntomas relacionados son:

- Ansiedad crónica.
- Fatiga.
- Trastornos del sueño.
- Labilidad emocional.
- Conductas de aislamiento.
- Labilidad emocional

- Impresión de la muerte que lleva a la reexperimentación del trauma.
- Problemas de memoria.
- Temores.
- Nerviosismo.
- Pena.
- Vergüenza.
- Diversas fobias.
- Desadaptación social.
- Depresión.
- Trastornos psicósomáticos.

Kubany y Watson dicen que una de las razones por las que el recuerdo sobre el trauma no pierde su capacidad de provocar un agudo dolor emocional, se debe a un condicionamiento de orden superior en el lenguaje, puesto que las verbalizaciones que denotan culpabilidad producen efectos negativos, lo que a su vez condiciona una verbalización con imágenes y pensamientos del evento traumático. Al estar apareados los recuerdos con verbalizaciones, se evocan sentimientos de ira, vergüenza y culpa.

## **CONSECUENCIAS**

Consecuencias del TEPT y de la culpa del sobreviviente.

Como se pudo observar anteriormente, los síntomas del TEPT y de la culpa del sobreviviente son muy similares entre sí, así como sus principales consecuencias en la vida y la salud integral de un individuo que los padece. Por ello, a continuación, hablaré sobre estas consecuencias en conjunto.

Tanto el TEPT como la culpa del sobreviviente pueden desorganizar por completo las vidas de quienes los padecen, desde la salud física y mental, hasta el desenvolvimiento en actividades cotidianas, todo esto se ve afectado por estas afecciones, cuyas principales consecuencias son:

- Depresión y Ansiedad.
- Problemas de consumo de alcohol y drogas.
- Trastornos de la alimentación
- Pensamiento y acciones suicidas.
- Trastornos del sueño.

## CONCLUSIONES

El TEPT es una de las afecciones a nivel mental que más degastan la salud y que más obstáculos tiene que enfrentar para poder ser sanado.

La llamada culpa del sobreviviente, la cual tiene sus orígenes desde los principios de la humanidad al igual que el TEPT, pero no es sino hasta la época posterior a las guerras mundiales que se empiezan a describir e identificar como una patología asociada al TEPT y a tener presencia en los entornos clínicos. Las investigaciones en México en particular y en Latinoamérica en general no son abundantes especialmente en el caso de la culpa del sobreviviente. Es necesario ahondar en estudios de TEPT y el papel que juegan las emociones secundarias de este trastorno como la culpa en el desarrollo y mantenimiento de este, especialmente en un país como el nuestro tan sumido en violencia y donde la falta de servicios de salud y atención psicológica para los grandes grupos de población es un grave problema.

Si bien la mayoría de las personas que sufren un trauma no contraen a largo plazo TEPT. La prevención oportuna podría evitar que las reacciones normales al estrés empeoren y surja el TEPT. Recurrir a redes de apoyo: familia y amigos, buscar ayuda de un profesional de la salud mental o acudir a una comunidad religiosa son cosas que puede y debe hacer quien ha experimentado un suceso emocionalmente fuerte para evitar caer en situaciones de afrontamiento no saludables, como el consumo indebido de alcohol o drogas. Otra consecuencia grave de no prevenir o no intervenir correctamente el TEPT y la culpa del sobreviviente es que con el tiempo puede aparecer y fortalecerse la depresión y esto a su vez puede llevar al suicidio.

Ahora con la pandemia de Covid 19 y las consecuencias en pérdidas de vidas humanas, daños económicos, proyectos frustrados de vida se dará un incremento en los casos de TEPT y de culpa del sobreviviente, los profesionales de la salud emocional debemos estar conscientes de esta situación, y prepararnos para atender las contingencias psicológicas que emerjan en este momento actual.

## **Referencias**

American Psychiatric Association (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana Pp: 194, 202,265,274,275,278,284

Díez B. (2019). Qué es el síndrome de culpa del sobreviviente que sufría Sydney Aiello, la estudiante de Parkland que se suicidó un año después del tiroteo. Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-47698534>

<http://papageno.es/la-culpa-del-superviviente>

Kijak M. (2007). La culpa del sobreviviente. Disponible en:

<http://fp.chasque.net/~relacion/0711/culpa.htm#top>

Langner Torres Rodolfo (2018) “Culpa del sobreviviente” Facultad de Estudios Superiores

Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México <https://www.doccity.com/es/ensayo-sobre-el-tept-con-sindrome-del-sobreviviente/4922162/>

Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión. Vol. 1. Washington, D.C. Pp: 325.

Pena B. J.M. (2019). El síndrome del sobreviviente. Colombia. Disponible en:<https://drive.google.com/file/d/1obEPJkj6sySjgg-5xUx33owZ8JBiQ0Ws/view>

Prieto R. J. (2012). ¿Qué es el síndrome del superviviente? Disponible en: <https://www.bekiapsicologia.com/articulos/sindrome-superviviente/>

Envío a dictamen: 27 de noviembre de 2020

Aprobación: 27 de diciembre del 2020

### **Autor**

Ricardo Díaz Vázquez

Ingeniero en Electrónica y Comunicaciones FIME UANL, maestro en Mercadotecnia por la UR (Monterrey)

Licenciado en Psicología UNAM-UAD (Campus Monterrey) y maestro en Atención a Adicciones por la Universidad Cardenal Herrera (España)

Diplomado en Negocios Internacionales Boston Collage, en Primeros Auxilios Psicológicos Universidad Autónoma de Barcelona y por la Universidad Johns Hopkins

Catedrático en la Universidad Regiomontana, Centro de Estudios Universitarios y Universidad Autónoma del Norte.

Escritor registrado en padrón del Consejo para la Cultura y las Artes de Nuevo León (CONARTE)  
Expresidente de la Asociación de Ejecutivos de Compras de Monterrey, expresidente Club Rotario  
Monterrey Sur.

Ha trabajado para empresas norteamericanas y mexicanas dedicadas a las industrias de manufactura,  
química, alimenticia y petrolera en diversos puestos ejecutivos en las áreas de Producción,  
Ingeniería, Abastecimientos, Finanzas y Proyectos durante cuatro décadas

Fundador del despacho Digital Detox Monterrey, para asesoría psicológica en desintoxicación  
digital.

**Mesa Directiva Psicólogos Sin Fronteras México (PSFMX) 2017-2022**

José Antonio Vírseda Heras  
**Presidente**

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez  
**Vicepresidente**

Hilda Liliana Esquivel Landa  
**Secretaria**

Martha Patricia Bonilla Muñoz  
**Tesorera**

Luis Guillermo Gómez Rosales  
**Vocal**

Sandra Gutiérrez Salinas  
**Vocal**

## **EQUIPO EDITORIAL**

José Antonio Vírveda Heras

**Editor General**

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez y Martha Patricia Bonilla Muñoz

**Editoras Adjuntas**

Sarahi Damian Flores

**Directora Ejecutiva**

Sandra Gutiérrez Salinas

**Diseño Editorial**

Zaribel Orozco Rodríguez

**Correctora de Estilo**

**Mónica Rodríguez Villafuerte**

-----  
**Traducción**

Alejandro Rodríguez Valtierra

**Responsable De Página Electrónica y Redes Sociales.**