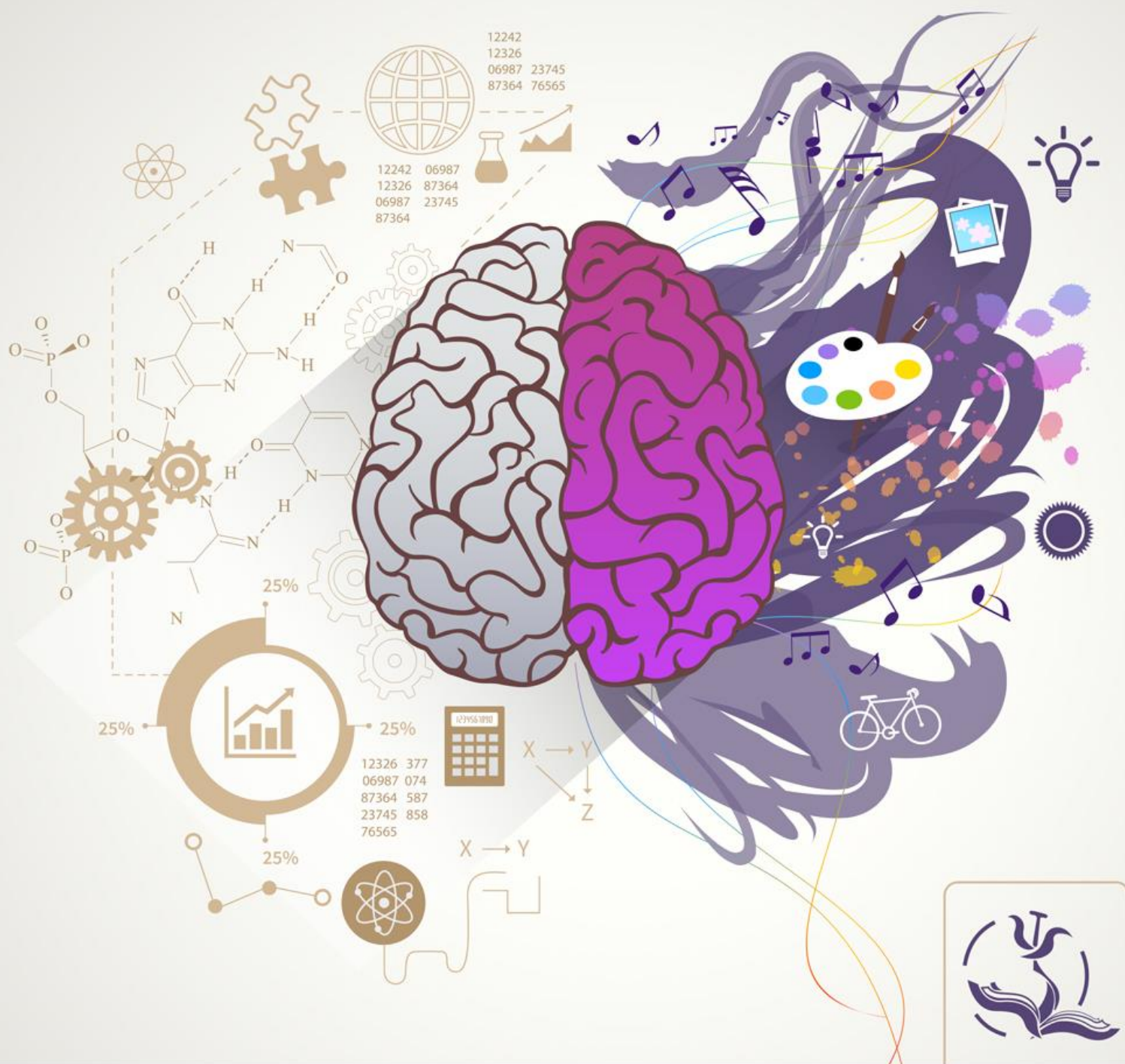




PSICO SOPHIA

Año 5 No.2

Revista Electrónica de la Facultad de Psicología
de la Universidad de Morelia



Equipo Editorial

Director de la revista: Carlos Marcelo Moroni

Editor: Lucio A. Olmedo Espinosa

Editor asociado: Bellaret Jimenez Aguilar

Comité Científico: Zandra Enyd Covarrubias Quintero, Josué M. Maya Martínez, Luis Arturo Ramón Sotelo, Brenda Tabardillo Vázquez, Martín Hernández Cruz, Miguel Ángel Alemany, Moisés Manzano González y Lizzette Hernández Núñez

Comité editorial: Es compuesto por el director de la revista, el editor, el editor asociado y el comité científico.

PSICOSOPHIA, año 5, No. 2, Julio-Diciembre 2023, es una publicación semestral editada por la Universidad de Morelos, Avenida Libertad, 1300 pte., Barrio Matamoros, Morelos, Nuevo León, C.P. 67510. Tel. (826)2630900 Ext. 2550, www.um.edu.mx, cipfapsi@um.edu.mx Editor responsable: Lucio Abdiel Olmedo Espinosa. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-061512303400-102, ISSN: 2992-7471, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Director de la Facultad de Psicología de la Universidad de Morelos, Dr. Carlos Marcelo Moroni, Avenida Universidad, No. 245, Morelos, Nuevo León, C.P. 67510, fecha de la última modificación, 15 de diciembre de 2023.

Índice

Análisis de los factores de riesgo para el consumo de drogas psicoactivas en adolescentes de Montemorelos, Nuevo León, México	44
Diferencias en la satisfacción conyugal y la depresión en mujeres, según sean o no, esposas de pastores	53
Asociación entre el estrés y las relaciones intrafamiliares de los obreros adventistas de una unión en México en el año 2018	61
Incidencia de indicadores de violencia de género en el contexto familiar en estudiantes mujeres de un Colegio Militarizado en Nuevo León, México	69
El duelo como parte de la vida: una revisión teórica de las etapas, proceso y el manejo de la intervención	75
Guía para la presentación de artículos.....	85
Formato del artículo.....	86

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS
PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE MONTEMORELOS,
NUEVO LEÓN, MÉXICO

Antonio Gámez Gallardo¹
Erik Yudiel Martínez López²
Zandra Enyd Covarrubias Quintero³
Dafne Eunice Reyes Sánchez⁴
Lirisse Zurisadai Borges Torres⁵
Gessia Angelica Gómez Nájera⁶

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es encontrar los niveles de los factores de riesgo interpersonales para el consumo de sustancias en adolescentes del municipio de Montemorelos, Nuevo León, México. El enfoque fue de tipo descriptivo, transversal y ex post facto. La aplicación del instrumento se realizó de manera presencial a 243 adolescentes de entre 12 y 16 años en colaboración con el Consejo Municipal Contra las Adicciones del municipio de Montemorelos (COMCA). Para detectar los principales factores de riesgo para el consumo de drogas psicoactivas se utilizó la versión original del cuestionario Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes (FRIDA) en colaboración con el Consejo Municipal Contra las Adicciones. Los resultados evidencian que los niveles globales de los factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en los adolescentes evaluados del municipio de Montemorelos, Nuevo León, México se encuentran en un nivel medio-bajo. Se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa únicamente en la dimensión Actividades Protectoras entre hombres y mujeres. Se recomienda realizar programas de prevención que incluyan actividades para el desarrollo psicológico, el entorno social y el aspecto familiar del adolescente para la adquisición de herramientas que le permitan la toma de decisiones de forma asertiva en cada aspecto de su vida.

¹Antonio Gámez Gallardo, Director del Centro de Atención Familiar de la Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, agamez@um.edu.mx

²Erik Yudiel Martínez López, Coordinador de Salud Pública Municipal, Gobierno Municipal, Montemorelos, Nuevo León, México, psic.erikyudiel@gmail.com

³Zandra Enyd Covarrubias Quintero, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, zcovarr@um.edu.mx

⁴Dafne Eunice Reyes Sánchez, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, reyesdafne223@gmail.com

⁵Lirisse Zurisadai Borges Torres, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, lirisseborgess@gmail.com

⁶Gessia Angelica Gómez Nájera, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, ges.gna@gmail.com

Palabras clave: adicciones, drogas, factores de riesgo, adolescentes, FRIDA

ABSTRACT

The aim of this study was to find the levels of interpersonal risk factors for substance use in teenagers in the municipality of Montemorelos, Nuevo León, Mexico. The study was descriptive, transversal, and ex post facto. The instrument was applied to 243 teenagers between the ages of 12 and 16 years old in collaboration with the Municipal Council Against Addictions of the municipality of Montemorelos (COMCA). To detect the main risk factors for drug use, the questionnaire of Interpersonal Risk Factors for Drug Use in Adolescents (FRIDA) was used in collaboration with the Municipal Council Against Addictions. According to the findings, the levels of interpersonal risk factors for drug use among teens in Montemorelos, are moderate-low. It was found that there is a statistically significant difference only in the dimension of Protection Activities between men and women. It is recommended to carry out prevention programs that include activities for the psychological development, the social environment, and the family aspect of the teenagers to acquire tools that allow them to make assertive decisions in each aspect of their life.

Keywords: addictions, drugs, risk factors, adolescents, FRIDA

Introducción

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adicción, también conocida como la drogodependencia, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una sustancia natural o sintética.

Koob y Volkow (2010) definen la adicción como un proceso crónico caracterizado por tres aspectos fundamentales: a) conducta compulsiva de búsqueda y consumo, b) pérdida de control y c) emergencia de reducción de un estado emocional disfórico o negativo (ansiedad, irritabilidad), presentándose un síndrome de abstinencia sólo capaz de ser aliviado con el consumo de la sustancia.

La novedad del enfoque de Freud está en que la adicción no se trata de la búsqueda de la felicidad, sino en la evitación del displacer. La función de la droga se entiende como un “quitapenas”. Él menciona que

“la vida [...] resulta gravosa: nos trae [...] dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes [...] los hay, quizá de 3 clases: poderosas distracciones [...], satisfacciones sustantivas [...] y sustancias embriagadoras

que nos vuelven insensibles a ella” (Freud 1930/2010, p. 75).

La etapa de la adolescencia está caracterizada debido a que es la de mayor riesgo y en donde se inicia el consumo de sustancias (Bonomo y Proimos, 2005), su uso lleva a una conducta que implica ciertas complicaciones médicas que afectan la salud de la persona, estas complicaciones pueden ser a corto o largo plazo y son irreversibles (Harris y Barraclough, 1997).

Brook et al. (2002) y Wagner et al. (2005) mencionan que el consumo de sustancias trae consecuencias psicosociales como el consumo de otras sustancias, el fracaso académico (Campo-Arias et al., 2005) e irresponsabilidad, ya que esto pone al adolescente en riesgo de accidentes, así como violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras (Castillo et al., 2003) y el suicidio (Grunbaum et al., 2004).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017), de la población de adolescentes, de entre los 12 y 17 años, el 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez. Además, el 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres). Adicionalmente, menciona que el 5.3% ha

consumido marihuana, 1.1% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez.

La titular de coordinación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en México, Mariana Alegret Cendejas, dio a conocer el Informe Mundial sobre las Drogas 2022. El informe indica que entre 2010 y 2020 el consumo de sustancias psicoactivas aumentó 26%. En 2020, 284 mil personas adultas lo usaron al menos una vez, en su mayoría hombres, destacando aumento del consumo de cannabis y anfetaminas. Se precisó que no todas las personas usuarias de drogas requieren tratamiento, “en términos generales sólo 1 de cada 11 consumidores requerirían tratamiento, aunque desafortunadamente ni siquiera este grupo tiene acceso a ello”.

La ENCODAT (2016) ha registrado que el 10.3% de la población mexicana, de entre 12 a 65 años, ha consumido droga por lo menos alguna vez en la vida. El 9.9% ha consumido drogas ilegales por lo menos alguna vez en la vida; con un 15.8% de hombre y con 4.3% de mujeres. Un 8.6% ha consumido marihuana alguna vez en la vida. La edad de inicio en el consumo de drogas en hombres es de 17.7 y en mujeres 18.2.

La Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores (DGPTM, 2019) informó que en el 2019 sólo el 20.3% de las personas que presentaron posible dependencia a las drogas han asistido a un tratamiento. En marzo de 2016 la DGPTM en conjunto con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) realizó una encuesta nacional de consumo, uso y abuso de sustancias psicoactivas en los centros de Internamiento Especializados para Adolescentes (SIC) de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

a) De los 3,180 adolescentes que contestaron la encuesta, sólo 81 de ellos (0.6%) no habían tenido contacto con sustancias psicoactivas.

b) El 98% sí había consumido drogas, incluyendo alcohol y tabaco.

c) El 40% de estos adolescentes cometieron algún delito bajo los efectos del alcohol u otra droga, llevándolos al internado.

El fenómeno de las adicciones es una problemática que no solamente se considera

individual del consumidor (físicas o psicológicas), sino que a su vez engloba una problemática social. La producción, la venta y el consumo de drogas ha tenido un auge tan grande que el impacto se ve reflejado en la economía de los países productores y consumidores; vinculando de manera clandestina en la política, fracturando instituciones y funcionarios públicos, relacionándose con el aumento y favorecimiento de violencia y delincuencia; falta de cohesión social y destrucción en los lazos familiares. Considerándose un indicador devastador en la sociedad con problemática de salud pública que no respeta sexo, edad, nivel socioeconómico, procedencia geográfica, condición social ni nivel educativo (Secretaría de Salud - Consejo Nacional contra las Adicciones, 1999).

Algunas características de una adicción según Gossop (1989) pueden ser: (a) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); (b) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); (c) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; (d) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le esté produciendo graves consecuencias al individuo. Dentro de ese mismo parámetro, Echeburúa (1999), considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana. Es importante tomar en cuenta que la disponibilidad de sustancias con poder adictivo es enorme.

Factores asociados al consumo de sustancias

Grupo de amigos o iguales. El consumo de sustancias psicoactivas ha sido asociado por múltiples factores que son de riesgo, así como también de protección. El grupo de amigos o iguales también conocido como “el grupo de pares” pueden ser los posibles promotores del inicio y mantenimiento del consumo (Rodríguez et al., 2014).

El establecer relaciones con otras personas es parte de la naturaleza humana y es durante la etapa de la adolescencia donde éste sentido de pertenencia, dentro de un contexto social, se enfatiza y toma prevalencia al adolescente querer aprobación por medio de las relaciones. Éste busca una fuente de afecto e identificación que le permita reconocer que es aceptado entre sus iguales por lo que mantendrá, según Álvarez-Aguirre et al. (2018) es “una lucha constante para estar cerca de ellos, que sus ideas sean tomadas en cuenta y una activa participación en las actividades del grupo”.

En los estudios realizados por Martínez y Robles (2001) los resultados apuntaron a que la gran mayoría de los sujetos o los adolescentes que tienen amigos que consumen drogas y sustancias son más propensos a consumir habitualmente.

El riesgo familiar. Cuando se habla sobre el consumo de sustancias, la falta de protección familiar puede ser un factor de riesgo. Varias investigaciones exponen datos relevantes en relación al apoyo familiar indicando que a mayor apoyo hay un menor consumo de todas las sustancias. Sin embargo, Riofrío y Castanheira (2010) mencionan que quienes carecen de un soporte familiar como la comunicación entre padres e hijos y el apoyo cotidiano aumenta la probabilidad de presentar algún consumo de drogas considerando la carencia familiar como uno de los factores determinantes para el inicio de cualquier tipo de droga.

La educación familiar en drogas. Mencionado anteriormente, el consumo de drogas es un fenómeno en el que un vasto conjunto de factores o estructuras influyen en el adolescente, estructuras como las familiares, personales, socioculturales y económicas. El contexto familiar es el que más atención ha recibido dada la importancia para la prevención del consumo adolescente como principal transmisor de valores, actitudes y creencias que aportan considerablemente en el funcionamiento y adaptabilidad de los hijos en la sociedad (Alfonso et al., 2009).

La educación familiar en drogas es relevante como factor puesto que Lloret et al. (2008) afirman que la familia debe asumir la tarea de poder preparar a cada miembro para una

adaptación adecuada sin necesidad de recaer en el consumo siendo éste el grupo primordial de convivencia que ofrece la oportunidad de tener vínculos y experiencias perdurables. Cuando la familia falla en esta tarea o inducción a la sociedad, es momento cuando el adolescente puede incursionar en el consumo de drogas, alcohol o tabaco.

Actividades protectoras. A pesar de la presencia de factores de riesgo, en los últimos años se ha investigado sobre las actividades protectoras frente al consumo de sustancias, encontrando un factor determinante en la prevención y erradicación de estas prácticas entre los adolescentes. Este factor está determinado por la resiliencia. Para Cooper et al. (2004) la resiliencia consiste en el conjunto de cualidades que facilitan el enfrentamiento ante uno o varios factores de riesgo y se produce cuando “las personas pueden sobreponerse a las experiencias negativas y a menudo hasta se fortalecen en el proceso de superarlas” (Henderson y Milstein, 2003). La resiliencia puede ser una variable importante dentro de la población adolescente pues permite enfrentar retos y situaciones complicadas, así como riesgos físicos y mentales.

Cooper et al. (2004) señalan que los adolescentes, y cualquier persona en general, que presentan factores de riesgo pueden desarrollar cualidades de resiliencia si participan en programas recreativos. Según Salazar (2007) los programas recreativos son eficaces para la planeación de actividades al promover el desarrollo integral produciendo consecuencias positivas. Existen varios tipos de actividades recreativas que consisten en actividades deportivas, físicas como deportes, voluntariado con la comunidad, actividades al aire libre, etc. (Salazar, 2012).

El estilo educativo. Los estilos educativos hacen referencia a las interacciones entre padres e hijos que ocurren entre un amplio rango de situaciones. Los estilos educativos, por un lado, modulan la influencia de prácticas que son específicas en un contexto emocional y, por otro lado, influyen en la susceptibilidad del hijo hacia los padres (Darling y Steinberg, 1993).

Las pautas de crianza son transmitidas de generación en generación, es decir, los que son padres, aprendieron conductas de sus padres y a la vez, esos padres de sus propios padres. Algunas veces puede haber modificaciones, sin embargo, en otras ocasiones no. Cada cultura provee las pautas de crianza de sus hijos. Este proceso que inicia durante el aprendizaje de socialización del hijo en los diferentes contextos como núcleo familiar, social y cultural, lo asimila por medio del juego de roles que son las pautas con las que los padres muchas veces orientan y transmiten educación para más tarde, al ser padres, transmitir lo aprendido también con sus hijos e implementarlas, jugando los padres un papel importante en la educación de sus hijos caracterizando la influencia (Campo y Sánchez, 2022).

Es importante destacar que no siempre suelen relacionarse los estilos educativos entre sí, ya que las creencias dentro de cada ambiente familiar plantean, de manera diferente, el cómo educar a los hijos. Comportamientos concretos ayudarán a encaminar a que se conviertan en adolescentes con una estructura de socialización adecuada (Campo y Sánchez, 2022).

Método

El estudio aquí reportado es de tipo descriptivo, transversal y ex post facto. Se usó un instrumento cuantitativo, en una sola ocasión y sin ninguna intervención en la variable, para medir los principales factores de riesgo asociados al consumo de drogas en adolescentes de Montemorelos, Nuevo León, México.

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes estudiantes del municipio de Montemorelos, Nuevo León. Se seleccionó un esquema de muestreo no probabilístico, por conveniencia. La aplicación del instrumento se realizó de manera presencial a 243 adolescentes de entre 12 y 16 años, 135 hombres (55.6%) y 108 mujeres (44.4%). La recolección de datos se desarrolló en colaboración del Consejo Municipal Contra las Adicciones (COMCA) del municipio de Montemorelos.

Instrumentos

Para detectar los principales factores de riesgo para el consumo de drogas psicoactivas se utilizó la versión original del cuestionario Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes (FRIDA) validado en población mexicana por López-Ramírez y Inozemtseva (2019). El FRIDA está compuesto por 90 ítems que analizan siete factores que se agrupan en una puntuación global y que indican el índice de Vulnerabilidad Global ($\alpha = .925$), este índice nos informa sobre el grado de vulnerabilidad o riesgo del adolescente hacia el consumo de drogas. Los siete factores evaluados son: Reacción de la familia ante el consumo ($\alpha = .887$), Grupo de amigos o iguales ($\alpha = .860$), Acceso a las drogas ($\alpha = .891$), Riesgo Familiar ($\alpha = .640$), Educación familiar en drogas ($\alpha = .850$), Actividades protectoras ($\alpha = .740$) y Estilo educativo ($\alpha = .706$).

Los factores que evalúa el FRIDA son de tipo interpersonal en relación al adolescente ante el riesgo de consumo de drogas, y se mide en 7 factores.

La dimensión de Reacción de la Familia Ante el Consumo, indica el nivel de disgusto que los miembros tendrían al saber que el adolescente está consumiendo algún tipo de droga.

En cuanto a la dimensión de Grupo de Amigos o Iguales, significa si dentro del grupo en el que se relaciona hay presencia de consumo, la actitud que presentan referente a las drogas, son estas positivas o negativas y su participación en actividades de riesgo.

Acceso a las Drogas, en esta dimensión indica que el adolescente percibe que le resulta fácil o difícil conseguir algún tipo de droga.

La Dimensión de Riesgo Familiar, nos indica si en las relaciones de la familia existe expresión de afecto, se percibe conflicto, o presencia de maltrato y si algún miembro consume alguna droga.

Educación Familiar en Drogas, en esta dimensión indica si las normas respecto al uso de drogas están bien establecidas o se encuentran ausentes.

Actividades protectoras indica la existencia de una gran cantidad de actividades protectoras del consumo, tales como buenas relaciones familiares, éxito en la escuela, buen uso del tiempo libre y actividades en familia.

El factor de estilo educativo identifica el tipo de crianza que los padres ejercen en sus hijos, entendiéndose que el estilo democrático es el ideal, puesto que hay presencia de autoridad, normas bien establecidas por padres e hijo en conjunto y afectividad, y el tipo permisivo uno de los estilos que expone en riesgo al adolescente a consumir alguna droga, dado que es contrario al estilo democrático.

Resultados

Este estudio tuvo como objetivo encontrar los niveles de los factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes de cinco escuelas públicas del municipio de Montemorelos, Nuevo León, México.

Las puntuaciones directas que se obtuvieron de cada factor y del índice de vulnerabilidad global (IVG), son transformadas a una escala de 1 a 20, estos puntos de corte dan lugar a diferentes rangos de puntuaciones, los cuales se clasifican según sea el nivel de riesgo o vulnerabilidad en el que la población se encuentra.

Tabla 1

Perfil de riesgo o vulnerabilidad del FRIDA

Nivel de riesgo	Puntuaciones
Muy bajo	1 a 3
Bajo	4 a 6
Medio bajo	7 a 10
Medio alto	11 a 13
Alto	14 a 16
Muy alto	17 a 20

El Índice de Vulnerabilidad Global general de los participantes tuvo una media de 10.32 ($DE = 3.230$). Los resultados de los niveles de riesgo por dimensión de todos los participantes del estudio se pueden observar en la Tabla 2.

Como se puede ver, la dimensión con mayor nivel de riesgo es la de Reacción de la familia ante el consumo ($M = 9.79$, $DE = 5.118$) y la dimensión con menor riesgo es Riesgo familiar ($M = 6.69$, $DE = 3.688$).

Por otro lado, según la escuela en donde se encontraban, los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: CMGME = 132 (54,3%), BNJTM = 26 (10,7%), TJMVB = 24 (9,9%), BNJTV = 34 (14,0%) y ESSLT = 27 (11,1%). Según esta

distribución, se analizaron los niveles de riesgo de consumo de sustancias por escuela, los resultados se pueden observar en la Tabla 3.

Tabla 2

Niveles de riesgo de consumo de drogas por dimensión del FRIDA

Dimensión de riesgo de consumo	<i>M</i>	<i>DE</i>
F1. Reacción de la familia ante el consumo	9.79	5.118
F2. Grupo de amigos o iguales	6.96	3.770
F3. Acceso a las drogas	7.68	4.513
F4. Riesgo Familiar	6.69	3.688
F5. Educación familiar en drogas	9.97	5.362
F6. Actividades protectoras	11.25	3.994
F7 Estilo educativo	9.74	4.160

Así mismo, se compararon los índices de vulnerabilidad global según el sexo de la muestra y no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($t = -.990$, $p = .323$). Además, se realizó el análisis comparativo por cada dimensión del FRIDA y se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa únicamente en la dimensión Actividades Protectoras ($t = -3.467$, $p = .001$) entre hombres ($M = 10.47$, $DE = 4.103$) y mujeres ($M = 12.22$, $DE = 3.644$). El resto de análisis comparativos se encuentra en la Tabla 4.

Se realizó un análisis de los datos del índice de vulnerabilidad global (IVG) y de cada una de las dimensiones del FRIDA en función de la edad de los participantes. Se puede observar en el IVG que los niveles más bajos de riesgo se encuentran entre los 11 y los 13 años, mientras que los índices más altos los podemos encontrar a partir de los 16 años. Se puede observar claramente un patrón ascendente a medida que el adolescente va creciendo. Los resultados se pueden observar en la Tabla 5.

Discusión

Los adolescentes encuestados obtuvieron un nivel de vulnerabilidad global moderadamente bajo. Este hallazgo contradice con lo encontrado por Klimenko et al. (2018) al mencionar que la edad de inicio del consumo de sustancias está por debajo de los 18 años para todo tipo de éstas, indicando que la etapa de la adolescencia representa un riesgo

Tabla 3

Niveles de riesgo de consumo de drogas por dimensión del FRIDA por escuela

Dimensión de riesgo de consumo	CMGME		BNJTM		TJMVB		BNJTV		ESSLT	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
F1. Reacción de la familia ante el consumo	10,31	5.104	9.35	4.849	9.50	4.881	8.29	5.584	9.78	4.972
F2. Grupo de amigos o iguales	8,23	3.678	5.04	3.026	5.04	3.099	5.82	3.896	5.74	2.995
F3. Acceso a las drogas	8.53	4.369	6.65	3.784	8.42	4.854	5.97	4.189	6.00	4.954
F4. Riesgo Familiar	6.55	3.779	6.15	2.525	6.83	3.807	7.03	4.338	7.30	3.303
F5. Educación familiar en drogas	9.06	4.818	11.50	5.840	11.67	5.954	11.76	5.076	9.19	6.300
F6. Actividades protectoras	11.91	3.887	9.81	3.826	10.50	4.344	10.74	3.964	10.74	4.025
F7. Estilo educativo	10.18	4.260	9.62	3.579	8.54	3.575	9.85	4.937	9.63	3.387
Índice de vulnerabilidad global	10.86	3.418	9.23	2.847	9.96	3.00	9.76	3.201	9.74	2.443

Tabla 4

Análisis comparativos de las dimensiones del riesgo de consumo entre hombres y mujeres

Dimensión de riesgo de consumo	Sexo	M	DE	t	p
F1. Reacción de la familia ante el consumo	Hombre	9.62	5.274	-.557	.578
	Mujer	9.99	4.932		
F2. Grupo de amigos o iguales	Hombre	7.17	3.859	.959	.339
	Mujer	6.70	3.656		
F3. Acceso a las drogas	Hombre	8.06	4.443	1.472	.142
	Mujer	7.20	4.575		
F4. Riesgo Familiar	Hombre	6.53	3.223	-.727	.468
	Mujer	6.88	4.207		
F5. Educación familiar en drogas	Hombre	9.97	5.519	-.003	.998
	Mujer	9.97	5.183		
F6. Actividades protectoras	Hombre	10.47	4.103	-3.467	.001
	Mujer	12.22	3.644		
F7. Estilo educativo	Hombre	9.56	4.381	-.792	.429
	Mujer	9.98	3.874		

Tabla 5

Índice de vulnerabilidad global y dimensiones de acuerdo a la edad de los participantes

Edad		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	IVG
11 años	M	12.00	2.00	1.00	6.00	7.00	8.00	7.00	7.00
	DE	-	-	-	-	-	-	-	-
12 años	M	9.13	5.54	7.08	7.00	11.62	10.45	9.28	9.90
	DE	5.155	3.529	4.538	3.791	5.543	4.275	4.450	2.924
13 años	M	9.05	4.62	5.67	6.05	8.48	10.48	9.05	8.67
	DE	5.324	2.459	4.465	3.201	5.750	3.296	3.528	3.199
14 años	M	7.82	5.64	6.73	7.00	12.45	11.64	9.82	9.91
	DE	4.750	3.107	4.245	3.606	6.578	3.695	2.136	2.468
15 años	M	9.87	8.00	6.73	5.87	10.47	10.07	9.53	10.07
	DE	5.730	3.094	4.464	3.314	4.882	3.127	4.033	2.374
16 años	M	10.38	8.31	8.42	6.66	9.48	11.91	10.17	10.96
	DE	5.067	3.786	4.295	3.642	4.892	3.777	4.159	3.316
17 años	M	10.35	7.45	9.15	6.05	7.25	11.70	9.10	10.25
	DE	5.081	3.220	4.308	4.211	4.767	4.824	3.796	3.892
18 años	M	13.00	10.00	11.67	12.00	5.67	16.00	17.33	14.33
	DE	1.732	5.000	7.371	2.646	1.528	2.646	4.619	3.215

elevado de inicio en el consumo de sustancias tanto legales como ilegales.

Se encontró que los hombres tienen más actividades protectoras, como las acciones relacionadas con la familia, actividades extracurriculares y lo que hacen en el tiempo libre, que las mujeres, por lo que estas últimas se encuentran en mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Calafat (2000) menciona que los motivos para iniciar un consumo entre hombres y mujeres son muy similares, como, por ejemplo, el ir a una fiesta, la curiosidad de la fama de ciertas sustancias como el “éxtasis”, el trabajo nocturno, la evasión de problemas, etc. Sin embargo, una de las razones principales del inicio del consumo de las mujeres es con el propósito de adelgazar/bajar de peso/disminuir tallas, este motivo puede estar relacionado con la presión social y el entorno en el que se encuentre la mujer, debido a que socialmente se han establecido estigmas deseables. Aunque hablando de una forma general, el Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO, 2018) mencionan que el mayor consumo de drogas en la población es por parte de los hombres, debido a que ellos cuentan con un 17.5% mayor al de las mujeres que es el 4.3%.

Entre los hallazgos, se puede observar claramente un patrón ascendente de vulnerabilidad al consumo de sustancia a medida que el adolescente va creciendo. Lo que significa que, en la población estudiada, mientras más edad tenga el adolescente mayor riesgo tiene de caer en el consumo de drogas. Esto concuerda con lo encontrado por Gaete (2015) que cada individuo pasa de la etapa de la niñez a la etapa de la adolescencia, en la cual el adolescente inicia cambios a nivel psicológicos, sociales, cognitivos y sexuales (pubertad) en donde el autor menciona que es a partir de los 10 a los 14 años, debido a estos cambios el adolescente se muestra más vulnerable debido a estos distintos factores que pueden influir ya sea de manera positiva o negativa, debido a las fluctuaciones que presenta su estado de ánimo y su conducta. Este mismo autor resalta que uno de las tareas a desarrollar que tiene el adolescente es lograr la autonomía, esto ocurre cuando el joven llega a ser emocional y económicamente independiente de los padres, lo cual genera que el joven inicie a separarse

progresivamente de los padres, lo que puede ocasionar rebeldía o conflictos con su familia de origen.

Conclusiones

El estudio muestra que los niveles globales de los factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en los adolescentes evaluados del municipio de Montemorelos, Nuevo León, México se encuentran en un nivel medio-bajo.

Sin embargo, se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa únicamente en la dimensión Actividades Protectoras entre hombres y mujeres, siendo las mujeres el indicador de mayor riesgo. Cabe mencionar que la evidencia muestra el ascenso de la vulnerabilidad ante el consumo de sustancias a medida que el adolescente obtiene más edad, por lo cual se propone realizar programas de prevención y acciones intencionadas que promuevan los factores de protección para el consumo de sustancias en los y las adolescentes de Montemorelos Nuevo León.

Agradecimientos

De manera muy especial agradecemos al Lic. Miguel Ángel Salazar Rangel, Presidente municipal y presidente del Consejo Municipal Contra las Adicciones (COMCA) del municipio de Montemorelos; a la Dra. Esmeralda Gloria Bravo Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. 7; al Ing. Jorge Cervantes Oviedo, asesor de COMCA en la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León; y a todas las instituciones públicas y privadas que conforman el COMCA.

Referencias

- Bonomo, Y., y Proimos, J. (2005). Substance misuse: Alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. *BMJ*, 330, 777-80.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohen, P., Whiteman, M. (2002). Drug use and risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 1039-44.
- Calafat, A. (2000). *Cultura de la diversión y consumo de drogas en España. Características diferenciales con Europa*. Ponencia encuentros nacionales sobre

- drogodependencias y su enfoque comunitario.
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. y Díaz-Martínez, L. A. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 76(1), 21-26.
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, L., Navarrete, P. y Campo-Arias, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista MedUNAB*, 6, 137-143. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/10496>
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (2018). Diagnóstico del consumo de drogas en el área de influencia del CIJ Cuautémoc Poniente. *Estudio Básico de Comunidad Objetivo*. [http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9410/9410CD.html#:~:text=Continúa%20siendo%20mayor%20el%20consumo,en%20mujeres%20\(Cuadro%204.1\)](http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9410/9410CD.html#:~:text=Continúa%20siendo%20mayor%20el%20consumo,en%20mujeres%20(Cuadro%204.1))
- De Sola Gutierrez, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e Intervención terapéutica. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*. <http://psiqu.com/2-39957>
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J. y Lowry, R. (2004). *Youth Risk Behavior Surveillance -United States, 2003*. <https://www.ojjdp.gov/ojstatbb/compendium/asp/Compendium.asp?selData=6>
- Harris, E.C. y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-8.
- Klimenko, O., Llanos Ochoa, A. Y., Martínez Rodríguez, M. A. y Rengifo Calderón, A. C. (2018). Prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes entre 13 y 18 años pertenecientes al municipio de Puerto Rico Caquetá. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 25, 3-18.
- López-Ramírez, E. y Inozemtseva, O. (2019). Validación del cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes (FRIDA) en la población mexicana. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(2), 46-54. <https://doi.org/10.7714/CNPS/13.2.204>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Solana e hijos. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052008-glosario%20drogas.pdf>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., Croyle, R. T., Bianchi, D. W., Gordon, J. A., Koroshetz, W. J. y Weiss, S. R. (2018). The conception of the ABCD study: From substance use to a broad NIH collaboration. *Developmental cognitive neuroscience*, 32, 4-7.
- Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, H. E., Herrera-Vasquez, M., Borges, G. y Lazcano-Ponce, E. (2005). Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos, Mexico. *Drug Alcohol Depend*, 77, 93-6.

DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN CONYUGAL Y LA DEPRESIÓN EN
MUJERES, SEGÚN SEAN O NO, ESPOSAS DE PASTORESCarlos Mario Chablé Arias¹
Miriam de la Caridad Acosta Vargas²
Jaime Rodríguez Gómez³

RESUMEN

Aunque no existe un mandato bíblico específico sobre el papel de la esposa del pastor, se espera que destaque en la iglesia y la comunidad, asumiendo responsabilidades similares a las de sus esposos. A diferencia de otras profesiones, las esposas de pastores se ven presionadas a desempeñar roles equiparables a los de sus esposos, lo que podría generar estrés y depresión debido a la ausencia del cónyuge, a las mudanzas frecuentes y la falta de apoyo social. El objetivo de esta investigación fue conocer la satisfacción marital de las esposas de pastores adventistas y los índices de depresión, y compararlas con un grupo de control de mujeres casadas con esposos en profesiones no ministeriales. Los resultados indican que las esposas de pastores muestran niveles significativamente más altos de satisfacción conyugal en comparación con el grupo de control, sin diferencias en los síntomas depresivos entre ambos grupos.

Palabras clave: depresión, satisfacción marital, esposas de pastores, iglesia, adventista

ABSTRACT

Although there is no specific biblical mandate regarding the role of the pastor's wife, there is an expectation for her to stand out in the church and the community, taking on responsibilities similar to those of her husband. In contrast to other professions, pastor's wives may feel pressured to assume roles comparable to their husbands, potentially leading to stress and depression due to the husband's absence, frequent relocations, and a lack of social support. The objective of this research was to explore the marital satisfaction and depression levels of wives of Adventist pastors and compare them with a control group of married women whose husbands are in non-ministerial professions. The results indicate that pastor's wives exhibit significantly higher levels of marital satisfaction compared to the control group, with no differences in depressive symptoms between the two groups.

Keywords: depression, marital satisfaction, pastor's wife, church, adventist

¹Carlos Mario Chablé Arias, Pastor de Distrito en la Asociación de la Chontalpa de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Comalcalco, Tabasco, México, c_chable_arias@hotmail.com

²Miriam de la Caridad Acosta Vargas, Catedrático de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Morelos, Nuevo León, México, macosta@um.edu.mx

³Jaime Rodríguez Gómez, Coordinador de Currículo, Investigación, Titulación y Educación Continua (CITEC), Instituto Universitario del Sureste, Mérida, Yucatán, México, coord.citec@iunis.edu.mx

Introducción

El rol y el trabajo pastoral

La actividad laboral del pastor distrital en la Iglesia Adventista del 7mo Día (IASD) se concentra en cuatro áreas principales que son, administración, visitación, evangelización y sistema de control (Ojeda Cereda, 2011). Según Silvestre del Rosario (2016), las responsabilidades laborales de un pastor adventista abarcan los siguientes aspectos, llevar a cabo una predicación efectiva para alimentar espiritualmente a la congregación, realizar visitas periódicas a los hogares de los miembros de la iglesia, ofrecer apoyo a hombres y mujeres que experimentan dificultades a causa del pecado, motivar a los miembros de la iglesia a convertirse en evangelizadores eficaces, capacitar y preparar a cada miembro para el servicio ministerial y participar activamente en la comunidad, colaborando con entidades de servicio comunitario, fortaleciendo lazos de amistad y fomentando un ministerio compartido y el testimonio cristiano.

Ojeda Cereda (2011), en una investigación con 106 pastores de seis misiones/asociaciones de Chile, encontró que la práctica laboral pastoral se veía afectada por la falta de políticas administrativas, de un sistema objetivo de evaluación, de la escasa preparación para algunas funciones y el riesgo de presentar síntomas de burnout, por el agotamiento emocional o fatiga, por la despersonalización, es decir, el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, así como también hacia los colegas y por la baja realización personal (Puialto Durán et al., 2006).

De acuerdo con la experiencia clínica del psiquiatra brasileño Ribeiro Gomes de Deus (2009), hay una alta incidencia de depresión entre los pastores protestantes. Eso es motivado en que los pastores necesitan mostrarse fuertes porque son modelos y les resulta muy difícil aceptarse como enfermos. Además, carecen de la información adecuada sobre la enfermedad depresiva y están influenciados por la naturaleza religiosa de interpretaciones.

Ribeiro Gomes de Deus (2009) menciona otros factores que podrían estar relacionados a la depresión en pastores son: la baja remuneración económica, el estrés de las múltiples funciones realizadas en el pastorado, la disponibilidad a la

comunidad y no tener horario de trabajo fijo. Así mismo, las actividades pastorales varían de estados emocionales, la asistencia a un funeral seguido de la celebración de una boda, realizar una reunión de negocios y un culto de adoración, tomando en cuenta que cada actividad requiere una disponibilidad intelectual y emocional distinta.

Warner (2009) sostiene que los pastores experimentan sufrimiento en silencio, desean obtener ayuda, pero enfrentan dificultades para buscarla y, en algunos casos, les resulta difícil incluso expresar sus preocupaciones. Abandonar el ministerio no es una opción sencilla para ellos. Además, señala que la mayoría de los pastores sienten la presión de complacer a otros y se frustran al no poder alcanzar expectativas elevadas, lo que los lleva a sentir que no pueden vivir de acuerdo con esas expectativas. Esta frustración a menudo se dirige hacia ellos mismos. Warner compara al pastor con una "sala de emergencia de 24 horas", siempre disponible para los miembros de la congregación, lo cual contribuye a que aproximadamente uno de cada cuatro pastores pueda experimentar depresión.

El rol y los riesgos de la esposa del pastor

La esposa del pastor es como cualquier mujer creyente que ha de funcionar en la Iglesia ejerciendo sus dones espirituales, igual que otros miembros. "No hay un mandato bíblico sobre el papel o la responsabilidad de la esposa del pastor. A lo sumo, se requieren características morales de la mujer en el ministerio, así como las características espirituales generales responsables de todos los creyentes" (Rebuli y Smith, 2009). Sin embargo, por lo general se les tratan como la encarnación del ideal bíblico de la mujer (Proverbios 31:10-31), es decir, como un modelo de madres y de la fe, como líderes que deben destacarse en la iglesia y en la comunidad, demandándose de ellas que ejerzan la mayor parte de las funciones del esposo, a diferencia de las esposas de otros profesionales, empleados u obreros, donde nadie les exige que realicen las mismas tareas del esposo. Asimismo, la ausencia del marido/padre, las mudanzas frecuentes y la falta de apoyo social ha contribuido a elevar los niveles de estrés y depresión (White, 1999).

Por otra parte, si los pastores están estresados y presionados por sus múltiples actividades es de suponer que esos malestares también se trasladen a

su familia y, especialmente, a su cónyuge. Los informes de las referencias reportan que el desempeño laboral de los ministros puede poner en peligro su matrimonio (Harvey y Williams, 2002). Además, debido a que las tareas pastorales consumen mucho tiempo, esto hace que la familia se vea perjudicada en sus interrelaciones y en compartir experiencias (Hill et al., 2003). Como resultado del estrés laboral, los matrimonios de los pastores suelen sufrir divorcio emocional y pérdida de la intimidad (London y Wiseman, 2006).

Para Baker y Scott (1992), los resultados tan aterradores se deben a una cuestión metodológica, ya que muchos de esos informes fueron recolectados en talleres o retiros donde las personas no eran necesariamente representativas de la población general. También muchos artículos se han basado en historias clínicas de esposas en terapia o de grupos de apoyo donde las mujeres presentaban muchas dificultades. Por eso, estos autores propusieron la realización de estudios comparativos entre esposas de pastores y otras mujeres que no tuvieran esposos que fueran ministros. Siguiendo esa metodología, compararon 196 esposas de pastores luteranos parroquiales y un grupo de 205 mujeres que estaban casadas con hombres empleados que no eran pastores. En el estudio encontraron que las esposas de los ministros estaban menos deprimidas que las esposas de los no ministros y también que las esposas de los pastores reportaron mayor satisfacción con la vida que las esposas de los no pastores. Además, hallaron que las esposas de los pastores tenían una mayor sensación de bienestar que las otras mujeres. También encontraron que más del 70% de las esposas de los ministros estaban empleadas fuera del hogar, ya sea en tiempo parcial o tiempo completo.

Por lo tanto, estos autores concluyen que, aunque el empleo pudo haber colocado responsabilidades adicionales, en las esposas de pastores, y creado el riesgo de una sobrecarga de rol, tuvieron beneficios como un mayor sentido de autoestima y de control sobre sus vidas, por esto reflejan puntajes superiores de bienestar. Así mismo, las esposas de pastores que trabajaban también reportaron ingresos personales más altos y tenían puestos laborales con mayor estatus con

respecto al trabajo de las esposas de los no ministros. Ambos factores pudieron haber contribuido directamente a su mayor bienestar.

Satisfacción conyugal

La clave del éxito de la estabilidad y la permanencia de un matrimonio a lo largo del tiempo es el alto nivel de satisfacción conyugal, así lo demuestra el estudio realizado por Ridder y Schreurs (2006), donde mencionan que la vida en pareja que carece de una adecuada comunicación disminuye el nivel de apoyo material, emocional, económico, instrumental o de información, ya que es la que modula positivamente la relación.

Así mismo, se ha encontrado que la satisfacción conyugal tiene relación con la crianza de los hijos, la sexualidad, el número de los problemas reportados, las estrategias que se utilizan en el manejo de los conflictos, la religiosidad, ciertos factores contextuales, el bienestar y los bajos niveles de depresión (Armenta-Hurtarte et al., 2012; Castellano et al., 2014; Hünler y Gençöz, 2005; Miller et al., 2014; Notare y McCord, 2012; Seiffge-Krenke, 1999; Walker et al., 2013).

En una investigación realizada a 683 sujetos, 365 mujeres y 318 hombres, cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 85 años, con un promedio de 37 años, se encontró que la satisfacción conyugal dibuja una forma de U a lo largo del ciclo vital de la pareja, comenzando alto, para luego ir disminuyendo, hasta alcanzar su nivel más bajo entre los 16 a 20 años de casados, para luego ir ascendiendo y obtener los mayores niveles después de los 31 años de vida conyugal (Pereyra, 2005).

Por lo tanto, se debe mencionar que, el primer período más crítico en el matrimonio son los siete años, durante los cuales se producen la mitad de los divorcios, ya que las parejas tienen que adaptarse a las nuevas circunstancias, negociar las responsabilidades y encontrarse con las realidades de la vida conyugal (Amato et al., 2003; Gottman y Levenson, 2000). Y el segundo periodo crítico es cuando el primer hijo llega a los 14 años, que sería el punto bajo de la satisfacción marital. Por lo general, en los últimos años del matrimonio, las parejas con actitudes igualitarias muestran un alto nivel de satisfacción marital (Kaufman y Taniguchi, 2006).

Depresión

La depresión constituye una de las causas importantes de discapacidad a nivel mundial. Actualmente, se estima que la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2012a). “La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo” (World Federation for Mental Health, 2012). Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad y reducen el funcionamiento general de las personas, produciendo angustias y tristeza profunda; además, de ser frecuentemente recurrentes. Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios globales.

El modelo cognitivo de la depresión es uno de los más reconocidos por la bibliografía (Roca, 2021). Uno de los principales efectos de la depresión sucede a razón de información mal procesada en la mente del individuo. En el tiempo que dura la depresión surgen una serie de esquemas que la favorecen y se agudizan. Estos se adquieren normalmente durante la infancia; sin embargo, pueden no estar latentes, pero activarse cuando la persona choca con determinadas situaciones estresantes similares a las que vivió en su momento.

Al estar activados estos esquemas durante la depresión, filtran la percepción de la realidad y los recuerdos con los estímulos congruentes con ellos. Por eso, la persona deprimida está convencida de que los hechos son tan negativos como ella los ve. Para Beck, los esquemas productores de la depresión están determinados por la visión de sí mismo, por la forma que perciben el mundo y como perciben su futuro (Roca, 2021). El modelo propuesto por Beck no sólo es un sistema explicativo de la depresión y otros trastornos relacionados, sino que también incluye un programa de tratamiento y herramientas de evaluación de la depresión.

Se podría señalar que, hay resultados contradictorios sobre las condiciones de vida y las experiencias de la vida conyugal de las esposas de los pastores, ya que hay autores que han encontrado grados muy bajos de satisfacción matrimonial,

mientras otros refieren que, por el contrario, ellas gozan de un sentimiento de bienestar y de buena felicidad conyugal. Es de hacer notar que las referencias encontradas se refieren a otras culturas diferentes a la mexicana, donde prácticamente no se han encontrado literaturas académicas confiables. Asimismo, la bibliografía aconseja realizar estudios comparativos como el mejor método de abordaje al estudio de la salud mental y de la percepción sobre la vida conyugal. Por lo tanto, buscando aportar información sobre la realidad mexicana, esta investigación tuvo como objetivo estudiar a las esposas de los pastores adventistas distritales de una asociación de la organización de los Adventistas del 7mo Día en forma comparativa con un grupo de control de mujeres casadas cuyos esposos tienen otras actividades laborales diferentes a la ministerial, a partir de las variables satisfacción conyugal.

Método

El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, correlacional, no experimental y transversal.

Los participantes fueron dos grupos de mujeres casadas; un grupo integrado por esposas adventistas de pastores y el otro por esposas adventistas, pero cuyos esposos tenían otros tipos de ocupaciones diferentes a las actividades pastorales.

El primer grupo estuvo integrado por 43 esposas de pastores, y el segundo grupo por 151 esposas, cuyos esposos tienen otras profesiones. La selección de cada muestra fue realizada por conveniencia, es decir, solo a quienes manifestaron interés en colaborar con la investigación. La muestra total estuvo compuesta por 194 mujeres con una edad promedio de 41.5 años, con una mínima de 24 años y una máxima de 74 años.

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Satisfacción Marital (ESM) (Pick de Weiss y Andrade, 1988), compuesta por 24 ítems agrupados en tres dimensiones: (a) satisfacción con la interacción marital, (b) satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge y (c) satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge. La valoración de la escala es inversa en el sentido de que mayor puntuación indica menor satisfacción marital. Esta escala

cuenta con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach .88.

Y también se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) que es un autoinforme compuesto por 21 ítems (González et al., 2015). En cada ítem el encuestado debe elegir, de entre cuatro alternativas que van de menor a mayor gravedad, aquella que mejor refiere su etapa en las últimas dos semanas. La escala tiene un coeficiente alto de confiabilidad de alfa de Cronbach .92.

Recolección de datos

Para la recolección de los datos, se hizo una aplicación colectiva en una reunión de SIEMA (Sociedad Internacional de Esposas de Ministros Adventistas). Se les explicó cómo responder el cuestionario, enfatizando que fueran lo más honestas posible, dedicándose el tiempo necesario. Con respecto al grupo control de esposas casadas con cónyuges de otras profesiones o actividades, se distribuyeron los protocolos en varias iglesias, explicando cómo debería hacerse el llenado. La selección se hizo por conveniencia, es decir, con quienes quisieran colaborar con el proyecto. La aplicación de los protocolos fue realizada por pastores adventistas distritales de una asociación de la organización de los Adventistas del 7mo Día que fueron debidamente instruidos en la tarea. Una vez completados todos los cuestionarios, se concentraron en cada uno de los grupos, enumerando cada caso y construyendo la base de datos correspondiente.

Resultados

Los resultados de la satisfacción marital para la muestra ($n = 175$) presentó una media de 41.28 ($DE = 10.42$) con un mínimo de 24 y un máximo de 72. De acuerdo con el baremo (Pereyra, 2005), el puntaje corresponde a la categoría media baja (Percentil 70). Por su parte, el grupo de esposas de pastores ($n = 39$) obtuvo una media de 36.15 ($DE = 9.76$); en tanto, el grupo de esposas cuyos maridos no son pastores ($n = 136$) alcanzaron una media de 42.75 con una desviación estándar de 10.17.

Las medias y desviaciones obtenidas y la significación de las diferencias para cada una de las dimensiones y el total de cada grupo de esposas pueden observarse en la Tabla 1. Se observa que las esposas de pastores presentan medias más bajas en el total y en cada dimensión de la satisfacción conyugal, lo que significa mayor satisfacción marital. Al realizarse el estudio de comparación de medias a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes, se observó que las esposas de los pastores reportaron estar mucho más satisfechas que las otras damas casadas con maridos de diferentes profesiones.

Respecto a los resultados en depresión (ver Tabla 2), las mujeres que realizaron las pruebas fueron un total de 92, exhibiendo una media de 16.65, con una desviación de 12.58.

Tabla 1

Factores de la satisfacción marital en ambos grupos y el total

	Esposas de pastores (n = 24)		Esposas de no pastores (n = 146)		Grupo total (n = 188)		Sig prueba <i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
SM Interacción	14.19	4.32	17.16	5.13	16.48	5.10	.001
SM Emociones	8.13	2.64	9.86	2.62	9.49	2.71	.000
SM Estructural	13.68	3.61	15.75	4.22	15.27	4.17	.005
SM General	36.15	9.76	42.75	10.17	41.28	10.43	.000

Tabla 2

Comparación de depresión entre grupos

	Esposas de pastores (n = 17)		Esposas de no pastores (n = 75)		Grupo total (n = 188)		Sig prueba <i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Depresión general	16.76	11.71	16.73	12.91	16.74	12.63	.993

El grupo de las esposas de pastores fueron 17, obteniendo una media de 16.76 ($DE = 11.74$). En tanto, las otras esposas fueron 75, alcanzando una media de 16.73, con una desviación de 12.91, las diferencias no fueron significativas.

Discusión

En esta investigación se encontró que las esposas de los pastores de una Asociación de los Adventistas del 7mo Día reportaron estar mucho más satisfechas en sus relaciones maritales que las otras mujeres casadas con maridos de otras profesiones no pastorales.

Estos resultados contradicen lo encontrado por Nandasaba (2011) quien menciona que el estrés para las esposas de los pastores no sólo les afecta a ellas, sino también perjudica sus relaciones matrimoniales y las congregaciones.

Por otro lado, Baker y Scott (1992) encontraron en su investigación que las esposas de los pastores tenían una alta calidad de bienestar, superior a las mujeres del grupo control que no estaban deprimidas y manifestaban mayor satisfacción con la vida. Los resultados encontrados en la presente investigación concuerdan con estos autores, ya que las esposas de los pastores estudiadas mostraron niveles de satisfacción conyugal significativamente superiores al grupo de mujeres del grupo control y no hubo ninguna diferencia en la contabilización de síntomas depresivos entre ambos grupos, obteniendo medias casi idénticas en ambos grupos de mujeres. También reportaron que les ponía muy satisfechas las prioridades que tenía el marido y cómo aplicaban las reglas que regían en el hogar.

En cuanto a cómo podría estar afectando la salud mental el ejercicio del rol de esposa ministerial, los resultados de la investigación no presentan diferencias con otras mujeres de una comunidad adventista, es de hacer notar que todo el grupo parece experimentar cierto grado leve de depresión, pudiendo ser por circunstancias o cuestiones generales a todos, aunque las esposas pastorales mostraron cierto grado de cansancio, mayor que el resto de las damas. Es posible que exista cierto desgaste por el estrés y los probables

excesos de trabajo que el grupo tan pequeño de casos evaluados apenas permitió visualizar.

Conclusiones

Finalmente se podría concluir que las esposas de los pastores exhibieron un alto grado de satisfacción conyugal, empatizando con sus esposos emocionalmente, constituyendo un buen soporte familiar y siendo un apoyo importante en las tareas ministeriales.

Así mismo que las esposas de los pastores no mostraron signos de relevancia en cuanto a que su rol pueda menoscabar su salud mental en lo referente al estado de ánimo, solo cierto grado de cansancio por el estrés o el exceso de trabajo.

Algunas limitantes de esta investigación fueron el número reducido de esposas de pastores evaluadas ($n = 43$), que solo significó el 22.2% de la muestra total, por lo tanto, se recomienda para futuras investigaciones ampliar la muestra de esposas de pastores. Así mismo se recomienda realizar un estudio comparativo, controlando y homogenizando las variables del grupo control. Y supervisar en forma más rigurosa el procedimiento y el proceso metodológico de aplicación de los instrumentos. Así también investigar las razones del por qué en otras latitudes y estudios los resultados son tan disímiles a los encontrados en esta investigación.

Referencias

- Amato, P. R., Johnson, D. R., Booth, A. y Rogers, S. J. (2003). Continuity and change in marital quality between 1980 and 2000. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 1-22. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00001.x>
- Armenta-Hurtarte, C., Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta la satisfacción con la pareja? *Suma Psicológica*, 19(2), 51-62.
- Baker, D. C. y Scott, J. P. (1992). Predictors of well-being among pastors' wives: A comparison with nonclergy wives. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 46(1), 33-43. <https://doi.org/10.1177/002234099204600107>

- Castellano, R., Velotti, P., Crowell, J. A. y Zavattini, G. C. (2014). The role of parents' attachment configurations at childbirth on marital satisfaction and conflict strategies. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1011-1026.
- González, D., Reséndiz-Rodríguez, A. y Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244.
- Gottman, J. M. y Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 737-745. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00737.x>
- Harvey, D. y Williams, G. (2002). *Living in a glass house: Surviving the scrutiny of ministry and marriage*. Beacon Hill.
- Hill, E. W., Darling, C. A. y Raimondi, N. M. (2003). Understanding boundary-related stress in clergy families. *Marriage & Family Review*, 35, 147-166. https://doi.org/10.1300/J002v35n01_09
- Hünler, O. S. y Gençöz, T. (2005). The effect of religiousness on marital satisfaction: Testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 27, 123-136. <https://doi.org/10.1007/s10591-004-1974-1>
- Kaufman, G. y Taniguchi, H. (2006). Gender and marital happiness in later life. *Journal of Family Issues*, 27, 735-757. <https://doi.org/10.1177/0192513X05285293>
- London, H. B. y Wiseman, N. B. (2006). *Pastores en alto riesgo*. Unilit.
- Miller, R. B., Nunes, N. A., Bean, R. A., Day, R. D., Falceto, O. G., Hollist, C. S. y Fernandes, C. L. (2014). Marital problems and marital satisfaction among Brazilian couples. *American Journal of Family Therapy*, 42, 153-166. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.741897>
- Nandasaba, T. (2011). *Determination of effects of stress to pastors' wives on church ministries performance: A case of Bungoma South District* (Master thesis). South African Theological Seminary, Bryanston, South Africa.
- Notare, T. y McCord, R. (2012). *Marriage and family in the United States: Resources for society*. United States Conference of Catholic Bishops.
- Ojeda Cereda, J. L. (2011). *Relación entre el burnout, tendencia de afiliación, satisfacción laboral, experiencia laboral con el nivel de desempeño laboral del pastor distrital de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, en Chile durante 2008-2009* (Tesis doctoral). Andrews University, Berrien Springs, MI, USA.
- Organización Mundial de la Salud. (2012a). *La depresión*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pereyra, M. (2005). *Manual de satisfacción conyugal*. Universidad de Morelos.
- Pick de Weiss, S. y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital. *Psiquiatría*, 4(1), 9-20.
- Puialto Durán, M. J., Antolín Rodríguez, R. y Moure Fernández, L. (2006). Prevalencia del Síndrome del Quemad@ y estudio de factores relacionados en l@s enfermer@s del Chuvi (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global*, 8, 1-18.
- Rebuli, L. y Smith, K. G. (2009). The role of the pastor's wife: What does the Bible teach? *Conspectus: South African Theological Seminary*, 7(3), 101-116.
- Ribeiro Gomes de Deus, P. (2009). Um estudo da depressão em pastores protestantes. *Ciências da Religião: História e Sociedade*, 7(1), 190-202.
- Ridder, D. y Schreurs, K. (2006). Coping, social support and chronic disease: A research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/13548509608400007>
- Roca, E. (2021). *Terapia cognitiva de Beck para la depresión*. <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>

- Seiffge-Krenke, I. (1999). Families with daughters, families with sons: Different challenges form family relationships and marital satisfaction? *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 325-342.
- Silvestre del Rosario, C. H. (2016). *Modelo de factores predictores de la calidad de vida y compromiso validado en miembros de la Iglesia Adventista de la Asociación Dominicana del Sureste* [Tesis doctoral, Universidad de Montemorelos]. Repositorio Institucional.
<https://dspace.um.edu.mx/handle/20.500.11972/193>
- Walker, R., Isherwood, L., Burton, C., Kitwe-Magambo, K. y Luszcz, M. (2013). Marital satisfaction among older couples: The role of satisfaction with social networks and psychological well-being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 76(2), 123-139.
- Warner, G. (2009). When depression leads pastors to suicide: One out of four pastors is depressed. *Christian Century*, 126(24), 14-15.
- White, E. (1999). *Obreros evangélicos*. Pacific Press Publishing Association.
- World Federation for Mental Health. (2012). *Depresión: una crisis global*. <http://www.infocoponline.es/pdf/DMSaludMentalDepresion.pdf>

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES
DE LOS OBREROS ADVENTISTAS DE UNA UNIÓN
EN MÉXICO EN EL AÑO 2018Ludys Patricia Villegas Peñate¹
Brenda Tabardillo Vázquez²

RESUMEN

El estrés es un problema de salud mundial. Todas las personas se enfrentan a él a diario; el problema consiste en que muchos no saben cómo hacerlo de una manera efectiva. El tipo de investigación de este proyecto fue descriptivo y correlacional. Los participantes fueron 113 obreros adventistas pertenecientes a una unión de la organización de los Adventistas del Séptimo día en México. Para medir las variables se utilizó el instrumento Conociendo mi Nivel de Estrés y la escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (ERI). Se pudo observar que existe una correlación negativa significativa entre el nivel de estrés y la calidad de las relaciones intrafamiliares ($r = -.424$, $p = .000$). Esto significa que cuando el nivel de estrés aumenta, la calidad de las relaciones intrafamiliares disminuye, y cuando el nivel de estrés baja, la calidad de las relaciones intrafamiliares aumenta.

Palabras clave: estrés, familia, relaciones intrafamiliares, estrés laboral

ABSTRACT

Stress is a global health problem. People face it every day; the problem is that many do not know their coping mechanisms to help themselves. This research was descriptive and correlational. The participants were 113 Adventist workers from a union of the Seventh-day Adventist organization in Mexico. The Knowing My Stress Level and the Intrafamilial Relationship Assessment (ERI) scale were used to measure the variables. It was observed that there is a significant negative correlation between the level of stress and the quality of intrafamilial relationships ($r = -.424$, $p = .000$). This means that when the level of stress increases, the quality of intra-family relationships decreases, and when the level of stress decreases, the quality of intra-family relationships increases.

Keywords: stress, family, intrafamily relationships, work stress

Introducción

Estrés

La definición de estrés proviene de diferentes enfoques, por lo que no es posible dar una definición

que considere todas las perspectivas relacionadas con este concepto. Sin embargo, hay autores que han ofrecido opiniones o definiciones sobre este fenómeno: es por ello por lo que Cooper et al.

¹Ludys Patricia Villegas Peñate, terapeuta familiar y directora de Growing Family, ludys19@hotmail.com

²Brenda Tabardillo Vázquez, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, Nuevo León, México, btardillo@um.edu.mx

(2001) definen el estrés, en primer lugar, como una respuesta; la segunda, como estímulo y, la tercera, como consecuencia de la interacción entre la respuesta y el estímulo. Esta interacción se describe como un desequilibrio entre el hombre y su entorno.

Regueiro (2019) expresa que la respuesta al estrés es una particular forma de afrontar y adaptarse a las diversas situaciones y demandas que el individuo encuentra. Es una respuesta que aparece cuando se percibe que los recursos no son suficientes para afrontar los problemas.

La misma autora (Regueiro, 2019) define el estrés como la reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. El estrés es una reacción natural y requerida para la supervivencia que da respuesta a un estímulo.

Según Mamani Encalada et al. (2007), existe un gran número de posibles factores de riesgo para el estrés. Entre ellos, los relacionados con el contenido del trabajo, nivel de responsabilidad, conflicto y ambigüedad de roles, relaciones sociales, clima organizacional, contacto con el paciente, volumen del trabajo, necesidad de retención, desarrollo profesional, jornada irregular, violencia contra la profesión, el entorno físico en el que se realiza el trabajo, y la incapacidad para presentar quejas y la inseguridad en el trabajo.

Sotillo Hidalgo (2013) menciona que el estrés es causa directa e indirecta en la producción de accidentes de trabajo, así como otros efectos negativos para la salud de los trabajadores, y no se diga de su efecto en la organización laboral o en el contexto social y familiar del sujeto sometido a estrés, así como también existen distintos factores que generan estrés.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) según Llana Álvarez (2009), se refiere al estrés laboral como una enfermedad que es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo que disminuye la productividad al afectar la salud psicofísica de los trabajadores.

Por otra parte, la OIT establece que las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente del trabajo en función de las aptitudes y las aspiraciones humanas, tienen más posibilidades de lograr

ventajas competitivas. Se puede decir entonces, que el estrés es una fuerza que condiciona el comportamiento de cada persona y es el motor adaptativo a las exigencias del entorno (Llana Álvarez, 2009).

Existen diferentes modelos que explican el estrés que buscan describir de manera objetiva este fenómeno. Por ejemplo, el modelo de ajuste entre individuo y ambiente laboral formulado por Harrison (1978, citado en Arenas Osuna 2006) propone que lo que produce el estrés es un desajuste entre la demanda del entorno y los recursos de las personas para afrontarlas, es decir, el desajuste entre las habilidades y destrezas disponibles de las personas y las necesidades y requerimientos del trabajo a realizar, así como entre las necesidades del individuo y los recursos ambientales disponibles para satisfacerlas. El proceso de estrés comienza con la existencia de una desalineación percibida.

Otro modelo es el de Matteson e Ivancevich (1987) que clasifica los tipos de respuestas que dan los individuos en situaciones estresantes. Este modelo pretende sintetizar los estresores asociados para que sean útiles a la gestión de las empresas, con el fin de intervenir en las mismas. El modelo distingue seis componentes, de la siguiente manera: factores estresantes, que incluyen no solo factores organizacionales internos como la ubicación, la estructura organizacional, el sistema de recompensas, los recursos humanos y los sistemas de liderazgo, sino que también incluye relaciones familiares externas, problemas económicos, etc. en. sobresaliente. Estos factores estresantes influyen en la evaluación de la situación por parte del individuo; lo que a su vez influye en el resultado de esta evaluación (a nivel fisiológico, psicológico y conductual); y estos a su vez tienen consecuencias, tanto en lo que se refiere a la salud del individuo como a su desempeño en la organización.

Por otro lado, se encuentra el modelo propuesto por Karasek y Theorell (1990) que vincula las necesidades y los controles que los trabajadores pueden ejercer como método predictivo para identificar y modificar situaciones potencialmente estresantes. Al cambiar las demandas laborales o tomar el control del trabajo, se puede reducir el estrés y los trabajadores pueden lograr un mayor grado de autonomía. El modelo en sí no predice las

respuestas de estrés, por lo que debe complementarse con la variabilidad individual que interprete y aborde las necesidades del entorno de forma satisfactoria o patológica. Lo interesante del modelo es que los dos grupos de variables que considera, la necesidad de la tarea y el grado de control sobre la misma, agrupan la mayor parte de los conceptos que caracterizan los cambios que se producen en la organización del trabajo. Hay dos conclusiones básicas de este modelo. En primer lugar, el estrés psicológico aumenta a medida que aumentan las exigencias de la tarea y disminuye la capacidad de los trabajadores para controlar su trabajo. En segundo lugar, el nivel de habilidad aumenta cuando un alto grado de exigencia va acompañado de un alto grado de control sobre la tarea. Este modelo es el más aceptado y aplicado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, por sus siglas en inglés).

El modelo de Edwards (1992) de Estados Unidos utiliza un sistema cibernético para calcular cómo interactúa el comportamiento de los empleados con las metas de la organización. Este se define como la diferencia entre el estado laboral que percibe el empleado y lo que desea, siempre que el grado de desviación sea considerado significativo por el propio empleado. La percepción, por su parte, se entiende como la expresión subjetiva de cualquier situación, condición o acontecimiento. Así, trata de la representación subjetiva de cómo son las cosas, no de cómo deberían ser. En consecuencia, los factores ambientales solo crearán estrés en la medida en que los empleados sean conscientes de ello.

Relaciones intrafamiliares

Según la Real Academia Española (2001), la familia “es el grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. El conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (párr. 1 y 2).

Por su parte, Fuhrmann y Chadwick (1997) definen los sistemas familiares como multiindividuales y muy complicados; estos, a su vez pueden ser subsistemas de otras unidades como son la familia extensa, el vecindario y la sociedad. Por último, las familias tienen subsistemas diferenciados, porque cada sujeto viene a ser un subsistema independiente.

Para Rivera Heredia y Andrade Palos (2010), las relaciones intrafamiliares incluyen la conciencia del nivel de unidad de la familia, el estilo de la familia para resolver problemas o expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a situaciones cambiantes. El término se asocia con el entorno del hogar y los recursos familiares.

Los conceptos de familia han ido cambiando de acuerdo a la forma como se constituyen las familias y lo complejo de la sociedad actual, es difícil dar una definición única de lo que es la familia como tal. Sin embargo, se puede tener un concepto global, estableciendo que familia es un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas o, un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje (Valdivia Sánchez, 2008).

Estrés y relaciones intrafamiliares

El conflicto trabajo-familia se ha asociado, entre otras consecuencias, con la insatisfacción en el trabajo y en la familia, la depresión y el estrés en la vida diaria (Frone et al., 1991; Greenhaus et al., 1997; Kopelman et al., 1983). Además, numerosas teorías sugieren que el conflicto trabajo-familia puede estar relacionado positivamente con el estrés en el trabajo (Kossek, 1990). En efecto, el estrés causado por tratar de manejar el equilibrio entre las responsabilidades familiares y las responsabilidades laborales puede conducir a insatisfacción en el trabajo, depresión, ausentismo y enfermedades coronarias (Thomas y Ganster, 1995, citado en Otálora Montenegro, 2007).

Otálora Montenegro (2007) demostró en su investigación que existe una correlación positiva y significativa entre los conflictos trabajo-familia y el estrés individual. También fue relevante su investigación sobre la relación entre el conflicto del trabajo y la familia, donde sus resultados concluyeron que, de hecho, la intervención familiar se correlaciona positivamente con la carga de la responsabilidad de los padres y la carga del cuidado de los adultos.

Método

El tipo de investigación de este proyecto fue descriptivo y correlacional, debido a que en este estudio se seleccionan las variables de estrés y las relaciones intrafamiliares y se mide cada una de ellas independientemente de las otras con el fin de describirlas. De la misma manera, pretende medir el

grado de relación y la manera cómo interactúan las variables entre sí. Estas relaciones se establecen dentro de un mismo contexto y a partir de los mismos sujetos.

La población a evaluar fueron los obreros adventistas pertenecientes a una unión de la organización de los Adventistas del Séptimo día en México. La evaluación fue de tipo censo, ya que se pretendió evaluarlos a todos.

Para medir el nivel de estrés se utilizó el instrumento Conociendo mi Nivel de Estrés que fue validado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1996) a través del Programa de vigilancia epidemiología de factores de riesgos psicosociales en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Cuenta con cuatro dimensiones: fisiológico, social, intelectual y de trabajo y psico-emocional. El cuestionario se contesta con una escala tipo Likert de cuatro puntos que van desde siempre hasta nunca, cuenta con confiabilidad alfa de Cronbach de .956.

Para medir las relaciones intrafamiliares se utilizó la escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (ERI) validado en diferentes tipos de poblaciones como personas que han tenido intento suicida (Rivera Heredia y Andrade Palos, 2006); entre diferentes grados del consumo de drogas (Córdova-Alcaráz et al., 2007), entre mujeres con y sin cáncer de mama (Gamboa, 2008) y con mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo y sin conductas alimentarias de riesgo (Pintor, 2009). Cuenta con cuatro dimensiones: unión y apoyo, expresión y dificultades. El cuestionario se contesta con una escala tipo Likert de cinco puntos que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, cuenta con confiabilidad alfa de Cronbach de .963.

Recolección de datos

La recolección de datos se hizo por medio de la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados, mediante una aplicación individual en línea por medio de la página web www.growingfamily.co. Se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS, mismos que posteriormente se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos en este estudio.

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación que existe entre el estrés y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares de los obreros de

una unión en México. La variable dependiente fue las relaciones intrafamiliares de los obreros; la variable independiente fue el nivel de estrés. Algunas otras variables que se contemplaron para ampliar el estudio fueron las demográficas, las cuales incluían género, edad y estado civil.

Resultados

Se reportaron 113 participantes de este estudio, de las cuales el 25.7% fueron mujeres y el 74.3% hombres. El rango de edad con mayor presencia fue de 30 a 45 años. La mayoría fueron personas casadas con un 95.6% del total de los evaluados.

La variable estrés obtuvo una media de 1.6180 (DE = 0.4069) indicando un nivel bajo en la población estudiada. Los resultados de las cuatro dimensiones se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1

Indicadores de distribución del estrés y sus componentes

Dimensión	M	DE
Estrés intelectual y de trabajo	1.715	.451
Estrés social	1.683	.501
Estrés fisiológico	1.654	.422
Estrés psicoemocional	1.427	.435

Se puede observar que la media más alta de estrés se encuentra en el componente de estrés intelectual y de trabajo, con un valor medio de 1.7150 y una desviación estándar de .4512; la media más baja se encuentra en el componente psicoemocional, con una media de 1.4270 y una desviación estándar de .4351. Prácticamente, todas estas medias en cada componente están entre 1, que significa nunca y 2, que significa a veces; esto quiere decir que el estrés en esta población está relativamente bajo.

En referencia al estrés fisiológico, el ítem que registra la media más alta es “ha sentido dolores en el cuello y espalda o tensión muscular”, con una media de 2.20 y una desviación estándar de .629; mientras que el ítem que registra la media más baja es “ha sentido problemas para respirar”, con una media de 1.27 y una desviación estándar de .518.

En referencia al estrés social, el ítem que registra la media más alta es “Ha sentido dificultad para permanecer quieto o para iniciar actividades” con una media de 1.73 y una desviación estándar de .695, mientras que el ítem que registra la media más baja

es “ha sentido dificultad en sus relaciones con otras personas” con una media de 1.64 y una desviación estándar de .613.

En referencia al estrés intelectual y de trabajo, el ítem que registra la media más alta es “ha tenido sentimientos de sobrecarga de trabajo” con una media de 2.27 y una desviación estándar de .747; mientras que el ítem que registra la media más baja es “ha sentido deseos de cambiar de empleo” con una media de 1.31 y una desviación estándar de .536.

En referencia al estrés psicoemocional, el ítem que registra la media más alta es “ha sentido sentimientos de angustia preocupación o tristeza” con una media de 1.84 y una desviación estándar de .662; mientras que el ítem que registra la media más baja es “ha consumido drogas para aliviar la tensión” con una media de 1.05 y una desviación estándar de .323.

Por otro lado, las relaciones intrafamiliares presentan una media de 4.208 (DE = 0.598), indicando nivel saludable de relaciones intrafamiliares. Los resultados de las tres dimensiones se pueden observar en la Tabla 2.

Tabla 2

Indicadores de distribución de las relaciones intrafamiliares y sus dimensiones

Dimensión	M	DE
Relación de Unión y apoyo	4.2856	.7468
Relación de Expresiones	4.2615	.7361
Relación de Dificultades	1.8803	.6632

Se puede observar que la media más alta de las relaciones intrafamiliares fue la dimensión de relación unión y apoyo con valor de media de 4.2856 y una desviación estándar de .7468, mientras que la media más baja fue la dimensión de dificultades con una media de 1.8803 y una desviación estándar de .6632.

Conforme con el instrumento ERI, se encontró una media alta en la dimensión unión y apoyo y expresión, lo que significa una buena interrelación, cuanto más alta es la media, mejor es la relación; mientras que, en la dimensión de dificultades, cuanto más alta es la media, esto significa más problemas y dificultades en la interrelación, y cuanto más baja es la media, significa una mejor interrelación.

En referencia a la dimensión relación de unión y apoyo, el ítem que registra la media más alta es “mi familia es cálida y nos brinda apoyo” con una media de 4.44 y una desviación estándar de .886; mientras que el ítem que registra la media más baja es “la gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores” con una media de 4.04 y una desviación estándar de 1.093.

En referencia a la dimensión relación de expresiones, el ítem que registra la media más alta es “en mi familia hablamos con franqueza”, con una media de 4.48 y una desviación estándar de .846; mientras que el ítem que registra la media más baja es “en mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta” con una media de 3.81 y una desviación estándar de 1.288.

En referencia a la dimensión de relación de dificultades, el ítem que registra la media más alta es “las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas” con una media de 2.32 y una desviación estándar de 1.318; mientras que el ítem que registra la media más baja es “en mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás” con una media de 1.46 y una desviación estándar de .955.

En la dimensión de las dificultades, una media alta significa altas dificultades y problemas, mientras que una media baja significa menos problemas y dificultades.

La hipótesis nula de esta investigación dice que no existe una correlación significativa entre el nivel de estrés y las relaciones intrafamiliares de obreros adventistas de una unión en México. Cuando se aplica la correlación r de Pearson, se puede observar que existe una correlación negativa significativa entre el nivel de estrés y la calidad de las relaciones intrafamiliares ($r = -.424$, $p = .000$). Esto significa que cuando el nivel de estrés aumenta, la calidad de las relaciones intrafamiliares disminuye, y cuando el nivel de estrés baja, la calidad de las relaciones intrafamiliares aumenta. Existe una correlación significativa y negativa entre el nivel de estrés y las relaciones intrafamiliares de obreros adventistas de una unión en México.

Cuando se aplica la correlación r de Pearson entre los componentes del estrés y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares, se puede observar que existen diez correlaciones significativas entre los

componentes del estrés y las dimensiones de las relaciones intrafamiliares.

Existe una correlación significativa y positiva entre estrés fisiológico y la relación de dificultades ($r = .509, p = .000$). Esto significa que cuando el estrés fisiológico aumenta, también aumentan las dificultades en las relaciones intrafamiliares.

Existe una correlación significativa y positiva entre estrés social y la relación de dificultades ($r = .484, p = .000$). Esto significa que cuando el estrés social aumenta, también aumentan las dificultades en las relaciones intrafamiliares.

Existe una correlación significativa y positiva entre estrés intelectual de trabajo y la relación de dificultades ($r = .501, p = .000$). Esto significa que cuando el estrés intelectual de trabajo aumenta, también aumentan las dificultades en las relaciones intrafamiliares.

Existe una correlación significativa y positiva entre estrés psicoemocional y la relación de dificultades ($r = .585, p = .000$). Esto significa que cuando el estrés psicoemocional aumenta, también aumentan las dificultades en las relaciones intrafamiliares.

Existe una correlación significativa y negativa entre estrés social y la relación de unión y apoyo ($r = -.234, p = .013$). Esto significa que cuando el estrés social aumenta, la relación de unión y apoyo disminuye.

Existe una correlación significativa y negativa entre estrés intelectual de trabajo y la relación de unión y apoyo ($r = -.190, p = .044$). Esto significa que cuando el estrés intelectual de trabajo aumenta, la relación de unión y apoyo disminuye.

Existe una correlación significativa y negativa entre estrés psicoemocional y la relación de unión y apoyo ($r = -.243, p = .009$). Esto significa que cuando el estrés psicoemocional aumenta, la relación de unión y apoyo disminuye.

Existe una correlación significativa y negativa entre estrés social y la relación de expresión ($r = -.238, p = .011$). Esto significa que cuando el estrés social aumenta, la relación de expresión disminuye.

Existe una correlación significativa y negativa entre estrés intelectual de trabajo y la relación de expresión ($r = -.230, p = .014$). Esto significa que cuando el estrés intelectual de trabajo aumenta, la relación de expresión disminuye.

Existe una correlación significativa y negativa entre estrés psicoemocional y la relación de expresión ($r = -.277, p = .003$). Esto significa que cuando el estrés psicoemocional aumenta, la relación de expresión disminuye.

Discusión

Como se puede ver en la presente investigación, la media más alta de los componentes de estrés se presenta en el estrés intelectual y de trabajo, de lo anterior se puede ver que el componente más alto de estrés se presenta en el trabajo, se espera que este componente de estrés sea el más alto, teniendo que las personas que trabajan pasan la mayor parte del día en sus lugares de trabajo y cuanto más tiempo pasa la persona en el trabajo menos tiempo tiene para sus relaciones intrafamiliares. Con respecto a las relaciones intrafamiliares se puede ver que la media más alta la tiene la dimensión de la relación de unión y apoyo, encontrándose muy cerca a ésta la relación de expresión. Esto significa que los obreros adventistas de una unión en México presentan, en estas dos dimensiones, una media relativamente alta.

Los resultados de esta investigación muestran que existe una correlación negativa significativa entre el estrés y la calidad de las relaciones intrafamiliares. También se demostró que existe una correlación significativa y positiva entre los componentes del estrés (estrés fisiológico, estrés social, estrés intelectual de trabajo y estrés psicoemocional) y la dimensión de relación de dificultades. Cuando el estrés aumenta las relaciones de dificultades también aumentan.

Estos resultados están en conformidad con otras investigaciones que muestran que el conflicto trabajo-familia se ha asociado, entre otras consecuencias, con la insatisfacción en el trabajo y en la familia, la depresión y el estrés en la vida diaria (Frone et al., 1991; Greenhaus et al., 1997; Kopelman et al., 1983). Con todo y que estas investigaciones no usan la variable de relaciones intrafamiliares, se puede ver que el conflicto trabajo-familia está muy relacionado con las relaciones intrafamiliares. También los resultados de la presente investigación coinciden con lo que dice Kossek (1990) que el conflicto trabajo-familia se relaciona positivamente con el estrés en el trabajo.

Las conclusiones a las que llegaron Thomas y Ganster (1995, citados en Otálora Montenegro, 2007) fueron que por tratar de manejar un equilibrio entre las responsabilidades familiares y las laborales se llega a producir insatisfacción en el trabajo, depresión, ausentismo y enfermedades coronarias. Estas situaciones de insatisfacción en el trabajo y depresión evidentemente se relacionan de forma negativa con las relaciones intrafamiliares. En otras palabras, cuando aumenta el estrés. Las relaciones intrafamiliares entran en conflicto.

Otálora Montenegro (2007) demostró en su investigación que existe una correlación positiva y significativa entre los conflictos trabajo-familia y el estrés individual. Esta investigación concuerda con los resultados del presente estudio.

Referencias

- Arenas Osuna, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28(2), 103-109.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J. y O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781452231235>
- Córdova-Alcaráz, A. J., Andrade Palos, P. y Rodríguez-Kuri, S. E. (2007). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.
- Edwards, J. R. (1992). A cybernetic theory of stress, coping, and well-being in organizations. *Academy of Management Review*, 17(2), 238-274. <https://doi.org/10.5465/amr.1992.4279536>
- Frone, M. R., Russell, M. y Cooper, M. L. (1991). Relationship of work and family stress-ors to psychological distress: The independent moderating influence of social support, mastery, active coping, and self-focused attention. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(7), 227-250.
- Fuhrmann, I. y Chadwick, M. (1997). *Fortalecer la familia: Manual para trabajar con padres* (2ª ed.). Andrés Bello.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., Singh, R. y Parasuraman, S. (1997). Work and family influences on departure from public accounting. *Journal of Vocational Behavior*, 50(2), 249-270. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1996.1578>
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kopelman, R. E., Greenhaus, J. H. y Connolly, T. F. (1983). A model of work, family, and interrole conflict: A construct validation study. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32(2), 198-215. [https://doi.org/10.1016/030-5073\(83\)90147_2](https://doi.org/10.1016/030-5073(83)90147_2)
- Kossek, E. E. (1990). Diversity in child care assistance needs: Employee problems, preferences, and work-related outcomes. *Personnel Psychology*, 43(4), 769-791. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1990.tb00682.x>
- Llaneza Álvarez, J. F. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada: manual para la formación del especialista* (13a ed.). Lex Nova.
- Mamani Encalada, A., Obando Zegarra, R., Uribe Malca, A. M. y Vivanco Tello, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 3(1), 50-57.
- Matteson, M. T. e Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling work stress: Effective human resource and management strategies*. Jossey-Bass.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1996). *Programa de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosociales. Cuestionario anexo 2 Conociendo mi nivel de estrés*, Santa Fe de Bogotá, Colombia. <http://74.125.47.132/search?q=cache:1bemxQNznDsJ:www.talentoyli->
- Otálora Montenegro, G. (2007). La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 139-160.

- Pintor, B. (2009). *Relaciones intrafamiliares y recursos personales en mujeres con conductas alimentarias de riesgo* (Tesis de maestría). Universidad Vasco de Quiroga, Morelia, México.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). RAE.
- Regueiro, A. M. (2019). *Conceptos básicos: ¿qué es el estrés y cómo nos afecta?* <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
- Rivera Heredia, M. E. y Andrade Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Sotillo Hidalgo, M. (2013). *¿El estrés mata? Las claves para para lograr conocer y vencer el estrés*. Corona Borealis.
- Valdivia Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.

INCIDENCIA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CONTEXTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES MUJERES DE UN COLEGIO MILITARIZADO EN NUEVO LEÓN, MÉXICO

Ruth Priscila Badilla Torres¹

RESUMEN

Este informe presenta los resultados de una evaluación realizada a estudiantes mayores de 15 años de un colegio militarizado, con el fin de identificar los niveles de violencia que han sufrido en los últimos 12 meses. Participaron 148 jóvenes de las cuales 43 indicaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia. Tanto la violencia física, como verbal, patrimonial, sexual y de control, se encontraron presentes.

Palabras clave: violencia de género, prevención de la violencia, adolescentes

ABSTRACT

This paper presents the findings of a survey conducted on students over the age of 15 in a militarized school to determine the level of violence they have endured in the past 12 months. There were 148 female participants, out of which 43 indicated that they had been victims of some type of violence in the last 12 months. The evidence suggests that violence occurred through physical, verbal, financial, sexual, and emotional means.

Keywords: gender violence, violence prevention, adolescents

Introducción

En el estado de Nuevo León, los resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares publicada en el 2022 (INEGI), mostraron que el 68.1% de las mujeres de 15 años o más, experimentaron algún tipo de violencia psicológica, física, sexual, económica o patrimonial en algún momento de su vida, lo que corresponde a un aumento del 10.8% con respecto a los datos reportados en el 2016. El porcentaje de las mujeres que reportaron en el 2022 haber experimentado violencia en los últimos 12 meses fue de un 42.3%, correspondiendo esto a un aumento del 3.4% con respecto a los datos obtenidos en el año 2016. En el último reporte del 2022, el tipo de violencia con mayor prevalencia en los últimos 12 meses fue la psicológica (27.2%),

seguida de la sexual (24.5%), la patrimonial (15.7%) y por último la física (8.4%).

En cuanto a la violencia vivida en una relación de pareja, estas mismas estadísticas revelan que el 33.1% de las mujeres mayores de 15 años sufrieron algún tipo de violencia y el 17.7% la sufrieron en los últimos 12 meses (INEGI, 2022). Por último, dentro del ámbito familiar el 9.6% indicó haber sufrido violencia por parte de su familia en los últimos 12 meses, siendo la violencia de tipo psicológica la que ocupa el primer lugar con el 73%, en segundo lugar, la física con 28%, en tercero la económica o patrimonial con 25% y en cuarto lugar la sexual con 14% (INEGI, 2022).

La violencia de género es un fenómeno multicausal, que se sustenta en "una jerarquía construida cultural y socialmente sobre las

¹Ruth Priscila Badilla Torres, estudiante del Doctorado en Consejería Familiar en la Universidad de Monterrey, 1180892@alumno.um.edu.mx

diferencias biológicas de los sexos, que otorga una supremacía al varón sobre las mujeres" (Cázeres-Palacios et al., 2022). En consecuencia, esto repercute principalmente en la vida de las mujeres; que al ejercer sus derechos y libertad, es percibida por el hombre como rebelde hacia su autoridad, amenazando su hombría fundamentada en ser él quien domine en la relación; para lo cual, con el objetivo de regresar a la mujer a un estado de obediencia y sumisión a su autoridad masculina, ejecuta una escalada violenta, victimizando a la mujer.

Evangelista-García (2019) resalta las razones por las que la violencia no llega a denunciarse, estas son: 1) mecanismos de organizaciones que inhiben y obstaculizan la denuncia; 2) temor a las consecuencias, especialmente cuando la violencia es de moderada a severa y la mujer ha vivido amenazas; 3) desinformación en cuanto al proceso de denuncia: cómo y dónde denunciar; 4) temor a la revictimización, que ocurre cuando en los servicios, sean médicos, legales, psicológicos o educativos, no se le da un trato expedito, especialmente porque el personal no está capacitado en perspectiva de género para atender a las usuarias; y 5) vergüenza y culpabilización, que se enraizan en la educación y cultura que prioriza roles de género diferenciados, considerando que la violencia se justifica de alguna manera porque no se cumple con las costumbres propias de la cultura; estas circunstancias apoyan la normalización de las situaciones de violencia hacia las mujeres.

Paredes Pineda (2022) en su investigación con un grupo de adolescentes sobre las consecuencias de la violencia de género dentro de la familia, concluye que las víctimas pueden experimentar: ansiedad, ideación suicida, baja autoestima, problemas de sueño, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, cutting, entre otros. Tomando todo lo anterior en cuenta, se consideró relevante detectar a través de este estudio los niveles de violencia de género en el contexto familiar que sufren las estudiantes de un Colegio Militarizado del estado de Nuevo León, México.

Método

Esta investigación fue de tipo descriptiva y transversal, ya que los datos analizados fueron recolectados en un único momento con el fin de determinar la incidencia de indicadores de violencia psicológica, económica/patrimonial, física y sexual en las participantes. Se eligió la Herramienta para la Detección de Violencia Familiar (ver anexo 1) para mujeres mayores de 15 años, ya que es la herramienta autorizada por el Gobierno Federal en México para la detección de la violencia en mujeres.

Esta herramienta se compone por tres secciones, la primera engloba preguntas relacionadas con violencia verbal, control y patrimonial; la segunda analiza el nivel de violencia física; y la tercera la violencia sexual. Las preguntas de las tres secciones dan como resultado un total de 24 ítems con dos opciones de respuesta: Sí y No.

El instrumento fue aplicado a manera de encuesta, repartiéndose a 148 estudiantes del Colegio Militarizado para que la contestaran por sí mismas, sus edades oscilaron entre 15 y 22 años. En total, 43 encuestas resultaron positivas para algún tipo de violencia, por lo que se tomó este grupo para su análisis. Los datos fueron capturados y analizados de manera descriptiva utilizando el programa de Excel.

Resultados

A continuación, se presenta la Tabla 1, en la cual se indica el nombre del ítem, el número de participantes que contestaron de forma positiva y el porcentaje que representa con respecto al grupo de 43 estudiantes que resultaron positivas en indicadores de violencia.

Al dar una respuesta afirmativa, el formulario permite que la persona escriba quién fue y cuándo ocurrió el episodio de violencia. En cuanto a cuándo ocurrió la violencia, las participantes no registraron respuestas. Con respecto a quiénes las violentaron, es decir, en cuanto a su agresor, las participantes reportaron lo siguiente: novio, pareja, hermana, primo, tío, tía, abuelos paternos, padrastro, ex novio, familia, mamá, hermana, papá, compañeras, pretendiente, persona anónima y familiares.

Tabla 1
Porcentaje de incidencia

Variable/Dimensión	Nº	%
Sección 1		
¿Le controla la mayor parte del tiempo?	15	35
¿Le controla las actividades, salidas, visitas?	13	30
¿Le controla hasta la ropa que viste?	7	16
¿La ha menospreciado o devaluado?	14	33
¿La insulta u ofende?	12	28
¿La ha humillado enfrente de la familia o de otras personas?	15	35
¿Le controla el dinero que le da o el que usted gana?	2	5
¿Aporta insuficiente dinero para las necesidades básicas, cuando sí cuenta con dinero para otros gastos no importantes para la familia?	11	26
¿Le arroja o destruye objetos o sus bienes o pertenencias cuando se enoja?	7	16
¿Ha dispuesto de los bienes comunes sin estar usted de acuerdo?	4	9
¿La ha amenazado con golpearla?	5	12
¿Ha usado contra usted una navaja, cuchillo o machete o arma de fuego?	0	0
Sección 2		
¿La ha golpeado provocándole moretones?	4	9
¿La ha golpeado provocándole heridas?	3	7
¿La ha golpeado provocándole fracturas?	1	2
¿Le ha provocado otras lesiones?	1	2
¿La ha tratado de ahorcar?	2	5
¿La ha agredido con algún objeto?	4	9
¿La ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	0
¿La ha agredido con arma de fuego?	0	0
Sección 3		
¿La ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	5	12
¿La ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	0	0
¿La ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	7	16
¿La ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	3	7

Discusión

Los indicadores con mayor incidencia fueron: 1) control del tiempo; 2) humillaciones frente a la familia u otras personas; 3) menosprecios o devaluaciones; 4) control de actividades, salidas, visitas; 5) insultos u ofensas; y 6) aportación insuficiente de dinero para las necesidades básicas, cuando sí se cuenta con dinero para otros gastos no importantes para la familia. Pertenecientes a los tipos de violencia verbal, control y patrimonial.

Comparando estos resultados con los indicadores de violencia que ha reportado el estado de Nuevo León (INEGI, 2022) en donde alrededor del 40% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia en los últimos 12 meses, es pertinente destacar que estos tipos de violencia, especialmente cuando ocurren en contextos familiares, tienen serias consecuencias para las jóvenes, como por ejemplo: graves dificultades emocionales y de conducta, normalización de la violencia, baja autoestima, tristeza profunda o depresión, poca

autoeficacia, incertidumbre en su proyecto de vida, búsqueda intensa de expresiones de afecto, entre otras (Águila Gutiérrez et al., 2016).

Si bien, la categoría que refleja violencia física tuvo menos incidencia, alarma identificar que algunas de las jóvenes han quedado con marcas en su cuerpo, heridas, fracturas y otras lesiones, y que al menos una ha sido agredida con algún objeto. Además, dos de ellas refirieron que habían sufrido un intento de ahorcamiento. Estos datos se vuelven más significativos cuando se tiene en cuenta que Nuevo León, durante los meses de enero y febrero del 2022 ocupó el tercer lugar en casos de feminicidios del país (Flores, 2022).

Sobre la última sección, correspondiente a violencia sexual, cinco menores reportaron haber sido forzadas a manoseos en contra de su voluntad, siete han sido forzadas a tener relaciones sexuales y tres han resultado embarazadas tras relaciones sexuales en contra de su voluntad. Bajo este contexto resulta de mucha importancia el mensaje de “cero tolerancia al hostigamiento sexual y acoso sexual” que promueve el Instituto Nacional de las Mujeres (2023), fundamentado en la Ley General de Acceso de las Mujeres a un Vida libre de Violencia (2023) publicada desde el 2007.

El estado de Nuevo León, cuenta con un protocolo para la prevención, atención y sanación del hostigamiento sexual y el acoso sexual, que entró en vigor desde febrero del 2020; y también cuenta con cursos de capacitación en línea para la prevención y atención a la violencia (INMUJERES, 2023), información que es pertinente divulgar con mayor impulso entre las mujeres para ayudarlas a prevenir y salir de estas situaciones.

Es probable que las cifras de incidencia de violencia en esta comunidad evaluada sean aún mayores, pero se obstaculiza su visualización debido a: 1) que en nuestra cultura se normaliza la violencia, considerando naturales la agresividad del hombre por un lado y la sumisión de la mujer por el otro; 2) los estándares educativos de diferenciación de roles entre el hombre y la mujer que favorecen la desigualdad y normalización, si no es que la justificación, de las situaciones violentas; 3) el temor de las mujeres a las consecuencias o represalias por parte de su agresor o de la sociedad misma; y 4) la desinformación en cuanto a los

recursos disponibles para poner un alto a estas situaciones. Por estas razones se presume, que algunas jóvenes pudieron haberse abstenido de contestar la herramienta de forma veraz.

Conclusiones

Un porcentaje importante de jóvenes del colegio militarizado están siendo víctimas de violencia de al menos uno de los cuatro tipos que evalúa la Herramienta de Detección de Violencia, o lo han sido en los últimos 12 meses. Sin embargo, si se indaga cuántas lo han sido en algún momento de la vida este porcentaje podría aumentar significativamente.

La omisión en reportar quiénes han sido los perpetradores de la violencia o el tiempo en que ocurrieron los eventos, puede reflejar la necesidad de hacer labor de concientización en torno a la importancia de comprender cabalmente la temática sobre violencia de género y contar con recursos más efectivos para informar eficazmente a las mujeres y a la sociedad.

Con respecto al Colegio Militarizado en el que se aplicó la Herramienta de Detección de Violencia hacia las mujeres, es recomendable que se realicen intervenciones con mayor regularidad en torno a la prevención de la violencia, de manera que puedan cambiarse los esquemas mentales que normalizan estas situaciones; así como ofrecer oportunidades a las jóvenes para sentirse apoyadas en la toma de decisiones con respecto a la activación de recursos de ayuda para prevenir y sancionar la violencia, en pro de su seguridad, protección y bienestar.

Referencias

- Águila Gutiérrez, Y., Hernández Reyes, V. E. y Hernández Castro, V. H. (2016). Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 38(5), 697-710. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v38n5/rme050516.pdf>
- Cazares-Palacios, I. M., Tovar Hernández, D. M y Herrera-Mijangos, S. N. (2022). Violencia de género en una universidad de Coahuila, México. *Sinéctica*, 58(1). Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=>

- S1665-109X2022000100403&script=sci_arttext
- Evangelista-García, A. A. (2019). Normalización de la violencia de género como obstáculo metodológico para su comprensión. *Nómadas*, 51(5). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75502019000200085
- Flores, K. (2022). Violencia contra las mujeres en Nuevo León: es el tercer lugar en feminicidios. *Serendipia*. Recuperado de: <https://serendipia.digital/violencia-contra-las-mujeres/violencia-contra-las-mujeres-en-nuevo-leon-18-reportes-oficiales-de-busqueda/>
- Instituto Nacional de la Mujeres (INMUJERES) (2023). Cero tolerancia al hostigamiento y acoso sexual. Recuperado de: <http://cerotolerancia.inmujeres.gob.mx/>
- INEGI (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021. Principales resultados Nuevo León. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/19_nuevo_leon.pdf
- Ley General de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2023). Recuperada de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Paredes Pineda, A. L. (2022). Violencia Intrafamiliar. *Huella de la Palabra*, 16(1). Recuperado de: <https://revistas.lasallep.edu.mx/index.php/huella/article/view/565>

Apéndice 1

Herramienta para la Detección de la Violencia Familiar (mujeres >15 años)

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

Número de expediente _____ Fecha: _____	
Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección _____	
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA FÍSICA	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	

Si el o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, ó a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo. (Ver capítulo 7).

EL DUELO COMO PARTE DE LA VIDA: UNA REVISIÓN TEÓRICA DE LAS ETAPAS, PROCESO Y EL MANEJO DE LA INTERVENCIÓN

Josué Manuel Maya Martínez¹
Annia Esther Vives Iglesias²

RESUMEN

Dentro del ciclo vital del individuo y la familia, la muerte constituye un evento que siempre se tiene presente. Cada persona debe enfrentarla con sus familiares y con ella misma, así también el duelo inevitable que la acompaña. Es importante conocer en que consiste y los diferentes conceptos que la literatura maneja acerca del duelo, así como sus etapas. El cortejo de manifestaciones físicas, emocionales, psicológicas, conductuales y relacionales indicarán cómo está transitando el individuo por ese proceso y si pueden o no aparecer complicaciones. La familia es el primer nivel de apoyo a tener en cuenta durante el duelo normal y si existen complicaciones se hace necesario el manejo por el terapeuta. La presente revisión teórica proporciona elementos que facilitarán el manejo del duelo como parte de la vida.

Palabras clave: duelo, etapas del duelo, manejo familiar, intervención terapéutica

ABSTRACT

Within the life cycle of the individual and the family, death constitutes an event that is always present. Each person must face with their relatives and in themselves, therefore the inevitable mourning that accompanies it. It is important to know what it consists of and the different concepts that the literature handles about mourning, as well as its stages. The procession of physical, emotional, psychological, behavioral, and relational manifestations will indicate how the individual is going through this process and whether or not complications may appear. The family is the first level of support to consider during normal mourning and if there are complications, management by the therapist is necessary. This theoretical review provides elements that will facilitate the management of grief as part of life cycle.

Keywords: grief, stages of grief, family management, therapeutic intervention

Introducción

La muerte es parte de la vida. Cada persona pasa por un ciclo vital que comienza con su nacimiento y culmina en la muerte. Así que, ver a la muerte como

parte de ese proceso es completamente normal. Sin embargo, la sociedad moderna ha tejido un halo de misticismo y despersonalización de la pérdida de la

¹Josué Manuel Maya Martínez, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, Nuevo León, México, josue.maya@um.edu.mx

²Annia Esther Vives Iglesias, Profesora de Teología, directora del Departamento de Investigaciones y Publicaciones del Seminario Teológico Adventista de Cuba, anniaevi25@gmail.com

vida, que influye en las personas y dificulta su aceptación.

Sin embargo, muchas familias, por sus formas de afrontamiento, y por sus características relacionales, agravan la sintomatología del duelo. Adoptan posturas complicadas que alteran la dinámica de la familia. La ruptura de los vínculos con personas significativas no siempre es asimilada de igual manera por todos y puede desestabilizar toda la estructura. Es necesario y saludable que pasen por las etapas del duelo, pero que al final salgan reforzados con un nuevo autoconocimiento de sus fortalezas y capacidad de resiliencia (Ponce-Reyes y Rodríguez-Álava, 2022).

Parte de esas formas de afrontamiento es la negación de la muerte. Puede parecer una solución para mitigar el dolor, pero, de hecho, el efecto es el opuesto. Cuando se niega o no se acepta la muerte, también se niega una parte vital de la existencia auténtica. La muerte es una consecuencia natural de la vida, nadie escapa a ella. La existencia proporciona una variedad de experiencias: buenos y malos ratos, periodos de tristeza, desilusión, frustración, aflicción, así como de alegría, amor y felicidad. La muerte es una experiencia más y cada día el ser humano se enfrenta a ella (O'Connor, 2007).

Es importante mencionar que cada cultura tiene sus modificaciones para entender, enfrentar y superar la muerte según Orjuela Villanueva, (2020) cuando esta llega de forma natural. Sin embargo, cuando la muerte llega inesperadamente o está rodeada de violencia e incertidumbre; el dolor y la inestabilidad de la estructura familiar se hacen más evidentes. Las muertes violentas y todo el cortejo de actores que las rodean marcan el duelo y su procesamiento.

Cabe destacar que la violencia es considerada la primera causa de muerte en menores de 40 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cifras diarias están en 15 mil personas y al año representan 5.8 millones de individuos que mueren por traumatismos o violencia. Cuba, con un contexto cultural de muchas influencias, se encuentra entre los países donde la muerte violenta supera el 10% del total de la mortalidad, con una mayor incidencia en el grupo poblacional de 15 a 49 años de edad (Morales Núñez et al., 2020). En países como Colombia, Brasil, y Estados Unidos la

primera causa de muerte violenta se debe a los homicidios. Otros países, como Argentina, ubican a los accidentes dentro de sus causas más comunes. Sea una u otra causa, las muertes violentas generan una cadena de eventos que afectan a las familias involucradas haciendo que el proceso de duelo sea mucho más doloroso y tórpido (Morales Núñez et al., 2020).

El presente artículo, teniendo lo anterior como contexto, pretende abordar el duelo que sigue a la muerte y que involucra tanto al individuo como al entorno que lo rodea. Aspectos como los diferentes conceptos y etapas del duelo, los tipos de duelo según la causa, como se manifiesta el dolor en cada momento y el manejo tanto por la familia como por el terapeuta, serán las diferentes secciones a tratar. Se hará énfasis en el duelo provocado por muertes violentas, y las complicaciones que puede generar en su procesamiento. Aprender a sobrevivir a la muerte de un ser querido, es un eslabón fundamental del crecimiento emocional de la familia.

Aproximación al concepto y etapas del duelo

Se ha visto el duelo como parte culminante del ciclo vital humano, pero ante las muertes inesperadas se experimenta una ruptura de este ciclo vital con importantes repercusiones en la esfera psicológica. El duelo como proceso se define por el trasfondo sociocultural e histórico que le confieren sentido a la pérdida y que cada persona interpreta de manera diferente (Castillo Ospina y Losada Medina, 2021).

Se relaciona el duelo con algo más que la muerte como fenómeno en sí. También abarca al amplio conjunto de procesos psicológicos y emocionales que se manifiestan cuando el individuo se enfrenta a la pérdida de algo o alguien con un valor significativo y que inevitablemente va a estar acompañado de inmenso dolor (Bernal Navas y Guzmán Moreno, 2022). De una manera más amplia se ha relacionado con la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe (Gómez Sancho, 2018).

En la sociedad actual, duelo y luto se utilizan para definir el mismo fenómeno, aunque etimológicamente tienen raíces diferentes. “la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto

proviene de *lugere* que quiere decir llorar” (Guillem Porta et al., 2018, p. 63). Así mismo, Gómez Sancho (2018) acota que el duelo es el único desorden psiquiátrico funcional con una causa conocida, características distintivas y un curso por lo general predecible. Coloquialmente, a veces, también se le llama duelo al conjunto de familiares y amigos más cercanos al difunto: “detrás del coche fúnebre iba el duelo”, “el duelo se despedirá en la iglesia después del funeral”, etc. (Gómez Sancho, 2018, p. 15). A manera de resumen serían apropiadas las palabras que se expresan en la siguiente definición, que engloba todas las experiencias de pérdida: “el duelo son los sentimientos en conflicto causados por un cambio o el fin de un patrón de conducta familiar” (Levine y Kline, 2016, p. 196).

No obstante, aunque el duelo es un proceso, se han podido identificar diferentes etapas en la que los síntomas psicológicos, emocionales y comportamentales van variando. Es importante identificar esas etapas, pues las diferentes aproximaciones de consejería o terapia van a depender de las manifestaciones predominantes en cada una. Existen varias posiciones o descripciones, pero la más citada es la propuesta por Elizabeth Kubler (Figueroa et al., 2020):

1. Negación: suele ser la primera reacción en casi todas las personas ante la pérdida de algo o alguien. Puede aparecer de manera inmediata o no, frecuentemente está relacionada con el estado de shock o de embotamiento emocional. La expresión común es “esto no me puede estar pasando a mí.” Puede manifestarse de una manera difusa cuando el familiar no comprende la situación, le resta importancia o no entiende que es una pérdida definitiva.

2. Ira: se presenta cuando la persona entiende que es una realidad inevitable, aparece la frustración, la ira y el enojo. El individuo se da cuenta de su propia incapacidad para modificar las consecuencias que la muerte trae consigo para su vida. Se puede manifestar el culpar a otros o la autoincriminación para justificar la pérdida.

3. Negociación: a pesar de entender que la pérdida es real, y estar enojado, uno de los mecanismos de defensa para minimizar los

estragos del dolor es tener esa esperanza secreta de que todo seguirá igual, que las cosas no cambiarán por la muerte. Las personas racionalizan y quiere regresar el tiempo, pensando en lo que pudieran haber hecho para cambiar el curso de los acontecimientos.

4. Depresión: en este periodo el sobreviviente se enfrenta de una manera más consciente a la realidad de la pérdida. La persona se aísla, se sume en la tristeza, y la desesperanza, pierde la motivación, y se enfrenta con profundos sentimientos de vacío y dolor. Por ende, al enfrentarse a la irreversibilidad de la muerte lo lleva a pensar en su propia muerte.

5. Aceptación: a partir de la superación de las etapas previas, el doliente comienza a aceptar la muerte como parte inevitable del ciclo vital. Acepta la realidad de su pérdida, y decide continuar rehaciendo su vida. Esta aceptación le ayudará a vivir sin el ser querido y a crecer al comprenderse, un poco mejor, a sí mismo.

Por otra parte, O'Connor (2007) provee una clasificación de las etapas del duelo teniendo en cuenta, no tanto los sentimientos predominantes, sino los comportamientos del doliente y el tiempo probable para que se manifiesten. En la elaboración de este según la autora, aunque cada persona puede experimentar el duelo de manera diferente, habitualmente se aprecian los siguientes pasos:

Etapas I: ruptura de los antiguos hábitos. Desde el día del fallecimiento hasta ocho semanas.

Etapas II: inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año.

Etapas III: búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. A partir del primer año hasta dos años.

Etapas IV: terminación del reajuste. Después de los primeros dos años (O'Connor, 2007, p. 25).

El duelo, a su vez, puede ser clasificado dependiendo de sus causas, como se expone a continuación, lo cual es de ayuda al terapeuta para conocer los tipos de intervenciones a realizar.

Tipos de duelo según las causas

Las condiciones o momentos en los que se produce la muerte pueden generar diferentes aproximaciones al duelo y lo van caracterizando en modalidades. Gómez Sancho (2018) alude a estos factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en el mismo.

La edad

Es un factor crucial en los tipos de duelo. Aunque todas las muertes son extremadamente dolorosas, no es lo mismo la muerte de un infante que de un anciano. La pérdida de un niño es siempre difícil de explicar y asimilar. Los padres mantienen una estrecha relación afectiva con los hijos, además de proyectar en ellos sus esperanzas y expectativas, realzando el significado que tienen para sus progenitores. Puede ocurrir la muerte después del nacimiento y se conoce como duelo perinatal, o más previo, cuando el bebé nace muerto. El autor plantea que la pareja no solo pierde el bebé real, sino también al bebé de los sueños. La muerte en el período perinatal o neonatal son las que más generan duelos complicados. Los tipos de afrontamiento ante estas situaciones varían de un padre a otro y oscilan desde los que comparten sus sentimientos y necesitan hablar de lo que pasó hasta aquellos que prefieren guardar silencio (Alconero-Camarero et al., 2016).

Por otra parte, el duelo tras una muerte súbita en las personas ancianas puede tener connotaciones trágicas. La interdependencia que se genera en una pareja que ha vivido muchos años junta hace muy difícil el reajuste después de la pérdida. Si a lo anterior se le suma que es muy probable que a esa edad haya perdido a varios familiares y amigos en breve tiempo, la elaboración de los duelos se entorpece, junto a la conciencia de la posibilidad de su propia muerte y la soledad que experimenta.

Duración de la enfermedad y la agonía

Cuando una persona padece de una enfermedad terminal durante un tiempo prolongado se produce en los familiares el llamado duelo anticipatorio, lo que les permite "prepararse" para el triste desenlace. Sin embargo, cuando la muerte es súbita e inesperada, el dolor trastorna a la familia, no se incorpora ni se asimila de forma adecuada, pues

siempre se asocia con la inmediatez y lo imprevisible del acontecimiento.

Carácter de la muerte

Las muertes apacibles, aunque extremadamente dolorosas, son más fáciles de asimilar. Las muertes que se acompañan de síntomas de agonía (la disnea, la confusión, hemorragias masivas, convulsiones, etc.) dejan un impacto severo en los familiares supervivientes. En ocasiones, el no poder estar presente en los últimos momentos, o ante una muerte violenta, o no poder realizar los ritos funerarios que ayudan a cerrar ciclos, provocan sensaciones de rabia e impotencia en los dolientes. Es lo que se ha descrito como duelo imposible, el cual se hace muy difícil de elaborar debido a las circunstancias en que se produjo la muerte, quedando una "catástrofe interior irremisible e irreversible". Queda la sensación de que la muerte no fue real, se revive el dolor a pesar del tiempo transcurrido como si fuera presente, y se alimentan deseos de venganza que pueden llevar a enfermedades mentales autodestructivas. Después de una pérdida de manera abrupta surge en las personas involucradas un proceso de duelo diferente. Este proceso puede ser percibido de manera desigual por cada persona, pero tiene siempre un denominador común: se acompaña de intenso sufrimiento. Y de manera inevitable también este proceso no puede ser obviado ni evitado, hay que pasar por él (Gómez Sancho, 2018).

Aspecto del cadáver

Muchas personas mueren con una expresión de paz en el rostro. Su contemplación por los familiares, atenúa el dolor, pues se reconfortan pensando que no sufrió tanto. Por otro lado, cuando se enfrentan a un cadáver desfigurado, con rictus de angustia, severamente mutilado, puede causar un severo impacto en los deudos. Muchos de ellos reviven esas imágenes durante mucho tiempo y necesitan ayuda para procesarlo.

Duelo a distancia

El acompañar a una persona en sus últimos momentos le facilita la "despedida" a quienes han estado cerca. No ocurre así con aquellos familiares o amigos que están muy lejos en el momento de la muerte y no pueden participar de los ritos

funerarios. Asimilan el duelo de otra manera, pues no pudieron despedirse, en ocasiones experimentan miedo, ansiedad y niegan el hecho por la irrealidad y ambigüedad que lo rodea. En ocasiones puede aparecer el duelo inhibido o negado, duelo retardado o diferido en aquellas personas que se enfrascan en actividades impulsivas, para no procesar ni pensar en lo que sucedió.

Algunos dolientes no logran procesar la pérdida y la reviven constantemente durante muchos años, son incapaces de hacer vida social nuevamente, se convierten en personas inseguras, con mucha necesidad de apego y apoyo mientras dura su duelo crónico.

En casos donde la muerte se produce en personas célebres, del entretenimiento, se produce el conocido duelo colectivo. Muchas personas, aun sin conocer al artista, sufren y se duelen por su pérdida, documentándose muchísimos casos de suicidios y lesiones autoinfligidas en los fanáticos dolientes.

Otros factores pueden influir en el tipo e intensidad del duelo experimentado como son los factores preexistentes a la enfermedad mortal, tipo de relación afectiva con el difunto, grado de parentesco, grado de dependencia (económica, social, psicológica) con el fallecido, sexo del superviviente, personalidad del superviviente y estado psíquico previo, soporte social, presencia de otras experiencias de duelo, presencia de factores culturales que permitan la expresión del duelo, fe religiosa entre otros (Gómez Sancho, 2018).

Otros autores (Ponce-Reyes y Rodríguez-Álava, 2022) lo clasifican en duelo normal y duelo complicado, y aún existen otras clasificaciones como aquellas que plantean el duelo bloqueado cuando se trata de un mecanismo de defensa que es empleado de manera inconsciente para evitar sentir la intensidad del dolor. En el caso de la pérdida de un ser querido, este bloqueo suele darse en una primera fase, sobre todo cuando la muerte se produce de manera inesperada. Duelo complicado descrito como estar en un estado de aflicción constante e intensificado que no permite recuperarse. Los signos y síntomas del duelo complicado pueden ser una tristeza profunda, dolor y pensamientos constantes acerca de la pérdida del ser querido que persisten mucho tiempo del considerado aceptable para asumir la pérdida e

incapacitan al individuo. Y por último el llamado duelo patológico, cuando se manifiesta una alteración en la correcta aceptación de la pérdida. Quien lo vive, experimenta síntomas físicos y psicológicos recogidos en el DSM 5 como “Trastornos para el estudio futuro” por lo que aún no se le denomina un trastorno en sí mismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Independientemente de la clasificación que tenga, lo cierto es que vivir el duelo es una experiencia diferente en cada individuo que puede dejar secuelas en su estado psicológico y conductual. Los duelos originados después de una muerte traumática o violenta, son los más difíciles de tratar, por el cortejo de síntomas psicossomáticos que presentan, los cuales se abordarán a continuación.

Manifestaciones psicossomáticas

Al hacer referencia a manifestaciones psicossomáticas se incluyen componentes físicos, psicológicos y sociales, cuya intensidad y duración son proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Gómez Sancho, 2018).

Pérez Sales (2006) desglosa los síntomas y signos experimentados por los sobrevivientes a la pérdida de la siguiente manera:

Sentimientos: que pueden manifestarse como tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autorreproches, ansiedad sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional, etc. Estas manifestaciones se pueden apreciar durante todas las etapas del duelo, aunque varían en intensidad de acuerdo a la evolución del mismo.

Sensaciones físicas: es innegable la estrecha relación entre la esfera emocional y psicológica con la esfera física. Ello puede provocar molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño, entre otros.

Cogniciones: ante un trauma como la muerte puede provocar, la capacidad de razonar y de pensar adecuadamente se ve

afectada. Puede aparecer incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto.

Alteraciones perceptivas: ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia, aunque realmente no sean reales.

Conductas: los comportamientos de las personas en duelo pueden ser erráticos y alejados de sus patrones habituales. Se manifiesta entonces hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita a lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido (Pérez Sales, 2006).

Aunque estos síntomas se han descrito en un duelo normal, no necesariamente se presentan todos a la vez. La intensidad de los mismos va a estar condicionada por muchos factores que se relacionan con la percepción de la muerte. Un ejemplo de ello es la muerte autoprovocada a través del suicidio, que puede ser uno de los eventos más dramáticos que experimentan los familiares de la víctima (Alonso-Llácer et al., 2021).

Las evidencias de que el familiar no ha procesado de manera normal el duelo y entra en un duelo complicado son fundamentalmente cuando aparecen los sentimientos de preocupación constante, el dolor que no cede, la no aceptación de la pérdida, “aturdimiento, tristeza, ira, culpabilidad, evitación excesiva de estímulos que recuerden al fallecido o al fallecimiento, autoconcepto negativo, deseos de muerte, sentimientos de soledad, confusión sobre la propia identidad o dificultades para pensar o marcarse proyectos futuros” (Alonso-Llácer et al., 2021, p. 86).

Mención especial necesitan los niños que deben enfrentar la pérdida de algún familiar significativo. Según investigaciones citadas por Levine y Frederick (2002), los niños expuestos a situaciones traumáticas en su entorno de crianza son más vulnerables, por sus

habilidades imitativas. Niños cuyos padres han experimentado traumas no reciben el ambiente de confianza elemental que necesitan de sus progenitores en esta etapa crítica de su desarrollo, por lo que a su vez se vuelven más vulnerables a los efectos nocivos del trauma en ellos. Lo anterior alerta a vigilar los síntomas que puedan sugerir la complicación del duelo en estas etapas tempranas de la vida.

Manejo por la familia

La familia y algunas amistades viven el duelo por la pérdida de un ser querido de manera subjetiva y diferente, pero todos tienen el mismo hecho doloroso en común. Desarrollar estrategias de apoyo mutuo puede ser beneficioso para todos (Pangrazzi, 2016). Este autor plantea que “la ayuda mutua es un recurso comunitario, no profesional. En la experiencia comunitaria se ponen en común las historias, los pensamientos y los sentimientos y, a través de la observación, la escucha y la confrontación, los participantes crecen en su capacidad de hacer frente a los desafíos de la vida” (p. 12).

La OMS reconoce la importancia de los grupos de ayuda mutua dirigidos por no profesionales, porque se convierten en facilitadores para promover y recuperar el bienestar de la salud en un grupo determinado de población. La ayuda mutua se refiere a las redes de apoyo compuestas por personas que están experimentando una situación similar, y que, a través de la interacción, pueden ofrecer apoyo unos a otros, y entre todos aprenden a desarrollar estrategias constructivas para responder a las crisis de la vida. “El compartir con otros la propia pérdida permite aliviar la propia soledad, obtener fuerza del grupo y experimentar nuevas formas de pertenencia y comunión” (Pangrazzi, 2016, p. 12).

La experiencia en torno a la muerte va a estar matizada por las creencias populares y la cultura (Molina Aguilar, 2022). Para las familias una parte importante del duelo son los ritos funerarios. En las diferentes culturas, las formas de asimilar y procesar la muerte están asociadas a las despedidas que los familiares realizan a través de estos ritos. En casos de muerte violenta por guerras, catástrofes, o situaciones extremas donde no se tiene acceso al cuerpo para los ritos (como en el caso de la pandemia por COVID 19) el proceso de duelo se ve interrumpido y la familia siente que no honró o falló

en acompañar a su ser querido en esa despedida. Estos pueden ser factores de riesgo que llevan al duelo complicado (Lara Romero y Castellanos Suárez, 2020). Los ritos funerarios son parte del proceso de cerrar el duelo, tan necesario para los supervivientes de la pérdida. Esto les ayuda a disminuir las secuelas del trauma, luto y dolor (Vásquez Agüero, 2020).

Entre las estrategias desarrolladas por muchas personas para superar el duelo, la búsqueda de Dios es una de las más reconfortantes. Refugiarse en un ser trascendente, encontrar alivio en los ejercicios espirituales (meditación, oración, lectura de la Biblia, comunión con personas que compartan la fe) puede ser clave para rebasar el trauma emocional y existencial que genera el duelo en las familias (Castro, 2015).

Manejo por el terapeuta

Levine y Frederick (2002) describen en su libro cómo administrar los primeros auxilios psicológicos tras un accidente. Se puede hacer una adaptación de esos pasos para el manejo por parte de un terapeuta, del trauma, que la pérdida inesperada de un ser querido, puede provocar en la familia:

1- Acción inmediata: si usted es un terapeuta, asesor familiar, pastor o desempeña otra labor de apoyo emocional y está con una familia que enfrenta una situación de pérdida inesperada, los primeros momentos son muy importantes.

Ante la confusión emocional que se presenta, el dolor, el desasosiego es importante sobre todo transmitir confianza mediante la presencia del consejero. Asegurarle que permanecerá con ellos durante el tiempo que necesiten y que se buscará ayuda especializada en caso de necesitarla. Es normal que llore, que pregunte, que cuestione. Son formas en que se manifiesta y libera la tensión que el trauma está generando en ese momento. la persona que ayuda debe mantener la calma, y aunque no tiene las respuestas necesarias, su ecuanimidad calmará poco a poco al afectado.

2- Ayuda en el hogar o en el hospital: la ayuda debe mantenerse durante el tiempo que necesite el afectado. Esa ayuda después del choque inicial es vital. En muchas ocasiones la desorientación del primer momento no permite entender lo que está pasando. A medida que

pasa el tiempo, las etapas del duelo se estructuran y el doliente necesita todo el apoyo del que pueda disponer

3- Acceder a la situación y renegociar el trauma: permitir que la persona pueda enfrentar y verbalizar su dolor. Las experiencias asociadas al evento pueden desencadenar los mismos síntomas iniciales, lo que sugiere tomar una pausa y cuando esté más calmado puede continuar hablando de lo que siente. Esa catarsis le ayudará a procesar el dolor que está experimentando. esta fase puede tardar días, en lo que el duelo es procesado (Levine y Frederick, 2002).

En ocasiones la familia pide ayuda para superar el proceso del duelo, aun cuando no aparezcan complicaciones en el mismo. Las siguientes intervenciones, que pueden ser guiadas por un profesional, se describirán teniendo en cuenta un duelo no complicado y a través de las etapas del mismo (Pérez Sales, 2006).

Tarea 1: aceptar la pérdida del objeto. La tarea de constatación de la pérdida del objeto es condición de posibilidad del trabajo de duelo. El fracaso en la misma puede tomar formas diversas que van de la sensación de irrealidad o simple negación de las evidencias (muy frecuentes en los primeros momentos de cualquier duelo), a la producción alucinatoria del objeto perdido. En todas las culturas existen procedimientos para ayudar al doliente en esta tarea. En la cultura latina se vela el cadáver, se celebran funerales de cuerpo presente en los que el oficiante se refiere al difunto en pasado al igual que los conocidos, que pasan al terminar la ceremonia a dar el pésame a los familiares; cada familiar arroja su puñado de arena sobre el ataúd que espera en la fosa a ser cubierto, hay una forma especial de tañer las campanas, se visitan y se llevan flores a las tumbas y existe la tradición del luto que, entre otras cosas, hace presente la pérdida. Tras estas ceremonias el doliente vuelve a la casa, y la cultura y hasta la reglamentación laboral le proporcionan un tiempo para hacerse a la idea de la pérdida.

En ocasiones cuando es imposible recuperar el cuerpo, pueden establecerse ritos que ayuden al familiar, enterrar una pertenencia, hacer el rito

poniendo una foto, o cualquier otro acto que le ayude a dar cierre a esta primera etapa del duelo.

Tarea 2: experimentar las emociones vinculadas a la pérdida. Tras la pérdida siempre aparecen emociones fuertes, difíciles de asimilar por los familiares. Estas emociones pueden ser muy intensas cuando de muertes violentas e inesperadas se trata. Aparece la tristeza, el dolor, la rabia, culpa, despecho, miedo, alivio, resentimiento, etc. En algunas culturas es costumbre externalizar esas emociones, aunque en algunos contextos se reprimen y evitan que se metabolice todo el dolor. Esos sentimientos van a estar mediados por el tipo de relación previa entre la familia y la víctima. En condiciones normales el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea puede ser, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración por la guerra, la violencia o las catástrofes. Por lo anterior es saludable propiciar ambientes de consejería para facilitar esta tarea (nombrar las emociones, distinguir entre emociones o impulsos y actuaciones, únicas de las que uno es responsable, escuchar aceptando, sin recriminar...).

Tarea 3: capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido. Después de la pérdida la familia debe reestructurar sus funciones y responsabilidades. Los que quedan deben ocuparse de cuestiones básicas (compra, cocina, limpieza, educación de los hijos...) que antes estaban distribuidas o eran responsabilidad de la persona fallecida. En la guerra, las catástrofes o las comunidades afectadas por acontecimientos traumáticos, las redes sociales pueden estar pulverizadas, la familia disgregada y los mecanismos institucionales desaparecidos. La perentoriedad de la situación, la amenaza a la supervivencia hace, sin embargo, que esta tarea, que en condiciones normales requiere un largo tiempo de adaptación, se acometa necesariamente desde el primer momento.

Tarea 4: recolocación de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos. Esta tarea se efectuará en la última etapa del duelo, cuando el individuo está aceptando la pérdida. No es sustituir lo perdido con otro objeto, sino la

construcción de un mundo que tiene sentido y en el que el familiar puede ser completamente funcional. No es un proceso corto y los aparentes atajos suelen derivar en complicaciones. La mayoría de los autores lo plantean después del año de la pérdida. Dentro de las actividades a desarrollar en esta etapa está la ayuda a otras víctimas, involucrarse en actividades altruistas, que involucren a menos favorecidos (Pérez Sales, 2006).

Conclusiones

Cuando una persona muere se cierra un ciclo, pero se abre otro para los que quedan. Un ciclo de dolor y sufrimiento que cada cual va a asumir de maneras diferentes. Ese es el duelo, el trauma de los que quedan después de la muerte. El artículo abordó cómo procesar el dolor, su elaboración y el crecimiento que se puede experimentar a través del mismo.

Expuso los conceptos sobre la muerte y los significados que las culturas y los tiempos le van otorgando. Contrastó la despersonalización de la muerte que ocurre en los tiempos modernos a diferencia de cómo se veía hace algún tiempo atrás, donde se consideraba algo normal que ocurría como parte de la vida. El paso por cada una de las etapas del duelo que diferentes autores han identificado es parte del proceso de aceptación y superación que se hace necesario para que los sobrevivientes continúen con la ruta de la vida. Reconocer la muerte implica no negar las emociones que acompañan al duelo como única forma de ir procesando ese trauma. Además, ellas preparan a la persona para la despedida del ser querido, caracterizando los diferentes tipos de duelo que se han descrito en la literatura.

El apoyo de los familiares es muy importante en esos momentos. El manejo de la información y la creación de redes de apoyo intra y extrafamiliares puede ser vital para el procesamiento del duelo. En algunos casos se solicita ayuda de parte de un profesional para superar y pasar a través del dolor de una forma más saludable. El conocimiento que tengas los terapeutas o consejeros acerca de las etapas normales del duelo es una herramienta muy útil, para brindar la asistencia solicitada. El ajuste a la vida cotidiana después de la pérdida lleva tiempo y esfuerzo (O'Connor, 2007), pero es un proceso ineludible de la vida.

Referencias

- Alconero-Camarero, A. R., Ibáñez Rementería, M. I. y Gil Urquiza, M. T. (2016). Apoyo a madres, padres y familias para lograr un duelo sano tras la muerte perinatal. *Enfermería Clínica*, 26(4), 261–262. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.12.001>
- Alonso-Llácer L., Lacomba-Trejo L. y Pérez-Marín M. (2021). Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *MÉD.UIS*, 34(3), 85–92. <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021009>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bernal Navas, A. M. y Guzmán Moreno, S. T. (2022). El duelo: más allá de la muerte, más allá de la pérdida de un ser querido. *Revista Colombiana de Salud Mental*, 1(2), 32–42. <https://doi.org/10.26852/28059107.627>
- Castillo Ospina, J. y Losada Medina, M. R. (2021). Despliegue narrativo del ‘yo’ mediante la visualización de grafos narrativos: el caso de cuatro mujeres que perdieron a su cónyuge por muerte inesperada. *AWARI*, 2(1), e28. <https://doi.org/10.47909/awari.119>
- Castro, C. de. (2015). *Superando el duelo: Cuando perdemos a un ser querido*. Vida.
- Figueroa, M. J., Cáceres, R. y Torres, A. G. (2020). *Duelo: Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de duelo*. FUNDASIL.
- Gómez Sancho, M. (2018). *El duelo y el luto*. Manual Moderno.
- Guillem Porta, V., Romero Retes, R. y Oliete Ramírez, E. (2018). *Manifestaciones del duelo*. SEOM. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/ma-nuales/duelo/duelo08.pdf>
- Lara Romero, L. y Castellanos Suárez, V. (2020). Derecho a decir adiós, muerte en soledad y duelo crónico en la pandemia COVID-19. *Publicaciones e Investigación*, 14(2). <https://doi.org/10.22490/25394088.4440>
- Levine, P. A. y Frederick, A. (2002). *Curar el Trauma: descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Urano.
- Levine, P. A. y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños: despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Eleftheria.
- Molina Aguilar, J. M. (2022). Contornos y matices de la muerte y duelo en el Salvador durante el primer año de pandemia: reflexiones desde un acercamiento rizomático. *Cuadernos Inter.C.A.Mbio Sobre Centroamérica y El Caribe*, 19(1). <https://doi.org/10.15517/c.a.v19i1.49855>
- Morales Núñez, H. A., Castillo Rodríguez, Y., Pouza Peña, E. H., Ruiz Suarez, M. y Morales Bello, H. (2020). Muerte violenta en la región Manzanillo. 2017 - 2019. *Multimed*, 24(4), 903–918. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000400903
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo*. Trillas.
- Orjuela Villanueva, D. C. (2020). ¿Qué hacemos con tanto muerto junto? Tratar la muerte violenta y masiva en el Medio Atrato. *Revista Colombiana De Antropología*, 56(2), 51–78. <https://doi.org/10.22380/2539472X.648>
- Pangrazzi, A. (2016). *El dolor no es para siempre. Los grupos de ayuda mutua en el duelo*. Sal Terrae.
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora* (2da ed.). Desclée de Brouwer.
- Ponce-Reyes, J. V. y Rodríguez-Álava, L. A. (2022). La dinámica familiar frente al duelo por la pérdida de un miembro del sistema. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud “GESTAR”*, 5(9), 38–57. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0053>
- Vásquez Agüero, P. (2020). ¡No mueras, te amo tanto! Pero el cadáver ay! siguió

muriendo”: Protecciones específicas, muerte, duelo y derechos humanos en el contexto pandémico. *US ET VERITAS*, (61).

<https://doi.org/10.18800/iusetveritas.202002.009>

Directrices para el envío de artículos

La revista electrónica del Centro de Investigaciones en Psicología de la Universidad de Morelos es una publicación semestral que se ocupa principalmente de la divulgación de investigaciones originales llevadas a cabo en los diferentes programas educativos de la Facultad de Psicología. También publica reflexiones desde una cosmovisión de la iglesia adventista del Séptimo Día y reseñas de libros que son considerados significativos para la formación profesional de los psicólogos.

Los autores interesados en someter un artículo para su publicación en la revista deben prepararlo de acuerdo con el Manual de Publicaciones de APA (en su última edición), en lo que refiere a normas de presentación y estilo. Todos los artículos deben estar precedidos de un resumen de una longitud máxima de 1,400 caracteres o 250 palabras en español e inglés. No está reglamentada la extensión de un artículo. Más bien incide en la determinación de su longitud, la naturaleza y el valor de información de su contenido.

Los artículos publicados en la Revista son originales, razón por la cual las normas de procedimiento de la Revista no permiten que un autor someta simultáneamente un mismo artículo a más de una publicación. Por lo tanto, los autores deben enviar artículos inéditos y abstenerse de hacerlo con aquellos que hayan sido publicados anteriormente como un todo o en una proporción sustancial y deben consultar con los editores en aquellos casos en que ya exista alguna publicación parcial de datos sobre los que se basa el contenido del artículo que desean publicar.

Cada uno de los artículos sometidos es leído en forma independiente por dos o más asesores académicos, quienes recomiendan su publicación o no, sobre la base de su contribución a la comunidad académica y científica interesada en el desarrollo de la psicología. Los asesores tienen la facultad de sugerir ajustes, por lo cual el editor puede solicitar que los autores realicen una revisión de su trabajo antes de determinar su publicación. El editor se reserva el derecho de hacer las modificaciones que sean necesarias para mantener el estilo de la revista.

La Revista no realizará pagos a los autores por los trabajos que se publiquen. Igualmente, no percibirá pagos por parte de quienes someten sus artículos con miras a su publicación.

Al decidir enviar su artículo, los autores deben tomar en cuenta que los trabajos publicados por la Revista, fundamentalmente se clasifican en tres tipos: 1) estudios o investigaciones originales, contextualizadas y relevantes, 2) Reflexiones teórico filosóficas, 3) Reseñas o revisiones de libros que son considerados significativos para la formación profesional de psicólogos.

Los artículos deben incluir o acompañar los nombres completos de los autores y su afiliación institucional. Los autores deben proveer al editor la dirección postal y electrónica.

FORMATO DEL ARTÍCULO

NOTA: la redacción es respetando los lineamientos de APA en su última versión.

TÍTULO

TITLE

Nombre completo del autor 1 (Primero Nombres seguido de Apellidos)
Nombre completo del autor 2(Primero Nombres seguido de Apellidos)
Enliste todos los investigadores que trabajaron en el artículo

RESUMEN

Resumen no estructurado del estudio, aspectos sobresalientes. (En itálica, espacio sencillo, sangría de 5 espacios en todos los párrafos.

Palabras clave: palabra 1, palabra 2, palabra 3, palabra 4

ABSTRACT

Resumen del estudio, aspectos sobresalientes. (Tipe: italic, plane line, indentation, In whole paragraph.

Palabras claves: palabra 1, palabra 2, palabra 3, palabra 4

Nombres y apellidos, cargo que desempeña, lugar/universidad donde trabaja, ORCID y correo electrónico.

Introducción

Aspectos contextuales y breve descripción del marco teórico. Todo el texto en Time New Roman 12, interlineado 1.15, sangría al primer renglón de cada párrafo de 5 espacios.

Subtítulo

En caso de incluir subtítulos en una sección, estos serán centrados sin negrilla.

Tercer subtítulo

En caso de requerirse un tercer subtítulo dentro de una sección, estos serán cargados a la izquierda con negrilla.

Método

Especificar el tipo de estudio al que pertenece. Descripción clara de la muestra, seguido de la descripción de los instrumentos utilizados para realizar el estudio. Incluyendo el procedimiento que se siguió.

Resultados

Resultados obtenidos a través de los análisis estadísticos correspondientes según las variables. Datos descriptivos más los métodos estadísticos aplicados. Incluir tablas y gráficas (entre dos y cuatro) si es necesario.

Discusión

Explicación de los resultados a la luz del marco teórico

Conclusiones

Consideraciones finales de los hallazgos de la investigación.

Referencias

Todas las referencias deben estar apegadas al formato APA en su última edición.

Apéndices: solo si aplica.

NOTA: las publicaciones periódicas consultadas no deben ser mayores a cinco años; sólo entra como excepción la referencia de una fuente considerada como *clásica*. En la consulta de libros debe cuidarse no ser mayores a 10 años.



Facultad
de Psicología

Universidad de Morelos

psicosophia.um.edu.mx/ojs