

DE LA INFANCIA
A LA TERCERA EDAD,
CALIDAD DE VIDA
EN EL CICLO VITAL

Análisis psicológico de los
retos en la vida

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS

Coordinador



Universidad Autónoma
del Estado de México



Doctora en Ciencias Sociales
Martha Patricia Zarza Delgado
Rectora de la Universidad Autónoma del Estado de México

Doctora en Ciencias Computacionales
Arianna Becerril García
Secretaria de Ciencia

Doctor en Ciencias Agropecuarias y Recursos Naturales
Francisco Herrera Tapia
Secretario Académico

Doctora en Estudios Latinoamericanos
Cynthia Ortega Salgado
Secretaria de Identidad y Cultura

Doctor en Ciencias Sociales
Jorge Alejandro Vásquez Caicedo
Secretario de Gobernanza Universitaria

Doctora en Farmacia y Tecnología Farmacéutica
Mariana Ortiz Reynoso
*Secretaria de Vinculación, Extensión
y Promoción de la Empleabilidad*

Maestra en Administración
Miriam Liliana Padilla Mora
Secretaria de Gestión y Administración Universitaria

Maestra en Hacienda Pública
Miriam Sierra López
Secretaria de Finanzas

Doctora en Humanidades
María de las Mercedes Portilla Luja
Secretaria de Desarrollo y Fortalecimiento Institucional

Doctora en Geografía
Norma Baca Tavira
Secretaria de Igualdad Sustantiva y Cuidados

Doctor en Ciencias e Ingeniería de Materiales
José Guadalupe Miranda Hernández
*Secretario de Centros Universitarios
y Unidades Académicas Profesionales*

Maestrante en Derecho
Evangelina Sales Sánchez
Consejera Jurídica Universitaria

Doctora en Diseño
María Fernanda Valdés Figueroa
Directora General de Comunicación Social Universitaria

Doctor en Políticas Públicas
Bernardo Jorge Almaraz Calderón
Jefe de la Oficina de la Rectoría

DE LA INFANCIA A LA TERCERA EDAD, CALIDAD DE VIDA
EN EL CICLO VITAL

Análisis psicológico de los retos en la vida

DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES UNIVERSITARIAS
Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México

Doctora en Ciencias Sociales
Martha Patricia Zarza Delgado
Rectora

Doctora en Estudios Latinoamericanos
Cynthia Ortega Salgado
Secretaria de Identidad y Cultura

Maestra en Diseño
Ixchel Edith Díaz Porras
*Encargada del Despacho de la Dirección
de Publicaciones Universitarias*

DE LA INFANCIA A LA TERCERA EDAD, CALIDAD DE VIDA EN EL CICLO VITAL

Análisis psicológico de los retos en la vida

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
Coordinador



Universidad Autónoma del Estado de México

*"2026, Conmemoración del ingreso de la científica y académica
Elena Cárdenas Guerrero al Instituto Científico y Literario"*

Este libro fue positivamente dictaminado con el aval de dos revisores externos, conforme al Reglamento de la Función Editorial de la UAEMEX, y fue sometido a un proceso de identificación de duplicidad de la información mediante un *software* especializado.

Primera edición, marzo de 2026

DE LA INFANCIA A LA TERCERA EDAD, CALIDAD DE VIDA EN EL CICLO VITAL

Análisis psicológico de los retos en la vida

José Antonio Vírveda Heras

Coordinador

Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario 100 Ote., Col. Centro

Toluca, Estado de México

C.P. 50000

Tel: 722 481 1800

<http://www.uaemex.mx>

Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (Reniecyt): 1800233



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Los usuarios pueden descargar esta publicación y compartirla con otros, pero no están autorizados a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

ISBN: 978-968-9718-65-9

Hecho en México

El contenido de esta publicación es responsabilidad de las personas autoras.

Directora del equipo editorial: Ixchel Edith Díaz Porras
Coordinación de diseño: Luis Alberto Maldonado Barraza
Corrección de estilo: María Lucina Ayala López
Diseño y formación: Ángel Esquivel López
Diseño de portada: Martha Eugenia Díaz Cuenca



CONTENIDO

PRESENTACIÓN	9
--------------	---

INFANCIA

CAPÍTULO 1	
CINCO DÉCADAS DEL ESTUDIO DE BULLYING: ¿ES POSIBLE SU ERRADICACIÓN?	15
<i>Brenda Mendoza González</i>	
<i>Arlet Adriana Hernández Pérez</i>	

JUVENTUD

CAPÍTULO 2	
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: ACTORES CLAVE EN EL ESCENARIO DE LA SALUD MENTAL	45
<i>Beatriz Adriana Lozano Martínez</i>	
<i>Leilani Rodríguez Flores</i>	
<i>Brenda Mendoza González</i>	

ADULTEZ

CAPÍTULO 3	
VIOLENCIA DE GÉNERO: SU ESTUDIO A PARTIR DEL MODELO ECOLÓGICO	73
<i>Lezly Jimena Rodríguez Quintana</i>	
<i>Brenda Mendoza González</i>	

TERCERA EDAD

CAPÍTULO 4

SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD 105

Martha Elizabeth Zanatta Colín

Larissa Desiree Plata Zanatta

CAPÍTULO 5

CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS MAYORES 127

Alejandra Moysén Chimal

Martha Cecilia Villaveces López

Patricia Balcázar Nava

CAPÍTULO 6

SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD 147

José Antonio Vírveda Heras

Martha Patricia Bonilla Muñoz

SEMBLANZA CURRICULAR DE LOS AUTORES 177

PRESENTACIÓN

A lo largo de la existencia humana, la calidad de vida se erige como un pilar fundamental del bienestar individual y colectivo. Sin embargo, este constructo dinámico y multifacético se ve influenciado por factores que varían significativamente en las distintas etapas del desarrollo. Desde la vulnerabilidad de la infancia hasta la sabiduría acumulada en la vejez, cada periodo vital presenta desafíos y particularidades que moldean la experiencia subjetiva del bienestar.

Este libro surge de la necesidad de explorar las diversas afectaciones que impactan la calidad de vida en las diferentes etapas del desarrollo humano. A través de seis capítulos interconectados, se ofrece una mirada comprensiva a problemáticas cruciales que emergen en momentos específicos de la vida, pero cuyas consecuencias pueden trascender las fronteras temporales.

En las páginas que siguen, el lector encontrará un capítulo dedicado al bullying, una grave violación de los derechos de la niñez con consecuencias duraderas. En la juventud, se aborda la silenciosa, pero devastadora problemática de salud; es decir, la depresión, un trastorno que oscurece los años de mayor potencial y se vincula trágicamente al suicidio.

La violencia de género en la adultez será examinada como una manifestación de profundas desigualdades y estereotipos arraigados que destruyen la intimidad y perpetúan el sufrimiento, la cual está presente en todas las culturas, deteriorando profundamente las relaciones de pareja.

Finalmente, la tercera edad recibe una atención detallada a través de tres capítulos enfocados en la salud mental. Se explora como factores determinantes a la soledad, la depresión y la ansiedad, que influyen directamente en el bienestar emocional, la funcionalidad y la capacidad de los adultos mayores para enfrentar los desafíos propios de esta etapa vital. A continuación, se presenta una visión general de cada uno de los capítulos que componen esta obra fundamental.

El primer capítulo, *Cinco décadas del estudio del bullying: ¿es posible su erradicación?*, de las autoras Brenda Mendoza y Arlet Adriana Hernández, realiza un recorrido exhaustivo por cinco décadas de investigación sobre el bullying. Se resumen aspectos clave como los indicadores de esta conducta, su diferenciación de la violencia escolar, además de los factores de riesgo personales, escolares, familiares y culturales que

predisponen a niños, niñas y adolescentes a adoptar roles de acosador o víctima-acosador. Se profundiza en los factores protectores contra la victimización, un patrón que puede persistir a lo largo del ciclo vital, manifestándose en el ámbito laboral e incluso en la pareja. Finalmente, se revisan los elementos esenciales de los programas de intervención dirigidos a la erradicación del bullying.

El segundo capítulo, *Depresión en adolescentes: actores clave en el escenario de la salud mental*, de las autoras Beatriz Adriana Lozano, Leilani Rodríguez y Brenda Mendoza, ofrece un análisis histórico detallado de la depresión, desde sus primeras conceptualizaciones como melancolía hasta su reconocimiento actual como un trastorno depresivo y un problema de salud mental global que se inicia en la niñez y en la adolescencia. Se describe la clasificación científica del trastorno depresivo, detallando sus diferentes tipos para facilitar un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz. A través del modelo ecológico, se exploran los factores de riesgo personales, familiares y sociales que contribuyen a su aparición, así como las principales propuestas de tratamiento desde diversas perspectivas psicológicas. El capítulo incluye un apartado sobre instrumentos validados en México para su estudio.

El tercer capítulo, *Violencia de género: su estudio a partir del modelo ecológico*, de las autoras Lezly Jimena Quintana y Brenda Mendoza, presenta un recorrido histórico que visibiliza la participación de la mujer en la historia de México, identificando el estereotipo femenino tradicional como un factor que favorece el modelo de dominio-sumisión subyacente a la violencia de género. Se detallan las “olas del feminismo” y sus contribuciones significativas al avance de la igualdad de género, donde se destaca su importancia como antecedente en la búsqueda de equidad y justicia social para las mujeres como sujetos de derechos. Se define, clasifica y describe el ciclo de la violencia de género, proporcionando elementos clave para identificar factores que perpetúan la violencia, principalmente en las relaciones de pareja.

El cuarto capítulo, *Salud mental y calidad de vida en la tercera edad*, de las autoras Martha Elizabeth Zanatta y Larissa Desiree Plata, plantean el enfoque del envejecimiento positivo, saludable y productivo; este trabajo explora los factores biopsicosocioculturales que influyen en la salud mental, el bienestar y la calidad de vida en la tercera edad. Se analizan las representaciones negativas de la vejez (viejismo) y sus consecuencias en términos de discriminación y estereotipos, y se contrastan con las representaciones positivas que valoran la sabiduría y la experiencia. Se abordan los aspectos biológicos (enfermedades crónicas, discapacidad), los factores psicológicos

(logro de metas) y se describen diversas estrategias de intervención para promover la salud mental y el desarrollo integral en esta etapa. Se subraya la importancia de una evaluación competente de las necesidades de los adultos mayores, apoyada en instrumentos de medición específicos.

El quinto capítulo, *Calidad de vida, salud y actividad física en personas mayores*, de las autoras Alejandra Moysén, Martha Cecilia Villaveces y Patricia Balcázar, presentan los resultados de una investigación empírica realizada con 207 personas mayores; para ello se utilizó un instrumento que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en términos de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor y ansiedad. Se destaca la relevancia de la actividad física para la autoestima, la felicidad y la integración corporal. Se presenta la definición de “calidad de vida relacionada con la salud” y su importancia para comprender la percepción subjetiva del estado de salud. Los hallazgos revelan que es necesaria la actividad física moderada como factor protector ante enfermedades y deterioro, y sugieren implementar programas de actividad física para esta población.

El sexto y último capítulo, *Soledad en la tercera edad*, de los autores José Antonio Vírseda y Martha Patricia Bonilla, analiza la problemática de la soledad, su incremento en la juventud y la tercera edad, así como las características propias de la vejez que la hacen más evidente. Se define la soledad en sus múltiples dimensiones (aislamiento, calidad de relaciones, sufrimiento) y se exploran diversas teorías para su comprensión, como la teoría psicosocial de Erikson. A través de una investigación cualitativa con entrevistas semiestructuradas a personas mayores, se destaca la importancia de las relaciones familiares (aunque a veces ambivalentes), los aspectos religiosos, la amistad y las actividades significativas. Se subraya cómo la pérdida de independencia funcional puede exacerbar la soledad y se analiza el papel del contexto cultural. Finalmente, se resalta la importancia de las creencias y expectativas individuales y se propone una ética del cuidado como enfoque de intervención.

Cada capítulo, fruto de la rigurosa investigación y la profunda reflexión de sus autores, no sólo describe la naturaleza de las afectaciones a la calidad de vida, también explora sus raíces, sus manifestaciones y las posibles vías de intervención. Se recurre a modelos teóricos sólidos y a la presentación de hallazgos empíricos relevantes para ofrecer una comprensión integral de cada problemática.

Al visibilizar los desafíos específicos de cada periodo vital, se busca fomentar mayor conciencia, promover la empatía y, en última instancia, contribuir a la

construcción de una sociedad más justa y equitativa que valore el bienestar en todas las edades. La atención a la niñez y el cuidado de la vejez no son sólo responsabilidades generacionales, sino un reflejo de nuestra humanidad compartida y un compromiso con el presente y el futuro de nuestra comunidad.

La lectura de este libro invita a reflexionar sobre la complejidad de las afectaciones en la calidad de vida a lo largo del ciclo vital. Al abordar problemáticas cruciales en cada etapa del desarrollo, desde la infancia hasta la vejez, esta obra se erige como un recurso valioso para profesionales de la salud, educadores, trabajadores sociales, investigadores y cualquier persona interesada en comprender la intrincada red de factores que configuran la calidad de vida en las diferentes etapas del desarrollo humano. La novedad consiste en la elaboración de la diversidad y de la interrelación de las temáticas en un modelo biopsicosocial. Se vislumbra la importancia del autoconcepto y de los vínculos sociales.

La sabiduría acumulada en la vejez, al igual que el potencial de la niñez, constituyen un presente valioso que merece atención, escucha y cuidado.

José Antonio Vírseda Heras

INFANCIA

CAPÍTULO 1

CINCO DÉCADAS DEL ESTUDIO DE BULLYING: ¿ES POSIBLE SU ERRADICACIÓN?

*Brenda Mendoza González**
*Arlet Adriana Hernández Pérez***

RESUMEN

El objetivo principal de este capítulo es establecer un marco contextual exhaustivo sobre el fenómeno del bullying, donde se aborda su prevalencia, evolución histórica, distinción de otros tipos de violencia escolar, clasificación de sus manifestaciones, los roles de participación identificados en la dinámica del acoso y los factores de riesgo y protección asociados a este problema complejo. En esencia, este trabajo busca sentar las bases para la comprensión del bullying; así, proporciona al lector los antecedentes necesarios para abordar en profundidad las afectaciones y las posibles vías de intervención que se explorarán en los capítulos posteriores del libro.

ANTECEDENTES

La violencia prevalece en la sociedad hasta el punto de normalizarse, incluso en ciertas culturas se justifica como una forma de vida y supervivencia ante contextos socioculturales adversos y altos índices delictivos (Cervantes, 2023). Esta problemática se refleja de manera preocupante en el ámbito educativo, en la que el bullying y el cyberbullying se han convertido en un problema socialmente relevante. México encabeza la lista de países con mayor incidencia de este tipo de violencia, ya que afecta

* Doctora en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

a siete de cada 10 niños y adolescentes (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2020). Los varones entre 11 y 15 años son los más perjudicados, y también los principales agresores; los tipos de violencia que más utilizan es la verbal y la física (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2017).

El bullying, un fenómeno presente en la historia de la educación, ha sido durante mucho tiempo invisibilizado y normalizado. Si bien ha estado presente desde la creación de las primeras instituciones educativas (Martínez, 2014; Mendoza, 2014), su impacto en el bienestar de niños, niñas y adolescentes ha sido reconocido en las últimas décadas (Garaigordobil, 2017; González-Cabrera et al., 2020; Lugones y Ramírez, 2017; Machimbarrena et al., 2019).

Considerado en el pasado como una etapa natural y preparatoria para la vida adulta (Santoyo y Frías, 2014), la percepción sobre el bullying ha evolucionado significativamente. La creciente investigación, que revela la gravedad de sus consecuencias y su alta prevalencia, continúa generando un notable interés entre investigadores a nivel mundial, posicionándolo como un tema central en las agendas internacionales y nacionales.

El fenómeno del bullying fue sistemáticamente identificado y estudiado por primera vez a finales del siglo xx por el psicólogo noruego Dan Olweus (Gómez, 2013). Sus investigaciones pioneras, iniciadas en la década de los setenta, condujeron al diseño y puesta en marcha de programas de intervención a gran escala, financiados por el gobierno de su país (Mendoza, 2009). A partir de este hito, la comunidad científica internacional intensificó sus esfuerzos en la investigación del bullying, dando lugar a la proliferación de estudios en diversas culturas, cuyos resultados permitieron desarrollar estrategias de prevención y mitigación del acoso escolar en países como Japón, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, España, Italia y México. La creciente preocupación global por esta problemática impulsó la realización de congresos internacionales y la adopción de medidas legislativas en numerosos países, con el objetivo de erradicar el bullying.

En las últimas décadas, las investigaciones sobre la violencia en el ámbito escolar han permitido establecer una distinción clara entre el bullying y violencia escolar, aunque ambos constituyen formas de agresión, considerándose por consenso científico que el bullying se caracteriza por tres elementos esenciales: intencionalidad, desequilibrio de poder entre las partes involucradas y repetición de las conductas agresivas (Garaigordobil, 2017; Mendoza, 2024).

La diferenciación entre la violencia escolar y bullying, así como la identificación de los comportamientos y dinámicas asociadas a cada uno, son fundamentales para que los profesionales de la educación y la psicología puedan intervenir de manera oportuna y eficaz. De esta forma, se busca prevenir no sólo las consecuencias inmediatas de estas conductas, sino también la posible asociación con comportamientos delictivos o antisociales en el futuro (Garaigordobil, 2017). Estudios recientes han demostrado que estos patrones de comportamiento se manifiestan tanto en instituciones educativas públicas como privadas, independientemente del contexto socioeconómico (Caicedo y Fernández, 2022; Postigo et al., 2020).

La investigación sobre el bullying en México se ha desarrollado principalmente a través de un enfoque cuantitativo, donde se han adaptado instrumentos internacionales para su aplicación en el contexto local, con lo cual se facilita la identificación, descripción, predicción y explicación de conductas violentas entre pares en el ámbito educativo (Gómez, 2013; Mendoza, 2020, 2023; Santoyo y Frías, 2014); así, se reconoce al bullying como un problema de relevancia, al evidenciar niveles de discriminación, intolerancia y abuso de poder entre estudiantes (Domínguez y Mendoza, 2023; Mendoza, 2024).

DESARROLLO

La violencia y el acoso escolares (bullying) son fenómenos interrelacionados, pero conceptualmente distintos. Si bien ambos implican conductas agresivas en el contexto educativo, sus características y alcances difieren. La violencia escolar abarca un espectro amplio de conductas agresivas que pueden ocurrir entre diversos actores del entorno educativo, incluyendo estudiantes, docentes, personal administrativo y padres de familia. Estas conductas pueden manifestarse de diversas formas, desde agresiones físicas y verbales hasta daños a la propiedad (García y Ascensio, 2018; Mendoza et al., 2023).

El bullying se define como un tipo específico de violencia escolar caracterizada por un patrón de conductas agresivas intencionadas y repetitivas, ejercidas por un individuo o grupo hacia otro, con el objetivo de infligir daño físico, psicológico o social. Una característica distintiva del bullying es el desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima, lo que dificulta que esta última pueda defenderse por sí misma.

Este desequilibrio puede ser manifestado por la popularidad, por la diferencia de género e incluso por diferencias culturales, económicas y sociales (Cerezo, 2009; Garaigordobil et al., 2018; Mendoza, 2016).

La palabra *bullying* es un vocablo derivado de la voz anglosajona *bully*, que puede funcionar como verbo, con el significado de “acosar” y también como sustantivo, con el sentido de pendenciero, peleonero (Coelho, 2025). El término *bullying* tiene su origen en la palabra inglesa *bull*, que significa toro. Esta etimología alude a la connotación de fuerza, dominancia y agresividad inherente a este tipo de conducta (Ojanen et al., 2005). En español, el término aceptado para traducir bullying es acoso escolar (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021; Mendoza, 2023; Reyes et al., 2019).

CLASIFICACIÓN

El bullying puede manifestarse a través de una amplia gama de conductas agresivas, que incluye agresiones físicas y verbales hasta formas más sutiles de maltrato psicológico y social. Además, el avance de las tecnologías de la información y la comunicación ha dado lugar a una nueva modalidad de acoso, conocido como ciberacoso o ciberbullying, que se caracteriza por la utilización de medios electrónicos para infligir daño a otros (Cerezo, 2012; Garaigordobil et al., 2018; Morales et al., 2023). Esta forma de acoso, que aprovecha las características interactivas y globales de las tecnologías digitales, ha transformado significativamente la dinámica de las agresiones entre pares, permitiendo a los agresores perpetuar actos de violencia de manera más anónima y con un daño exponencial (Carhuas et al., 2023; Herrera-López et al., 2018; Serrano et al., 2021; UNICEF, 2021).

El bullying en educación primaria suele desarrollarse principalmente en aulas, en el patio de recreo y en baños (Mendoza, 2017b); en educación secundaria ocurre con bastante frecuencia durante el trayecto de la escuela al hogar (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2017).

El comportamiento de bullying se ha clasificado, para un mejor estudio y descripción, en varios tipos (De Agüero, 2020; Mendoza, 2024; Morales-Ramírez y Villalobos-Cordero, 2017):

- Físico: refiere al uso de la fuerza física para herir a la víctima, a través de golpes, puñetazos, empujones, arañazos; las agresiones pueden realizarse con cualquier parte del cuerpo u objetos.
- Verbal: son agresiones no corporales, caracterizadas por palabras ofensivas, denigrantes, a través de apodos, burlas, insultos, menosprecios, humillaciones, ridiculizaciones, sarcasmos, resaltando algún aspecto de la apariencia física de la víctima.
- Emocional o psicológico: se caracteriza por agresiones a través de calumnias, difamaciones, amenazas y, en general, conductas para infundir miedo; acciones como impedir que vaya al baño también se consideran de tipo psicológico.
- Relacional: excluir y aislar a la víctima de un grupo de pares, a través de indiferencia, rechazo, así como usar rumores maliciosos y desprestigiar a la víctima para alejarla de un grupo de amistades que le brinden soporte emocional.
- Daño a pertenencias: ocurre cuando el acosador quita a la víctima sus pertenencias o las lastima; es decir, desaparece, esconde, quita, rompe, destruye o lastima los objetos de la víctima.

Los diferentes tipos de bullying van escalando de nivel; generalmente se inicia con rechazo y exclusión (a través de manifestaciones como impedir la participación de sus pares), progresa a otros tipos de agresión como el verbal o el físico, llegando a niveles antisociales y delictivos, como las agresiones sexuales, uso de armas. Por lo tanto, cuando en una institución educativa las agresiones han escalado a niveles antisociales y delictivos son indicadores de que en esa escuela se omitió la atención a conductas de rechazo, exclusión y aislamiento, por lo que no se atendió la manifestación de las etapas tempranas del bullying, manifestadas generalmente a través de actividades lúdicas y académicas (Mendoza, 2024).

ROLES DE PARTICIPACIÓN

La investigación sobre bullying ha revelado diversos roles de participación, clave para entender la dinámica del acoso escolar. Entre ellos, destacan el agresor (bully), la

víctima, los espectadores, el doble rol y los no involucrados (Mendoza, 2022; 2024). El conocimiento de estos perfiles facilita el desarrollo de programas de prevención y atención más eficaces para erradicar el bullying.

Perfil bully

El alumnado con perfil de agresor se caracteriza por ataques deliberados a sus compañeros, mostrando una marcada orientación a dominar y someter a otros mediante la fuerza, la manipulación y la coerción. Han aprendido que el comportamiento de *bullying* les da acceso a beneficios a bajo costo, ya que generalmente sus acciones tienen pocas o nulas consecuencias negativas, lo que a su vez fomenta dicho comportamiento (Santoyo y Mendoza, 2018).

En el aspecto individual, se les suele describir como crueles, insensibles, poco empáticos, con dificultades para seguir normas, por lo que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar comportamiento antisocial y delictivo (Garaigordobil & Oñederra, 2009). Los motivos para dañar a sus compañeros son diversos, como el deseo de dominar, intimidar, demostrar poder, pero también admiten que lo hacen por diversión (Cerezo, 2009). Socialmente se les considera populares, no se encuentran aislados, reciben soporte social de un grupo nutrido de amigos. Su extroversión les brinda mayores oportunidades para socializar (Guy et al., 2019).

Con respecto a la percepción que tienen de su institución educativa, se ha identificado que normalmente no sienten agrado por ella, tienen poca motivación para aprender, las relaciones con el profesorado no son buenas; de hecho, les quitan el liderazgo siendo el propio alumnado quien comienza a regular la dinámica social en el aula, logrando que se rompan las reglas sin tener consecuencias (Mendoza et al., 2022; Mendoza, 2024).

En el contexto familiar, la investigación ha revelado que las dinámicas internas se encuentran determinadas por la ocurrencia de violencia intrafamiliar, así como por la aplicación de prácticas parentales deficientes, que incluyen el uso de castigo físico, amenazas y trato cruel hacia la descendencia (Mendoza et al., 2016; Mendoza, 2017a).

Perfil de la víctima

La víctima se caracteriza por ser alumnado sometido prácticamente a diario a toda clase de agresiones por parte de un grupo de pares que se sienten con mayor poder. En el aspecto individual, las víctimas se describen como alumnado con autoconcepto negativo, inseguras, tímidas y ansiosas (Mendoza et al., 2017b); tienen distorsiones cognoscitivas que provocan que carezcan de estrategias para solucionar conflictos, su forma de percibir la vida les hace creer que la violencia es una manera normal de relacionarse (Mendoza y Maldonado, 2017), se perciben a sí mismos como poco eficaces y con baja inteligencia emocional (Garaigordobil y Oñederra, 2009).

Socialmente, se caracterizan por tener déficit en habilidades sociales, por lo que tienen dificultades para relacionarse con otros, se les dificulta integrarse a grupos de iguales, lo que hace un círculo poco virtuoso, ya que su timidez, su introversión, les proyecta ante sus pares como apáticos y retraídos, lo que los lleva a un estado de aislamiento social que los hace más vulnerables.

En el contexto escolar, las víctimas normalmente perciben su entorno escolar con un clima negativo, inseguro, en el que no tienen posibilidades para aprender; esta percepción negativa se deriva de las agresiones que viven cotidianamente en su entorno escolar (Mendoza, 2023), un grupo de víctimas se encuentra en mayor riesgo de bajo rendimiento y fracaso escolar (Garaigordobil y Oñederra, 2009); sin embargo, el alumnado con aptitudes sobresalientes son susceptibles también a ser elegidos como víctimas, ya que el alumnado bully les categoriza como diferentes.

En el contexto familiar, se ha identificado que el alumnado víctima suele ser educado por padres que recurren a estrategias poco efectivas, como golpes y amenazas, frecuentemente combinadas con la sobreprotección. Esta última genera en los hijos una profunda inseguridad y la percepción de no ser competentes para llevar a cabo tareas cotidianas elementales, como vestirse o asearse sin ayuda (Mendoza, 2015; 2018). Los estudios sobre las prácticas de crianza del alumnado victimizado muestran que, a pesar de que sus padres tienen conocimiento de los beneficios de enfoques de crianza positivos y efectivos (como el establecimiento de límites y hábitos), tienden a mezclarlos con estrategias ineficaces como la sobreprotección, la agresión y la negligencia, siendo la primera la práctica predominante (Mendoza, 2016; 2017a; Mendoza et al., 2016).

Doble rol

El perfil del doble rol víctima-agresor describe a un alumnado que se caracteriza por una combinación de agresividad e impulsividad. Son víctimas de un grupo con mayor poder y fuerza, pero a su vez actúan como agresores frente a compañeros que perciben como vulnerables, aislados e incapaces de defenderse. Asimismo, presentan características individuales contrastantes: comparten la inseguridad y la ansiedad propias de las víctimas, pero también rasgos de los agresores, como competitividad, actitud desafiante, baja autoestima y tendencia al consumo de alcohol y tabaco (Arroyave, 2012; Mendoza et al., 2017).

En el contexto escolar, el rol de víctima-agresor se caracteriza por tener bajo interés en actividades académicas, es el menos propenso a ofrecer ayuda y cooperar con sus compañeros de aula, no mantiene buena relación con el profesorado a quien no percibe como líder, por lo que tampoco respeta su autoridad (Mendoza et al., 2022). Este tipo de perfil suele confundir a los docentes y directivos, ya que es un alumno que se comporta como víctima ante un grupo de agresores que se muestran más fuerte que él y como agresor cuando tiene mayor poder que otro alumno (Mendoza, 2020).

En el ambiente familiar, se ha identificado que los padres de niños con doble rol tienden a educarlos mediante prácticas de crianza ineficaces, combinando negligencia con agresión, por lo que generalmente no monitorean tareas y avances escolares, suelen dejar a sus hijos por largos periodos en casa sin ningún tipo de supervisión (Mendoza, 2017a; 2018); adicionalmente, utilizan golpes y cualquier otra forma de violencia para afirmar su autoridad. En consecuencia, los hijos aprenden que el uso de la violencia es una forma normal y aceptada de resolver los conflictos cotidianos, replicando este modelo en sus propias interacciones (Mendoza, 2024; Santoyo y Mendoza, 2018).

Perfil de espectador

Este perfil describe a estudiantes que adoptan una postura pasiva ante la violencia entre compañeros (Garaigordobil y Oñederra, 2009). Representan una forma sutil de complicidad, a menudo invisible (Acevedo y Cuéllar, 2020), ya que, si bien no agreden directamente a la víctima, tampoco ofrecen ayuda ni intervienen para detener la situación.

A nivel individual, se ha observado una falta de empatía en estos alumnos, quienes parecen haber desarrollado una insensibilidad ante el sufrimiento ajeno y pueden llegar a normalizar la violencia. Suelen ser sumisos, con escasas estrategias para resolver conflictos y dificultades para solicitar ayuda en situaciones problemáticas. El espectador se caracteriza, además, por ser vulnerable e influenciable. En algunos casos, muestran apatía ante el dolor de otros, así como tendencias egoístas e individualistas (Avilés, 2010).

En el ámbito social, a diferencia de los agresores, los espectadores no suelen gozar de popularidad. Tienden a relacionarse más con los acosadores que con las víctimas, posiblemente como una estrategia de autoprotección para evitar convertirse en blanco de agresiones (Urrea y Reyes, 2020). Si bien el espectador no toma la iniciativa de agredir, su apoyo y simpatía hacia el agresor durante los actos de intimidación lo convierten en parte de la dinámica de acoso (Acevedo y Cuéllar, 2020). El rol de estos alumnos como testigos es crucial, ya que su comportamiento puede variar significativamente. Pueden tomar partido por el agresor, uniéndose a ellos para dañar o excluir a la víctima. También pueden optar por ignorar la situación por completo o, en el extremo opuesto, convertirse en defensores de quienes sufren el acoso.

No involucrado

Este término se refiere a los estudiantes que no se involucran en situaciones de bullying. El estudio de sus rasgos individuales ha permitido identificar elementos clave para prevenir la participación en el acoso escolar (Mendoza et al., 2020; Mendoza et al., 2023). Entre estas características destaca la ausencia de prejuicios raciales, clasistas o sexistas. Adicionalmente, demuestran un notable autocontrol, por lo que evitan comportamientos impulsivos; además, poseen la habilidad de identificar múltiples soluciones no violentas ante diversos problemas, mostrando responsabilidad por sus elecciones (Mendoza y Maldonado, 2017).

Socialmente, se caracterizan por su apego a las normas y su comportamiento respetuoso, lo que les facilita la convivencia y la evitación de conflictos interpersonales. En sus relaciones con iguales, suelen establecer vínculos positivos y construir redes de apoyo significativas. Son amigos considerados y atentos, que demuestran preocupación por los demás y tienden a ofrecer su ayuda, incluso de forma espontánea.

Este tipo de alumnado se caracteriza por incorporar a su comportamiento rasgos tradicionalmente vinculados a ambos géneros, por lo que no se adhiere a los estereotipos de género rígidos y tradicionales (macho o sumiso), evitando así la necesidad de adoptar conductas extremas para ajustarse a roles preestablecidos de dominación u obediencia. El alumnado con este perfil integra lo mejor de las características consideradas masculinas y femeninas; por ello, muestra aptitudes para el cuidado y la ayuda, amabilidad y empatía, a la par que manifiesta fortaleza y dinamismo para decidir, trabajar bajo presión, tomar decisiones acertadas y competir de manera saludable (Mendoza, 2022; Mendoza et al., 2020).

En el contexto escolar, este grupo de estudiantes establece relaciones positivas con sus docentes, cumple con las normas del aula, colabora con sus compañeros y demuestra entusiasmo por las tareas académicas. Percibe a su institución educativa como un espacio con un clima escolar favorable, donde experimentan inclusión, atención y escucha activa (Mendoza, 2023).

En el contexto familiar, se ha identificado que estos alumnos son criados bajo prácticas parentales efectivas y positivas. Éstas se caracterizan por el establecimiento consistente de hábitos y límites claros, una supervisión adecuada y sensible a las necesidades del menor y la promoción de la autonomía sin recurrir a la agresión física o psicológica ni a la sobreprotección; de esta manera, se fortalece un vínculo afectivo entre padres e hijos, contribuyendo así al desarrollo socioemocional (Mendoza, 2017a; Mendoza et al., 2020). Este enfoque de crianza fomenta un ambiente seguro y predecible, crucial para el desarrollo de la autodisciplina, la responsabilidad y la autoestima.

Modelo ecológico: factores de riesgo

El bullying se concibe como un fenómeno complejo y multicausal, influenciado por una interacción dinámica de factores que operan en diversos niveles ecológicos. La convergencia de estos factores en múltiples niveles puede ubicar al alumnado en una situación de mayor vulnerabilidad para participar en el bullying, ya sea como agresor, doble rol, víctima o espectador.

Individuales

Existen diversos factores de riesgo individuales; la investigación ha documentado consistentemente que aquellos asociados a las habilidades sociales son especialmente relevantes para el perfil de víctima (Carhuas et al., 2023). En particular, un déficit en habilidades socioemocionales se identifica como un factor de riesgo primordial. Esta carencia coloca al alumnado en una posición de vulnerabilidad, ya que su dificultad para establecer y mantener redes de apoyo con sus iguales los hace percibirse como aislados y excluidos. Esta falta de respaldo social crea un desequilibrio de poder significativo en comparación con el alumnado con perfil de acosador, quienes suelen ser populares y contar con grupos de amigos que les brindan apoyo social (Mendoza y Maldonado, 2017).

Las distorsiones cognitivas constituyen un factor de riesgo determinante en el desarrollo del perfil de víctima (Mendoza, 2017b). Estas alteraciones del pensamiento se asocian tanto a la dificultad para solicitar ayuda ante situaciones de acoso como a la tendencia a justificar las agresiones sufridas (SEP, 2017). Adicionalmente, el déficit en regulación emocional, manifestada en la dificultad para aceptar las propias emociones y la carencia de estrategias efectivas para afrontar conflictos (Kennedy & Brausch, 2024) también juega un papel significativo.

Respecto al perfil de acosador y doble rol (víctima-acosador), a nivel individual, un factor de riesgo prominente es la baja tolerancia a la frustración, que desencadena una fácil pérdida de control y una rápida sensación de frustración ante la insatisfacción de sus deseos (Lugones y Ramírez, 2017). Además, la dificultad para regular sus impulsos, especialmente cuando experimenta enojo, constituye otro factor de riesgo importante. Esta dificultad, aunada a una alta impulsividad, se asocia con una mayor tendencia a reaccionar agresivamente, sin premeditación ante las consecuencias (Fernández et al., 2022; Mendoza y Barrales, 2024; Román y Mendoza, 2023).

La carencia de habilidades socioemocionales, incluyendo la falta de empatía, la impulsividad, el deficiente autocontrol emocional y la dificultad para resolver conflictos de manera no violenta, constituye un factor de riesgo significativo y ampliamente reconocido por la comunidad científica en el desarrollo del perfil de acosador (Arroyave, 2012; Garaigordobil, 2017; Mendoza y Barrales, 2024; Román y Mendoza, 2023). Debido a su importancia, este déficit se ha incorporado como un elemento central en los programas integrales de atención al acoso escolar.

Otros factores de riesgo asociados al perfil de acosador incluyen trastornos externalizantes como el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno de oposición desafiante y los trastornos de conducta. La falta de atención familiar y el desconocimiento de estrategias adecuadas para abordar estos trastornos pueden exacerbar su impacto, incrementando así el riesgo de conductas de acoso (Albores-Gallo et al., 2011; Mendoza y Villasana, 2024).

Familiares

La investigación en acoso escolar ha permitido establecer vínculos entre ciertos factores del ambiente familiar y el desarrollo del perfil de acosador. En particular, se ha identificado que las familias en riesgo social constituyen un factor predisponente para la manifestación de estas conductas. Estas familias se distinguen por dinámicas desorganizadas, carencia de rutinas, normas y límites definidos, lo que habitualmente conlleva desorden, falta de limpieza y, en ocasiones, hogares ruidosos que impiden un ambiente de paz y tranquilidad (Carhuas et al., 2023).

Las interacciones entre sus integrantes se caracterizan por intercambios violentos, exclusión y rechazo entre ellos (Arroyave, 2012), provocando la percepción de normalidad ante la violencia, son modelos cotidianos de comportamiento agresivo (Martínez, 2014). Con respecto a las prácticas usadas para criar, normalmente emplean las poco efectivas, como las agresivas, autoritarias, negligentes y sobreprotectoras, las cuales sitúan en mayor riesgo a los niños, niñas y adolescentes de desarrollar comportamiento agresivo (Machimbarrena et al., 2019; Mendoza, 2018).

La sobreprotección parental constituye un modelo de crianza poco efectivo, ya que genera inseguridad y baja autoestima en niños, niñas y adolescentes. Ejemplos de esta práctica incluye mentirles sobre la muerte de un ser querido, solicitar cambios de aula ante la percepción de exigencias académicas elevadas, o realizar sus tareas escolares, transmitiéndoles así un mensaje de incapacidad. Estas acciones, motivadas por la creencia errónea de evitarles tristeza y angustia, paradójicamente los debilitan al impedirles desarrollar habilidades cruciales para afrontar y adaptarse a las demandas de la vida real y cotidiana (Mendoza, 2017b; 2018; 2020; 2024).

Contexto escolar

Debido a la naturaleza del comportamiento del bullying, el contexto escolar fue el primero en explorarse para identificar factores asociados a su desarrollo. Un clima escolar negativo se destaca como uno de los principales factores de riesgo. En este sentido, la calidad de las relaciones entre el alumnado y el profesorado es determinante, ya que interacciones coercitivas pueden indicar modelos violentos de comunicación y resolución de conflictos dentro del aula (Mendoza, 2024; Mendoza et al., 2022).

Otro factor de riesgo significativo es la implementación de las normas escolares. Si bien la mayoría de las escuelas cuentan con reglamentos, su inoperatividad genera un clima de injusticia. Las víctimas perciben que el alumnado acosador, al ser líderes, domina la escuela ante la falta de consecuencias por sus actos (Mendoza, 2023). Además, la práctica docente desempeña un papel relevante en la prevención del bullying, ya que una planificación deficiente, una organización ineficaz del proceso de enseñanza-aprendizaje y la aplicación de estrategias de educación poco efectivas pueden afectar la motivación y la atención del alumnado (Román y Mendoza, 2023).

Factores de protección

Así como ante una enfermedad física se busca un tratamiento, vacuna o cura para detener su avance, la pregunta sobre si existe una *vacuna* contra el *bullying* encuentra una respuesta esperanzadora en la investigación. Más de cincuenta años de estudio han permitido identificar factores protectores que disminuyen significativamente la participación del alumnado en episodios de acoso escolar. La comprensión y el fomento de estos factores han demostrado ser tan eficaces que ofrecen la posibilidad real de prevenir y erradicar el bullying.

Área individual (Carhuas et al., 2023; León et al., 2020; Mendoza, 2024):

- Desarrollar habilidades de afrontamiento ante situaciones cotidianas que generan miedo, estrés y preocupación.
- Poseer la capacidad de identificar el propio estado emocional, distinguiendo entre emociones básicas como la tristeza y el enojo, y poder reconocerlas y expresarlas asertivamente sin ocultarlas.

- Desarrollar inteligencia emocional, lo que implica la habilidad para resolver conflictos cotidianos sin recurrir a la violencia.
- Desarrollar la capacidad de reconocer la presencia de un conflicto e identificar diversas estrategias para su resolución, incluyendo la solicitud de ayuda a un adulto en situaciones de peligro.

Área familiar (Machimbarrena et al., 2019; Mendoza et al., 2018; Musalem y Castro, 2015):

- Educar a través de prácticas de crianza positivas, que fomentan un desarrollo saludable.
- Promover comunicación asertiva entre padres e hijos, basada en la escucha activa y la expresión de necesidades y sentimientos sin agresión.
- Realizar supervisión cotidiana de las actividades académicas, mostrando interés y apoyo en el proceso de aprendizaje.
- Mantener relaciones familiares cálidas, fundamentadas en el respeto mutuo y la afectividad.
- Asumir un compromiso parental activo en la educación de los hijos, sin delegar esta responsabilidad primordial a terceros.
- Modelar comportamientos positivos durante la educación, evitando el uso de gritos, humillaciones o cualquier forma de agresión.
- Fomentar relaciones positivas entre hermanos y con los padres, construyendo redes de apoyo basadas en el amor, el respeto y la confianza.

Área social (Mendoza y Maldonado, 2017; Musalem y Castro, 2015; Xi et al., 2024):

- Poseer habilidades sociales como la capacidad para iniciar y mantener conversaciones significativas.
- Contar con una red de apoyo social integrada por amistades con las que se establecen relaciones saludables y positivas.
- Participar en grupos de iguales que desarrollen actividades extraescolares, promoviendo valores como la cooperación, la solidaridad y la empatía.

Indudablemente, en los contextos sociales, un factor protector fundamental contra el bullying es la promoción activa de la igualdad y el rechazo de toda forma de discriminación. Esto implica erradicar el sexismo, el racismo y el clasismo, enseñando

que no debe haber un trato diferenciado basado en rasgos distintivos asociados al género, la raza, la clase social, la cultura o la condición económica (Díaz-Aguado, 2005).

En consecuencia, la educación debe orientarse hacia la integración de actitudes y comportamientos sin distinción de género. Esto significa enseñar a niños y niñas, por igual, habilidades como el cuidado de otros, la capacidad de trabajar bajo presión, la realización de tareas exigentes a nivel emocional, mental y físico, y la libertad de expresar sus emociones, como el llanto ante la tristeza (Mendoza, 2024). Al fomentar la igualdad y romper con las expectativas rígidas de género, se contribuye a un desarrollo más completo y equitativo.

CONSECUENCIAS PARA LAS VÍCTIMAS

Ser víctima de bullying genera múltiples consecuencias que impactan diversas áreas de la vida. A nivel individual y de salud mental, las agresiones constantes deterioran la autoestima y la confianza en sí mismo y en los demás (Caicedo y Fernández, 2022). Se desarrolla estrés, conductas internalizantes y externalizantes (Garaigordobil & Machimbarrena, 2019), trastornos de ansiedad (manifestados en desórdenes alimenticios y dolores físicos), lo que afecta el bienestar y la calidad de vida (Savahl et al., 2019; Varela et al., 2019; Zhu et al., 2024), y en general, se experimenta una menor satisfacción vital (Chen et al., 2024). Además, se evidencia dificultad para identificar y gestionar las propias emociones, lo que se manifiesta en ataques de ira y malestar generalizado (Caicedo y Fernández, 2022).

También se observan problemas psicosomáticos, como enuresis nocturna; alteraciones del sueño; falta de apetito; mayor propensión a dolores de estómago, cabeza y musculares, además de cansancio y mareos (Garaigordobil y Machimbarrena, 2019). En el ámbito escolar, las consecuencias incluyen falta de motivación para estudiar y bajo rendimiento académico (Caicedo y Fernández, 2022).

Estas secuelas tienden a persistir a lo largo del tiempo, considerándose efectos a largo plazo. El déficit en habilidades sociales se mantiene, lo que dificulta una adaptación óptima en las diferentes áreas de la vida (Mendoza et al., 2025).

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Reconociendo la naturaleza multifactorial del bullying, los programas de intervención deben adoptar un enfoque integral para mitigar los factores de riesgo identificados en el clima escolar, el ambiente familiar y las características individuales. El objetivo primordial será desarticular los roles de víctima, acosador y la dinámica del doble rol (víctima-acosador).

La eficacia de los programas de prevención radica en su carácter integral e inclusivo (Mendoza, 2014; 2020; Mendoza et al., 2023; Mendoza y Mendoza, 2023):

- **Integralidad:** los programas deben involucrar a todos los miembros de la comunidad educativa: estudiantes, docentes, familias y personal escolar en general. Esto requiere acciones dirigidas a cada uno de estos grupos, basándose en el desarrollo de competencias transversales en el alumnado. La educación en valores y habilidades socioemocionales debe ser un componente fundamental integrado en todas las áreas del currículo.
- **Inclusión:** los programas deben ser sensibles a la diversidad del estudiantado, considerando aspectos como género, orientación sexual, discapacidad y origen étnico. Además, la inclusión implica garantizar que todos los integrantes de la comunidad educativa se sientan parte del proceso y tengan la oportunidad de participar activamente en la implementación de estrategias para fomentar una convivencia positiva en la institución.

Los programas de intervención contra el bullying deberán fundamentarse en derechos de la niñez, planes y programas de educación básica, perspectiva de género y la ciencia psicológica (Mendoza, 2017b). En primer lugar, los derechos de las niñas, niños y adolescentes deben ser la base, asegurando que los programas estén intrínsecamente dirigidos a su protección integral, desarrollo emocional pleno y bienestar general.

En segundo lugar, los planes y programas de enseñanza básica proporcionan el marco curricular necesario. Cualquier iniciativa de prevención y atención debe integrarse con los objetivos escolares, por lo que deben promover activamente el aprendizaje y la consolidación de valores y habilidades socioemocionales fundamentales para erradicar el bullying, tales como el respeto, la tolerancia, la empatía, la comunicación asertiva y el manejo emocional.

En tercer lugar, la perspectiva de género es indispensable, pues se reconoce que niños y niñas experimentan el bullying de formas distintas, tanto en las agresiones sufridas como en sus consecuencias para el desarrollo. Además, las normas de género influyen en las relaciones de poder, perpetuando desigualdades. Por ello, los programas deben construirse con base en la equidad.

Finalmente, la ciencia psicológica aporta las bases teóricas y prácticas para una intervención efectiva. Al fundamentarse en las leyes del aprendizaje, la motivación y las emociones, los programas pueden ofrecer estrategias probadas para modificar conductas y cogniciones, reduciendo comportamientos disruptivos y mejorando la percepción del entorno escolar y familiar, lo que a su vez se traduce en una mejor calidad de vida.

La puesta en práctica de programas contra el bullying exige la implicación coordinada de distintas figuras, como directivos, profesorado, padres, madres de familia y el alumnado, cada uno con un rol y aportación específica (Mendoza, 2024).

- Los docentes son figuras clave en la prevención y detección temprana del bullying. Su liderazgo es esencial para identificar situaciones de riesgo, facilitar la resolución pacífica de conflictos y cultivar un clima de aula seguro y basado en el respeto mutuo.
- Los padres y madres de familia tienen colaboración indispensable para la erradicación del bullying desde el núcleo familiar. Aunque la escuela asume la responsabilidad principal de detectar las señales de alerta y orientar inicialmente a los estudiantes, la participación parental se centra en la adopción de prácticas de crianza positivas, ya que éstas tienen un impacto demostrado en la formación de los perfiles involucrados en el bullying. Por ello, una estrategia fundamental es capacitar a los padres para evitar la violencia en el hogar, contribuyendo así a prevenirla en el entorno escolar.
- Los estudiantes son los actores centrales en estos programas, tal como lo demuestra la investigación. A través de su participación activa, aprenderán a establecer relaciones interpersonales sin recurrir a la agresión, a responsabilizarse de sus acciones, a internalizar hábitos positivos, a respetar los límites establecidos y a desarrollar habilidades socioemocionales cruciales como la empatía, la regulación emocional, la resolución no violenta de conflictos y la comunicación asertiva.

En suma, la prevención y erradicación del bullying demandan un abordaje integral y colaborativo, donde la comprensión de los factores de riesgo y protección, junto con la implementación de programas fundamentados en principios éticos y científicos, involucre activamente a toda la comunidad educativa y familiar. Sólo a través de un esfuerzo conjunto y sostenido se podrá construir entornos escolares seguros, inclusivos y respetuosos para todos los estudiantes.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El estudio del bullying se ha beneficiado del desarrollo de diversos instrumentos de evaluación:

1. En 1983, Olweus fue pionero al elaborar un cuestionario para medir este fenómeno (Vera et al., 2017). El cuestionario original de Olweus, denominado Cuestionario de Olweus Bully-Víctima y diseñado en 1978, evaluaba dos roles de participación (víctima y acosador) y los diferentes tipos de bullying (físico, social, verbal, racial, sexual). A lo largo del tiempo, se realizaron varias revisiones para actualizarlo con la nueva evidencia investigativa, llegando a contar con 40 reactivos en su versión de 1996.
2. El Cuestionario para la Exploración del Bullying (Cebu), desarrollado por Estrada y Jaik en Durango, México, en 2011 para población mexicana, explora la frecuencia del bullying a través de la perspectiva de tres roles (víctima, agresor y espectador). Con una alta confiabilidad (Alpha de Cronbach de 0.93), este cuestionario utiliza una escala Likert de 5 niveles (nunca a siempre) en sus setenta reactivos.
3. El Cuestionario de Violencia Escolar y Bullying de Mendoza y colaboradores, elaborado en 2015 y desarrollado también para población mexicana, destaca por su alta confiabilidad ($\alpha = 0.95$) y su escala Likert de cuatro niveles. Este instrumento se compone de sesenta reactivos espejo, divididos en secciones para agresor, víctima y espectador, lo que permite una evaluación precisa de la participación del alumno en episodios de acoso y violencia escolar, ya que cada reactivo mide el nivel de agresión adaptado a estos perfiles.

CONCLUSIÓN

Este capítulo ha proporcionado un panorama general del fenómeno del bullying, desde su conceptualización y evolución histórica hasta la identificación de las características de los programas de intervención. Asimismo, ha delineado la complejidad del bullying como un fenómeno multifacético que, originándose en la dinámica escolar y escalando en diversas formas de agresión, deja secuelas profundas y duraderas en las víctimas, perpetuando su vulnerabilidad a lo largo del tiempo.

Su principal aportación radica en establecer una base sólida de conocimiento actualizado y contextualizado sobre el bullying, analizando los roles de participación (agresor, víctima, espectador y doble rol), y la exploración exhaustiva de los factores de riesgo en los ámbitos individual, familiar y escolar, sustentada en más de cinco décadas de investigación global, constituye una aportación fundamental para comprender la génesis y el mantenimiento de este problema.

La innovación de este capítulo para el estudio del bullying reside en su síntesis integral de la literatura actual, que no sólo describe el fenómeno, sino que también enfatiza la estabilidad del perfil de víctima y la necesidad de considerar el bullying como un problema de salud pública debido a su asociación con conductas de riesgo más amplias.

A través de la lectura de este texto se resalta la complejidad de sus causas y efectos. También se subraya la importancia de un enfoque integral y multifactorial para su prevención e intervención, así como programas integrales, fundamentados en los derechos de la niñez y la perspectiva de género, por lo que este capítulo subraya la viabilidad de prevenir, atender y, en última instancia, erradicar el bullying con un conocimiento profundo y aplicado de sus dinámicas y determinantes. Esta comprensión detallada sienta las bases para el desarrollo de estrategias más eficaces y adaptadas a la realidad del acoso escolar.

Finalmente, la evidencia acumulada a lo largo de cincuenta años de investigación posiciona el abordaje efectivo del bullying como una meta alcanzable a través de estrategias informadas y colaborativas.

¿SABÍAS QUE...?

- El término “bullying” se traduce al español como “acoso escolar”.
- La experiencia de ser víctima de bullying a menudo se relaciona con otros tipos de victimización.
- Los programas integrales diseñados para mejorar la convivencia escolar incluyen estrategias efectivas, como mantener el orden y la limpieza en el aula; establecer hábitos, límites y consecuencias claras; desarrollar habilidades socioemocionales, y realizar asambleas escolares.
- La combinación de prácticas de crianza ineficaces con otros factores de riesgo aumenta significativamente la probabilidad de que el alumnado se involucre en situaciones de bullying.

REFERENCIAS

- Acevedo, J. y Cuellar, K. C. (2020). El lado oculto del bullying: los espectadores. Retos del trabajo social. Comunitaria. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (19), 9-27. <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.19.1>
- Albores-Gallo, L., Saucedo-García, J. M., Ruiz-Velasco, S. y Roque-Santiago, E. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*, 53(3), 220-227. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300006&lng=es&tlng=es
- Arroyave, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying. *CES Psicología*, 5(1), 116-125. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539529012_
- Avilés, J. M. (2010). Bullying, cyberbullying, el papel del género y los medios. *Aequalitas*, 26, 46-57.
- Caicedo, L. X. y Fernández, T. G. (2022). Consecuencias del bullying en la formación de estudiantes según estudios latinoamericanos entre 2010-2021. *Revista Ensayos Pedagógicos*, XVII(2), 161-179. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/16899/27427>
- Carhuas, G. L., Cáceres, V. M. y Salvatierra, Á. (2023). Causas, efectos y prevención del bullying escolar en niños y adolescentes. *Horizontes. Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 7(29), 1319-1334. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v7i29.594>

- Cerezo, F. (2009). Bullying: análisis de la situación en las aulas españolas. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 9(3), 383-394. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56012884006>
- Cerezo, F. (2012). Bullying a través de las TIC. *Boletín Científico Sapiens Research*, 2(2), 24-29.
- Cervantes, F. D. (2023). Privilegios y exclusiones como prácticas docentes, desde la mirada de los estudiantes. *Revista Construyendo la Paz Latinoamericana*, 8(17), 85-95. <https://doi.org/10.35600/25008870.2023.17.0269>
- Chen, X., Wang, L. & Wang, Y. (2024). Experiences of bullying and victimization and adolescents' life satisfaction: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 76, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101930>
- Coelho, F. (2025). Origen de la palabra bullying. *Diccionariodedudas.com*. <https://www.diccionariodedudas.com/origen-de-la-palabra-bullying/>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2020). *Contra el Bullying, Guía para docentes, alumnado, familias y comunidad escolar*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-02/Cuadr_Contra_Bullying.pdf
- Cruz-Linares, B.L. y Mendoza-González, B. (2023). Empatía en niños, niñas y adolescentes, descripción en función de sexo y nivel educativo. *Revista RedCA*, 6(17), 134-154. <https://doi.org/10.36677/redca.v6i17.22387>
- De Agüero S. M. (2020). La investigación acerca del acoso y violencia escolares en México. *Revista Digital Universitaria*, 21(4), 1-15. <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2020.21.4.2>
- Díaz-Aguado, M. J. (2005). Por qué se produce la violencia escolar y cómo prevenirla. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37, 17-47. <https://rieoei.org/historico/documentos/rie37a01.pdf>
- Domínguez, J. M. y Mendoza, B. (2023). Agresión entre profesorado-alumnado y Cyberbullying: Estrategias de atención en el aula. En B. Mendoza (Eds.). *Convivencia escolar: inclusión, práctica docente y autocontrol (79-100)*. Cromberger Editores e Impresores, S.A. de C.V. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/138556>
- Estrada, M. A. y Jaik, A. (2011). Cuestionario para la exploración del bullying. *Visión Educativa IUNAES*, 5(11), 45-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4034505>
- Fernández, B., Aguirre, R. y Jiménez, E. J. R. (2022). Bullying y violencia escolar, dos conceptos diferenciados de un mismo fenómeno: la violencia. *Uaricha, Revista De Psicología*, 20 (Monográfico), 17-29. <https://doi.org/10.35830/urp.v20iMonográfico.641>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Más allá de los números: poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398>
- Garaigordobil, M. (2017). Conducta antisocial: conexión con bullying/cyberbullying y estrategias de resolución de conflictos. *Psychosocial Intervention*, 26, 47-54.
- Garaigordobil, M., Mollo-Torrico, J. P. y Larrain, E., (2018). Prevalencia de bullying y cyberbullying en Latinoamérica: una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(3), 1-18. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.11301/1189>
- Garaigordobil, M. y Oñederra, J. M. (2009). Acoso y violencia escolar en la comunidad autónoma del País Vasco. *Psicothema*, 21(1), 83-89. <https://www.psicothema.com/pdf/3599.pdf>
- Garaigordobil, M. & Machimbarrena, J. M. (2019). Victimization and Perpetration of Bullying/Cyberbullying: Connections with Emotional and Behavioral Problems and Childhood Stress. *Psychosocial Intervention*, 28, 67-73. <https://doi.org/10.5093/pi2019a3>
- García-Maldonado, G., Joffre-Velázquez, V. M., Martínez-Salazar, G. J. y Llanes-Castillo, A. (2011). Cyberbullying: Forma virtual de intimidación escolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 115-130. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60108-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60108-6)
- García, M. V. y Ascencio, C. A. (2015). Bullying y violencia escolar: diferencias, similitudes, actores, consecuencias y origen. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(2), 9-38. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80247939002>
- García Ascencio, J. A. y Ascencio Martínez, C. A. (2018). Bullying y violencia escolar: diferencias, similitudes, actores, consecuencias y origen. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 112-121. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/1523>
- Gómez, A. (2013). Bullying: el poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en primarias de Colima. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 18(58), 839-870. <https://acortar.link/oMyMLv>
- González-Cabrera, J., Machimbarrena, J. M., Ortega-Barón, J. y Alvarez-Bardón, A. (2020). Joint association of bullying and cyberbullying in health-related quality of life in a sample of adolescents. *Quality of Life Research*, 29, 941-952. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02353-z>
- Guy A., Lee K. & Wolke D. (2019). Comparisons Between Adolescent Bullies, Victims, and Bully-Victims on Perceived Popularity, Social Impact, and Social Preference. *Front Psychiatry*, 10(868), 1-10. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry#editorial-board>

- Herrera-López, M., Romera, E. M., y Ortega-Ruiz, R. (2018). Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica. Un estudio bibliométrico. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 23(76), 125-155. <https://acortar.link/oMyMLv>
- Kennedy, A. & Brausch, A. M. (2024). Emotion dysregulation, bullying, and suicide behaviors in adolescents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100715>
- León, B., Mendo, S., Polo del Río, M. I. & López-Ramos, V. M. (2020). Emotional Intelligence as a Protective Factor against Victimization in School Bullying. *International Journal Environmental Research Public Health*, 17 (24), 1-18. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17249406>
- Lugones, M. y Ramírez, M. (2017). Bullying: aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 154-162. <https://acortar.link/oMyMLv>
- Machimbarrena, J. M., González-Cabrera, J. y Garaigordobil, M. (2019). Variables familiares relacionadas con el bullying y el cyberbullying: una revisión sistemática. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 37-56. <https://doi.org/10.11e144/javerianacali.ppsi17-2.vfrb>
- Martínez, S. A. (2014). Bullying: violencia humana en la escuela. *Revista Digital Universitaria, UNAM*, 15(1), 2-14. <https://acortar.link/oMyMLv>
- Mendoza, B. (2009). Bullying. *Revista Ciencia y Desarrollo Conacyt*, 35 (233), 36-43.
- Mendoza, B. (2011). Bullying entre pares y el escalamiento de agresión en la relación profesor-alumno. *Psicología Iberoamericana*, 19(1), 58-71. <https://doi.org/10.48102/pi.v19i1.241>
- Mendoza, B. (2014). *Bullying: Los múltiples rostros del acoso escolar* (2da Ed). Pax México.
- Mendoza, B. (2015). *Bullying. Familia y Escuela. Protegiendo juntos*. Programa de atención. Pax México.
- Mendoza, B. (2016). Los múltiples rostros del acoso escolar. En M. Pérez, C. Macías, N. González y S. Rodríguez (Eds.). *Temas selectos de vulnerabilidad y violencia contra niños, niñas y adolescentes*. (pp. 125-138). UNAM. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/36631>
- Mendoza, B. (2017a). Prácticas de crianza y acoso escolar: descripción en alumnado de educación básica. *Innovación Educativa*, 17(74), 125-142. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v17n74/1665-2673-ie-17-74-00125.pdf>
- Mendoza, B. (2017b). Derechos Humanos, perspectiva de género y Programa de Atención al Acoso Escolar. En G. M. Gurrola & T. Morales (Eds.), *Violencia en la infancia. Algunas miradas desde los derechos humanos*. Comisión Estatal de Derechos Humanos. <https://>

- www.researchgate.net/publication/362854621_Violencia_en_la_infancia_Algunas_miradas_desde_los_derechos_humanos_y_la_psicologia_GLORIA_MARGARITA_GURROLA_PENA_TANIA_MORALES_REYNOSO_COORDINADORAS
- Mendoza, B. (2018). *Educa y fortalece a tus hijos. Manual para padres*. UAEM/ SEDENA.
- Mendoza, B. (2020). El derecho a la educación, programas de intervención desde los principales agentes de cambio: padres y profesorado. En Pérez, M. M., Macías, M. C. y Tapia, E. (Eds.), *Educación e Infancia* (pp.157-174). Porrúa/UNAM.
- Mendoza, B. (2022). Definición de Bullying. En C. Pereda et al. (2022). *Diccionario de Injusticias*. Siglo XXI Editores.
- Mendoza, B. (2023). *Convivencia escolar: Inclusión, práctica docente y autocontrol*. Cromberger Editores e Impresores, S. A. de C. V. https://www.researchgate.net/publication/372335606_Convivencia_escolar_Inclusion_practica_docente_y_auto_control
- Mendoza, B. (2024). Bullying: Descripción desde la perspectiva ecológica y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo (RIDE)*, 15(29), 1-23. <https://doi.org/10.23913/ride.v15i29.2179>
- Mendoza B. y Barrales M. (2024). Empatía y enojo: diferencias significativas según el sexo en infantes. *Revista Cubana de Psicología*, 6(9), 136. <https://revistas.uh.cu/psicocuba/article/view/8730>
- Mendoza, B., Delgado, I. y García, A. (2020). Perfil de alumnado No involucrado en bullying: descripción a partir de estereotipos de género, crianza, estrategias cognitivas-sociales y sobre-ingesta alimentaria. *Revista Anales de Psicología*, 36(3), 483-491. <https://doi.org/10.6018/analesps.337011>
- Mendoza, B. y Maldonado, V. (2017). Acoso escolar y habilidades sociales en alumnado de educación básica. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 24(2), 109-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6046440>
- Mendoza, I. y Mendoza, B. (2023). Inclusión educativa, estrategias para su desarrollo en el aula. En B. Mendoza (Ed.). *Convivencia escolar: inclusión, práctica docente y autocontrol*, (pp. 39-58). Cromberger Editores e Impresores, S. A. de C. V. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/138556>
- Mendoza, B, Morales, T. y Martínez, G. (2021). ¿El alumnado que participa en violencia escolar, también participa en episodios de agresión cibernética? *Revista de Psicología Bolivia*, 26, 81-100. <https://doi.org/10.53287/wldl7961me66a>

- Mendoza, B., Pérez, H., Domínguez, M., y Román, M. (2022). Roles de participación en bullying y episodios violentos en la interacción profesorado-alumnado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 24(e23),1-17. <https://doi.org/10.24320/redie.2022.24.e25.4240>
- Mendoza, B., Rojas, C. y Barrera, A. (2017). Rol de participación en bullying y su relación con ansiedad. *Revista Perfiles Educativos*, XXXIX(158), 38-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13253901003>
- Mendoza, B., Sánchez de la Peña, R., Rojas, C. y Pedroza, F. (2016). Disminución del acoso escolar desde la familia: intervención en sistema municipal DIF Atizapán de Zaragoza. En Vera, J. A. y Valdés, A. A. (Coords.). *La violencia escolar en México, temáticas, perspectivas y abordaje*, (pp. 95-106). Clave Editorial.
- Mendoza, B., Serrano, M. C. y Morales Reynoso, T. (2023). Violencia escolar, bullying y cyberbullying: su abordaje desde su perspectiva de investigación psicológica. En Rojas, A., García, M., Espinoza, A. I., Figueroa, S., y López, F. (Eds). *Tópicos actuales de psicología*, (pp. 567-597). CNEIP. <https://www.editorialcneip.org/libros/cneip?398641106&ci=MzM=&/cneip/editorial>
- Mendoza, B. y Villasana, K. N. (2024). Conductas externalizantes: tratamiento cognitivo-conductual en escenarios escolares. *Ciencia Ergo-sum*, 31(1), 1-31. https://www.researchgate.net/publication/379182753_Conductas_Externalizantes_Tratamiento_Cognitivo-Conductual_en_Escenarios_Escolares
- Mendoza-González, B., Morales-Reynoso, T. & Serrano-Barquín, M. (2025). Cyberbullying in high school and university: Description, comparison, and associations between behaviors in victims and aggressors. *Interacciones*, 11, e445. <https://dx.doi.org/10.24016/2025.v11.445>
- Morales-Ramírez, M. E. y Villalobos-Cordero, M. (2017). El impacto del bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar. *Revista Electrónica Educare*, 21(3), 25-44. <https://doi.org/10.15359/ree.21-3.2>
- Morales, T., Mendoza, B. y Santos López, A. (2021). Cyberbullying, brecha digital y habilidades digitales para ciberconvivencia: descripción en estudiantes de bachillerato. *Voces de la Educación*, 6(12), 22-44. <https://www.revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/386>

- Morales, T., Mendoza, B. & Serrano, C. (2023). College youth and cyberbullying: before and during the Covid 19 pandemic. *Centro Sur*, 7(4), 21-41. <http://dx.doi.org/10.37955/cs.v7i4.325>
- Musalem, B. R. y Castro, O. P. (2015). Qué se sabe de Bullying. *Revista Médica Clínica las Condes*, 26(1),14-23. DOI: 10.1016/j.rmcl.2014.12.002
- Ojanen T., Grönroos, M. & Salmivalli, C. (2005). An interpersonal circumplex model of children's social goals: Links with peer reported behavior and sociometric status. *Developmental Psychology*. 4(5), 699-710. <https://www.researchgate.net/publication/7589774>
- Olweus, D. (1996). *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire for Students*. University of Bergen.
- Postigo, S., Schoeps, K., Ordóñez, A. & Montoya-Castilla, I. (2020). What do adolescents say about bullying? *Anales de Psicología*, 35(2), 251-258. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.301201>
- Reyes, F. I., Nájera, L. E., y Palacios, A. B. (2019). Bullying en jóvenes estudiantes: percepciones, conceptualización y experiencias. *Espacio I+D, Innovación más desarrollo*, VIII(20), 101-118. <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/download/186/609/1201>
- Román, M. y Mendoza, B. (2023). Convivencia escolar, práctica docente y autocontrol: ¿Existe alguna asociación? En B. Mendoza (Ed.). *Convivencia escolar: inclusión, práctica docente y autocontrol*, (pp.59-78). Cromberger Editores e Impresores, S. A. de C. V. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/138556>
- Santoyo, D. y Frías, S. M. (2014). Acoso escolar en México: actores involucrados y sus características. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, XLIV(4), 13-41. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27032872002>
- Santoyo, C. y Mendoza, B. (2018). Patrones de comportamiento de los niños involucrados en episodios de acoso escolar. *Fronteras de la psicología* 9 (456), 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00456>
- Savahl, S., Montserrat, C., Casas, F., Adams, S., Tiliouine, H., Benninger, E. & Jackson, K. (2019). Children's experiences of bullying victimization and the influence on their subjective wellbeing: A multinational comparison. *Child Development*, 90(2),414-431. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207591>
- Secretaría de Educación Pública. (2017). *Acoso escolar, qué es y cómo identificarlo*. <https://www.gob.mx/sep/articulos/acoso-escolar-que-es-y-como-identificarlo>

- Serrano, C., Morales, T. y Mendoza, B. (2021). Ciberacoso en jóvenes de bachillerato: ¿Quiénes participan más, los hombres o las mujeres? *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 12(e1373). https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v12i0.1373
- Varela, J. J., Guzmán, J., Alfaro, J. y Reyes, F. (2019). Bullying, Cyberbullying, satisfacción con la vida estudiantil y la comunidad de adolescentes chilenos. *Applied Research Quality Life*. 14, 705-720. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9610-7>
- Vera, C. Y., Vélez, C. M. y García, H. I. (2017). Medición del bullying escolar: inventario de instrumentos disponibles en idioma español. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 1-16. DOI: 10.5872/psiencia/9.1.31
- Urra, M. y Reyes, F. (2020). Bullying, acoso escolar. Definición, prevalencia y propuestas de actuación. *Episteme: revista de divulgación en estudios socioterritoriales*, 11(2), 1-22. <https://doi.org/10.15332/27113833.6116>
- Xi, Z., Liqiong, L., Zihang, Z., Ming, Q. & Ling, C. (2024). Prevalence and associated factors of school bullying among adolescents in Inner Mongolia, China. *Heliyon*, 10(17), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e37201>
- Zhu, Q., Ting, T., Zhong, N. & Zhang, F. (2024). Bullying victimization and mental health of Chinese adolescents: The chain of tragedy effect of belief in a just world and health promoting lifestyle. *Journal of Affective Disorders*, 350, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.039>

JUVENTUD

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: ACTORES CLAVE EN EL ESCENARIO DE LA SALUD MENTAL

*Beatriz Adriana Lozano Martínez**

*Leilani Rodríguez Flores**

*Brenda Mendoza González***

RESUMEN

El objetivo principal del capítulo es establecer una perspectiva histórica detallada y una definición clara del trastorno de la depresión, trazando su evolución conceptual desde la antigüedad hasta las clasificaciones diagnósticas contemporáneas. Además, busca introducir el modelo ecológico como marco teórico para comprender la complejidad de la depresión, señalando la influencia de diversos sistemas (individual, familiar, escolar, social y macrosistema cultural) en su desarrollo y manifestación en la adolescencia. Finalmente, se propone identificar los factores de riesgo y protección asociados a la depresión en esta etapa vital, por lo que establece las bases para la comprensión de su etiología y las posibles estrategias de intervención.

ANTECEDENTES

La depresión a través de la historia

Las primeras evidencias del trastorno de la depresión se remontan al siglo V a. C., cuando se creía, según la mitología griega, que los dioses tenían poder sobre aspectos como las emociones de los humanos, por lo que en esa época se consideraba que el

* Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Doctora en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

descontrol emocional era un castigo divino. En ese mismo siglo se desarrolló la teoría de los humores de Hipócrates, quien comprendió que la raíz del sufrimiento estaba al interior de las personas y que era causado por estímulos externos, y no por una deidad (De Freitas, 2013; Gómez-Fajardo, 2019). Por ello, la depresión era denominada melancolía, y la describían como un conjunto de conductas que incluía tristeza, insomnio, irritabilidad, miedo y otros padecimientos, considerando a la melancolía una perturbación del estado emocional (Gómez-Fajardo, 2019).

Hasta el siglo II d. C., Rufo de Éfeso definió este concepto de forma más clara; Galeano hizo modificaciones a su definición que perduraron por siglo y medio; así, presentó los síntomas de la melancolía: tristeza profunda, cansancio de la vida, problemas físicos de salud como los gastrointestinales (estreñimiento); en esta descripción del padecimiento se introduce por primera vez la ideación suicida (Roselló, 2020).

Más adelante, en la época del Renacimiento en el siglo XV, surgió la interpretación de una forma más amplia, influenciada por creencias astrológicas, por lo que se creó una relación con el planeta Saturno, lo que permitió que a la melancolía se le atribuyeran características como sequedad y frialdad (Rusilowicz, 2017). Fue hasta los siglos XVI y XVII que se produjeron modificaciones significativas en el concepto clásico de la melancolía y se comenzó a contemplar como una patología; elementos como el miedo y la tristeza fueron considerados síntomas bien establecidos (Betz, 2020).

La palabra depresión apareció por primera vez en la lengua inglesa en el siglo XVIII. En 1725, Richard Blackmore señaló la posibilidad de que estar deprimido significaba padecer un estado de tristeza profunda y melancolía. Años después, Phillippe Pinel, considerado el padre de la psiquiatría, introdujo trabajos clínicos que cambiaron la forma de describir los trastornos mentales. Posteriormente, Emil Kraepelin comenzó a usar el término de depresión en lugar de melancolía y estableció una diferenciación de los trastornos según su etiología: deteriorantes (como demencia) y no deteriorantes (como melancolía y manía). Además, detalló el pronóstico para distinguir entre alteraciones mentales curables y no curables (Benavides, 2017; Cobo, 2005).

En el siglo XIX ocurrió un cambio significativo en la conceptualización del término, pues perdió su prominencia original y pasó a ser definida como un trastorno depresivo; en este momento, finalmente surgió el término que es utilizado en la actualidad, y se hizo la separación entre la distinción de los estados de delirio y melancolía (Botto et al., 2014).

En el siglo XX, formalmente se propuso eliminar el término de melancolía y reemplazarlo por depresión; así mismo, con una perspectiva psiquiátrica se establecieron sistemas de clasificación y diagnóstico internacionales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) como respuesta a la necesidad de orientar la práctica clínica. Durante las décadas de los sesenta y setenta surgió el modelo biopsicosocial, que planteó que los trastornos mentales tienen múltiples causas interrelacionadas, ninguna más importante que las otras. Este enfoque marcó un cambio fundamental en la comprensión de estos trastornos, permitiendo que los sistemas de clasificación se actualizaran en diferentes ediciones. Hoy, el DSM (en su quinta edición) y la CIE (en su undécima edición) se enfocan en clasificar a los trastornos y describir síntomas para el diagnóstico de cada trastorno. Asimismo, la investigación explora las causas fundamentales de la depresión y trabaja en el desarrollo de tratamientos eficaces (Blashfield et al., 2014; Jadresic, 2022).

Fue también en el siglo XX cuando se hizo una integración de los conceptos de manía y melancolía; es decir, surgió una definición más amplia, llamada maníaco-depresiva, un desorden afectivo que describe sintomatologías para cada extremo; para la manía se incluye fuga de ideas e hiperactividad; para la depresiva se integra la inhibición del pensamiento, sentimientos tristes y dificultades psicomotrices. A lo largo de ese mismo siglo, se consideraron todos esos síntomas como fundamentales para describir la depresión, aunque también se mantuvo el resto de la sintomatología, como desorden del apetito, cambios significativos en el peso, cambios en la rutina del sueño, problemas gastrointestinales, disminución de la libido, irritabilidad, ansiedad, delirios, entre otros (Gómez-Fajardo, 2019).

DESARROLLO

Definición

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la disminución del estado de ánimo y una pérdida de interés por las actividades cotidianas. Suele estar acompañada de síntomas psicológicos y físicos; entre éstos se incluyen la tristeza, la dificultad de concentrarse, la pérdida de memoria, dificultades para recordar información,

disminución de la libido y en ocasiones trastornos en la conducta alimentaria. Las alteraciones en el estado de ánimo pueden variar en intensidad y duración, afectando significativamente la calidad de vida de quien la padece (McIntyre et al., 2020; Retamal, 1998).

La depresión es un proceso multifactorial cuya evolución está influenciada por una amplia gama de factores de riesgo individuales, familiares, escolares, sociales y culturales. Se han identificado diversos desencadenantes comprendiendo la compleja interacción entre ellos (Álvarez-Mon et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) establece una clara distinción entre la depresión y las alteraciones de humor transitorias. Define la depresión como un episodio que se diferencia de las variaciones emocionales comunes por un estado de ánimo predominantemente bajo a lo largo del día; se establece que la condición para su clasificación como trastorno depresivo es el mantenimiento continuo durante un periodo mínimo de dos semanas.

Resulta fundamental comprender la distinción entre la tristeza cotidiana y la tristeza profunda, característica de la depresión. A diferencia de la tristeza normal, una emocional, humana, básica y transitoria, la tristeza presente en la sintomatología de la depresión se manifiesta con mayor intensidad y persistencia, permeando la esfera mental y física de la persona. Mientras que la tristeza como emoción universal suele ser de breve duración; cuando se instala de forma constante en la vida diaria y escapa al control individual puede adquirir un carácter patológico. Por ello, reconocer estas diferencias se vuelve crucial para buscar un tratamiento oportuno ante la aparición de la depresión, evitando así consecuencias graves como el suicidio (Benavides, 2017).

La depresión es un trastorno mental común que puede manifestarse en diversos grados de severidad y con diferentes síntomas. Los factores que intervienen en la aparición de esta patología abarcan tanto biológicos, psicológicos como sociales. Afecta a personas de todas las edades, sin importar su género, cultura o condición social. La probabilidad de padecer depresión aumenta en aquellos que han vivido o presenciado abuso, violencia, pérdidas u otros eventos estresantes, aunque cabe mencionar que los síntomas pueden variar según la edad; por ello, es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento temprano (Corea, 2021; Pesantes et al., 2019).

La depresión se asocia a una alteración en el sistema nervioso central, caracterizada por niveles deficientes de neurotransmisores clave como serotonina, noradrenalina y

dopamina. La primera, en particular, juega un papel fundamental en la manifestación de síntomas afectivos como culpa, miedo e irritabilidad. La disminución de la segunda se relaciona con la pérdida de energía e interés, así como con la reducción de la capacidad para experimentar placer. Asimismo, niveles bajos de dopamina pueden contribuir a sentimientos de desesperanza, ánimo decaído y anhedonia (Guadarrama et al., 2006; Liu et al., 2018; Matos y Manzano, 2021).

CLASIFICACIÓN

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) clasifica la depresión en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por medicamentos, trastorno depresivo por afección médica, trastorno depresivo especificado y no especificado. Cada una de estas categorías se define por un conjunto específico de síntomas, lo que facilita una identificación más precisa de las manifestaciones clínicas para orientar un tratamiento efectivo (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor (TDM) tiene un gran impacto en la persona, pues afecta su rutina y su funcionamiento en general. Se caracteriza por episodios de al menos dos semanas consecutivas de duración (aunque pueden tener más permanencia) la mayor parte del día. En el caso de los niños y adolescentes, presentan irritabilidad en lugar de tristeza. Para establecer el diagnóstico se deben identificar cinco o más de los siguientes criterios sintomáticos: anhedonia o disminución del interés en las actividades habituales, cambio significativo en el peso o apetito, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento o agitación psicomotora, fatiga, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. La depresión recurrente es uno de los trastornos depresivos más comunes y, por su naturaleza cíclica, requiere atención inmediata. Quienes la experimentan pueden recaer en episodios depresivos incluso después de haber sentido

alivio, lo que subraya la importancia de un tratamiento oportuno y continuo (Madero et al., 2021; Monroe & Harkness, 2022).

Trastorno depresivo persistente

El trastorno depresivo persistente (TDP), o distimia, se manifiesta como un estado de ánimo persistentemente bajo que acompaña a la persona durante la mayor parte del día, casi a diario. Aunque puedan presentarse momentos fugaces de alivio, la cronicidad es una característica clave, con una duración mínima de dos años en adultos y de un año en jóvenes. Quienes viven con este trastorno persistente, a menudo experimentan fatiga, problemas de concentración, baja autoestima y una sensación continua de insatisfacción. A pesar de poder llevar a cabo sus rutinas, persiste una sensación de incapacidad, y la expresión de malestar es frecuente (Goena y Molero, 2019).

Trastorno disfórico premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) representa otra categoría de los trastornos depresivos. Se distingue por su aparición previa a la menstruación, con síntomas tanto físicos como anímicos que pueden impactar significativamente la vida cotidiana de las mujeres que lo experimentan. Entre estas manifestaciones se encuentran: irritabilidad, ideas de desvalorización, pérdida de interés en actividades, fatiga, aumento del apetito, alteraciones del sueño y dolores musculares, los cuales generalmente desaparecen al inicio del ciclo menstrual (Alas y Barillas, 2020).

Trastorno depresivo inducido por sustancia o medicamento

El trastorno depresivo inducido por sustancias se caracteriza por la presencia de sintomatología depresiva directamente atribuible al uso de drogas o fármacos. Un rasgo distintivo es la persistencia de estos síntomas por más de cuatro semanas después del cese del consumo, así como su manifestación durante el periodo de abstinencia, lo que permite su diferenciación de otros trastornos depresivos. Adicionalmente,

este trastorno se vincula a un deterioro considerable en el funcionamiento social, ocupacional y otras esferas vitales del individuo (APA, 2014; Ibáñez et al., 2020).

Trastorno depresivo debido a otra enfermedad

La característica principal del trastorno depresivo debido a otra afección médica radica en la presencia constante de un ánimo deprimido y la pérdida de interés en las actividades habituales, directamente atribuibles a los efectos fisiopatológicos de una enfermedad médica diagnosticada. Con frecuencia, la aparición de estos síntomas depresivos coincide con el diagnóstico de la condición médica. Existe evidencia de la correlación entre la depresión y diversas patologías, incluyendo el infarto cerebral, hipotiroidismo y esclerosis múltiple, por citar algunos ejemplos (APA, 2014).

Otro trastorno depresivo especificado y no especificado

El trastorno depresivo especificado se diagnostica cuando un individuo presenta sintomatología depresiva que genera malestar o deterioro funcional, pero cuyo cuadro clínico no satisface la totalidad de los criterios de los trastornos depresivos definidos anteriormente. En estas situaciones, es fundamental que el profesional justifique los criterios ausentes. Un ejemplo de esta categoría son los episodios depresivos de dos a trece días de duración que se repiten al menos mensualmente durante un año. En contraste, el trastorno depresivo no especificado se utiliza como diagnóstico cuando la información clínica recabada resulta insuficiente para confirmar una entidad nosológica más detallada (APA, 2014; Arredondo-Aldana et al., 2021).

MODELO ECOLÓGICO

Esta teoría postula que el comportamiento humano y el desarrollo individual son el resultado de la interacción dinámica entre la persona y sus diversos contextos ambientales (Torrice et al., 2022). A continuación, se describirá el trastorno depresivo a partir del modelo ecológico.

Sistema individual

Dado que la prevalencia de la depresión es significativamente mayor entre los 18 y los 44 años, los adultos jóvenes constituyen una población con un riesgo elevado de desarrollar este trastorno. Sin embargo, la aparición de sintomatología depresiva antes de los 21 años se asocia con un riesgo más grave, ya que los episodios tienden a ser más prolongados, incrementando la probabilidad de hospitalización (Cuesta et al., 2022).

El género es otro factor determinante, se estima que las mujeres manifiestan más posibilidad de desarrollar depresión que los hombres, lo que podría deberse a los factores sociales como exigencias sociales, inequidad de género, violencia de género o por factores biológicos, como alteraciones hormonales, gestación, menopausia (Reyes et al., 2021; Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2022).

La predisposición genética influye considerablemente en la susceptibilidad al trastorno depresivo. Se ha reportado que las personas con padres que han padecido depresión tienen una probabilidad entre tres y cuatro veces superior de desarrollar un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida, en comparación con quienes no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad. Investigaciones han demostrado una correlación significativa entre la depresión materna y la probabilidad de desarrollar depresión en los hijos. Asimismo, la alta concordancia observada en estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos subraya la contribución significativa de factores genéticos en la susceptibilidad a la depresión (Borja et al., 2019; Mitjans & Arias, 2012).

Microsistema familiar

El ambiente familiar durante la infancia y adolescencia tiene un papel crucial en la predisposición a la depresión. Conflictos parentales o dificultades emocionales entre padres e hijos figuran entre los desencadenantes comunes. Asimismo, diversas formas de maltrato, como violencia física, abuso sexual y negligencia, pueden ser factores determinantes. Eventos como el divorcio o la separación conflictiva de los padres y la pérdida de un ser querido también ejercen un impacto significativo (Borja et al., 2019; Oteiza et al., 2023).

La familia reviste gran importancia en la adolescencia, pues moldea el comportamiento de los jóvenes y tiene el deber de promover su bienestar y desarrollo integral. En este sentido, fomentar la participación emocional del padre, entendido como la figura paterna masculina, resulta crucial, ya que su implicación impacta significativamente la salud mental de sus hijos. Cuando un adolescente percibe el compromiso emocional de su padre con su desarrollo y crecimiento personal, disminuye la probabilidad de experimentar síntomas de depresión. Por el contrario, una baja implicación emocional paterna se asocia con un mayor riesgo de afectaciones en la salud mental del adolescente (Morales-Rodríguez y Bedolla-Maldonado, 2022).

La carencia de soporte emocional por parte de los integrantes del sistema familiar, especialmente cuando la comunicación es rígida y restrictiva entre sus integrantes, incrementa la probabilidad de experimentar dificultades en el desenvolvimiento social y una disminución en la capacidad para afrontar situaciones adversas, lo que representa un elemento relevante que contribuye al desarrollo de la depresión. Adicionalmente, otros factores como el alcoholismo en el ámbito familiar se han vinculado con una mayor probabilidad de depresión (Luna y Vilchez, 2017; Serna-Arbeláez et al., 2020).

Microsistema escolar

El entorno escolar durante la adolescencia es una fuente de múltiples factores estresantes, especialmente durante los periodos de exámenes. Estos momentos evalúan la capacidad de los estudiantes para emplear estrategias de afrontamiento del estrés sin detrimento de su salud mental. No obstante, algunos adolescentes presentan dificultades para manejar el estrés académico, lo que se asocia a estrategias poco adaptativas, como ausentismo, reprobación y deserción escolar. El bajo rendimiento académico, en combinación con otros factores, se vincula a la depresión e incluso se considera un predictor de su aparición (León y Ramírez, 2023).

La socialización constituye otro aspecto fundamental de la vida adolescente en el entorno escolar. La escuela es, probablemente, el principal espacio para establecer relaciones significativas durante esta etapa. En este contexto, el *bullying* emerge como un factor desencadenante de diversos problemas de salud mental en el alumnado. Este fenómeno tiene graves consecuencias tanto para las víctimas como para los agresores,

incrementando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos y conductas suicidas (Mendoza y Hernández, 2024).

La depresión en adolescentes víctimas de *bullying* se asocia a la concurrencia de factores como la preocupación por cubrir necesidades básicas, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y desesperanza, así como la anticipación ansiosa de situaciones futuras (Azúa et al., 2020; Gómez-León, 2023).

Microsistema social (amistades)

Durante la adolescencia, los jóvenes suelen buscar relaciones fuera del ámbito familiar con personas de características similares, con quienes comparten pensamientos y aspiran a integrarse en grupos que deseen vivir nuevas experiencias. Es una etapa en la que inevitablemente enfrentarán diversos problemas y situaciones vitales (Bustamante et al., 2022).

En esta etapa, la depresión frecuentemente se asocia a conflictos interpersonales y percepción de rechazo social, lo que obstaculiza las relaciones sociales y disminuye el interés en actividades con amigos o pareja. En consecuencia, la escasa interacción social en la juventud incrementa el riesgo de síntomas depresivos, alteraciones conductuales y aislamiento. Además, en algunos casos, los individuos con depresión tienden a relacionarse con otros que también la padecen, exacerbando los síntomas y generando interacciones sociales perjudiciales (Borja et al., 2019; León y Ramírez, 2023).

Exosistema

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) desempeñan un papel crucial en la vida cotidiana de los adolescentes, pues facilitan el entretenimiento, la comunicación social y las actividades escolares a través de redes sociales y otras plataformas. No obstante, un uso inadecuado en combinación con otros factores puede generar conductas violentas como el ciberbullying, afectando la integridad emocional de los jóvenes (Mendoza-González et al., 2025). Se ha identificado que el ciberbullying impacta la depresión adolescente, especialmente en mujeres, ya que se

manifiesta en sentimientos de tristeza, pesimismo y fracaso, y se asocia incluso con niveles severos de depresión y comportamientos suicidas (Renés-Arellano et al., 2021; Valle, 2021).

Macrosistema

La cultura es crucial en la vida de las personas, ya que influye en la construcción de la identidad, valores, creencias y comportamientos, por lo que es el marco de referencia para interactuar con otros, al proporcionar herramientas sociales fundamentales para la convivencia y el desarrollo individual.

El ser humano, inmerso en la apropiación cultural como ser social, internaliza visiones estereotipadas que segmentan la realidad. Las sociedades establecen creencias, actitudes y comportamientos basados en diferencias biológicas entre sexos, generando estereotipos de género (creencias socializadas sobre roles, atributos y conductas de hombres y mujeres). Estos estereotipos pueden influir en la identificación de trastornos mentales, incluida la depresión (Ferrer et al., 2020).

Las diferencias de género, a través de los estereotipos tradicionales de género, influyen en el manejo emocional y el afrontamiento a las situaciones conflictivas. El rol social masculino estigmatiza la expresión de tristeza o llanto como debilidad, fomentando la manifestación de enojo. Este estigma hacia la depresión en hombres puede inducir conductas peligrosas como drogadicción, peleas y suicidio, además de dificultar el reconocimiento de síntomas depresivos, por lo que se reduce significativamente la búsqueda de ayuda.

Adicionalmente, el estereotipo femenino tradicional se asocia a la creencia errónea de que las mujeres son inherentemente más emocionales (manifiestan más tristeza); por esta razón, tienen mayor propensión a deprimirse (González-Forteza et al., 2015; Mahalik & Di Bianca, 2021); si bien socialmente se permite más a las mujeres expresar tristeza (lo que podría facilitar la búsqueda de ayuda en algunos casos), también son etiquetadas como demasiado emocionales, esto invalida la expresión genuina de sus sentimientos y dificulta recurrir al apoyo por temor al juicio social.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo en el trastorno depresivo funcionan como un indicador de vulnerabilidad que, al estar presente, incrementa las probabilidades de que se desarrolle en el adolescente. Los factores de riesgo relacionados con la depresión son diversos e incluyen múltiples elementos biopsicosociales, entre ellos están los genéticos; la herencia es un factor importante al determinarse que las personas con parientes de primer grado que padecen trastorno depresivo tienen mayor probabilidad de desarrollarlo (APA, 2014). Además, la privación de sueño y descanso, consumo de alimentos poco saludables, como las llamadas “comidas chatarra”, e incluso la falta de ejercicio podrían contribuir al desarrollo temprano de trastornos depresivos (Acosta-Hernández et al., 2018; Cuesta et al., 2022).

Entre los factores de riesgo psicológicos asociados a la depresión, ideación suicida y autolesiones se identifica a la baja autoestima como desencadenante, al referir ideas negativas acerca de sí mismo (aparición física, habilidades y competencias), percibiéndose insatisfechos e incapaces ante los retos de la vida (Luna-Contreras y Dávila-Cervantes, 2020; Luna y Vilchez, 2017).

Ciertos rasgos de personalidad y la presencia de trastornos como la fobia social, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias, especialmente el alcohol, pueden aumentar el riesgo de desarrollar episodios depresivos. De igual manera, las enfermedades crónicas que causan dolor o discapacidad son factores de riesgo, entre las que se encuentran el asma, cáncer, diabetes, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, complicaciones en la tiroides (Cuesta et al., 2022; Lotfaliany et al., 2018).

Además de los individuales, los factores familiares se encuentran fuertemente implicados en este trastorno; se señala la probabilidad de que algunos elementos de las prácticas de crianza poco efectivas, como las autoritarias, sobreprotectoras y negligentes, favorezcan la aparición de actitudes irritables y conductas autolesivas, afectando su bienestar emocional; algunos comportamientos son el castigo corporal, uso de palabras hirientes, falta de comunicación entre padres e hijos, y la inestabilidad de reglas y normas (Aburto et al., 2017; Castro et al., 2022; Ruíz et al., 2020).

Además de la crianza, las dificultades económicas podrían elevar la probabilidad del trastorno depresivo, particularmente cuando las familias se encuentran en una

situación de vulnerabilidad social, económica y cultural, cuya pobreza extrema les afecta para cubrir las necesidades básicas para subsistir, añadiéndose a ello condiciones de pobreza extrema y peligrosidad de la comunidad en la que habitan (González et al., 2018; Goodman et al., 2003; Silva et al., 2022).

FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección entendidos como las condiciones y recursos individuales, familiares o sociales que atenúan el impacto de los factores desencadenantes del trastorno depresivo son variables que se deben identificar y analizar, ya que fortalecen la resiliencia del adolescente para ayudarlo a promover su bienestar y salud mental.

Los factores protectores individuales que disminuyen el riesgo de tener síntomas del trastorno depresivo son diversos. Uno de los principales es la inteligencia emocional que juega un papel crucial, al ayudar a comprender y manejar sus propias emociones, facilita que los jóvenes adquieran herramientas esenciales para la autoconciencia, la regulación de sus impulsos y la automotivación, lo que contribuye significativamente a una mejor salud mental y una mayor resiliencia ante el estrés y la ansiedad. Simultáneamente, la inteligencia emocional fomenta la empatía y las habilidades sociales, permitiendo a los adolescentes construir relaciones más saludables y significativas con sus amigos, familiares y parejas, ya que facilita la comunicación efectiva y la resolución constructiva de conflictos (Aguilar-Priego et al., 2024).

Otro factor fundamental para el bienestar adolescente es la actividad física, cuyo rol en la reducción y prevención de la depresión durante esta etapa clave del desarrollo es innegable. Ésta, comprendida como todo movimiento corporal en el tiempo libre y la participación deportiva, conlleva beneficios adicionales como la reducción del tiempo frente a pantallas, mejora de la calidad del sueño y fomento de una dieta saludable, elementos que conjuntamente impulsan una óptima salud mental (Berki & Pikó, 2021; Moitra & Madan, 2022).

En el contexto familiar, existen diversos factores de protección, uno de ellos es el clima familiar, que cuando es positivo funciona como la principal fuente de afecto, a través del cual las muestras de amor y cariño fortalecen la seguridad en los hijos e hijas. El clima familiar positivo se caracteriza por emplear prácticas de crianza efectivas, a través de las cuales los padres establecen hábitos, límites, supervisión y consecuencias

sin ningún tipo de agresión (Mendoza et al., 2025). Especialmente durante la adolescencia, los padres son figuras de referencia que influyen significativamente en la vida de sus hijos. El vínculo positivo comprende comportamientos, como comunicación asertiva, calidez, interés, apoyo, confianza y afecto en las relaciones que establecen padres e hijos; con ello se fomentan sentimientos de amor y valía, lo cual favorece las habilidades socioemocionales como autocontrol y desarrollo de relaciones positivas (Mendoza, 2017). La crianza efectiva y positiva propicia el apego seguro y constituye un factor protector en la salud mental de niños, niñas y adolescentes (Flores et al., 2019; Quintal y Flores, 2020).

El contexto escolar, otra área fundamental durante la etapa de la adolescencia, tiene efectos positivos que protegen al adolescente cuando el clima escolar es positivo, cuando el contexto áulico es libre de violencia escolar, cuando la relación con el profesorado es saludable (Mendoza y Hernández, 2024). De igual manera, un adecuado nivel académico, una percepción positiva de su autoimagen, la capacidad de divertirse sanamente y planear objetivos o metas, constituyen formas de protección frente a la aparición de trastornos del estado del ánimo (Reyes, 2021).

El contexto social de los adolescentes, configurado por sus amistades y parejas sentimentales, es otro grupo prioritario en la etapa adolescente. Este grupo social adquiere relevancia, dado que las interacciones con pares promueven el desarrollo de competencias sociales, ayudando a fortalecer su identidad, así como su sentimiento de pertenencia a un grupo con una cultura que le representa (Franco et al., 2020).

Además de fortalecer su bienestar emocional y sus relaciones interpersonales, la inteligencia emocional influye positivamente en su rendimiento académico al mejorar la concentración y la motivación, y les capacita para tomar decisiones más acertadas al considerar tanto sus propias emociones como las de los demás, preparándolos así para afrontar los retos de la vida adulta con mayor equilibrio y éxito.

CONSECUENCIAS DE PADECER DEPRESIÓN

Los adolescentes con depresión, en un intento por aliviar el sufrimiento emocional, en algunas ocasiones recurren al consumo de alcohol y marihuana; aunque a corto plazo esto puede proporcionar alivio, con el tiempo el abuso de estas sustancias agrava la depresión en lugar de mejorarla; además, pueden surgir problemas adicionales, como

la adicción que provoca cambios a nivel cerebral y comportamental. Para contrarrestar esta problemática es necesario un diagnóstico multidisciplinar que aborde tanto los síntomas de la depresión como la identificación del abuso de sustancias (Ellis et al., 2022; Vega y Alvarado, 2019).

El sufrimiento de síntomas depresivos, especialmente en el contexto del trastorno de depresión mayor, impacta de manera crítica la conducta suicida. La progresión desde la ideación hasta la planeación e intento, con el trágico desenlace del suicidio en situaciones extremas, exige atención inmediata. Cuando un adolescente experimenta una incapacidad para seguir adelante, alberga pensamientos persistentes sobre la muerte y considera el suicidio como una solución. La intervención temprana y un tratamiento especializado en salud mental, derivado de un diagnóstico preciso, se vuelven imperativos (Luna-Contreras y Dávila-Cervantes, 2020).

Si la depresión no se detecta y trata oportunamente mediante un diagnóstico temprano, puede afectar negativamente el desarrollo psicosocial, con consecuencias que se extienden hasta la adultez, como problemas integrales, por ejemplo dificultades para adaptarse a la vida laboral, familiar; vulnerabilidad a enfermedades físicas; recurrencia de episodios depresivos, y una tendencia a presentar síntomas más graves con el tiempo, afectando su calidad de vida que es inferior en contraste de quienes no la padecen (Corea, 2021).

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

La identificación temprana, la intervención apropiada y el seguimiento del tratamiento para la depresión son esenciales para reducir sus efectos negativos en la vida de los adolescentes y fomentar su salud mental a largo plazo. Para la elección del tratamiento adecuado a cada individuo, es necesario considerar el nivel de desarrollo del trastorno. Entre los tratamientos más comunes para este trastorno están los farmacológicos y los psicoterapéuticos. Es muy importante que el tratamiento sea multifactorial para mayor incidencia en la disminución de la sintomatología depresiva (Cedeño et al., 2024).

Tratamiento farmacológico

En el tratamiento del trastorno depresivo mayor, en niños y adolescentes, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son la principal intervención farmacológica sugerida. La fluoxetina y la sertralina son ejemplos de ISRS efectivos y tolerables para disminuir los síntomas depresivos en este grupo. Aunque los antidepresivos pueden ser una herramienta valiosa, la respuesta terapéutica es individual y pueden surgir efectos secundarios. Por ello, el ajuste de la dosis es fundamental en niños y adolescentes, quienes pueden necesitar cantidades inferiores a las de los adultos debido a particularidades en su farmacocinética. Igualmente, es esencial la supervisión médica constante y el seguimiento de la evolución del paciente durante el tratamiento (Cedeño et al., 2024; Goryunov et al., 2023).

Tratamiento psicoterapéutico

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha indicado efectividad como tratamiento para la depresión en niños y adolescentes, siendo significativa para la reducción de síntomas depresivos. A través de la TCC, los jóvenes aprenden a reconocer y modificar creencias irracionales o distorsiones del pensamiento que afectan su interpretación de las experiencias y generan una autopercepción negativa. Esta terapia fomenta patrones de pensamiento adaptativos y la expresión de emociones de manera asertiva. También utiliza técnicas para el entrenamiento en habilidades sociales, relajación, comunicación asertiva y solución de problemas (Sanz y García-Vera, 2020; Wickersham et al., 2022).

La activación conductual se integra a tratamientos multicomponentes de las terapias denominadas tercera generación o contextuales, que se aproximan mucho más a los planteamientos tradicionales del conductismo. Se ha demostrado que la activación conductual es una de las alternativas más utilizadas en el tratamiento de la depresión (Bianchi y Henao, 2015). Asimismo, la incorporación de un programa de ejercicio físico debe ser complementario a los programas psiquiátricos y psicológicos para atender a adolescentes diagnosticados con depresión, ya que contribuye a mejorar el estado de ánimo, regula hábitos de sueño, incrementa la motivación y la autoestima, fortalece los músculos, proporciona más energía para las actividades cotidianas y,

desde luego, también ayuda a reducir los síntomas depresivos, específicamente si es ejercicio aeróbico realizado en grupo (Ranero et al., 2024).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Existen diferentes instrumentos para la evaluación y diagnóstico del trastorno depresivo en niños y adolescentes mexicanos. Destaca el Inventario de Depresión Infantil (CDI), que mide la sintomatología depresiva en niños y adolescentes mexicanos de 7 a 16 años. La versión validada consta de 26 reactivos, cuenta con un coeficiente de Cronbach de 0.82. El resultado de la prueba permite obtener datos de la depresión total que se mide a través de cuatro componentes: autoapreciación, ánimo negativo, ineffectividad e integración social (Miranda et al., 2016).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R), validada en México, mide depresión en adolescentes de 12 a 15 años. Consta de 34 reactivos con un índice de confiabilidad $\alpha=0.93$. El resultado de la escala describe la frecuencia en que se presentan cuatro factores: afecto deprimido, afecto positivo, inseguridad emocional y problemas interpersonales; somatización; bienestar emocional, y afectividad retardada (González-Forteza et al., 2008).

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), validado en México para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adolescentes mayores de 13 años (incluso hasta adultez), está compuesto por 21 ítems que miden criterios diagnósticos del trastorno depresivo del DSM-V. El valor de alfa de Cronbach para este inventario es de 0.92. Se conforma por dos factores: síntomas somáticos y cognitivo-afectivo (Rosas et al., 2020).

El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), en su versión mexicana, evalúa la depresión en niños y adolescentes entre 8 y 14 años. La consistencia interna para la escala total es de 0.85. Está organizado en dos grandes factores: el *negativo*, compuesto por 66 ítems, agrupados en seis subescalas: Respuesta afectiva, Problemas sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte/salud, Sentimiento de culpabilidad, y depresivos varios. El *factor positivo* contiene 18 reactivos organizados en dos subescalas: Ánimo-alegría y Otros factores depresivos (Cruz et al., 1996).

CONCLUSIÓN

Este capítulo ha trazado la compleja trayectoria histórica de la depresión, desde sus primeras concepciones ligadas a lo divino hasta su formalización como un trastorno mental dentro de los sistemas de clasificación contemporáneos. Se ha destacado cómo la comprensión de la depresión ha evolucionado significativamente, pasando de la noción de melancolía a la identificación de sus diversas manifestaciones clínicas y su clasificación en entidades diagnósticas específicas.

La adopción del modelo ecológico ha proporcionado un marco valioso para analizar la multiplicidad de factores que convergen en la génesis y el desarrollo de la depresión en la adolescencia. Se ha examinado la influencia de los sistemas individual, familiar, escolar, social y macrosistémico, revelando la intrincada red de interacciones que modulan la vulnerabilidad y la resiliencia de los jóvenes ante este padecimiento.

La identificación exhaustiva de los factores de riesgo, que abarcan desde la predisposición genética y las experiencias adversas hasta las dinámicas familiares disfuncionales y el impacto del entorno social y cultural, subraya la necesidad de un abordaje integral en la comprensión y prevención de la depresión. Asimismo, la presentación de los factores de protección a nivel individual (inteligencia emocional, actividad física), familiar (clima positivo, crianza efectiva) y social (red de apoyo, entorno escolar saludable) señala caminos prometedores para fortalecer la salud mental y mitigar el impacto de este trastorno en la vida de los adolescentes.

En última instancia, la información proporcionada en este capítulo sienta las bases esenciales para comprender la complejidad de la depresión en la adolescencia, destacando la importancia de considerar tanto los factores de riesgo como los de protección en el diseño de estrategias de intervención tempranas y efectivas. La detección oportuna y el abordaje integral de la depresión son cruciales para prevenir consecuencias negativas a corto y largo plazo; esto ayudará a promover el bienestar y la calidad de vida de los jóvenes.

Este capítulo subraya el reconocimiento en México de la importancia de una atención adecuada a la depresión, a través de la validación de diversos instrumentos para su diagnóstico y seguimiento. Por ello, cierra enfatizando la necesidad de una colaboración coordinada entre instituciones de salud, educativas y comunitarias para la detección temprana, la atención oportuna y la prevención de consecuencias a largo plazo.

¿SABÍAS QUE...?

- El 13 de enero se conmemora el Día Mundial de la Lucha contra la Depresión.
- Lo que actualmente se identifica como depresión, en el pasado solía ser llamado “melancolía”.
- Debido al avance de la medicina y la psicología, en la actualidad se clasifica a la depresión como trastorno mental.
- La depresión no discrimina por edad, por lo que impacta en personas desde la niñez hasta la adultez tardía.
- Las niñas y las adolescentes tienen mayor probabilidad de padecer episodios depresivos más que niños y adolescentes.

REFERENCIAS

- Aburto, C. A., Díaz, K. y López, P. (2017). Ideación suicida en adolescentes del área rural: estilo de crianza y bienestar psicológico. *Revista colombiana de enfermería*, 15(1), 50-61. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2136>
- Acosta-Hernández, M. E., García-García, M. C. y García-García, F. (2018). La importancia de dormir en la infancia y en la adolescencia. *Revista Eduscientia, divulgación de la ciencia educativa*, 1(2), 84-93. <https://www.eduscientia.com/index.php/journal/article/view/30>
- Aguilar-Priego, L., Guzmán-Toledo, R. M. y Rojas-Solís, J. L. (2024). Inteligencia emocional como factor protector ante depresión, ansiedad, estrés y burnout en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología*, 32(1), 1-16. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n1.3224>
- Alas, J. y Barillas, S. (2020). Síndrome disfórico premenstrual: tratamiento basado en la evidencia. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), e604. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.604>
- Álvarez-Mon, M., Vidal, C., Llaveró-Valero, M. y Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine*, 12(86), 5041-5051. <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/trastornos-depresivos.pdf>
- Arredondo-Aldana, K., Mera-Posligua, M. y Ponce-Alencastro, J. (2021). Trastorno depresivo persistente y trastornos de ansiedad generalizada proveniente de un estrés post traumático crónico: presentación de un caso clínico. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones*

- de la Salud "GESTAR"*, 4(8), 2-18. <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/28/46>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Azúa, E., Rojas, P. y Ruiz, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(3), 432-439. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*, (105), 171-188. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Berki, T. & Pikó, B. F. (2021). Sedentary Lifestyle May Contribute to the Risk of Depression During the COVID-19 Pandemic: A Snapshot of Hungarian Adolescents. *European Journal of Mental Health*, 16(2), 99-119. https://real.mtak.hu/134557/1/ejmh_2021_2_berki_pik%C3%B3_99_119.pdf
- Betz, E. (2020). A Sixteenth-Century Clergyman and Physician: Timothy Bright's Dual Approach to Melancholia. *Studies in Church History*, 58, 112-133. <https://doi.org/10.1017/stc.2022.6>
- Bianchi, J. y Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H. & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-1 through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 10, 25-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Borja, C., Ruilova, E., García, D., Sánchez, S., Guevara, K. y Morales, A. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del conocimiento: Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*, 4(2), 165-180. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i2.900>
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Bustamante, L. K., Luzuriaga, M. A., Rodríguez, P. E. y Espadero, R. G. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 389-398. <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/498>

- Castro, E. V., Palacios, M. P. E., Calderón, I. D., González, E. y Rayme, O. A. (2022). Efectos de estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 39-54. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23811>
- Cedeño, Z. S., Tayupanta, M. A., Gallegos, J. N., Chávez, J. F., Muñoz, A. L., Soria, P. K., Obando, D. B., Hurtado, P. A., Salinas, K. J., Castillo, F. I. y López, S. P. (2024). Tratamiento de la ansiedad y depresión en pediatría: revisión de avances recientes. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 2944-2955. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2944-2955>
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatria.com*, 9(4), 1-16. <https://psiquiatria.com/trabajos/268.pdf>
- Corea, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Cruz, C., Morales, J. y Ramírez, B. (1996). Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000234786>
- Cuesta, E., Picón, J. y Pineida, P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal on American Health*, 5(1), 1-11. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114/226>
- De Freitas, J. (2013). Melancolía y Flema (Consideraciones humoristas en torno a la noción de melancolía en “El origen del Trauerspiel alemán” de Walter Benjamin). *Trópicos, Revista de Psicología*, 45, 197-234. <https://www.redalyc.org/pdf/3230/323029713006.pdf>
- Ellis, M. L., García, N., Leyva, Y. y Mena, E. (2022). Depresión y trastornos relacionados por consumo de sustancias. *Revista electrónica Medimay*, 29(3), 463-480. <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2115>
- Ferrer, D. M., Acosta, L. E. y Broche, Y. (2020). Estereotipos, sesgo de género y trastornos de personalidad. Reflexiones para una praxis más ética. *Psicosomática y psiquiatría*, (15), 41-48. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1507>
- Flores, M. M., Morales, M. T., Cortés, M. L., Campos, M. J. y Díaz-Loving, R. (2019). Crianza materna y regulación emocional en adolescentes: diferencias asociadas al sexo. *Emerging Trends in Education*, 1(2), 96-120. <https://doi.org/10.19136/etie.a1n2.2781>

- Franco, B. I., Mendieta, Z., Juárez, N. E., Castrejón, R. (2020). Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes. *Atención familiar*, 27(1), 11-16. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72278>
- Goena, J. y Molero, P. (2019). Distimia. *Revista Medicina, programa de formación médica continuada acreditado*, 12(86), 5037-5040. 10.1016/j.med.2019.09.011
- Gómez-Fajardo, C. (2019). Los textos hipocráticos y su vigencia: elementos para la formación humanística del médico en el siglo XXI. *Persona y Bioética*, 23(2), 194-206. <https://www.redalyc.org/journal/832/83263857003/83263857003.pdf>
- Gómez-León, M. I. (2023). Ansiedad y depresión en adolescentes víctimas del bullying después del confinamiento por COVID-19. Estudio longitudinal. *Ansiedad y Estrés*, 29(1), 27-33. <https://doi.org/10.5093/anyes2023a4>
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacio-Muro, M. A., Peralta, R. y Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L. y Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública en México*, 50(4), 292-299. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n4/a07v50n4.pdf>
- González, S., Pineda A. y Gaxiola, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Goodman, E., Huang, B., Wade, T. J. y Kahn, R. S. (2003). A multilevel analysis of the relation of socioeconomic status to adolescent depressive symptoms: does school context matter? *The journal of pediatrics*, 143(4), 451-456. [https://doi.org/10.1067/S0022-3476\(03\)00456-6](https://doi.org/10.1067/S0022-3476(03)00456-6)
- Goryunov, A. V., Golubeva, N. I., & Shushpanova, O. V. (2023). Experience of clinical use of fluvoxamine for the treatment of comorbid depression in childhood and adolescence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 123(11), 14-21. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312311214>
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>

- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R. y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.02.005>
- Jadresic, E. (2022). Conceptualizando la depresión: dos miradas. *Revista Médica de Chile*, 150(11), 1419-1421. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001101419>
- León, I. A. y Ramírez, A. M. (2023). Depresión y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria. *Revista científica*, 1(6), 22-34. <https://doi.org/10.53673/rc.v1i6.58>
- Liu, Y., Zhao, J. & Guo, W. (2018). Emotional Roles of Mono-Aminergic Neurotransmitters in Major Depressive Disorder and Anxiety Disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02201>
- Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M. & Mohebbi, M. (2018). Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 241, 461-468. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.011>
- Luna-Contreras, M. y Dávila-Cervantes, C. A. (2020). Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de población*, 26(106), 75-103. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.106.31>
- Luna, T. y Vilchez, E. (2017). Depresión: situación actual. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 17(2), 78-85. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n3.1197>
- Madero, M. G., Suárez, J. D., Mayancela, M. A. y Villegas, E. K. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41)
- Mahalik, J. R. & Di Bianca, M. (2021). Help-seeking for depression as a stigmatized threat to masculinity. *Professional Psychology: Research and practice*, 52(2), 146-155. <https://doi.org/10.1037/pro0000365>
- Matos, A. y Manzano, G. (2021). Bases neurológicas de la depresión. *Analogías del comportamiento*, (19), 6-21. <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>
- McIntyre, R., Rong, C., Subramaniapillai, M. y Lee, Y. (2020). *Trastorno Depresivo Mayor*. Elsevier. <https://tienda.elsevier.es/trastorno-depresivo-mayor-9788491137931.html>
- Mendoza, B. (2017). Prácticas de crianza y acoso escolar: descripción en alumnado de educación básica. *Innovación Educativa*, 17(74), 125-141. <https://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v17n74/1665-2673-ie-17-74-00125.pdf>

- Mendoza, B. y Hernández, A. (2024). Suicidio y Bullying ¿Existe alguna conexión? En J. A. Vírseada, I. Z. Orozco., A. Gutiérrez (Coords.). *Investigación, perspectivas y reflexiones en torno al suicidio* (pp.13-13). Universidad Autónoma del Estado de México. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/141412>
- Mendoza-González, B., Reynoso, T. & Serrano-Barquín, M. (2025). Cyberbullying in high school and university: Description, comparison, and associations between behaviors in victims and aggressors. *Interacciones*, *11*, e445. <https://doi.org/10.24016/2025.v11.445>
- Miranda, I., Laborin, J. F., Chávez, A. M., Sandoval, S. A. y Torres, N. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, *26*(2), 273-282. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203/3941>
- Mitjans, M. & Arias, B. (2012). The genetics of depression: What information can new methodologic approaches provide? *Actas Españolas de Psiquiatría*, *40*(2), 70-83. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/707>
- Moitra, P. & Madan, J. (2022). Impact of screen time during COVID-19 on eating habits, physical activity, sleep, and depression symptoms: A cross-sectional study in Indian adolescents. *Plos One*, *17*(3), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264951>
- Monroe, S. & Harkness, K. L. (2022). Major depression and its recurrences: life course matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, *18*, 329-357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>
- Morales-Rodríguez, M. y Bedolla-Maldonado, L. C. (2022). Depresión y ansiedad en adolescentes: el papel de la implicación paterna. *Revista electrónica sobre cuerpos académicos y grupos de investigación*, *9*(17), 1-20. <https://cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/251>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oteiza, M., Méndez, I., Santamarina, P. y Romero, S. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Revista Pediatría Atención Primaria*, *25*(97), 83-93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322023000100017
- Pesantes, D. A., Lindao, M. A., Burgos, L. X. y Dimitrakis, L. B. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*, *3*(2), 1095-1109. <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/492>

- Quintal, G. y Flores, M. (2020). Prácticas parentales de crianza y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1), 1-38. <https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.666>
- Ranero, L., Santiago, M. V. y Pulgar, S. (2024). El ejercicio físico programado como tratamiento complementario en adolescentes y adultos jóvenes con depresión. Una revisión sistemática. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 438(2), 76-91. <https://doi.org/10.55166/reefd.v438i2.1126>
- Renés-Arellano, P., Hernández-Serrano, M. J., Caldeiro-Pedreira, M. C. y Alvites-Huamaní, C. G. (2021). Contravalores del ethos digital percibidos por futuros formadores. *Revista científica de Educomunicación*, 29(69), 57-67. <https://doi.org/10.3916/C69-2021-05>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria. <https://n9.cl/j90nx>
- Reyes, L., Neira, A., Torres, Y., Herrera, L., Gonzales, L. y Espolania, R. (2021). Salud mental y factores asociados a la depresión en estudiantes universitarios. *Tejidos sociales*, 3(1), 1-6. [file:///C:/Users/HP/Downloads/wpinedaalhucema,+Salud+mental+y+factores+asociados+a+la+depresi%C3%B3n+en+estudiantes+universitarios%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/wpinedaalhucema,+Salud+mental+y+factores+asociados+a+la+depresi%C3%B3n+en+estudiantes+universitarios%20(2).pdf)
- Rosas, F. J., Rodríguez, V., Hernández, R. y Lagunes, R. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), 436-449. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
- Roselló, E. (2020). *Melancolía y depresión en el tiempo: cuerpo, mente y sociedad en los orígenes de una enfermedad emocional*. Seguridad Social Para el Bienestar. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6341/16.pdf>
- Ruíz, C. T., Jiménez, J., García, M., Flores, L. M. y Trejo, H. D. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 104-122. <https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.6.1.2020.197.104-122>
- Rusilowicz, K. (2017). The renaissance melancholy assemblage, space, and the baroque problem of thought. *Roczniki Humanistyczne*, 65(11), 148-160. <https://ojs.tnku.pl/index.php/rh/article/view/6653/6445>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C. Y., Vanegas-Villegas, A. M., Medina-Pérez, O. A., Blandón-Cuesta, O. M. y Cardona-Duque, D. V. (2020). Depresión y funcionamiento

- familiar en adolescentes de un municipio del Quindío, Colombia. *Revista Habana de Ciencias Médicas*, 19(5), 1-17. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es
- Silva, D. I., Del Villar, O. A. y Gutiérrez, M. (2022). Factores de riesgo relacionados con niveles de depresión y frecuencia de síntomas en adolescentes escolarizados. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(3), 917-929. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/84735>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (16 de marzo de 2022). *La importancia de la Perspectiva de Género en la Salud Mental*. Suprema Corte de Justicia de la Nación: <https://www.scjn.gob.mx/informate/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-la-salud-mental>
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, M. (2022). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718103.pdf>
- Valle, B. R. (2021). Impacto del ciberbullying en la depresión de estudiantes universitarios del distrito de Lima. *Revista Hamut'ay*, 8(3), 15-31. <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v8i3.2325>
- Vega, J. L. y Alvarado, T. (2019). Factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes. *Atención familiar*, 26(2), 63-67. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.2.68827>
- Wickersham, A., Barack, T., Cross, L. & Downs, J. (2022). Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Depression and Anxiety in Adolescents: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4). doi: 10.2196/29842

ADULTEZ

CAPÍTULO 3

VIOLENCIA DE GÉNERO: SU ESTUDIO A PARTIR DEL MODELO ECOLÓGICO

*Lezly Jimena Rodríguez Quintana**
*Brenda Mendoza González***

RESUMEN

El objetivo principal de este capítulo es establecer un marco contextual exhaustivo sobre el fenómeno de la violencia hacia la mujer a lo largo del tiempo, explorando su presencia histórica desde la Conquista hasta el movimiento feminista contemporáneo en México y a nivel global. Además, busca definir y clasificar la violencia de género en sus diversas manifestaciones, detallando el ciclo de la violencia y los roles de participación identificados en estas dinámicas. Durante su desarrollo se propone introducir el modelo ecológico de Bronfenbrenner como una herramienta para comprender los múltiples factores de riesgo a nivel individual, familiar, exosistémico y macrosistémico que contribuyen a la perpetuación de la violencia contra la mujer, preparando el terreno para la exploración de los factores de protección.

ANTECEDENTES

La violencia hacia la mujer a través del tiempo

La conquista española de América en el siglo XVI se desarrolló en un mundo con organizaciones jerárquicas religiosas y patriarcales análogas. En este contexto, las mujeres del continente americano vivían una realidad compleja y vulnerable, al ser

* Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Doctora en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

tratadas como mercancías susceptibles de ser obsequiadas o vendidas por sus parientes, una práctica lamentablemente aceptada y promovida por la propia sociedad. En la guerra de conquista española, las mujeres fueron humilladas, violadas y asesinadas (Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México [INEHRM], 2024). Durante la Conquista los caciques obsequiaron a los españoles, y en especial a Hernán Cortés, hermosas indias que fueron tratadas como objetos sexuales, entre ellas la Malinche, quien Cortés además la usó como intérprete (Guerrero, 2008).

Durante el siglo XIX, en el periodo de la Independencia de México, la igualdad de género, el respeto y la tolerancia hacia la mujer eran conceptos inexistentes en una sociedad profundamente machista y conservadora. El sistema político y cultural de la época excluía por completo a las mujeres, obligándolas a someterse a un rol tradicional de sumisión (Rodríguez, 2009). Mientras que las mujeres de élite en este siglo veían su vida restringida a los ámbitos doméstico y religioso, pues no participaban en la política y se limitaban a ser hijas, esposas, madres o religiosas; las mujeres pobres e indígenas enfrentaban una realidad de mayor opresión, ya que eran sometidas a una estricta obediencia y se les imponían conductas severas, obligándolas a realizar labores domésticas que abarcaban incluso la crianza de niños que no eran sus hijos (Alvarado, 2024).

Asimismo, miles de mujeres que participaron en la Guerra de Independencia fueron víctimas de la brutalidad virreinal: violadas, perseguidas, encarceladas, ejecutadas e incluso tomadas como botín de guerra. Figuras como Josefa Ortiz fueron señaladas por defender sus ideales, mientras que Mariana Rodríguez del Toro fue torturada durante su juicio por conspiración y permaneció presa hasta la consumación de la Independencia. La represión fue sistemática, por ejemplo, una semana después de la proclamación de Apatzingán en octubre de 1814, Agustín de Iturbide ordenó la detención de todas las mujeres de Guanajuato, convencido de que representaban un peligro, usaron esta acción como castigo ejemplar para quienes se atrevieron a participar en el movimiento insurgente (INHERM, 2024).

En el siglo XX, durante la Revolución Mexicana de 1910, las mujeres comenzaron a tener una participación activa y multifacética. Destacaron en la prensa antirreeleccionista; con su valentía, muchas alcanzaron importantes rangos militares, ejemplo de ello fue Carmen Parra de Alanís, conocida como la Coronela Alanís, quien formó parte de agrupaciones femeniles, en su mayoría de carácter proletario, y continuó escribiendo en diversos periódicos al finalizar la lucha armada. Destaca

también Ramona R. Flores, la Tigresa, combatiente clave junto al general Ramón F. Iturbe en la toma de Culiacán, Sinaloa. Finalmente, Valentina Ramírez, protagonista del movimiento maderista, quien tuvo una intervención importante en la toma de Culiacán, su legado perdura en la icónica canción *La Valentina* (INEHRM, 2020). Al mismo tiempo que se daba una Revolución Mexicana a través de las armas, existía otra revolución de ideales, cuyo objetivo era la emancipación de la mujer; así, destaca la importancia de su participación en la vida pública, incluyendo el derecho al voto, por lo que se inició la lucha por el sufragio femenino, movimiento originado en otras partes del mundo como Inglaterra, lo que motivó a las mujeres mexicanas a impulsar su participación en las decisiones políticas del país (Cámara de Diputados, 2023).

EL MOVIMIENTO FEMINISTA EN EL MUNDO

Aunque históricamente las mujeres denunciaron las carencias derivadas de su género, estas expresiones anteriores al movimiento feminista no se catalogan como parte de él. La razón es que no abordaban las causas fundamentales de la subordinación femenina (Varela, 2019).

El feminismo surgió en el siglo XVIII a partir del movimiento de la Ilustración al denunciar la falta de inclusión de las mujeres en los derechos políticos, económicos, salud, educación, ya que, en general, carecían de derechos fundamentalmente humanos. Las mujeres no gozaban de una vida libre de prejuicios. Estas denuncias fueron representadas por Olympe de Gouges y por Mary Wollstonecraft, cuya finalidad era manifestar aquellas incongruencias en las que ocurrían las prácticas sociales dominantes, ya que las mujeres no eran consideradas ciudadanas. Este movimiento constituyó la *primera ola feminista* conocida como feminismo ilustrado (González, 2018).

El siglo XVIII fue testigo de importantes obras feministas. En 1791, la francesa Olympe de Gouges, en un acto de protesta, escribió la *Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana*. Su objetivo era contrarrestar la exclusión de las mujeres en la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano*, la cual utilizaba un lenguaje marcadamente sexista que no les otorgaba los mismos derechos. Posteriormente, en 1792, la inglesa Mary Wollstonecraft publicó *Vindicación de los Derechos de la Mujer*, un texto fundamental con el que se abogó por la igualdad entre hombres y mujeres,

la autonomía económica y la imprescindible inserción de la mujer en la esfera política (Varela, 2019).

La *segunda ola feminista* comenzó a mediados del siglo XIX; en 1869 se publicó el libro *Sujeción de la mujer*, que señala el inicio del movimiento sufragista en Gran Bretaña. En esta época se exigía la transformación de las leyes que permitieran a las mujeres tener acceso a la educación, derecho a divorciarse, derecho a decidir sobre su propio cuerpo, específicamente sobre su sexualidad. En Estados Unidos en el mismo año se unían las mujeres para pedir el sufragio femenino, fundando la Asociación para el Sufragio de la Mujer (Cuenca y Mendoza, 2017; González, 2018; Sandua, 2023).

La *tercera ola feminista* se desarrolló a la mitad del siglo XX; esta ola se postuló como un modelo único de liberación femenina (Márquez, 2022), con el cual se intentó crear un movimiento diversificado e inclusivo, se reconocía a aquellos grupos más vulnerables y marginados, se centró en la reapropiación de la sexualidad femenina y autonomía corporal (Sandua, 2023); asimismo, se luchó por el divorcio, por el derecho a decidir sobre su cuerpo, se exigía el derecho al aborto. Asimismo, se comienzan a desarrollar leyes que no se operaron por la falta de apoyo y reconocimiento social (Varela, 2019). Durante esta ola, las exigencias incluían derechos reproductivos, discriminación en el ámbito laboral y desigualdad de sueldos, acoso y agresiones sexuales. Este movimiento se caracterizó por las diferentes formas de activismo, como los grupos de concienciación, las marchas de protestas y la acción directa, acompañada también por el movimiento estudiantil del 68; además, se crearon grupos feministas como la Organización Nacional de la Mujer y el Frente de Liberación de la Mujer (Sandua, 2023).

La escritora y activista estadounidense Kate Millett fue una figura destacada de esta ola feminista, quien identificaba al patriarcado como un sistema sociopolítico que legitimaba la subordinación femenina. En esta tercera ola del feminismo, la sexualidad continuó siendo un tema central en las demandas de igualdad. En este contexto, la danesa Anne Koedt señaló cómo la actitud y las opiniones masculinas moldeaban la sexualidad de las mujeres, ajustándola a sus propios deseos, necesidades e ideales (González y Cuenca, 2022).

La declaración de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en 1993 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 representaron movimientos internacionales clave. A partir de estos encuentros, se intensificó la solicitud a nivel mundial para que los

gobiernos desarrollaran políticas públicas que promovieran la igualdad de género (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2024).

En el siglo XXI, la cuarta ola feminista emergió con fuerza, impulsada por el movimiento *MeToo*. Aunque su origen se remonta a 2006, cuando la activista estadounidense Tarana Burke inició una campaña de concientización y empatía en redes sociales dirigida a mujeres afroamericanas víctimas de abuso sexual, el movimiento cobró mayor visibilidad en la industria cinematográfica. Esto se debió a las numerosas denuncias de abuso contra productores y otros miembros del sector. En 2019, el *hashtag* #*MeToo* resonó en México al ser utilizado para denunciar un contexto de violencia de género generalizado e impunidad histórica (Olvera, 2021).

El movimiento *MeToo* denuncia principalmente la violencia sexual en los espacios laboral y educativo, buscando su completa erradicación. A través de sus acciones, ha puesto de manifiesto la denigración que sufren las mujeres, quienes con frecuencia son tratadas como objetos sexuales y ven sus oportunidades laborales supeditadas a favores sexuales (Observatorio de medios de comunicación en materia de perspectiva de género y derechos humanos en Michoacán, 2021). Actualmente, este movimiento feminista se enfoca en eliminar el acoso y las agresiones sexuales, además de conseguir la igualdad salarial y asegurar los derechos reproductivos (Sandua, 2023).

EL MOVIMIENTO FEMINISTA EN MÉXICO

Debido a las diferencias sociales, económicas y culturales en México respecto a Europa y Estados Unidos, los movimientos feministas en México tienen periodos diferentes. Una actividad que marcó el inicio de los movimientos de las mujeres para exigir la igualdad fue la de 1916, al desarrollarse el primer congreso feminista en Mérida, Yucatán, del 13 al 16 de enero, en el que se abordaron temas como: derecho al voto, igualdad de salarios, acceso a la educación y participación en política. Resulta significativo considerar que el congreso se llevó a cabo en Yucatán como estrategia para evitar la agitación del conflicto armado que entonces afectaba a gran parte de México (INEHRM, 2020).

La demanda por el sufragio femenino en México se remonta a los años veinte, cuando el Consejo Feminista Mexicano lo integró en sus peticiones. Un hito crucial llegó en 1952, con el compromiso de Adolfo Ruiz Cortines, como promesa de

campaña para reformar las leyes e incorporar el voto femenino. Esto se materializó el 17 de octubre de 1953, con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del decreto que otorgaba el derecho al sufragio femenino, permitiendo que las mujeres de todo el país votaran por primera vez el 3 de julio de 1955. Este decreto también permitió que las mujeres tuvieran la posibilidad de ser elegidas para ocupar puestos públicos políticos (Cámara de Diputados, 2023).

La década de 1970 marcó un periodo trascendental para el feminismo en México. En 1971 surgió el Colectivo Mujeres en Acción Solidaria, al que siguió, en 1973, la creación del Movimiento Nacional de Mujeres. Un acontecimiento de alcance mundial se produjo en 1975, con la celebración en la Ciudad de México de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU, donde la violencia doméstica fue reconocida como un problema social, dando visibilidad a la violencia marital. Hacia 1979, la convergencia de diversos grupos dio origen al Frente Nacional por la Liberación y los Derechos de la Mujer, que articuló demandas precisas: maternidad voluntaria, erradicación de la violencia sexual y fin de la discriminación laboral. Ya en la década de 1990, las agendas gubernamentales comenzaron a incorporar la promoción de los derechos de las mujeres (UNAM, 2024).

Aunque se han logrado considerables progresos en equidad de género y en la erradicación de la violencia contra la mujer, el siglo XXI aún enfrenta grandes desafíos. El acceso pleno a la educación, la igualdad salarial, la protección efectiva contra todo tipo de violencia, la participación y ocupación de puestos públicos siguen siendo metas por alcanzar (Sandua, 2023).

DESARROLLO

Definición de violencia de género

La violencia de género es una ruptura y violación a los derechos humanos, afecta la integridad física, la dignidad y la moral (Cirici, 2023; Jaramillo-Bolívar y Canaval-Erazo, 2020), es una manifestación clara de desigualdades y de la dominación masculina, caracterizada por tener relaciones de poder a través de las cuales existe una subordinación hacia las mujeres con la finalidad de hacerles daño (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MMPV], 2016).

La violencia de género abarca cualquier acto que inflige daño o sufrimiento a individuos o grupos debido a su género. Este daño puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la psicológica, física, patrimonial, económica, sexual y, en su forma más extrema, el feminicidio (Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [LGAMVLV], 2024; ONU, 2023; Rincón y Salas, 2021).

Clasificación de violencia de género

La comprensión integral de la violencia de género requiere reconocer sus diversas manifestaciones. Existe un consenso académico y legal que identifica seis tipos principales de violencia contra las mujeres (Heise, 1994; Hirigoyen, 2014; Olvera et al., 2012), clasificación que la LGAMVLV (2024) respalda al señalar explícitamente estos tipos:

- Violencia psicológica: cualquier acción que menoscabe la estabilidad emocional de la víctima.
- Violencia física: el daño intencional causado con fuerza física, objetos, armas o sustancias que provoquen lesiones internas o externas.
- Violencia patrimonial: consiste en la negación de recursos esenciales para la subsistencia de la víctima o el daño a sus bienes y propiedades comunes.
- Violencia económica: se refiere a la limitación o control de los ingresos económicos de la víctima, así como la percepción de un salario menor por un trabajo de igual valor en el mismo centro laboral.
- Violencia sexual: todo acto que atente contra el cuerpo y la sexualidad de la víctima, comprometiendo su libertad, dignidad e integridad física; se considera un abuso de poder.
- Violencia a través de interpósita persona: consiste en causar daño a la víctima dirigiendo las agresiones contra sus hijos, familiares o personas allegadas.

CICLO DE LA VIOLENCIA

El ciclo de la violencia fue diseñado para explicar cómo se desarrolla la agresión en una relación de pareja. Este ciclo comienza con manifestaciones sutiles de violencia, que a menudo se confunden con interés, cuidado o preocupación por parte de la pareja; sin embargo, una relación abusiva se caracteriza por múltiples grados de daño y un patrón de control y dominación. Esta dinámica se repite de manera cíclica, incrementando progresivamente su intensidad y frecuencia (Guerrero y Solís, 2020).

Las propuestas clásicas sobre la dinámica de la violencia han identificado tres fases recurrentes: 1) *una escalada de tensión*, que se caracteriza por un aumento de la tensión en la pareja; puede prolongarse por días, semanas o incluso meses. Durante este periodo, ocurren incidentes de agresión menor, como gritos o discusiones, y la víctima intenta evitar cualquier conducta que pueda provocar al agresor, aferrándose a la esperanza de un cambio y culpándose por los abusos. 2) Un *incidente agudo de agresión*, que puede durar hasta 24 horas y se distingue por la descarga de toda la tensión acumulada, culminando en agresiones físicas severas hacia la víctima. 3) *Luna de miel* (Walker, 1979), etapa de amabilidad, arrepentimiento y comportamiento afectuoso por parte del agresor hacia la víctima, que se extiende por un periodo más largo que la segunda fase. Durante ésta, el agresor se muestra afectuoso, implora el perdón y jura que la violencia no se repetirá. La reducción de la tensión genera un sentimiento de confianza en la víctima, por lo que se fortalece la dependencia emocional hacia su agresor (Bogantes, 2008).

Atrapada en un ciclo de violencia de género, la víctima desarrolla una dependencia emocional que le impide romper el vínculo con su agresor. La violencia contra las mujeres se revela en patrones repetitivos que intensifican su gravedad. Actualmente, estas fases siguen siendo empleadas para comprender el ciclo de la violencia (véase la Figura 1).

Figura 1. Ciclo de la violencia



Fuente: elaboración propia a través de OpenAi.

Con el incremento de la violencia, la fase de reconciliación se diluye, dejando paso al control absoluto del agresor, quien utiliza la intimidación para mantener su poder. Aunque el ritmo y la duración de cada fase varían, la escalada de violencia se distingue por periodos cortos de agresión extrema (Bogantes, 2008).

La violencia ejercida durante años puede explicarse a través de dos estadios: acumulación y ataque. En esta dinámica, el agresor abusa de la víctima diariamente, sumiéndola en un estado de terror y sumisión. Como respuesta, la víctima adopta una actitud de complacencia hacia el agresor, por lo que busca evitarlo en la medida de sus posibilidades (Alcázar y Gómez-Jarabo, 2001). El ciclo de la violencia de género se caracteriza por patrones recurrentes. Es altamente probable que si el agresor manifestara la agresión de la segunda etapa (fase aguda) al inicio de la relación, la víctima la abandonaría y lo denunciaría (López, 2020).

Durante el ciclo de la violencia, las víctimas pueden desarrollar el síndrome de indefensión aprendida o síndrome del desamparo aprendido. Este síndrome provoca en la víctima la creencia de ser incapaz de controlar los acontecimientos de su vida, lo que la lleva a la desmotivación y a la ausencia de reacción ante la violencia sufrida (Lídice, 2019).

ROLES DE PARTICIPACIÓN EN EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Considerados los grupos más vulnerables, las mujeres y los niños son los principales afectados por la violencia en la pareja. Este fenómeno genera una disfunción significativa en el núcleo familiar, causando un profundo sufrimiento tanto a las víctimas como a las personas de su entorno (Rodríguez, 2021).

En el estudio de la violencia de pareja, se han identificado tradicionalmente tres roles de participación: víctima, agresor y testigos, por lo que se busca esclarecer la implicación de cada uno en la dinámica violenta (Whaley, 2001). No obstante, investigaciones recientes han descrito un cuarto rol, aún poco explorado: el denominado doble rol (víctima/perpetrador). Este perfil se caracteriza por individuos que, además de ser víctimas de su pareja, también ejercen violencia hacia ella, fenómeno observado tanto en hombres como en mujeres (Barrales y Mendoza, 2024). A continuación, se describirán los principales roles que hasta ahora han sido identificados a través de las investigaciones.

Perfil de víctima

La víctima, en el contexto de la violencia de pareja, es aquella persona que ha sufrido o sufre lesiones físicas intencionales, graves y recurrentes a manos de su pareja. Este patrón de abuso puede generar una actitud de incondicionalidad, en la que las necesidades del agresor adquieren mayor importancia que las propias (Whaley, 2001).

El maltrato infantil incrementa la vulnerabilidad a desarrollar baja autoestima y una elevada tolerancia a la violencia, al ser una conducta aprendida desde la infancia. Quienes experimentaron esta situación tienen una mayor probabilidad de involucrarse en relaciones con agresores. Asimismo, la interiorización de estereotipos y roles de género es común, pues se ha observado que individuos provenientes de estos contextos frecuentemente adoptan un rol materno vinculado a la sumisión y la obediencia (Alfocea y Ponce, 2019).

Es común que las víctimas no perciban su condición en la relación, incluso ante la evidencia del maltrato. Esto se explica porque la agresión se inicia de forma imperceptible; la invasión de la intimidad y la aparente protección por parte del

hombre son interpretadas como actos de amor, enmascarando las señales de abuso y control (García, 2023).

La baja autoestima define a las víctimas, quienes se ven a sí mismas como inútiles e inseguras, enfrentándose constantemente contra la duda. Esta percepción de incapacidad para ser autónomas, unida a la visión de un mundo hostil y sentimientos de fracaso personal, obstaculiza su capacidad para tomar la decisión de poner fin al ciclo de violencia (Sanz-Díez y Moya, 2005). La víctima suele desarrollar un sentimiento de culpa por la violencia, lo cual la hace susceptible a la manipulación. Frecuentemente recurre al autoengaño para no afrontar la realidad de su vivencia, conlleva una sobrevaloración de la pareja y la persistente esperanza de una transformación en el agresor (Alfocea y Ponce, 2019).

Perfil de agresor

El agresor se caracteriza por un patrón de comportamientos dirigido a ejercer poder y control sobre su pareja u otras mujeres. Si bien no existe un único perfil, ciertos rasgos y dinámicas son recurrentes. Aunque la mayoría de los agresores proyecta una imagen de amabilidad, confiabilidad y respeto ante los demás, su percepción de la mujer como objeto y posesión los lleva a sentirse humillados cuando la víctima desafía la sumisión y la dependencia (García, 2023), desvelando, así, un rasgo psicológico común, que es su baja autoestima que está encubierta; paradójicamente, a pesar de su necesidad de dominio, muchos agresores sufren de una profunda inseguridad (Alfocea y Ponce, 2019). Su comportamiento controlador y abusivo puede ser una forma de ocultar la propia percepción de vulnerabilidad.

Se observan patrones de pensamiento y comportamiento más complejos que subyacen a sus acciones violentas. Estos individuos a menudo presentan una necesidad patológica de poder y control, que se manifiesta en todos los aspectos de su relación con la mujer (Alfocea y Ponce, 2019). Esta necesidad no se limita a la imposición de opiniones, sino que abarca el control de las finanzas, las interacciones sociales, la vestimenta e, incluso, las decisiones personales de la víctima.

El agresor suele manifestar rasgos patológicos como la tendencia a mentir y un anhelo de control absoluto, imponiendo sus ideas, opiniones y puntos de vista, frecuentemente a través de la violencia y la infusión de miedo (Alfocea y Ponce,

2019). Tiene distorsiones cognitivas y patrones de comportamiento adquiridos a lo largo de su vida, lo que lo lleva a percibir la violencia como un método eficaz para dominar (Guardia, 2016); minimiza su comportamiento violento, pues culpa a la víctima por sus propias acciones; asimismo, racionaliza su abuso al explicar que es una manera de enseñar un buen comportamiento. Esta distorsión de la realidad les permite mantener una imagen positiva de sí mismos, evitando la responsabilidad por sus actos.

Normalmente los agresores usan como recurso constante insultos y humillaciones, también infunde vergüenza como una forma de minar la autoestima de su pareja para facilitar su manipulación (Whaley, 2001), lo que ocurre debido a la falta de empatía, otra característica significativa, ya que los agresores tienen una capacidad limitada para reconocer el dolor y sufrimiento de sus víctimas. Esta falta de empatía les permite infligir daño sin experimentar remordimiento genuino. El agresor comienza lastimando a su pareja en el ámbito privado, que al exteriorizarlo incluso en presencia de familiares o amigos estaría indicando una peligrosa intensificación que potencialmente podría desencadenarse en feminicidio (García, 2023).

Conviene destacar que la situación económica, familiar o profesional no determina que una persona se convierta en agresor; sin embargo, los agresores suelen provenir de entornos familiares violentos, habiendo sido ellos mismos testigos o víctimas de agresiones durante la infancia. Al llegar a la adultez, repiten los patrones de comportamiento aprendidos y observados en su niñez (Sanz-Díez y Moya, 2005).

Perfil de los observadores

Los hijos e hijas se convierten en los principales espectadores de las distintas manifestaciones de agresión que se desarrollan en la relación cotidiana de sus padres, esta exposición los violenta indirectamente (Martín y Martínez-Otero, 2020). Convivir en un ambiente de violencia influye en el comportamiento de los hijos, quienes aprenden a identificarla como un método para solucionar problemas. La exposición constante a las dinámicas violentas entre sus padres se relaciona con desafíos en la gestión emocional y dificultades en la adaptación a contextos sociales. Asimismo, su capacidad para distinguir entre lo aceptable e inaceptable se ve comprometida, conduciéndolos a justificar conductas inapropiadas (Asensi, 2007).

Los niños expuestos a la violencia de género sufren secuelas equiparables a las del maltrato directo, manifestándose en problemáticas de internalización (ansiedad, depresión) y externalización (agresividad, problemas de conducta) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021). La exposición a dinámicas violentas influye en la comprensión de las relaciones entre hombres y mujeres. Estos patrones agresivos son replicados en sus interacciones, ya que promueven creencias y valores machistas, tales como la autoridad incuestionable del hombre, la inferioridad femenina y la justificación de la violencia contra la mujer como una conducta merecida y provocada por la propia víctima (Asensi, 2007).

La exposición infantil a la violencia deja profundas secuelas, como el síndrome de estrés postraumático y un apego inseguro hacia el agresor. Estos niños y niñas se encuentran en mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y un sentimiento persistente de miedo y culpa al asumir que ellos mismos son responsables de la violencia sufrida (Martín y Martínez-Otero, 2020; Martínez, 2023).

MODELO ECOLÓGICO: FACTORES DE RIESGO

Desarrollada en la década de los setenta, la teoría ecológica de Bronfenbrenner concibe el desarrollo humano como un proceso complejo y dinámico, intrínsecamente ligado a la interacción constante del individuo con una jerarquía de sistemas ambientales interdependientes. Esta perspectiva teórica articula cómo los diversos estratos contextuales modulan la trayectoria del desarrollo, identificando cinco sistemas ecológicos fundamentales, siendo el microsistema el de influencia más inmediata. El modelo Bronfenbrenneriano se distingue por integrar tanto las características individuales del sujeto como las interacciones bidireccionales que establece con su entorno (Barraza, 2023).

Individual

El sistema individual, en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, integra las características biológicas y psicológicas inherentes al individuo. Éstos son los elementos que la persona trae consigo y que influyen en sus interacciones con los demás sistemas

ambientales. El déficit en habilidades socioemocionales constituye un factor de vulnerabilidad ante la victimización. Entre estas deficiencias se incluyen dificultades en la toma de decisiones, dependencia interpersonal (Mendoza y Maldonado, 2017; Navarro et al., 2019), la resolución agresiva de conflictos y un inadecuado manejo emocional (Kliegman et al., 2020).

En el sistema individual, las distorsiones cognitivas emergen como un factor de riesgo significativo para la normalización de la violencia en la pareja (Barrales y Mendoza, 2024). Estas interpretaciones erróneas de la realidad pueden manifestarse de diversas formas, incluyendo la minimización de los actos violentos, la atribución de culpa a la víctima (Mendoza y Maldonado, 2017), la idealización del agresor o la creencia en mitos sobre la violencia de pareja. Estas cogniciones disfuncionales perpetúan la situación de abuso al influir en las emociones, decisiones y conductas de la persona afectada. Adicionalmente, el consumo de alcohol y uso de drogas son factores que elevan las probabilidades de que ejerzan violencia hacia su pareja (Saavedra y Trinidad, 2021).

Microsistema familiar

La teoría del aprendizaje social se asocia a uno de los principales factores relacionados con la violencia; esta teoría plantea que aquellos individuos que han experimentado violencia anteriormente tienen una mayor probabilidad de sufrir y realizar actos violentos que aquellos que no han sido expuestos (Sanmartín, 2004).

Un ambiente familiar caracterizado por el conflicto, la violencia interparental, las disputas constantes, el castigo físico y la negligencia parental incrementa significativamente el riesgo de que los individuos desarrollen comportamientos agresores o se conviertan en víctimas (Fabian-Arias et al., 2020; Intriago-Hormaza y Maitta-Rosado, 2021). En este sistema, la experiencia de cualquier forma de victimización durante la infancia, así como un historial de violencia durante las relaciones de pareja en la adolescencia (Kliegman et al., 2020), constituyen factores de riesgo relevantes.

Exosistema

El exosistema son contextos externos al individuo, que contienen personas o instituciones con las que el individuo no interactúa de manera activa, pero que afectan a su microsistema y, por lo tanto, indirectamente a él, por ejemplo, los medios de comunicación. Los medios de comunicación contemporáneos persisten en la reproducción de una cultura sexista a través de la definición de roles estereotipados y la transmisión de ideologías que legitiman la superioridad masculina y la subordinación femenina (Fernández et al., 2019). Esta perpetuación de un sistema patriarcal, influenciado por la cultura social, se traduce en la recreación del modelo dominio-sumisión en sus contenidos, lo cual constituye un factor significativo en la internalización de comportamientos violentos de género (Chirino, 2020).

Macrosistema

El macrosistema se refiere al nivel más externo del ambiente, abarca valores culturales, creencias, leyes, políticas y costumbres de una sociedad. Las desigualdades sociales y las estructuras patriarcales, al instituir relaciones de poder asimétricas en las que el hombre ejerce dominio sobre la mujer, propician la manifestación de conductas violentas. Éstas se evidencian en el control y la restricción de acciones orientadas al desarrollo personal y la autonomía femenina, lo que las sitúa en una condición de inequidad estructural (Fabian-Arias et al., 2020; Saavedra y Trinidad, 2021).

La cultura patriarcal, caracterizada por la asignación del rol sexista, que se transmite intergeneracionalmente, constituye un factor de riesgo significativo para la exposición a la violencia (Cantera y Blanch, 2010). Adicionalmente, las sociedades con arraigadas prácticas machistas dificultan la formación de redes de apoyo, cruciales para la protección de las mujeres (Barrales y Mendoza, 2024). El consecuente aislamiento social limita el desarrollo de habilidades sociales necesarias para la resolución de conflictos y la ruptura de ciclos de victimización (Mendoza y Maldonado, 2017).

Finalmente, la interacción compleja entre la desigualdad socioeconómica, la prevalencia de la violencia y el empobrecimiento agudizan la problemática de la violencia de género. En este contexto, las mujeres con menor nivel educativo y

recursos económicos limitados presentan una vulnerabilidad incrementada a sufrir actos violentos (Vacacela y Mideros, 2022).

MODELO ECOLÓGICO: FACTORES QUE PROTEGEN PARA NO SER VIOLENTADA

Algunos factores logran actuar como protectores evitando y minimizando las consecuencias; el tener un soporte social, familiar y sanitario logra disminuir las consecuencias psicológicas del maltrato (Martín et al., 2019).

Individual

La autoestima y las habilidades de comunicación facilitan el establecimiento de relaciones interpersonales y son consideradas como un factor protector de la violencia hacia la pareja (Rojas-Solís, 2023). La inteligencia emocional es un elemento protector significativo para mujeres que han experimentado violencia. Su influencia radica en la optimización de la regulación emocional afectiva, facilitando el afrontamiento efectivo de los conflictos. De forma análoga, la resiliencia constituye un factor relevante; las personas con resiliencia demuestran mayor capacidad para gestionar circunstancias adversas y estresantes, orientándose activamente hacia la identificación e implementación de estrategias resolutivas que permitan la superación de dichas situaciones (Neri y Rivera, 2024).

Microsistema familiar

La estabilidad del perfil de victimización desde edades tempranas ha sido corroborada consistentemente en la literatura científica, y ha persistido a lo largo del tiempo y en diversos contextos (Mendoza et al., 2021; Mendoza-González et al., 2025). Este hallazgo enfatiza la relevancia de su investigación en la infancia con el objetivo de identificar factores protectores. Un ejemplo paradigmático lo constituye el apego parental y maternal, el cual ha sido identificado como un factor que reduce la probabilidad de experimentar o ejercer violencia (García y Lila, 2023).

Estudios demuestran que los estilos de comunicación parentales, definidos por la comunicación asertiva y la negociación en la interacción con sus hijos, constituyen factores protectores ante la violencia en el noviazgo (Saldívar et al., 2022). Esta observación se fundamenta en la premisa de que la comunicación asertiva, caracterizada por la expresión clara y respetuosa de necesidades y límites, modela en los jóvenes habilidades cruciales para establecer relaciones interpersonales saludables y equitativas, a través del diálogo abierto, la escucha activa y la búsqueda de acuerdos mutuos (Maya y Holgado, 2021; Rojas-Solís, 2023).

La participación de los padres en el entorno escolar es una condición determinante para prevenir el desarrollo del perfil de víctima. Esto se vuelve especialmente relevante cuando la escuela, en colaboración con la familia, implementa programas efectivos para detener las conductas de riesgo (Cuenca y Mendoza, 2017).

Exosistema

En el exosistema, los medios de comunicación ejercen una influencia significativa, por lo que resulta necesario que éstos reconsideren los estereotipos de género que han difundido a través de sus programas televisivos, radiofónicos y redes sociales. Es indispensable que integren estrategias de convivencia que fomenten una vida exenta de violencia, basada en el respeto a la dignidad humana, lo que implica presentar una imagen realista de la mujer, resaltando sus capacidades intelectuales y éticas, utilizando recursos tecnológicos para promover la igualdad de género (Chirino, 2020).

El uso de plataformas digitales deberían ser un recurso efectivo para divulgar la prevención de la violencia de género y los derechos femeninos. Estos medios podrían ser promotores de la difusión de señales de alerta y recursos de apoyo accesible y disponibles para las víctimas (Zambrano y Macías-Cruzatty, 2023).

Macrosistema

El macrosistema, comprendido como el conjunto de valores culturales, leyes y políticas de una sociedad, debe evolucionar para aprobar y normalizar la diversidad en los comportamientos y roles desempeñados por hombres y mujeres. La erradicación

de esta problemática requiere la instauración de una equidad sustantiva entre géneros, lo que implica la creación de nuevas normas sociales inclusivas. Estas normas deben trascender las limitaciones impuestas por roles de género tradicionales, permitiendo que cada individuo desarrolle su potencial sin las restricciones de expectativas sociales predefinidas (Guerra, 2022). Es decir, fomentar un contexto social donde tanto hombres como mujeres participen activamente en las esferas doméstica, de cuidado y productiva, así como en el ámbito público, sin que existan estigmas o etiquetas de género que limiten sus elecciones y desarrollo (Mendoza-González et al., 2020).

La modificación de estas amplias estructuras sociales y culturales es fundamental para establecer un macrosistema que actúe como un factor protector contra la violencia de género, al promover la igualdad y el respeto por la autonomía individual.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

La violencia en la pareja genera diversas secuelas con implicaciones significativas en múltiples esferas. Sus efectos adversos se extienden desde la disminución de la calidad de vida, lesiones físicas e incluso la muerte de la mujer, hasta repercusiones secundarias en su entorno familiar y en la economía (Arrieta y Estévez, 2022).

En el ámbito de la salud, las víctimas de violencia en la pareja experimentan consecuencias duraderas, como estrés crónico, cefaleas, trastornos gastrointestinales, debilitamiento del sistema inmunitario, fatiga persistente y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Echeburúa, 2004).

Adicionalmente, la violencia inflige importantes secuelas psicológicas en la víctima, manifestándose en ansiedad extrema, depresión, deterioro de la autoestima, sentimientos de culpabilidad, aislamiento social y desarrollo de dependencia emocional hacia el agresor (Echeburúa y Corral, 1998).

El impacto de las diversas formas de violencia en la pareja presenta un carácter acumulativo, donde la persistencia del maltrato y la cercanía relacional con el agresor se asocian a una mayor duración y severidad de las afectaciones en la salud y la calidad de vida. La magnitud del daño infligido se relaciona directamente con la intensidad, duración y frecuencia de los episodios de agresión (Arrieta y Estévez, 2022).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A nivel internacional, existen programas preventivos focalizados en las etapas iniciales de las relaciones de pareja, particularmente durante el noviazgo en la educación secundaria y preparatoria. Estos programas buscan disminuir el riesgo de agresiones, trascender la polarización de roles de género centrada en el poder y la sumisión y fortalecer las habilidades juveniles para la resolución de conflictos. Su implementación se integra a la formación en salud familiar y habilidades para la vida en general (National Institute of Justice [NIJ], 2011).

En el ámbito nacional, las estrategias de prevención de la violencia de género tienen como meta asegurar una vida libre de violencia para las mujeres, incidiendo en los entornos académico, laboral, comunitario y privado. Asimismo, buscan garantizar una atención especializada, exenta de discriminación y revictimización (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2021). En este sentido, se han implementado medidas gubernamentales a través de campañas de prevención orientadas a la difusión de información sobre los diversos tipos de violencia que enfrentan las mujeres, enfatizando su carácter delictivo. El propósito fundamental es informar y sensibilizar a las mujeres para que soliciten apoyo en caso de necesidad, además de establecer acciones de respuesta inmediata ante actos violentos que aseguren el respeto a su dignidad y su vida (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2021).

Las iniciativas preventivas también se desarrollan en el ámbito escolar como estrategias tempranas para informar a los jóvenes y motivarlos a buscar ayuda ante situaciones de riesgo. En cuanto a los programas de intervención, se han diseñado estrategias específicas para salvaguardar y proteger la integridad de las víctimas, como el establecimiento de casas de acogida que ofrecen refugio seguro a las mujeres y sus hijos. Estos programas proporcionan asesoría legal, orientación psicológica y buscan fortalecer a las mujeres para que puedan construir una vida independiente (Maya y Holgado, 2021).

INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Escala de predicción de riesgo de violencia grave de pareja: desarrollada en España por Echeburúa et al. (2010) y validada en la ciudad de Chihuahua, México, con la participación de 591 mujeres víctimas que buscaron apoyo voluntariamente debido a situaciones de violencia por parte de su pareja o expareja. Para adaptarla al contexto sociocultural de la región, se modificó el instrumento, añadiendo tres ítems nuevos: existencia de violencia psicológica, existencia de violencia económica y/o patrimonial y vínculos con delincuencia organizada, portación de armas de fuego o personas de poder. Así, la escala final quedó configurada con 23 ítems (Reveles et al., 2020).

Esta escala evalúa la probabilidad y el grado de riesgo de agresión violenta hacia la pareja o expareja. Con un Alpha de Cronbach de 0.72, consta de 20 ítems distribuidos en cinco apartados: datos personales (1 ítem), situación de la relación de pareja (2 ítems), tipo de violencia (7 ítems), perfil del agresor (7 ítems) y vulnerabilidad de la víctima (3 ítems).

Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP): es un instrumento desarrollado en México para evaluar la violencia en relaciones de pareja (Galán et al., 2019). El cuestionario se estructura en dos escalas: la violencia sufrida y la violencia ejercida, con escala Likert de 5 puntos al evaluar la frecuencia (1 = nunca a 5 = siempre) y el daño (1 = nada a 5 = mucho). Esta escala se compone de 27 ítems distribuidos en violencia psicológica y social (8 ítems), violencia física (intimidación y agresión, 7 ítems), violencia sexual (7 ítems) y violencia económica (5 ítems). La escala de violencia ejercida se compone de 12 ítems; violencia psicológica, de 5 ítems; violencia social, económica, física y sexual, de 7 ítems. El CVSEP tiene coeficiente α de Cronbach de 0.95 (Moral de la Rubia y Ramos, 2015).

Escala de violencia e índice de severidad: desarrollada y validada por Valdez-Santiago et al. (2006), tiene como objetivo medir los diversos grados de violencia en sus distintas modalidades. Demuestra una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.99 y se estructura en cuatro dimensiones principales: violencia psicológica (9 ítems), violencia física (7 ítems), violencia física severa (6 ítems) y violencia sexual (5 ítems).

Las respuestas se recogen mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos: nunca, algunas veces, varias veces y muchas veces. La validación en México incluyó a 26 042

mujeres mayores de 15 años que buscaron atención en servicios de salud públicos en los 32 estados del país (Méndez et al., 2022).

Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual: diseñado por Soler et al. (2005), identifica el nivel de distrés emocional en situaciones de crisis. Este instrumento de evaluación psicológica, compuesto por 22 ítems, está dirigido a mujeres víctimas de violencia doméstica y/o sexual. Se divide en cuatro subescalas: depresión (7 ítems, Alpha de Cronbach = 0.88), ansiedad (7 ítems, Alpha de Cronbach = 0.86), ajuste psicosocial (4 ítems, Alpha de Cronbach = 0.86) y humor irritable (4 ítems, Alpha de Cronbach = 0.86). En su validación participaron 861 mujeres con edades entre 18 y 70 años. Este instrumento ha sido empleado en diversas investigaciones en México (Méndez et al., 2022).

CONCLUSIÓN

La información acerca de la violencia en la pareja en México, tal como se ha desarrollado en este capítulo, revela un fenómeno multifacético profundamente enraizado en la historia y moldeado por dinámicas sociales, culturales y psicológicas complejas. La revisión de los antecedentes históricos ha descrito a las estructuras patriarcales y a las normas de género tradicionales como las perpetuadoras y normalizadoras de la violencia en las relaciones íntimas a lo largo del tiempo. En este contexto, las sucesivas olas del feminismo han emergido como fuerzas catalizadoras cruciales, desafiando activamente estas estructuras y visibilizando la violencia de pareja como un problema social y político que requiere atención urgente y acción concertada. Su lucha incansable ha sido fundamental para impulsar cambios legislativos y generar conciencia sobre la magnitud y las consecuencias devastadoras de este flagelo.

La clarificación de las definiciones y la clasificación de la violencia de pareja han sentado una base sólida para comprender la diversidad de manifestaciones que adopta este fenómeno, que van desde la sutileza del maltrato psicológico hasta la brutalidad de la agresión física y sexual. Esta distinción es esencial para evitar la simplificación y para diseñar estrategias de detección, prevención e intervención que sean sensibles a las particularidades de cada tipo de violencia. Asimismo, el análisis de los perfiles psicológicos de quienes participan en dinámicas violentas, tanto agresores como

víctimas, subraya la complejidad de los factores individuales que pueden contribuir al ciclo de la violencia.

Un aporte significativo de este capítulo radica en la adopción del modelo ecológico como marco teórico integral para el estudio de la violencia de pareja. Al trascender las explicaciones unidimensionales centradas únicamente en factores individuales o relacionales, este modelo ofrece una visión holística que considera la interacción dinámica de múltiples niveles: individual, relacional, comunitario y societal. Esta perspectiva permite comprender como factores a las normas culturales; las desigualdades de género, la disponibilidad de recursos comunitarios y las políticas públicas influyen en la prevalencia y la perpetuación de la violencia en la pareja. Esta comprensión profunda es fundamental para diseñar intervenciones que aborden el problema en sus diversas dimensiones, por lo que se deben promover cambios a nivel individual, fortalecer las relaciones saludables, transformar las normas sociales dañinas y exigir la implementación de políticas públicas efectivas.

Las leyes y los lineamientos para los programas de prevención e intervención representan un avance crucial en la respuesta institucional a la violencia de pareja en México. El reconocimiento legal de este problema y la formulación de directrices claras para la acción son pasos fundamentales para garantizar la protección de las víctimas, la responsabilización de los agresores y la promoción de relaciones igualitarias y libres de violencia. Sin embargo, es crucial reconocer que la existencia de leyes y lineamientos es sólo el primer paso, ya que su efectiva implementación, acompañada de la asignación de recursos adecuados y la capacitación de profesionales en diversos sectores (salud, justicia, educación, etc.), es esencial para lograr un impacto real en la reducción de la violencia de pareja.

El camino hacia la erradicación de la violencia de pareja en México es largo y desafiante, pero la comprensión profunda del problema y el compromiso con la implementación de estrategias integrales y sensibles al contexto son pasos esenciales en la dirección correcta.

¿SABÍAS QUE...?

- El 25 de noviembre se conmemora en México el día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer.

- La ONU declaró el 25 de cada mes como el Día Naranja para recordar la importancia de emprender acciones que busquen la eliminación de la violencia contra las mujeres.
- La mayoría de los agresores han tenido como antecedentes el haber cometido actos de maltrato animal.
- Las mujeres son víctimas desde niñas por su aspecto físico, con más frecuencia que los hombres.

REFERENCIAS

- Alcázar, M. y Gómez-Jarabo, G. (2001). Aspectos psicológicos de la violencia de género. Una propuesta de intervención. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 1(2), 33-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518096>
- Alfocea, J. y Ponce, F. (2019). Perspectiva criminológica sobre la violencia de género. *La razón histórica*, (43), 104-121. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/69705/1/LRH%2043.8.pdf>
- Alvarado, M. (2024). Mujeres insurgentes: la participación femenina en la independencia de México. *Horizonte histórico*, (28), 44-57. <https://revistas.uaa.mx/index.php/horizontehistorico/article/view/5415/4357>
- Arrieta, L. y Estévez, E. (2022). *Familias que importan. Acompañar el latido de la vida entre vulnerabilidad y fortaleza. II círculos de encuentro Marisa Moresco*. Narcea ediciones. https://www.google.com.mx/books/edition/Familias_que_importan/yzdcEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Asensi, L. (2007). Violencia de género: consecuencias en los hijos. *Revista psicología científica*, 9(5), 1-22. <https://psicologiaincientifica.com/violencia-de-genero-consecuencias-en-los-hijos/>
- Barrales, M. y Mendoza, B. (2024). Perfiles en las relaciones violentas de pareja. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 13(38), 148-173. https://www.researchgate.net/publication/381947046_PERFILES_EN_LAS_RELACIONES_VIOLENTAS_DE_PAREJA
- Barraza, M. (2023). La teoría de los sistemas ecológicos de Urie Bronfenbrenner como marco para comprender la deserción universitaria. *Collectivus. Revista de Ciencias Sociales*, 10(2), 2-24. <https://doi.org/10.15648/Collectivus.vol10num2.2023.3823>

- Bogantes, J. (2008). Violencia doméstica. *Medicina legal de Costa Rica*, 25(2), 1-5. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152008000200006&script=sci_arttext
- Cámara de Diputados. (2023). *Breve historia sobre la lucha por el voto femenino*. <https://portalciudadano2.diputados.gob.mx/blog/publicacion/breve-historia-sobre-la-lucha-por-el-voto-femenino>
- Cantera, L. y Blanch, J. (2010). Percepción social de la violencia en la pareja desde los estereotipos de género. *Intervención psicosocial*, 19(2), 121-127. <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n2/v19n2a03.pdf>
- Chirino, O. (2020). La violencia de género y los medios de comunicación. *Encuentros. Revista de ciencias humanas, teoría social y pensamiento crítico*, (11), 69-92. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3693034>
- Cirici, A. (2023). Definición de las violencias machistas. *Revista psicosomática y psiquiatría*, (24), 45-49. <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/413120>
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2021). Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639746&fecha=30/12/2021&print=true
- Cuenca, V. y Mendoza, B. (2017). Comportamiento prosocial y agresivo en niños: tratamiento conductual dirigido a padres y profesores. *Acta de investigación psicológica*, 7(2), 2692-2703. <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2017.03.005>
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo Veintiuno. <https://acortar.link/GM7LwL>
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra pareja -revisada- (EPV-R). *Psicothema*, 22(4), 1054-1060. <https://www.psicothema.com/pdf/3840.pdf>
- Fabián-Arias, E., Vilcas-Baldeon, L. y Alberto-Bueno, Y. (2020). Factores de riesgo que influyen en la violencia contra la mujer de parte del cónyuge en la sierra central del Perú. *Revista espacios*, 41(22), 251-267. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n22/a20v41n22p17.pdf>
- Fernández, G., Palomino, M. y Zegarra, S. (2019). Factores socioculturales y su incidencia en la violencia contra la mujer en casos atendidos del centro de emergencia mujer Huancané. *Revista de investigación interculturales*, 1(1), 11-18. <https://doi.org/10.54405/rii.1.1.8>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *La infancia, otra víctima de la violencia de género*. <https://ciudadesamigas.org/violencia-genero-infancia/>
- Galán, J., Vázquez, M. y Rodríguez J. (2019). Propiedades psicométricas de la escala de violencia psicológica en la pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(1), 89-100. <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/rip.12108>
- García, E. y Lila, M. (2023). *Intervención social basada en la evidencia*. Aula magna proyecto clave. McGraw Hill. https://www.google.com.mx/books/edition/Intervenci%C3%B3n_social_basada_en_la_eviden/gV_gEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- García, M. (2023). La víctima y el agresor: perfiles en la violencia de género. *Rediumb*, 1-39. <https://hdl.handle.net/11000/30461>
- González, M. (2018). Breve recorrido por la historia del feminismo. *HistoriAgenda*, 3(35), 106-113. <https://revistas.unam.mx/index.php/historiagenda/article/view/65416>
- González, M. y Cuenca, C. (2022). *Breve manual feminista*. Universidad de Almería. https://www.google.com.mx/books/edition/Breve_manual_feminista/i3FxEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Guardia, L. (2016). Caracterización de la violencia ejercida contra las mujeres y gestión de recursos. *Análisis y detección de la violencia de género y los procesos de atención a mujeres en situaciones de violencia* (pp. 17-18). Ediciones Paraninfo. <https://acortar.link/KjtoCv>
- Guerra, I. (2022). Los estereotipos de género y su incidencia en la violencia contra la mujer. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 6(6), 1599-1614. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3612
- Guerrero, G. (2008). El “otro oro” en la conquista de América: las mujeres indias, el surgimiento del mestizaje. *Estudios latinoamericanos* (22-23), 9-25. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rceilat/article/view/1343>
- Guerrero, L. y Solís, C. (2020). *Guía informativa sobre violencia de género contra las mujeres en el ámbito comunitario*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6352/9.pdf>
- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer. La cara oculta sobre la salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo/Organización Panamericana de la Salud.
- Hirigoyen, M. (2014). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Grupo Planeta. https://www.google.com.mx/books/edition/Mujeres_maltratadas/5R5QAwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México. (2024). *La violencia contra las mujeres en México a través de la historia*. Secretaría de Educación Pública. <https://>

www.inehrm.gob.mx/es/inehrm/La_Violencia_contra_las_Mujeres_en_Mexico_a_traves_de_la_historia

- Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México. (2020). *Las mujeres en la revolución mexicana (1884-1920)*. Secretaría de Cultura. <https://inehrm.gob.mx/recursos/Libros/MujeresRevMex.pdf>
- Intriago-Hormaza, M., & Maitta-Rosado, I. (2021). Factores socioculturales que inciden en el comportamiento de los hombres agresores de violencia de pareja. *Revista científica arbitrada en investigaciones de la salud*, 4(8), 185-196. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0040>
- Jaramillo-Bolívar, C. y Canaval-Eraza, G. (2020). Violencia de género: un análisis evolutivo del concepto. *Universidad y salud*, 22(2), 1-7. <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>
- Kliegman, R., Geme III, J., Blum, N., Shah, S., Tasker, R. & Wilson, K. (2020). Nelson. *Tratado de pediatría*. Elsevier España, S.L.U. https://www.google.com.mx/books/edition/Nelson_Tratado_de_pediatr%C3%ADa/YgDpDwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Cámara de Diputados (2024). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Lídice, R. (2019). *Violencia contra la mujer y maltrato familiar*. Bosch Editor. https://www.google.com.mx/books/edition/Violencia_contra_la_mujer_y_maltrato_fam/iAqyDwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- López, E. (2020). Violencia de género en adolescentes. *Know and share psychology* 1(1), 135-154. <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7810/2941-9234-1-PB.pdf?seq>
- Márquez, M. (2022). Las olas del feminismo, una periodización irreconciliable con la historia. *Historia y comunicación social*, 27(2), 381-387. <https://doi.org/10.5209/hics.84385>
- Martín, A., Gené, J. y Cano, J. (2019). *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia*. Elsevier. https://www.google.com.mx/books/edition/Atenci%C3%B3n_primaria_Problemas_de_salud_en/_yybDwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Martín, J. y Martínez-Otero, V. (2020). *La violencia en la familia*. Dykinson. https://www.google.com.mx/books/edition/La_violencia_en_la_familia/_KoSEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Martínez, E. (2023). *Trauma infantil. Prevención, diagnóstico y tratamientos*. https://www.google.com.mx/books/edition/Trauma_Infantil/h1XcEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0&kptab=overview

- Maya, I. y Holgado, D. (2021). *Qué funciona en la prevención comunitaria. Casos de intervención psicológica efectiva*. Ediciones Pirámide. https://www.google.com.mx/books/edition/Qu%C3%A9_funciona_en_la_preveni%C3%B3n_comunitaria/CFJtEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Méndez, M. P., Barragán, A., Peñalosa, R. y García, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *Psicumex*, 12, 1-19. <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/400/343>
- Mendoza, B. y Maldonado, V. (2017). Acoso escolar y habilidades sociales en el alumnado de educación básica. *Ciencia ergo-sum*, 24(2), 109-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10450491003>
- Mendoza, B., Morales, T. y Martínez, G. (2021). ¿El alumnado que participa en violencia escolar, también participa en episodios de agresión cibernética? *Revista de Investigación Psicológica*, (26), 80-100. <https://doi.org/10.53287/wldl7961me66a>
- Mendoza-González, B., Delgado, I. y García, M. (2020). Perfil de alumnado No involucrado en bullying: descripción a partir de estereotipos de género, crianza, estrategias cognitivas-sociales y sobre ingesta alimentaria. *Anales de Psicología*, 36(3). <https://revistas.um.es/analesps/article/view/337011>
- Mendoza-González, B., Morales Reynoso, T. & Serrano Barquín, M. (2025). Cyberbullying in high school and university: Description, comparison, and associations between behaviors in victims and aggressors. *Interacciones*, 11, e445. <https://dx.doi.org/10.24016/2025.v11.445>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). *Violencia basada en género: Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado*. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>
- Moral de la Rubia, J. y Ramos, S. (2015). Propiedades psicométricas del cuestionario de violencia sufrida y ejercida de pareja. *International Journal of Good Conscience*, 10(2), 109-128. [http://www.spentamexico.org/v10-n2/A8.10\(2\)109-128.pdf](http://www.spentamexico.org/v10-n2/A8.10(2)109-128.pdf)
- National Institute of Justice. (2011). *Program profile: Safe dates*. <https://crimesolutions.ojp.gov/ratedprograms/142#3-0>
- Navarro, N., Salguero, M. A., Torres, L. E. y Figueroa, J. G. (2019). Voces silenciadas: hombres que viven violencia en la relación de pareja. *La Ventana. Revista de estudios de género*, 6(50), 136-172. <https://bitly.ws/3fbB6>

- Neri, J. y Rivera, P. (2024). *Repensar la Agenda 2030. Tendencias de sostenibilidad*. Comunicación científica. https://www.google.com.mx/books/edition/Repensar_La_Agenda_2030_Tendencias_de_so/efT-EAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Observatorio de medios de comunicación en materia de perspectiva de género y derechos humanos en Michoacán. (2021). *La cuarta ola del feminismo*. <https://michoacan.gob.mx/observamich/la-cuarta-ola-del-feminismo/#:~:text=La%20cuarta%20ola%20feminista%20actual,al%20tomar%20posesi%C3%B3n%20Donald%20Trump>
- Olvera, B. (2021). *Escenarios de violencia contra las mujeres. Hacia la construcción de propuestas para su erradicación*. Instituto Nacional de Ciencias Penales. https://www.google.com.mx/books/edition/Escenarios_de_violencia_contra_las_mujer/E3lYEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Olvera, J., Arias, J. y Amador, R. (2012). Tipos de violencia en el noviazgo: estudiantes universitarios de la UAEM, Zumpango. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 1-22. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num1/Vol15No1Art8.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (2023). *La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo*. <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>
- OpenAI. (2025). *El ciclo de la violencia* (Imagen generada por inteligencia artificial). Imagen creada con ChatGPT.
- Reveles, P. I., Bravo, V., Ortega, I. A., Lozano, M., Campos, D. P., Cuevas, R. y Flores, L. A. (2020). Validación de la escala de predicción de riesgo de violencia grave de pareja en el contexto urbano de la ciudad de Chihuahua, México. *Acta de investigación psicológica*, 10(3), 20-32. <https://www.redalyc.org/journal/3589/358971699003/html/#B10>
- Rincón, P. y Salas, J. (2021). Violencia contra las mujeres en Chile. *Violencia contra las mujeres en España y América Latina*. Universidad Alcalá. https://www.google.com.mx/books/edition/Violencia_contra_las_mujeres_en_Espa%C3%B1a/UGzrzgEACAAJ?hl=es-419
- Rodríguez, M. (2009). México, independencia, mujeres, olvido, resistencia, rebeldía, dignidad y rescate. *Revista alegatos*, (73), 356-380. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r23947.pdf>
- Rodríguez, V. (2021). *Vulnerabilidad de las víctimas desde la perspectiva de género. Una visión criminológica*. Dykinson. https://www.google.com.mx/books/edition/Vulnerabilidad_de_las_v%C3%ADctimas_desde_la/SoVjEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Rojas-Solís, J. (2023). Capítulo 8: Factores de protección de la violencia de pareja en adolescentes y jóvenes. En D. Espinoza-Guzmán, M. Urbalejo-Porras, I. Rojas-Alonso y

- J. Rojas-Solís (Eds.). *La investigación, prevención e intervención en la violencia de pareja de adolescentes y jóvenes del estado de Puebla* (pp. 140-151). Consejo de Ciencia y Tecnología de Puebla. <https://www.academica.org/ismael.rojas.alonso/10.pdf>
- Saavedra, F. y Trinidad, B. (2021). *Violencia contra la mujer infligida por la pareja: prevalencia, denuncia y factores de riesgo en Chile*. World Bank Group. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/356321627068840006/prevalencia-denuncia-y-factores-de-riesgo-en-chile>
- Saldívar, G., Moreno, A. y Trejo, J. (2022). Exposición a la violencia familiar y violencia en el noviazgo en adolescentes de Ciudad de México: factores protectores y riesgo. *Psicología Iberoamericana*, 3(2), 1-26. <https://doi.org/10.48102/pi.v30i2.475>
- Sandua, D. (2023). *La evolución del feminismo y la lucha por la igualdad de género*. Amazon digital services LLC-Kdp. https://www.google.com.mx/books/edition/LA_EVOLUCI%C3%93N_DEL_FEMINISMO_Y_LA_LUCHA_P/xw7QEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Sanmartín, J. (2004). Factores sociales. En R. Gelles y M. Cavanaugh (Eds.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. (pp. 51). Ariel.
- Sans-Díez, J. y Moya, J. (2005). *Violencia de género. Ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género*. Ediciones Experiencia. <https://acortar.link/k1oQW8>
- Soler, E., Barreto, P. y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2), 267-274. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3098>
- Universidad Nacional Autónoma de México (2024). *El movimiento feminista en México, una lucha permanente contra la violencia de género*. https://repositorio-uapa.cuaieed.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/2854/mod_resource/content/1/UAPA-Movimiento-Feminista-Mexico-Lucha-Permanente-Contra-Violencia-Genero/index.html
- Vacacela, S. y Mideros, A. (2022). Identificación de los factores de riesgo de violencia de género en el Ecuador como base para una propuesta preventiva. *Desarrollo y sociedad*, 1(91), 111-142. <https://doi.org/10.13043/dys.91.3>
- Valdez-Santiago, R., Hijar-Medina, M. C., Salgado, N., Ribera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 48(2), 1-11. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31378.pdf>

- Varela, N. (2019). *Feminismo para principiantes (edición actualizada)*. Ediciones B. https://www.google.com.mx/books/edition/Feminismo_para_principiantes_edici%C3%B3n_ac/Nc6GDwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. Harper & Row. https://www.google.com.mx/books/edition/_/6MgPAQAAMAAJ?hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjhhOD6w62IAxW7G9AFHaD7AyMQ7_IDegQIGRAD
- Whaley, J. (2001). *Violencia intrafamiliar. Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales*. Plaza y Valdés. <https://acortar.link/1X9H4t>
- Zambrano, K., & Macías-Cruzatty, F. (2023). Las tecnologías de información y comunicación en la prevención de la violencia de género en universitarios. *Revista polo del conocimiento*, 8(8), 309-330. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5848/14598>

TERCERA EDAD

CAPÍTULO 4

SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

*Martha Elizabeth Zanatta Colín**

*Larissa Desiree Plata Zanatta***

RESUMEN

La finalidad del presente capítulo es comprender la etapa de la vejez y los factores que favorecen la calidad de vida. Para ello se recuperaron aportaciones teóricas, de investigación y disposiciones de organismos internacionales y nacionales para favorecer el bienestar y la salud mental de dicho sector de la población. Se establece un marco teórico y conceptual para comprender la salud mental, la calidad de vida y el bienestar en la etapa del envejecimiento, desde una perspectiva biopsicosociocultural. Sienta las bases para entender la complejidad del bienestar en la vejez, considerando las múltiples dimensiones que lo configuran y la necesidad de abordajes integrales para su promoción.

ANTECEDENTES

Los tratados actuales sobre el envejecimiento coinciden en señalar el incremento constante de este sector de la población con las consecuentes implicaciones para la economía, los sistemas de salud y la imperante necesidad de comprender los factores que favorecen la salud mental y el bienestar de las personas mayores, como elementos esenciales para incidir en su calidad de vida. El enfoque teórico de la psicología positiva aborda el tema de la vejez desde temáticas de envejecimiento saludable, vejez productiva, envejecimiento positivo. Las temáticas de dicho enfoque pretenden

* Doctora en Educación, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Doctora en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

explorar los factores que intervienen en la salud mental, calidad de la vida y bienestar de los adultos mayores para mejorar sus niveles, a través de la prevención y la intervención. El modelo médico argumenta que las personas que se encuentran en esta etapa de la vida presentan, en grado variable, problemas de salud y discapacidad que deben ser diagnosticadas para una comprensión, intervención y manejo adecuado. Los problemas de salud y la discapacidad que conlleva a la disminución de la autonomía se presentan en grado variable y condicionan la salud mental y la calidad de vida de las personas de dicho grupo etario.

Gálvez et al. (2020) recuperan la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 como sustento de su investigación sobre salud mental y calidad de vida en los adultos mayores. Dicha organización considera a las personas de la tercera edad como aquellas que superan los sesenta años; la clasificación de dicha etapa comprende tres rangos: vejez temprana (65 a 74 años), intermedia (75 a 84) y avanzada (85 en adelante), asociados a problemas de salud de grado variable. En dichos períodos se presentan cambios en el cuerpo, los roles, las relaciones familiares y sociales, problemas de salud física, mental y emocional, que se van incrementando conforme avanza la edad. No obstante, se manifiestan en forma diversificada entre las personas que se encuentran en un determinado período. Martínez et al. (2018) proponen tres tipos de envejecimiento: vejez patológica, vejez normal y vejez con éxito. La ONU (2002) promulga el envejecimiento activo que se caracteriza por mantener la salud física y mental y la participación en los diferentes espacios, durante el mayor tiempo posible. Los problemas relacionados con la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores son multifactoriales, comprenden factores biopsicosocioculturales.

DESARROLLO

Se parte de la premisa de la pertinencia del enfoque biopsicosociocultural para comprender la salud mental, la calidad de vida y el bienestar en la etapa de envejecimiento. El enfoque permitirá analizar los factores implicados en cada dimensión: el contexto sociocultural, la calidad de vida, la salud mental y emocional, los factores biológico-constitucionales y psicológicos, como soporte para los programas de prevención e intervención para favorecer un envejecimiento activo y saludable.

Aspectos socioculturales en la tercera edad: envejecimiento

La última etapa de la vida ha recibido diversas denominaciones: vejez, ancianidad, periodo involutivo de la vida, adulto mayor, adulto en plenitud, longevo; tiene una connotación evolutiva que marca el período final del ciclo vital y se asocia a cambios biopsicosociales asociados a problemas de salud y disminución de la autonomía por discapacidad motora, visual, auditiva e incluso mental (Alvarado y Salazar, 2014). Se infiere un cambio inverso en la pirámide poblacional con el consecuente envejecimiento de la población, situación que impacta en la economía por la disminución del sector productivo de la población y la demanda de servicios de salud (OMS, 2020a).

El significado de la vejez comprende una construcción sociocultural que condiciona representaciones con connotación negativa que promueven la discriminación de este grupo de edad. Las culturas, a lo largo del tiempo, han construido diversas representaciones de la vejez que implican estereotipos, prejuicios y estigmas que se instauran en el imaginario social y condicionan identidades deterioradas y estrategias de intervención no pertinentes. Bravo-Rondón y Lamus de Rodríguez (2020) argumentan que prevalece una “representación social prejuiciada, *edadista* que ha permeado las formas de ofrecer atención integral gerontológica a este grupo poblacional” (p. 216).

Marzioni y Billoud (2019) proponen el concepto de *viejismo* como la representación de connotación negativa que asocia a las personas mayores con una imagen deteriorada, la pérdida de la funcionalidad, utilidad, problemas de carácter, discapacidad, decadencia y enfermedad. Dicha representación negativa permea el imaginario social estructurando un conjunto de creencias que determinan los juicios y atribuciones hacia las personas de edad avanzada, conformando estereotipos estigmatizados que se generalizan en el pensamiento social del grupo. Aun este tipo de representaciones son internalizadas por las personas adultas mayores, lo cual afecta su concepto y autoestima. La palabra viejo o anciano suele tener un sentido despectivo y emplearse para agredir u ofender. La generalización de este tipo de representación estigmatizada conduce a la exclusión y la discriminación generando la violación de los derechos humanos y la negación al ejercicio de su ciudadanía, su libertad y la dignificación de su identidad. El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2023b) reporta un incremento en los índices de discriminación hacia determinados grupos de personas que comparten alguna característica en

común, que es contraria a las representaciones idealizadas en el contexto social; la edad avanzada es una de ellas.

La representación positiva de la vejez comprende la valoración de las personas en su sabiduría, fortaleza, su experiencia de vida, sus talentos, considerando que son dignos de respeto y agradecimiento por sus contribuciones. La percepción positiva de su carácter conlleva atributos como: son cariñosos, amables, atentos, optimistas, con buena disposición hacia los demás y un sentido de vida positivo. Lo anterior lleva a considerar la vejez como la “etapa dorada”. Las representaciones positivas y negativas de la vejez comprenden estereotipos estigmatizados o dignificados que condicionan el tipo de trato y la atención que se brinda a los adultos mayores (Almejo y Torres, 2022).

Por tanto, se requiere promover un cambio de paradigma hacia la representación de la etapa de envejecimiento, que se oriente a apreciar sus condiciones constitucionales, personales y sociales; promover su participación social, su ejercicio ciudadano, el cual le permita gozar de todos sus derechos y de la libertad para decidir su estilo de vida. Para reconstruir el significado de la vida en dicha etapa, el apoyo social y la reivindicación de la vejez son esenciales para promover una valoración del adulto mayor que favorezca un sentido de sí y una identidad dignificada.

El modelo humanista recupera el sentido de la trascendencia y la espiritualidad en contraste a un modelo utilitario centrado en lo económico. El cambio de las disposiciones culturales es fundamental en la dignificación y noción positiva de la vejez. La dignificación de la vejez debe estar sustentada en la consolidación y ratificación de una ciudadanía activa con pleno uso de los derechos humanos (Marzioni y Billoud, 2019).

En congruencia, Márquez (2022) enfatiza la importancia de las representaciones sociales de los adultos mayores en relación con la salud-enfermedad y calidad de vida; asimismo, insiste en que dichas representaciones condicionan las prácticas de autocuidado que son fundamentales para el éxito de los programas de intervención dirigidas a este grupo etario. La autora reporta las representaciones sociales sobre la salud en un grupo de adultos mayores, relativas a mantener su funcionalidad, bienestar, ausencia de dolor y de malestares. Por otra parte, Aguilar y Arganis (2021) realizaron un estudio para explorar las representaciones sociales de los cuidadores primarios de los adultos mayores en relación con los valores y finalidades de su función, reportando que dichas representaciones se ven condicionadas por la red de apoyo familiar y social del contexto de la persona adulta mayor.

Es importante analizar la pertinencia del tipo de representaciones que sustentan la construcción de las políticas públicas y los programas sociales dirigidos a este sector de la población. Los factores sociales que se asocian a la calidad de vida del adulto mayor comprenden dimensiones relativas a la situación económica, servicios sociales y de salud, programas de intervención, disposiciones del contexto para favorecer su integración y funcionalidad y, en específico, el apoyo que brindan la red social y el grupo familiar para la atención, cuidado, ayuda, apoyo y afecto. La calidad de vida de los adultos mayores se ve condicionada por dicha red, la inclusión social, el respeto de sus derechos y la equidad de los servicios asistenciales.

La OMS (2015) señala como factores a considerar en la salud y la calidad de vida en la etapa del envejecimiento: combatir los estereotipos estigmatizadores, la discriminación y la inequidad. El informe de esta organización reporta que la salud mental y la calidad de vida están determinadas por aspectos socioeconómicos y, por tanto, se observan condiciones de inequidad. Por lo tanto, las estrategias de intervención requieren orientarse a promover el empoderamiento de los adultos mayores para afrontar cambios y desafíos, establecer condiciones y disposiciones en el contexto que promuevan su desarrollo e integración, instrumentar estrategias de prevención e intervención pertinentes en asistencia social y de salud.

Calidad de vida, salud mental y emocional en la tercera edad

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015) propone una noción de calidad de vida relativa a la percepción de una persona sobre sus condiciones de vida en su contexto sociocultural, en donde intervienen aspectos objetivos y subjetivos. Los primeros se refieren a las condiciones económicas, servicios de salud, educación y seguridad social. Los segundos son relativos a cogniciones y valores que condicionan la apreciación de su satisfacción y sentido de bienestar por la realización de sus metas y necesidades psicosociales. Rubio et al. (2015) definen la calidad de vida como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que otorgan a la persona satisfacción de sus necesidades psicosociales. Como se observa en dicha definición, los constructos teóricos calidad de vida y bienestar se encuentran íntimamente relacionados.

El bienestar psicológico comprende la prevalencia de emociones positivas, la satisfacción con la vida, con los logros obtenidos y con los roles y funciones desarrollados (Moysén y Zanatta, 2024). La noción de calidad de vida comprende el bienestar que se configura por el estado de ánimo, las emociones positivas y la satisfacción con la vida. El bienestar psicológico es un importante elemento de la salud mental, y ésta se caracteriza por experimentar un estado de satisfacción y bienestar emocional y sociocultural, generado por los procesos psicológicos que permiten la capacidad para funcionar y resolver problemas en el contexto social. Asimismo, posibilita el desarrollo de las potencialidades de tipo cognoscitivo, afectivo y conductual en la realización personal y las relaciones sociales establecidas. Esto es, el funcionamiento óptimo en el trabajo, la convivencia y la recreación. En los indicadores de la salud mental se encuentra comprendida la salud emocional.

La salud emocional implica el manejo adecuado o autorregulación de las emociones y la prevalencia de emociones positivas, como paz, seguridad, tranquilidad, sensación de bienestar y motivación para alcanzar metas. La capacidad para manejar las emociones negativas a través del *Insight* de las motivaciones que las provocan y las habilidades para modificar las cogniciones, creencias y estilos atribucionales que las producen, resultan esenciales para mantener el equilibrio y la paz mental. Dicho estado da cuenta de las capacidades socioemocionales que la persona ha logrado a través de su desarrollo y formación en espacios familiares, escolares y socioculturales.

La OMS (2004) vincula la salud mental con el bienestar, en tanto que la define como un estado completo de bienestar físico, mental y social favorecido por condiciones biológicas, psicológicas y sociales que permiten el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la persona para resolver tensiones, trabajar en forma productiva y contribuir a su comunidad. Dicha organización indica que no debe relativizarse la salud mental a la ausencia de enfermedad. En congruencia, el psicoanálisis culturalista sostiene que la salud mental es determinada por la satisfacción de necesidades que son condicionadas por el sistema socioeconómico, político y cultural. Para este enfoque humanista, la salud mental requiere satisfacer las necesidades de identidad, vínculo y arraigo, de orientación para reconstruir un sentido de vida mediante su realización a través del trabajo y el amor productivo y, así, lograr la satisfacción de la necesidad de trascender. La frustración de dichas necesidades conduce a vacío existencial, soledad anímica, frustración y enfermedad (Ubilla, 2009). La vejez avanzada genera condiciones de vida que dificultan la satisfacción de las necesidades humanas, descritas por Fromm.

En síntesis, la calidad de vida, la salud mental y el bienestar se encuentran interrelacionados. Asimismo, la salud mental es condicionada por el estado biológico y psicosocial de la persona. La interrelación mente-cuerpo expresa la implicación inmediata de la salud mental en la salud corporal. Más aun, el ser humano presenta una relación biunívoca de equilibrio entre su salud mental y emocional para su salud corporal. En consecuencia, las dimensiones de la salud: mental, emocional y corporal determinan la calidad de vida y el bienestar de las personas en edad avanzada (Gálvez et al., 2020).

Los factores psicológicos desempeñan un papel esencial en la generación de trastornos psicofisiológicos. En específico, se ha comprobado la asociación entre las emociones negativas y la aparición y desarrollo de enfermedades mentales y físicas. Los hallazgos reportados en investigaciones en el área de la psicofisiología permiten afirmar la influencia de las emociones negativas en el desarrollo de disfunciones fisiológicas, como problemas cardiovasculares y del sistema inmune, arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dolor muscular, cefaleas crónicas o diversos tipos de dermatitis. En dichos padecimientos, las personas presentan niveles altos de ansiedad y estrés crónico (Piqueras et al., 2009).

Los factores asociados a la calidad de vida en los adultos mayores son:

1. Factores constitucionales relativos a la salud, preservación de la autonomía, ocupación y funcionalidad en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales.
2. Factores psicológicos como creencias y atribuciones a la etapa de la vejez y la satisfacción con la vida.
3. Factores sociofamiliares, en especial la integridad y adaptación familiar, las relaciones con amigos y vecinos que favorecen el apoyo social percibido.
4. Factores culturales consistentes en la participación en comunidad y aspectos de ciudadanía (Valdez, 2018).

Los factores psicosociales más consistentes relativos a la satisfacción con la vida y el bienestar, en el adulto mayor, son la actitud positiva ante la vejez y la ausencia de malestar por sentirse solo o excluido y por falta de apoyo social (Acosta et al., 2017).

Factores biológicos y constitucionales

La etapa de la vejez se asocia al deterioro de órganos y tejidos por la acumulación de daños moleculares y celulares a través del tiempo, con la consecuente disminución gradual de capacidades físicas y psíquicas, en especial de tipo cognitivo, y la aparición de enfermedades. La discapacidad y las enfermedades crónicas condicionan la disminución de las actividades y el aislamiento social con consecuencias para la salud emocional y mental (Balladares et al., 2023).

En consecuencia, Ornelas y Ruíz (2017) afirman que las emociones negativas en los adultos mayores, la hipersensibilidad ante el rechazo y los conflictos interpersonales se asocian a depresión, trastornos físicos y psicológicos. Medina-Mora et al. (2003) reportan que la mayor incidencia de trastornos mentales en las personas de edad avanzada son la depresión, ansiedad y trastornos del sueño. En un menor porcentaje, se presentan trastornos mentales mayores, como psicosis delirantes, demencias y alcoholismo.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023a), en su reporte de resultados obtenidos a través de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento, concluyen que existe una alta incidencia de trastornos psicológicos y psicofisiológicos en los adultos mayores: depresión y ansiedad como los más prevalentes en mujeres; adicciones y trastornos de sueño y de conducta, en los hombres. Los problemas de salud corporal más frecuentes en adultos mayores son: hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y artritis. Los trastornos se asocian a estilos de vida no saludables y condiciones psicosociales adversas.

Factores psicológicos

Es indudable que la vejez es un período que se encuentra vinculado a cambios en las representaciones sobre el cuerpo, los tipos de roles, las relaciones con los otros y el cambio en la misión y visión de vida. Dichos cambios pueden conllevar a una crisis de identidad. La identidad para algunos teóricos, como Goffman y Erikson, se configura por el tipo de representaciones sobre el cuerpo, lo psíquico y lo social. En congruencia, si cambia el cuerpo, las funciones o roles y las relaciones con los otros, se crean vacíos de significados que provocan crisis del sentido de sí, lo cual,

necesariamente, conduce a una reconstrucción de la identidad desde una tendencia hacia una disposición positiva o negativa.

Erikson (2000), en su obra *El ciclo vital completado*, desde su postura evolucionista acorde a su teoría epigenética, argumenta respecto a la construcción de la identidad en esta etapa de la vida, en relación con la tendencia hacia dos polos: la integridad y sabiduría o desesperanza y vacío, que estos polos condicionan el bienestar o malestar psicológico. La tendencia hacia el polo positivo de la reconstrucción de la identidad hacia la integridad comprende: la aceptación de sí, la integridad emocional, la espiritualidad como vivencia del amor universal, la convicción del propio estilo de vida e historia de vida, la confianza en sí mismo y en los demás. Los factores que favorecen esa reconstrucción: sabiduría, fe y esperanza (también denominada identidad existencial), desde la teoría psicosocial de Erikson, se centran en lograr las metas evolutivas en las diferentes etapas del ciclo evolutivo y en esta etapa de la vida.

En contraste, la no superación de la crisis de identidad o la reconstrucción de la identidad hacia el polo negativo de desesperanza comprende: temor a la muerte, desesperación, dogmatismo, desdén y vacío existencial y de significado de la vida. Dichos rasgos afectan las relaciones sociales con el consecuente sentimiento de soledad y el surgimiento de emociones negativas que pueden generar trastornos fisiológicos y psicológicos.

Las metas de los diferentes estadios evolutivos se logran por las propias capacidades personales, las condiciones sociofamiliares y las disposiciones culturales. Parafraseando a Fromm, el carácter, configurado por capacidades personales, condiciona los procesos de asimilación y socialización; esto es, las disposiciones de la persona para canalizar su energía en el trabajo, las relaciones sociales, las formas de obtener placer y su actitud ante la vida. Fromm parte de la premisa del tipo de carácter determinado por la superación de las etapas tempranas cuyo estancamiento en alguna etapa conduce a una determinada caracterología. Dichas caracterologías, de acuerdo con Fromm, son condicionadas por el tipo de sistema socioeconómico y cultural, en específico, los determinantes del sistema para favorecer, o bien, obstaculizar el desarrollo de sus capacidades y la satisfacción de sus necesidades. La meta de desarrollo es la constitución de un carácter productivo que comprende el lograr la superación de todas las etapas y orientarse hacia el trabajo productivo, el amor productivo y satisfacciones acordes a su edad cronológica (Fromm, 2012).

La vejez es la etapa que sintetiza las metas evolutivas logradas que se dimensionan en el tipo de carácter del adulto mayor y en sus fortalezas o deficiencias para enfrentar los desafíos de la conclusión de su ciclo vital. Estos desafíos implican el cambio en las representaciones, los roles, así como en las pérdidas en relaciones sociales y familiares que conducen a sentimientos de soledad (desvinculación). Un reto importante consiste en superar la principal dicotomía existencial, propuesta por Fromm: aceptar su vida y, a la vez, aceptar su muerte; esto se logra a través de la espiritualidad, la ideología de trascendencia y la gratitud por su propia realización. La superación de dichos retos y desafíos se determina por factores de la condición física o estado de salud y capacidad de funcionamiento (sentirse activo y útil), pero también por factores relativos a la personalidad saludable que comprende, de acuerdo con Fromm (2012), lo heredado (temperamento) y lo adquirido (carácter).

El enfoque teórico cognitivo conductual que sustenta a una rama de la psicología positiva propone la personalidad propositiva y resiliente, configurada por capacidades que la persona ha logrado desarrollar a lo largo de su vida: manejo de emociones, afrontamiento funcional, actitudes y creencias positivas ante la vida, además de experimentar el sentirse integrado y con apoyo familiar y social. Cardona-Arango et al. (2019) consideran que el adulto mayor se enfrenta a nuevos retos y desafíos relacionados con encontrar un nuevo significado de vida, una reconstrucción de sus roles, funciones y relaciones sociales. En un estudio para identificar la relación entre las fortalezas del carácter y la satisfacción con la vida, Noronha y Martins (2016) emplearon una escala que se sustenta en la propuesta de Seligman referente a fortalezas del carácter; entre los factores que comprenden dichas fortalezas están la gratitud, esperanza, amor, perseverancia e inteligencia social, todo ello tiene relación con la satisfacción con la vida.

De esta manera, la actitud positiva ante la vejez ha reportado asociación positiva con el bienestar y satisfacción con la vida. En contraste, la disposición negativa hacia esta etapa se asocia con depresión, agitación o ansiedad y con la experimentación de soledad anímica o vacío existencial. Asimismo, dicho sentimiento de soledad se presenta en forma prevalente en personas con poco apoyo social y familiar que se incrementa en la vejez intermedia y avanzada (Acosta et al., 2017). En congruencia, Andrade et al. (2022) reportan datos consistentes entre la asociación del apoyo social y la percepción de soledad, vulnerabilidad (fragilidad o indefensión ante posibles daños) e insatisfacción con la vida en adultos mayores.

Asimismo, Acosta et al. (2017) reportan que el sentimiento de soledad experimentada, como malestar emocional por sentirse incomprendido, rechazado, marginado, con carencia de apoyo y contacto social, se relaciona con depresión. La teoría psicodinámica considera que la depresión comprende un estado de ánimo caracterizado por experimentar vacío existencial, sentimiento de inutilidad o futilidad, sin motivación o carencia de sentido, solo y culpable. Estos datos evidencian la importancia de la intervención para incidir en actitudes positivas de los adultos mayores hacia esta etapa de la vida y de la creación de redes de apoyo social y familiar como dimensiones esenciales de los programas de intervención, en específico en el nivel de intervención primaria, que es la prevención.

Estrategias de intervención

La Agenda 2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulga la década del envejecimiento saludable como estrategia de intervención para promover los derechos humanos y combatir la discriminación de las personas adultas mayores. Los principios rectores de la instrumentación de esta recomendación de la OMS (2020a) se refieren a preservar los derechos a la salud, la equidad en el acceso a los servicios, la integración en su comunidad y a la ciudadanía activa respetando su participación en la vida pública. En suma, se trata de garantizar la calidad de vida en la etapa de la vejez. Una de las necesidades fundamentales para tener calidad de vida es el logro de la salud física, mental y emocional.

La OMS (2015) propone tres acciones prioritarias como estrategias de intervención: promover mecanismos que favorezcan la salud física y mental, crear entornos favorables y fomentar el desarrollo personal de los adultos mayores. Dichas acciones sustentan el plan de acción internacional que tiene como finalidad una vejez saludable, activa, participativa en un entorno seguro que promueva la dignificación de los adultos mayores. Las finalidades de dicho plan de acción se orientan a lograr la salud en la vejez, desarrollar un sistema de salud pertinente a las necesidades de este sector de la población, instrumentar un sistema de cuidado, favorecer las disposiciones de aceptación e integración en los entornos y mejorar la evaluación del estado psicosocial de las personas adultas mayores para la intervención oportuna. Asimismo, prepararlas para aceptar los cambios en la forma de vida que conlleva dicha etapa.

En relación con lo anterior, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2021) propone preservar los derechos humanos relativos a la equidad en materia legislativa, el acceso a servicios de salud y seguridad social, el consentimiento informado para todo tipo de decisiones respecto a su vida y patrimonio, cuidar la independencia y la autonomía. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2012) propone cuatro ejes de atención: promover una cultura del envejecimiento que permita combatir la discriminación y la inequidad, la seguridad económica para satisfacer necesidades básicas, el envejecimiento activo por medio de favorecer la salud mediante el desarrollo de disposiciones hacia estilos de vida saludable, la participación e integración activa en la sociedad y, por último, la creación de leyes que respeten los derechos humanos de este sector.

Con sustento en dichos ejes, el Estado construirá las políticas y leyes que aseguren la calidad de vida de las personas adultas mayores, coadyuvando a su salud mediante la atención de sus necesidades, su integración, participación ciudadana y sus derechos humanos. No obstante, la instrumentación de dichas políticas y leyes muestran poco avance. La percepción de la comunidad acerca de la funcionalidad de la gobernanza del sistema se centra en la atención a la salud, la educación y la satisfacción de bienes materiales necesarios para la supervivencia y la seguridad. Los programas de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores requieren sustentarse en la evaluación de las necesidades y del estado biopsicológico y social de la población.

Instrumentos de evaluación y diagnóstico

Un factor importante en la pertinencia de los programas de intervención es que se sustenten en la evaluación y diagnóstico de las necesidades de este sector de la población. Por tanto, en congruencia con una de las acciones prioritarias que marca la OMS, es esencial contar con instrumentos, cuyas evidencias de validez y confiabilidad/precisión permitan explorar su estado biológico, psicológico y social. Algunos de los instrumentos diseñados que cuentan con estudios de sus propiedades se pueden clasificar en Escalas de Evaluación Geriátrica General y en Cuestionarios de Evaluación de Salud Mental y de Bienestar. En otro rubro, se han diseñado escalas para atender casos específicos, para su uso en nivel de intervención terciaria, con la finalidad de

corroborar alguna(s) patología(s) específica(s) explorada(s) a través de historia clínica y evaluación del estado mental. En específico, se busca hacer una valoración con fines de detección temprana de los síndromes que tienen mayor prevalencia en la etapa de la vejez: depresión, ansiedad, demencia y delirio.

Las escalas de evaluación general pretenden explorar el funcionamiento físico, psicológico, en específico, funciones cognitivas, emocionales, de capacidad motora y de funcionalidad. Balladares et al. (2023) proponen una escala de valoración geriátrica integral para adultos mayores, a partir de una batería conformada por: Escala Katz, que evalúa la funcionalidad en el desempeño y autonomía para realizar funciones cotidianas; Escala Pfeiffer, que explora el funcionamiento cognitivo, la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la atención y algunas habilidades de razonamiento matemático básico; por último, el Cuestionario de Yesavage, que mide depresión geriátrica. El artículo reporta que dicha escala, integrada por los instrumentos citados, es útil para diagnosticar problemas de salud en los adultos mayores y para la toma de decisiones en la orientación de los programas de intervención.

Abizanda et al. (2020), en el capítulo 21 de su obra *Tratado de medicina geriátrica*, reportan una batería de varias escalas de evaluación de la funcionalidad de los ancianos: independencia, capacidad física y diagnóstico de discapacidad. Otras baterías de escalas de valoración geriátrica son publicadas por organismos e instituciones de salud, como ejemplo está la Escala de Valoración Geriátrica Integral, publicada por la Secretaría de Salud (2010); en su manual se reportan algunas evidencias y recomendaciones.

En relación con el tipo de envejecimiento se reporta los siguientes instrumentos con estructura de dos o más factores: escala *Successful Aging Inventory* (SAI), que evalúa el envejecimiento exitoso mediante las dimensiones Envejecimiento exitoso global, Desempeño funcional y Factores intrapsíquicos relacionados con la gerotranscendencia, espiritualidad, propósito y satisfacción con la vida (Ruíz et al., 2023). Asimismo, consideran un buen aporte hacia las nuevas dimensiones de satisfacción personal reportada por la estructura factorial de los instrumentos OPQOL-35, SODA y WOOP. Seligman (2016) propone un modelo para alcanzar el estado de bienestar subjetivo que denominó PERMA, como un acrónimo con las iniciales de las dimensiones (en el idioma inglés) que considera necesarias para alcanzar la felicidad: emociones positivas, involucramiento, relaciones positivas, significado y logro. Con sustento en dicho modelo se han diseñado escalas para evaluar el bienestar (Hernández et al., 2018), que cuentan con estudios para comprobar su validez.

Los instrumentos para evaluar la calidad de vida en adultos mayores requieren explorar aspectos de capacidad física, psicológica y de funcionamiento social. Se recomienda explorar la percepción del acceso a servicios y del apoyo familiar y social. Como resultado de un estudio de revisión sistemática, se reportan evidencias de validez y de utilidad clínica en dicha etapa de los siguientes cuestionarios: WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, OPQOL-35, SODA y WOOP (Vélez, 2021). Andrade et al. (2022) reportan los estudios de validez y confiabilidad de los siguientes instrumentos psicológicos que inciden en la salud mental y en la calidad de vida: escala de soledad (UCLA, Loneliness Scale), desarrollada por Russell et al. (1978); escala de apoyo social percibido de Lubenn y escala de satisfacción con la vida de Diener. En población de adultos mayores mexicanos se obtuvieron evidencias de validez de construcción y confiabilidad de la escala de soledad (un indicador objetivo de soledad en la tercera edad, denominada ESTE), validada por González-Tovar y Garza-Sánchez (2021) en España, que reportó una estructura congruente con la original de cuatro factores: soledad social, soledad familiar, crisis existencial y soledad conyugal (González-Tovar y Garza-Sánchez, 2021). Los tipos de soledad y las disposiciones hacia la vejez se reportan en forma consistente en escalas que evalúan dicho sentimiento de soledad.

En un estudio instrumental que tuvo la finalidad de diseñar y obtener evidencias de validez y confiabilidad de un cuestionario para explorar el estilo identitario de integridad en el adulto mayor, la estructura factorial reportó tres factores que integran indicadores de dicho polo positivo: aceptación de sí, de su propia historia, sentimientos de satisfacción de sus logros y capacidad para disfrutar la vida; confianza en sí mismo y en los demás, satisfacción en las metas logradas, valorar su vida, convicción del propio estilo e historia de vida, además de experimentar el sentido de trascendencia (Vera et al., 2023).

Aun cuando se reportan varios instrumentos para evaluar la funcionalidad y los trastornos que se pueden presentar en los adultos mayores, se recomienda seleccionar una batería consistente con las características de la población objeto de estudio y obtener evidencias de validez y precisión en ésta. La aplicación de instrumentos pertinentes es esencial para la toma de decisiones en el diseño del programa de intervención.

CONCLUSIONES

El tema de la salud mental y la calidad de vida en la vejez requieren de un enfoque holístico y transdisciplinar que abarque las esferas de lo biológico, psicológico, social y cultural. El análisis de las condiciones de salud/enfermedad en cada una de dichas esferas, es esencial en la planeación y éxito de los programas y estrategias de intervención. Por lo tanto, se requiere contar con instrumentos de evaluación que reporten evidencias de validez y confiabilidad para la evaluación y diagnóstico de población adulta mayor.

Es necesario dirigir los programas de intervención hacia la promoción de cambios en las diferentes esferas: culturales, sociales, psicológicas y biológico-constitucionales. La primera se refiere a la construcción de una cultura del envejecimiento, que promueva la aceptación de los adultos mayores, el respeto a sus derechos humanos y favorezca la construcción dignificada de su identidad, a través de la valoración de su persona, su integración social y comunitaria, así como su participación ciudadana.

La esfera social requiere de promover ambientes amigables por medio de una red de interacción, comunicación, participación y apoyo. La red de apoyo la constituyen familiares, amigos y vecinos; pero también es necesario que las instituciones de atención a la vejez promuevan actividades de formación, ocupación en tareas significativas, integración social, participación ciudadana, actividad física y lúdica. Asimismo, se promueva el acceso a servicios de salud y de asistencia socioeducativa.

La esfera personal se ocupa de promover creencias y atribuciones positivas que les permitan valorar su nuevo tipo de vida y logren desarrollar una disposición hacia un estilo de vida saludable. Lograr una conciencia de su participación comprometida para mantener su salud mental y mejorar su calidad de vida; por ejemplo: desarrollar actividad física; utilizar tiempo en su propia formación, es decir, seguir desarrollando conocimientos y competencias cognitivas; reconstruir su filosofía de vida, y desarrollar habilidades socioemocionales y de integración en su grupo de amigos y sociofamiliar.

El modelo PERMA de Seligman (2016) ha sustentado programas de intervención para adultos mayores, que se dirigen a modificar actitudes y creencias para una disposición positiva hacia su vida en esta etapa; favorecer el involucramiento a través de redes de apoyo social y capacidades sociales para establecer vínculos positivos; regulación emocional para incidir en emociones positivas; orientar hacia las actividades

de actualización, ocupacionales y lúdicas de su interés para favorecer un significado y sentido de vida que le permita la autorrealización.

Fernandes et al. (2009) proponen la planeación de la intervención para favorecer la salud en tres niveles:

- Intervención primaria: dirigida principalmente a la prevención, entendida como la educación a la comunidad para modificar actitudes en las esferas sociocultural, familiar y personal, para crear disposiciones que promuevan la salud mental. Las acciones comprenden la recomendación para construir políticas públicas sociales y de salud comunitaria que incidan en la aceptación, valoración y dignificación de la vejez; establecer programas educativos para prevenir enfermedades y riesgos epidemiológicos; establecer estrategias a fin de modificar conductas de riesgo y fomentar la adherencia terapéutica; implementar programas para favorecer el desarrollo humano, en relación con educación sobre estilos de vida saludable; desarrollar capacidades socioemocionales, cognitivas y actitudinales.
- Prevención e intervención secundaria: está dirigida a acompañar a los pacientes en la realización de diagnósticos, canalizar a asistencia especializada, orientar a pacientes y familiares, así como favorecer el seguimiento terapéutico.
- Prevención terciaria: consiste en dar seguimiento a los pacientes para evitar el agravamiento.

Asimismo, la intervención en trastornos de salud mental y emocional desde un enfoque biopsicosocial requiere que se otorguen cuidados paliativos y la atención a cuidadores y familiares.

La OMS (2015) afirma que para lograr el envejecimiento activo es necesario aplicar acciones desde la esfera macro (político, económico, sociocultural), la esfera micro (contexto social de apoyo y promoción de la salud, sistemas sanitarios y educativos) y la esfera onto (creencias, valores, actitudes, estilos de vida, desarrollo emocional, entre otros). En síntesis, intervenciones dirigidas a las esferas biopsicosocioculturales.

¿SABÍAS QUÉ...?

- 14% de las personas adultas mayores padecen un trastorno mental.

- Para la prevención de las enfermedades se requiere de la educación de la población para adquirir estilos de vida saludable.
- El tiempo de vida funcional de los adultos mayores se incrementa con la actividad y participación familiar y social.
- Se le denomina demencia senil a un conjunto de síndromes que se caracterizan por la pérdida de memoria y la dificultad de procesar el pensamiento.
- La Organización Mundial de la Salud ha elaborado manuales para favorecer la activación de los adultos mayores, así como para enfrentar problemas de estrés y depresión, que incluso pueden ser aplicados por terapeutas no especializados.

REFERENCIAS

- Abizanda, P., Rodríguez, L. y Baztán, J. J. (2020). *Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Elsevier.
- Acosta, C. O., García, R., Vales, J. J., Echeverría, S. B. y Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza de la investigación en Psicología*, 22(3), 364-372. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255775010.pdf>
- Aguilar, Y. y Arganis, E. N. (2021). Representaciones sociales del cuidado a personas mayores postradas en Ciudad de México. *Revista de Ciencias Antropológicas*, 28(80), 201-220. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882021000100010
- Almejo, J. R. y Torres, T. M. (2022). Representaciones sociales sobre visualización de la vejez y de los conceptos de anciano, viejo, adulto mayor en estudiantes de bachillerato de Guadalajara, Jalisco. *Anales en Gerontología*, 14(14), 138-156. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/51529>
- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Andrade, P., Sánchez, M. E., Betancourt, D. y González-González, A. (2022). Apoyo social, soledad, vulnerabilidad y satisfacción con la vida en personas mayores de México. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(2), 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11187>

- Balladares, M. B., Ramírez, J. E., Emén, J. P. y Balladares, M. F. (2023). Valoración geriátrica integral para adultos mayores. *Polo del Conocimiento*, 83, 1453-1473. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5755>
- Bravo-Rondón, M. E. y Lamus de Rodríguez, T. M. (2020). Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. Perspectivas desde la UNEFM. *Dominio de las Ciencias*, 6(1), 215-235. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7539766>
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Garzón-Duque, M. O. y Salazar-Quintero, L. M. (2019). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Papeles de población*, 24(97), 9-42. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Fernandes, R., Carmo, M. y Jiménez, S. A. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229019248009.pdf>
- Fromm, E. (2005). *El Miedo a la libertad*. Paidós.
- Fromm, E. (2012). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Fondo de Cultura Económica.
- Gálvez, M., Aravena C., Aranda, H., Ávalos, C. y López-Alegría, F. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 384-399. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400384>
- González-Tovar, J. y Garza-Sánchez, R. I. (2021). La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria*, 38(3), 169-184. <https://www.redalyc.org/journal/180/18067032010/html/>
- Hernández, C. A., Hernández, V. y Prada, R. (2018). Adaptación del perfil PERMA de bienestar subjetivo para adultos mayores institucionalizados colombianos. *Revista Ciencia y cuidado*, 15(1), 83-97. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1235/1191>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (6 de julio de 2023a). *Resultados de la encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM)*, y *Encuesta de Evaluación Cognitiva* [Conferencia de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/VerEsteno_ENASEM21.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (25 de mayo de 2023b). *Encuesta Nacional sobre discriminación (ENADIS) 2022* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENADIS/ENADIS_Nal22.pdf

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (26 de septiembre de 2012). *Políticas públicas para los adultos mayores, situación actual y desafíos*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>
- Marquez, A. V. (2022). Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*, 13(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2107>
- Martínez, T. J., González, C. M., Castellón, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=e
- Marzioni, C. E. y Billoud, L. V. (2019). Las representaciones sociales de la vejez. Un modelo de ampliación ciudadana. *Papeles del Centro de Investigaciones de la FCJS*, 9(20), 73-92. <https://doi.org/10.14409/p.v9i20.8816>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- Moysén, A. y Zanatta, M. E. (2024). Evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de bienestar social en estudiantes universitarios del Estado de México. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 13(36), 213-235, <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v13i36.23113>
- Noronha, A. P. y Martins, D. F. (2016). Asociaciones entre fortalezas de carácter y satisfacción con la vida: un estudio con universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 83-89. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.5>
- Organización de las Naciones Unidas. (8-12 de abril de 2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica*. http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://iris.who.int/handle/10665/186466>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Los *Servicios de Salud Mental se están viendo perturbados por la COVID 19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Panamericana de Salud. (2021). Hacia el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe: ¿no dejar a nadie atrás? *Revista Panamericana de Salud Pública*. Número especial. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.120>
- Ornelas, A. y Ruíz, A. O. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333152922001>
- Pérez, J. y Abellán, A. (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, 2016-2020*. Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. <https://envejecimientoenred.es/estrategia-y-plan-de-accion-mundiales-sobre-el-envejecimiento-y-la-salud-2016-2020/>
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Rubio, D. Y., Rivera, L., Borges, L. C. y González, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*, (61), 1-7. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Ruíz, J. M., Llorente, Y., Romero, I., Herrera, J. L., Duran, T. y Pérez, X. (2023). Envejecimiento exitoso y calidad de vida en personas mayores institucionalizadas del norte de Colombia. *Ciencia y enfermería*, 29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9417390>
- Russell, D. W., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290-294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_1
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica*. <https://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/IMSS-190-10-ER.pdf>
- Seligman, M. (2016). *La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Océano.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(2), 153-162. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200008

- Valdez, J. V. (2018). *Factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor*. [Tesis de grado. Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/6975>
- Vélez, J. F. (2021). Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida de adultos mayores. Un estudio de revisión bibliográfica. *South Florida Journal of Development*, 2(3), 4060-4073. <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n3-020>
- Vera, L., Zanatta, M. E., Moysén, A. y González-Arratia, N. I. (2023). Evidencias de validez y confiabilidad/precisión de la escala: Estilos identitarios de integridad en el adulto mayor (IAM). *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(31), 80-97. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v12i31.21445>

CAPÍTULO 5

CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS MAYORES

*Alejandra Moysén Chimal**
*Martha Cecilia Villaveces López***
*Patricia Balcázar Nava****

RESUMEN

En los últimos años el estudio sobre personas mayores ha cobrado mayor relevancia, ya que el número de esta población se ha ido incrementando, lo que hace necesario prestar atención a los cambios que se tienen en su estilo de vida y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud que presenten. Por lo que el presente capítulo se centra en la calidad de vida respecto a la salud en hombres y mujeres que realizan actividad física y tienen 60 años o más.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Maldonado-Saucedo (2014), la población de personas mayores a 60 años ha incrementado a nivel internacional, y se están convirtiendo en poblaciones longevas. Esto ha llevado a realizar estudios con respecto a incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas agudas, así como las crónico-degenerativas. Sin embargo, a partir de estos cambios demográficos se han desarrollado políticas para fomentar un envejecimiento activo y saludable (Martínez Heredia et al., 2021).

* Doctora en Investigación Psicológica, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Doctora en Ciencias con Énfasis en Psicología, Universidad Autónoma del Estado de México.

*** Doctora en Investigación Psicológica, Universidad Autónoma del Estado de México.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) destaca que entre 2015 y 2050 el porcentaje de los habitantes mayores de 60 años casi se duplicará, pasando de 12 a 22%, y en 2050 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Asimismo, señala que las personas tienen una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, viven más tiempo que antes; en todas partes del mundo se experimenta un incremento en la cantidad y proporción de personas mayores en la población; se espera que para los próximos treinta años siga aumentando.

En México, de acuerdo con Maldonado Saucedo (2014), en 1921 la esperanza de vida se aproximaba a los 32.9 años; de 1942 a 1960 era de 57 años para los hombres y 59 para las mujeres; en 2010 la edad promedio fue de 76.6; y se espera que para 2030 sea de 80.9 para hombres y 81.9 para mujeres. Este incremento de esperanza de vida ha llevado a la necesidad de realizar estudios con respecto a la calidad de vida, salud, relaciones sociales y dinámica familiar y social de las personas adultas mayores.

Se ha establecido que el envejecimiento es resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo cual lleva a un descenso de capacidades físicas y mentales, riesgos de enfermedades y hasta la muerte (OMS, 2022). En la vejez hay deterioro de capacidades físicas y mentales (Soria Romero & Montoya Arce, 2017), pero también se menciona que existe un envejecimiento saludable, el cual se refiere a desarrollar y mantener en edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar (OMS, 2020). Los adultos mayores son más propensos a experimentar eventos adversos de duelo, reducción de ingresos o menor sentido por la jubilación, aunque ellos han hecho contribuciones a la sociedad, muchos son discriminados por su edad (OMS, 2023).

El Objetivo 3 del Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), Salud y bienestar, se centra en el envejecimiento saludable, donde se menciona que las personas mayores contribuyen a la sociedad por más tiempo y con salud en todas las etapas de la vida con cobertura sanitaria universal, sistemas sociales y de salud integrados, centrados en las personas en vez de sistemas basados en la enfermedad. En el objetivo 4 se indica que el envejecimiento saludable requiere de aprendizaje durante toda la vida, que permita a las personas mayores hacer lo que valoran, conservar la capacidad de tomar decisiones y mantener su identidad e independencia, así como sus metas de vida.

La Secretaría de Bienestar, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2021, 2023) y las entidades federativas 2016-2050 del Consejo Nacional de la

Población (Conapo) señalan que en 2024 el crecimiento de la población adulta mayor fue superior al resto de la población. Las personas de 60 años y más representan aproximadamente 12% de la población total del país, con una tasa de crecimiento anual de cerca de 4% durante el último sexenio. Esto en México, a nivel nacional, constituye una cuarta parte de la población total (24.1%); es decir, una de cada cuatro personas tiene 60 años o más.

El Estado de México continúa siendo la entidad con el mayor número de personas mayores a nivel nacional, alcanzando los 4.7 millones. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2020), la edad de las personas se ha alargado a partir de los 65 años, 20.5 años más, pero con un mejor estado de salud y calidad de vida.

En cuanto al envejecimiento en los últimos años a nivel internacional se ha establecido un Plan de Acción de la Estrategia Mundial sobre Envejecimiento y Salud, al cual se han unido la OMS (2020) y la ONU. Se estipulan en la Agenda 2030 los objetivos de desarrollo sostenible, políticas y cursos de acción hacia la Década del Envejecimiento Saludable. Se proyecta que la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 60 años, y después de esto, un promedio de 22 años más, lo cual se va a acelerar más en los próximos decenios; esto seguirá repercutiendo en todos los aspectos de la sociedad debido al envejecimiento de la población, donde la buena salud en la vejez adiciona vida a los años y el aumento de la longevidad va a depender del envejecimiento saludable.

Con respecto a la calidad de vida, Ardila (2003) menciona que es un estado de satisfacción general, el cual surge de la realización de las capacidades de la persona. Para evaluar la calidad de vida general se consideran los diferentes dominios de sus vidas y combinan el peso que le dan a cada uno de los elementos, con un juicio valorativo genérico (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Peña-Marcial et al. (2019) señalan que la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite a los adultos mayores satisfacer de forma adecuada sus necesidades; tener adaptación a su propia condición y a su medio, acorde a su estado de salud. Schalock & Verdugo (2003) mencionan que la calidad de vida depende de factores ambientales y comportamentales que afectan la forma de actuar de las personas.

La calidad de vida se analiza de acuerdo con su salud, habilidades funcionales (habilidad para cuidar de sí mismo), situación financiera, relaciones sociales, actividad

física, servicios de salud, comodidades, satisfacción con la vida y oportunidades de aprendizaje y culturales. La calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite a una persona satisfacer apropiadamente sus necesidades propias y colectivas, donde la perspectiva subjetiva de la calidad puede explicarse como la autonomía y/o capacidad funcional que tiene una persona para realizar actividades básicas. Las actividades colectivas en personas mayores sirven para mejorar y/o trabajar en el logro de la buena salud, reflejándose en un mejoramiento de su calidad de vida (Villareal-Ángeles et al., 2021).

Sanduvete (2004) refiere que los indicadores de la calidad de vida en las personas mayores son: la capacidad de elección para detectar sus necesidades y toma de decisiones; contar con apoyo social formal e informal; tener un estilo de vida independiente, productivo y estar cómodos donde viven; poseer un buen nivel de salud y bienestar; poder ejercer sus derechos y obligaciones; alcanzar sus metas y satisfacción con la vida.

Por otra parte, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el nivel de bienestar derivado de la evaluación de su dominio de vida, considerando el impacto que tiene en su salud, lo que le permite comprender la evaluación sobre su propio estado de salud (Urzúa, 2010). El estado de salud percibido señala la apreciación que las personas adultas mayores tienen sobre su salud física y mental (Raya-Tena et al., 2021). Solorzano Beneditt et al. (2023) señalan la necesidad de autocuidado en adultos mayores, la cual puede repercutir en la disminución de factores de riesgo, ayudar en la promoción de la conducta de autocuidado y que éstos puedan tener una mejor calidad de vida y una vejez saludable.

La investigación sobre CVRS en los últimos años en personas mayores arroja datos de cómo está la percepción sobre salud en esta etapa de la vida. A este respecto, Romero Moreno et al. (2020) analizaron la asociación entre CVRS y variables sociodemográficas, enfermedades crónicas y síndromes geriátricos en una muestra de personas mayores chilenas, y encontraron que la participación social activa influye positivamente en la CVRS. Asimismo, mencionan que la depresión es la variable más significativa en los modelos contrastados, por lo cual proponen que se debe seguir avanzando en protocolos de intervención en la salud mental de esta población.

Marín-Monroy y Castro-Molinare (2013) investigaron la CVRS de adultos mayores pensionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia, donde encontraron que ésta se percibe como buena, aunque los pensionados manifiestan tener mejor función

física que los no pensionados, quienes presentan mejor situación en roles emocionales. Rojas-Reyes et al. (2017) reportan en su investigación sobre CVRS, también realizada en Colombia, que los adultos mayores tienden a valorar menos su salud, además de que viven en situaciones de pobreza, tienen educación escasa y presentan menor calidad de vida por su percepción de la salud y por los diferentes determinantes sociales relacionados con la salud.

Alcañiz & Solé-Auro (2018), en España, explican la calidad de vida de las personas mayores a 80 años, tomando datos transversales de 2011 al 2016 con el EuroQol que resume la salud percibida, encontrando que los factores sociodemográficos, como ser mujer, tener un bajo nivel educativo y pertenecer a una clase social baja, se relacionan con una mala CVRS en edades avanzadas. Asimismo, menciona la presencia de problemas de movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión, los cuales estuvieron altamente correlacionados con la CVRS de las personas mayores, mientras que los problemas de autocuidado y actividades habituales tuvieron una asociación más débil.

Del Campo et al. (2019) realizaron un estudio sobre la frecuencia de asistencia a consulta con el médico familiar y la calidad de vida en España (Castilla de la Mancha), en el que encontraron una elevada asistencia. Los datos que reportan indican que las personas que tienen una menor puntuación en la CVRS, en el EuroQol consumen medicamentos y padecen algunas enfermedades. Por otra parte, señalan que visitaron más al médico las mujeres pacientes con menor clase social, con menor nivel de estudios, los mayores de 65 años, los casados o con pareja y los que viven en zona rural.

De manera específica, en México Cabrera-Piraval et al. (2019) realizaron una investigación sobre la autopercepción del estado de salud en pensionados por complicaciones de diabetes mellitus y la relación con características sociodemográficas familiares, laborales y clínicas en Guadalajara, donde encontraron asociación estadísticamente significativa entre la mala autopercepción del estado de salud en pensionados con una vida laboral igual o menor a treinta años y presencia de insuficiencia renal crónica. Asimismo, López-Rincón et al. (2019), en una investigación en la Comarca Lagunera de Coahuila, de CVRS en hombres y mujeres adultos mayores, encontraron que éstos perciben esta calidad de vida de forma parecida, pero las diferencias entre hombres y mujeres están ligadas al rol social que cumple una mujer o un adulto mayor.

Por otra parte, Peña-Marcial et al. (2019), en un estudio realizado en Guerrero, México, encontraron que 80% de los adultos mayores encuestados manifestó tener una mala calidad de vida, ya que presentan problemas físicos, emocionales y sociales, por lo cual tienen un punto de vista negativo de su salud y su vida.

Fernández-Rodríguez & Sánchez-Gómez (2014) analizaron la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado, en el cual encontraron que los programas de rehabilitación en terapia ocupacional son válidos para la preservación o mejora en términos de funcionalidad y CVRS en ancianos institucionalizados, donde observaron mayor impacto en los parámetros de CVRS en movilidad, dolor y depresión, mientras que en cuidado personal y actividades cotidianas presentaron una ligera mejora. No detectaron diferencias significativas por sexo en CVRS.

Por otra parte, la actividad física en las personas mayores es un factor de protección que ayuda a la salud; sin embargo, en personas sedentarias aumenta el riesgo de enfermedad, pues las personas mayores a 65 años realizan menos actividades físicas (Rubio-Castañeda et al., 2017). Al respecto, Aparicio et al. (2010) mencionan que el ejercicio físico en esta población influye en la calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza de vida, ya que es un factor protector de enfermedades que tienen que ver con la edad, impactando en las funciones físicas, sociales y psicológicas.

García-Gonzales & Froment (2018) mencionan que existen beneficios de la actividad física en la autoestima y la calidad de vida en los adultos mayores, señalando diferentes niveles de autoestima entre los que realizan actividad física y los que no, siendo más alta en los primeros, por lo cual se puede establecer una relación positiva entre estas variables. Martínez-Heredia et al. (2021) señalan que en los adultos mayores el realizar actividades diarias incrementa niveles de autoestima e incide en su felicidad, además de que puede contribuir a mejorar la capacidad de autocuidado, la integración del esquema corporal y facilitar las relaciones intergeneracionales, razón por la cual sugieren promover un envejecimiento activo y saludable de los adultos mayores basado en la promoción de la actividad física.

Rodríguez-Franco & Antequera-Jurado (2004) señalan que el entrenamiento en ejercicio físico en personas mayores constituye una práctica preventiva para el tratamiento de incapacidad y/o delimitación física. La realización regular del ejercicio físico, como caminar, influye en el mantenimiento de la capacidad funcional y ser independientes, además de ayudar a que recuperen su bienestar físico. Solá-Serrabou

et al. (2019) coinciden al mencionar que la actividad física se relaciona con la salud, por lo que el entrenamiento de fuerza en las personas mayores es una estrategia que permite mejorar la calidad de vida. La actividad física incrementa la función física mental, emocional, vitalidad y la disminución del dolor. Por ello, se deben implementar programas de entrenamiento físico en las personas mayores.

Con respecto a las investigaciones realizadas con adultos mayores, se observa que hay coincidencia con la percepción de su calidad de vida, siendo afectada principalmente por problemas físicos y de movilidad. Algunas variables que se relacionan directamente con ella son las cuestiones sociodemográficas, como el sexo, nivel socioeconómico, edad, estado civil y nivel educativo, algún precedente de enfermedad crónica degenerativa y la actividad física. A partir de ello, es necesario seguir realizando estudios con el propósito de conocer la percepción de la calidad de vida de una muestra de personas adultas mayores del Estado de México.

DESARROLLO

Método

Participaron 207 personas entre 65 y 85 años de edad, 121 mujeres y 86 hombres; 20 solteros, 99 casados y 88 con otro estado civil; 112 con estudios de primaria, 48 de secundaria, 21 de preparatoria, 23 de licenciatura y 3 de posgrado. Del total de participantes, 125 no tenían trabajo formal y 82 sí trabajaban al momento del estudio; 160 no realizaban ninguna actividad física y 47 sí.

Instrumentos y procedimiento

Se recogió la información a través del EQ-5D, el cual es una prueba genérica que mide la calidad de vida relacionada con la salud, se utiliza tanto en pacientes con diferentes patologías como en personas sanas, población general. Este instrumento fue elaborado por investigadores de diferentes países del grupo EuroQol, con el que la persona valora su estado de salud (Herdman et al., 2001).

Se aplicó únicamente la primera parte, que consta de cinco preguntas a través de las cuales se evalúa el estado de salud general de manera descriptiva, en cuanto a movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, y cada una de ellas tiene tres niveles distintos que van de sin problemas (1), algunos problemas (2), y problemas moderados o graves (3). Cada persona respondió de acuerdo con la percepción que tenía de su salud en cada una de las dimensiones el día que contestó el cuestionario. El instrumento cuenta con evidencias de validez y confiabilidad en diferentes países.

Los participantes firmaron una carta de consentimiento, donde aceptaron ser parte de la investigación de manera voluntaria, fueron informados de los objetivos de la investigación, así como del tratamiento confidencial de la información proporcionada.

RESULTADOS

El análisis de resultados se realizó a partir del estudio de porcentajes de la calidad de vida asociada a la salud en personas de 65 a 85 años. A continuación, en la Tabla 1 se muestra la frecuencia y porcentajes de la CVRS, distinguiendo a hombres de mujeres.

Tabla 1. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres y hombres de 65 a 85 años

	Mujeres	Hombres	Total
<i>Movilidad</i>			
No tengo problemas para caminar	56 (27.05%)	46 (22.22%)	102 (49.27%)
Tengo algunos problemas para caminar	58 (28.02%)	37 (17.87%)	95 (45.89%)
Tengo que estar en cama	7 (3.38%)	3 (1.45%)	10 (4.83%)
<i>Cuidado personal</i>			
No tengo problemas con el cuidado personal	95 (45.89%)	66 (31.88%)	161 (77.78%)
Tengo problemas para lavarme o vestirme	20 (9.66%)	18 (8.70%)	38 (18.36%)
Soy incapaz de lavarme o vestirme	6 (2.90%)	2 (1.00%)	8 (3.86%)
<i>Actividades cotidianas</i>			
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	75 (36.23%)	51 (24.64%)	126 (60.87%)

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	39 (18.84%)	29 (14.01%)	68 (32.85%)
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	7 (3.38%)	6 (2.90%)	13 (6.28%)
<i>Dolor / Malestar</i>			
No tengo dolor ni malestar	34 (16.43%)	33 (15.94%)	67 (32.37%)
Tengo moderado dolor o malestar	74 (35.75%)	46 (22.22%)	120 (57.97%)
Tengo mucho dolor o malestar	13 (6.28%)	7 (3.38%)	20 (9.66%)
<i>Ansiedad / depresión</i>			
No estoy ansioso ni deprimido	69 (33.33%)	56 (27.05%)	125 (60.38%)
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	42 (20.29%)	28 (13.53%)	70 (33.82%)
Estoy muy ansioso o deprimido	10 (4.83%)	2 (1.00%)	12 (5.80%)
<i>Total</i>	121 (58.45%)	86 (41.55%)	207

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la calidad de vida en hombres y mujeres, se identifica en la Tabla 1 que 49.27% de las personas de la tercera edad reportan no tener problemas al caminar, 45.89% indica tener algunos problemas para caminar y 4.83% debe estar en cama. En cuanto al cuidado personal, 77.78% señala no tener problemas, 18.36% le resulta problemático lavarse o vestirse y 3.86% es incapaz de realizarlo. En actividades cotidianas, 60.87% no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas, 32.85% tiene algunos problemas para realizarlas y 6.28% es incapaz de llevarlas a cabo. Con respecto al dolor y malestar, 32.37% reporta no tener algún dolor, 57.97% señala moderado dolor o malestar, y 9.66% indica mucho dolor o malestar. Finalmente, con respecto a ansiedad/depresión 60.38% reporta no estar ansioso o deprimido, 33.82% se percibe moderadamente ansioso o deprimido y 5.80% está muy ansioso o deprimido.

En la Tabla 2 se muestra el porcentaje de la calidad de vida en personas de la tercera edad que realizan y no realizan actividad física. Se identifica que estas personas no llevan a cabo alguna actividad física y reportan no tener dolor ni malestar (21.74%).

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud en personas de 65 a 85 años que realizan y no realizan actividad física

<i>Actividad física</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Total</i>
<i>Movilidad</i>			
No tengo problemas para caminar	72 (34.78%)	30 (14.49%)	102 (49.27%)
Tengo algunos problemas para caminar	79 (38.16%)	16 (7.63%)	95 (45.89%)
Tengo que estar en cama	9 (4.35%)	1 (.48%)	10 (4.83%)
<i>Cuidado personal</i>			
No tengo problemas con el cuidado personal	116 (56.04%)	45 (21.74%)	161 (77.78%)
Tengo problemas para lavarme o vestirme	38 (18.36%)	0 (0%)	38 (18.36%)
Soy incapaz de lavarme o vestirme	6 (2.90%)	2 (1.00%)	8 (3.86%)
<i>Actividades cotidianas</i>			
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	90 (43.48%)	36 (17.39%)	126 (60.87%)
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	59 (28.50%)	9 (4.35%)	68 (32.85%)
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	11 (5.31%)	2 (1.00%)	13 (6.28%)
<i>Dolor / Malestar</i>			
No tengo dolor ni malestar	45 (21.74%)	22 (10.63%)	67 (32.37%)
Tengo moderado dolor o malestar	97 (46.86%)	23 (11.11%)	120 (57.97%)
Tengo mucho dolor o malestar	18 (8.70%)	2 (1.00%)	20 (9.66%)
<i>Ansiedad / depresión</i>			
No estoy ansioso ni deprimido	93 (44.93%)	32 (15.46%)	125 (60.39%)
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	58 (28.02%)	12 (5.80%)	70 (33.82%)
Estoy muy ansioso o deprimido	9 (4.35%)	3 (1.45%)	12 (5.80%)
<i>Total</i>	160 (77.29%)	47 (22.71%)	207

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la actividad física, 38.16% de los que no realizan ningún tipo de ejercicio o deporte, consideran tener algunos problemas para caminar. Con respecto a ansiedad

y depresión, se identifica que 60% señala no sentirse ansiosos ni deprimido; 33.82% se sienten moderadamente ansiosos o deprimidos; 6% sí aceptan encontrarse ansiosos o deprimidos (véase la Tabla 2).

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La calidad de vida relacionada con la salud es considerada como la percepción que tienen las personas con respecto a su movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor, malestar y ansiedad/depresión; es decir, su estado de salud general, así como qué tan acorde es con base en su edad, sexo y las actividades que realizan diariamente.

En los datos reportados por las personas mayores se observa que las mujeres consideran tener algunos problemas para caminar; cabe hacer mención que ellas se autoperciben con problemas de movilidad, lo que lleva a pensar que su calidad de vida se ve mermada o afectada, en comparación con la autovaloración que hacen los hombres. Por lo que el sexo sí tiene que ver con la percepción de la CVRS, con respecto a la movilidad únicamente.

En un estudio realizado por Alcañiz & Solé-Auro (2018), donde aplicaron el EQ-5D, encontraron que la presencia de problemas de movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión están asociados a las personas mayores; sin embargo, en este estudio la autopercepción que se tiene de CVRS es buena, sólo un pequeño porcentaje de mujeres considera tener problemas de movilidad.

Con respecto a cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, no hay diferencias en la percepción que tienen los hombres y las mujeres; lo anterior coincide con lo mencionado por López-Rincón et al. (2019), quienes encontraron que hombres y mujeres adultos mayores perciben la CVRS de manera parecida, donde las diferencias entre hombres y mujeres están ligadas al rol social que cumplen las personas mayores.

A manera de conclusión, en relación con el sexo y la CVRS, se observa que hay una percepción similar en hombres y mujeres, pero al analizar por separado en ellas hay una tendencia a un moderado dolor o malestar, así como estar moderadamente ansiosas o deprimidas.

Por otra parte, al estudiar cada uno de los factores que mide el instrumento de CVRS y la actividad física, con respecto a la movilidad, Rubio-Castañeda et al. (2017) señalan que las personas mayores realizan menos actividad física, lo que puede incidir en su calidad de vida. Aparicio et al. (2010) mencionan que el ejercicio físico impacta en la calidad de vida relacionada con la salud. De acuerdo con los resultados obtenidos, cuatro de cada diez personas de la tercera edad que no realizan algún tipo de ejercicio o deporte, consideran tener algunos problemas para caminar. Esto concuerda con los datos proporcionados por Rubio-Castañeda et al. y Aparicio et al., quienes señalan que realizar ejercicio es necesario para poder tener calidad de vida y no verse limitados en la movilidad.

A la vez, Sanduvete (2004) menciona que cuando la calidad de vida no es buena existen deficiencias en el área cognitiva; es decir, si la persona no puede realizar actividades por sí misma, no tendrá capacidad para tomar decisiones, lo que conlleva a provocar la pérdida gradual de los procesos cognitivos. En el área motivacional y emocional, cuando las personas mayores no están integradas en la sociedad, están insatisfechos por el trato que reciben, se produce una autoestima baja y se desarrolla un sentimiento de inutilidad y dependencia. En el estado físico, algunos acontecimientos de maltrato o negligencia en los cuidados pueden llevar a lesiones o a la muerte. Rodríguez-Torres et al. (2020) opinan que si los adultos mayores realizan actividad física tendrán beneficios en aspectos físicos, como flexibilidad, equilibrio, fuerza y coordinación, lo que les permitirá adoptar una buena postura corporal y evitar caídas y lesiones. En el aspecto emocional mejorarán su autoestima y se controlará el deterioro cognitivo progresivo; a nivel social, les ayudará en la integración social para evitar la depresión.

Con respecto al autocuidado personal siete de cada diez personas de la tercera edad no tienen problema, y quienes no realizan actividad física tampoco reportan tener problemáticas en su calidad de vida. La promoción de conductas de autocuidado es necesaria, ya que conllevan a que las personas reduzcan los factores de riesgo y puedan tener mejor calidad de vida y una vejez saludable. Relacionado con esto, Hsu et al. (2022) refieren que la participación de personas mayores en programas de promoción de la salud impacta en la alfabetización sanitaria, la calidad de vida y las emociones positivas de adultos mayores.

En cuanto a las actividades cotidianas que realizan no se ven mermadas o afectadas a través del tiempo; las personas mayores perciben que son capaces de seguir realizando

sus actividades cotidianas, sin apoyo o ayuda. Piña-Morán et al. (2022) señalan que es necesario articular categorías de envejecimiento, calidad de vida, salud, cultura y actividades cotidianas, ya que 70% de los adultos mayores pueden desarrollar tareas sociales y culturales en la comunidad, pues tienen buenas condiciones y calidad de vida, lo que los lleva a seguir con sus actividades. Por ello, se plantea que mantenerse activo, trabajar, cuidar a otros y participar socialmente les ayuda a tener buena salud.

En cuanto al análisis de actividad física y específicamente el dolor/malestar, en general las personas de la tercera edad que no realizan alguna actividad física, perciben tener moderado dolor o malestar, resultados acordes a la propuesta de Aparicio et al. (2010) y Rubio-Castañeda et al. (2017), quienes coinciden en que la actividad física en la tercera edad favorece la calidad en la salud, en contraste con las personas sedentarias en las que aumenta el riesgo de enfermedad, identificando que el ejercicio físico impacta en la salud, calidad de vida y esperanza de vida. Es decir, en cuanto a dolor/malestar es necesario que las personas lleven a cabo alguna actividad física para que disminuya su percepción al dolor/malestar y, por ende, sea mejor su autopercepción de la CVRS.

Por otra parte, Soria-Romero & Montoya-Arce (2017) hacen referencia a que en México, la vejez se advierte como un deterioro de las capacidades físicas y mentales, a diferencia de otras etapas de desarrollo. En el caso de los participantes de esta investigación no coincide esta percepción, ya que las personas mayores autoperciben que no tienen problemas para caminar y el dolor/malestar es moderado. Por lo que se puede decir que la calidad de vida relacionada con la salud, en la mayoría de las personas adultas mayores, es buena; sin embargo, los aspectos en lo que se ven más afectadas son la movilidad y dolor/malestar.

El último aspecto que se evalúa en la calidad de vida es la percepción de su salud mental, específicamente en relación con la ansiedad y depresión; los resultados muestran que uno de cada diez no se siente ansioso ni deprimido, pero cinco de cada cien personas de la tercera edad sí. Estos datos, si bien se obtienen a partir de una pregunta, en cuanto a su autopercepción, permiten hacer una reflexión al respecto, ya que la mayoría no están deprimidos, pero sí hay un porcentaje importante que da muestras de estar en esta condición, lo que hace imperante la necesidad de prestar atención a los síntomas que presentan las personas mayores.

Por otra parte, Martínez-Hernández et al. (2022) mencionan que el envejecimiento es un factor de riesgo en el deterioro de la capacidad funcional, donde la actividad

física mejora la capacidad funcional entre los adultos mayores. En los resultados de su investigación encontraron que quienes realizan actividad física de intensidad moderada tienen menos riesgo de dependencia, lo que los hace ser independientes, capaces de valerse por sí mismos. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos, ya que las personas que realizan algún tipo de actividad física son las que reportan que no tienen problemas de movilidad, dolor/malestar, y que pueden realizar sus actividades diarias sin ningún problema.

A la vez, López-Martí et al. (2022) encontraron que la actividad física se relacionó con un menor deterioro de las funciones físicas y cognitivas de los mayores; el estilo de vida activo se asocia a una mejor calidad de vida, mejor condición física y mantenimiento de la independencia funcional. Wei et al. (2022) señalan los efectos positivos del ejercicio físico en la calidad de vida de los adultos mayores en China.

Fuertes-Paredes (2023) realizó una revisión sistemática de estudios de actividad física y calidad de vida en el adulto mayor en varias partes del mundo. Se observa que dicha calidad está determinada por los niveles de actividad física y que incide en la disminución de ansiedad y depresión que pueden presentar. Valenzuela et al. (2023) señalan que el ejercicio físico ayuda en la disminución del deterioro físico en el envejecimiento, pero para los adultos mayores que están en una residencia y que tienen dependencia funcional, esto no es concluyente. Asimismo, mencionan que se necesita investigar sobre el tipo de ejercicio, el volumen del entrenamiento y la intensidad de éste.

De la misma manera, Cabo (2024) menciona que los adultos mayores sedentarios tienen más riesgo de enfermedades que quienes realizan altos niveles de actividad física, y destacan las ventajas en la práctica de esta actividad de intensidad moderada, la cual está relacionada con un menor riesgo de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y mortalidad, por lo que sugieren realizar programas de actividad física en esta población.

Para afrontar la vida en el caso del adulto mayor es necesario que se sienta bien consigo mismo y su contexto; que logre hacer uso de sus conocimientos y experiencias; que pueda incrementar su conocimiento y crecimiento personal para, de esa manera, impactar en la percepción que tiene con respecto a su calidad de vida, relacionada con la salud, y realizar sus actividades cotidianas con un estado de salud favorable, que le permita caminar, moverse, sin dolor y con una actitud positiva hacia la vida.

Finalmente, se recomienda investigar aspectos que puedan incidir en el bienestar de los adultos mayores con envejecimiento saludable, así como trabajar en la creación de políticas públicas de salud y prevención del envejecimiento, además de seguir investigando los efectos del ejercicio físico y su frecuencia sobre la calidad de vida.

Se considera que la población de personas mayores se va a acelerar más en los próximos años y esto repercutirá en todos los aspectos de la sociedad, debido al crecimiento en este sector de la población, donde la buena salud en la vejez influirá en su calidad de vida.

¿SABÍAS QUE...?

- De acuerdo con la OMS, en 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más.
- Según la OMS, aproximadamente 14% de los adultos de 60 años o más vive con un trastorno mental.
- El INEGI indica que 60.2% de la población mexicana no realiza actividad física.
- Realizar actividad física no augura dificultades de salud en la tercera edad.
- El Día Mundial de la Actividad Física se celebra el 6 de abril en todo el mundo.

REFERENCIAS

- Alcañiz, M. & Solé-Auro, A. (2018). Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29534708/>
- Aparicio, A. Carbonell-Baeza, A. & Delgado-Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 556-576. https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/37360/AparicioGarciaMolina_ActividadFisica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-423934>

- Cabo, C. A., Hernández-Beltrán, V., Gamonales, J. M., Fernandes, O., Espada, M. C. & Parraca, J. A. (2024), Evolution of documents related to the influence of physical activity and functional capacity throughout the aging process: a bibliometric review. *Front. Physiol*, 15, 1427038. <https://doi.org/10.3389/fphys.2024.1427038>
- Cabrera-Piraval., C. E., Cárdenas-Ayón, E., Franco-Chávez, S., Ramírez-García, A. & Zavala-González, M. A. (2019). Autopercepción del estado de salud en pensionados por complicaciones de diabetes mellitus en Guadalajara, México. *Revista Salud Pública*, 21(1), 89-93. <https://www.scielo.org/article/rsap/2019.v21n1/89-93/>
- Del Campo, M., Fernández-Bosch, A., Azorín-Ras, M., De la Ossa, M., Auñón-Valero, B. & Párraga-Martínez, I. (2019). Frecuentación y calidad de vida de usuarios de consultas de medicina de familia. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 12(2), 50-60. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- Fernández-Rodríguez, E. J. & Sánchez-Gómez, C. (2014). Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 11(20), 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4891948>
- Fuertes-Paredes, J. (2023). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor: una revisión sistemática. *Gade Revista Científica. Edición Especial*, 55-71. <https://revista.redgade.com/index.php/Gade/article/view/190>
- García-Gonzales, A. J. & Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida en adultos mayores. *Retos*, 33, 3-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367715>
- Herdman, M., Badia, X. & Berra, S. (2001). El euroQol-5D: Una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-429. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>
- Hsu, H. I., Liu, C. C., Yang, S. F. & Chen, H. C. (2022). A health promotion program for older adults (KABAN!): effects of health literacy, quality of life, and emotions. *Educational Gerontology*, 49(8), 639-656. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2147331>
- López-Rincón, F. J., Morales-Jinez, A., Ugarte-Esquivel, A., Rodríguez-Mejía, L. E., Hernández-Torres, J. L. & Sauza-Niño, L. L. (2019). Comparison of the perception of health-related quality of life between older men and women. *Enfermería Global*, 54, 418-425. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/331781/258551>

- López-Martí, A. M., Haro-Padilla, I., López-Téllez, A. & García-Romero, J. (2022). Actividad física, condición física y calidad de vida en los adultos mayores. Revisión sistemática. *Arch Med Deporte*, 39(3), 168-176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8629791>
- Marín-Monroy, C. & Castro-Molinares, S. (2013). Calidad de Vida relacionada con la salud de adultos mayores pensionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 2(1), 45-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8144230>
- Maldonado-Saucedo, M. (2014). Autocuidado del Adulto mayor. En Camacho-Gutiérrez, E. y Vega-Michel, C. (Eds.) *Autocuidado de la Salud*. ITESO. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzEyNDI4MDhfX0FO0?sid=b47416b0-7290-4329-b33f-6700f271f574@redis&vid=2&format=EB&rid=5>
- Martínez-Heredia, N., Santaella-Rodríguez, E. & Rodríguez-García, A. M. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. *Revisión bibliográfica. Retos*, 39, 829-834. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/64030>
- Martínez-Hernández, B. M., Rosas-Carrasco, O., López-Teros, M., González-Rocha, A., Muñoz-Aguirre, P., Palazuelos González, R., Ortiz Rodríguez, A., Luna-López, A. & Denova-Gutiérrez, E. (2022). Association between physical activity and physical and functional performance in non-institutionalized Mexican older adults: a cohort study. *BMC Geriatrics*, 22, 388. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03083-7>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *WHOQOL*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (14 de diciembre de 2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (20 de octubre de 2023). *Salud Mental de los Mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2020). Envejecimiento in Health at a Glance: *Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4caca848-es>

- Peña-Marcial, E., Bernal-Mendoza, L. I., Reyna-Ávila, L., Pérez-Cabañas, R., Onofre-Ocampo, D. A., Cruz-Arteaga, I. A. & Silvestre-Bedoya, D. A. (2019). Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Revista Universidad y Salud*, 21(2), 113-118. <https://doi.org/10.22267/rus.192102.144>
- Piña-Morán, M., Olivo-Viana, M., Martínez-Matamala, C., Poblete-Troncoso, M. & Guerra-Guerrero, V. (2022). Aging, quality of life and health: Challenges for the social roles of the elderly. Rumbos TS. *Un espacio crítico para la reflexión en ciencias sociales*, (28), 7-27. <https://doi.org/10.51188/rrts.num28.642>
- Raya-Tena, A., Fernández-San-Martín, M. I., Martín-Royo, J., Casañas, R., Psicoped, G. & Jiménez-Herrera, M. F. (2021). Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 53(2), 101946, 1-9 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.007>
- Rodríguez-Franco, L. & Antequera-Jurado, R. (2004). La salud del anciano. En J. G. Roales-Nieto (Ed.). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Pirámide.
- Rodríguez Torres, A. F., García Gaibor, J. A. & Luje Pozo, D. I. (2020). Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *EmásF: Revista digital de educación física*, 63, 22-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279808>
- Rojas-Reyes, M. X., Gómez- Restrepo, C., Rodríguez, V. A., Dennis-Verano, R. & Kind, P. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en la población colombiana: ¿Cómo valoran los colombianos su estado de salud? *Revista Salud Pública*, 19(3), 340-346. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300340
- Romero-Moreno, D., Gallardo-Peralta, L. & Moreno-Ochoa, A. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores que participan activamente en las agrupaciones sociales. *Gerokomos*, 31(3), 141-143. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300004>
- Rubio-Castañeda, F. J., Tomás-Aznar, C. & Muro-Baquero, C. (2017). Medición de la actividad física en personas mayores de 65 años mediante el IPAQ-E: Validez de contenido, fiabilidad y factores asociados. *Revista Española de Salud Pública*, 97(17), 1-12. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-159573>
- Sanduvete, C. S. (2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 277-288. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/56/58>
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza editorial.

- Secretaría de Bienestar. (2021). *Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024*. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5616097>
- Secretaría del Bienestar/Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2023). *Diagnóstico de las Personas Adultas Mayores en México II*. <https://www.bienestar.gob.mx/pb/index.php/transparencia-inapam/11-planes-programas-e-informes>
- Solá-Serrabou, M., López, J. L. & Valero, O. (2018). Effectiveness of training in the elderly and its impact on health-related Quality of Life. *Apunte Educación Física y Deporte*, (137), 30-42. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2019/3\).137.03](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2019/3).137.03)
- Solorzano-Beneditt, L. J., Quiroz-Flores, Z. & Gutierrez, S. (2023). Older adults: a review of the association between self-care and quality of life. *Revista Torreón Universitario*, 34(12), 99-106. <https://revistas.unan.edu.ni/index.php/Torreon/article/view/2998/4481>
- Soria-Romero, Z. & Montoya-Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de la población*, 23(93), 59-81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11252977003>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos contextuales. *Revista Med Chile*, 138, 358-365. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5345623>
- Valenzuela, P. L., Saco-Ledo, G., Morales, J. S., Gallardo-Gómez, D., Morales-Palomo, F., López-Ortiz, S., Rivas-Baeza, B., Castillo-García, A., Jiménez-Pavón, D., Santos-Lozano, A. Del Pozo Cruz, B. & Lucia, A. (2023). Effects of physical exercise on physical function in older adults in residential care: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *The Lancet Healthy Longevity*, 6(4), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00057-0)
- Villarreal-Ángeles, M. A., Moncada-Jiménez, J., Ochoa-Martínez, P. Y. & Hall-López, M. A. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos*, 41, 480-484. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937>
- Wei, L., Hu, Y., Tao, Y. & Zhang, L. (2022). The effects of Physical Exercise on the Quality of Life of Healthy Older Adults in China: A Systematic Review. *Frontiers Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.895373>

CAPÍTULO 6

SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD

*José Antonio Vírveda Heras**

*Martha Patricia Bonilla Muñoz***

Resumen

El objetivo principal de este capítulo es explorar la experiencia de la soledad en la vejez, a través del análisis de sus peculiaridades en esta etapa del ciclo vital, las definiciones y clases de soledad, así como las teorías explicativas sobre su desarrollo y surgimiento. Asimismo, este texto se enfoca en comprender la naturaleza multifacética de la soledad en la vejez con base en la revisión teórica y la exploración de experiencias personales, sentando las bases para un análisis más profundo en las secciones posteriores.

ANTECEDENTES

La soledad se encuentra en todas las edades, pero se acentúa en la adolescencia y en la vejez; por características especiales se reciente en esta última edad, las cuales se mencionarán más adelante. La importancia de la soledad es mostrada por dos indicadores: en el Reino Unido se creó en 2018 el Ministerio de Soledad, y en Japón fue en 2021; por otra parte, dos obras literarias destacadas giran alrededor de la soledad, *El Laberinto de la soledad* de Octavio Paz y *Cien años de soledad* de Gabriel García Márquez. El primer indicador se refiere a la organización política de la sociedad y el otro, a obras literarias. Tienen en común el visibilizar la importancia de la soledad.

* Doctor en Filosofía, Universidad Autónoma del Estado de México.

** Doctora en Psicología Social, Colegio Internacional de Educación Superior, adscrita a Psicólogos sin Fronteras, México.

En el transcurso de la vida la persona casi siempre está rodeada de individuos y grupos, inicia siendo dependientes de personas, padres/cuidadores, que la protegen, guían, cuidan, sobre todo durante la infancia; la familia la va formando, después lo hace la escuela. Cuando logra algo de independencia, trabaja colaborando con otras personas en una profesión y se adentra en relaciones cercanas formando familias. Así, parece que las personas y familias fluyen con el ritmo de la vida como un río hasta desembocar en el mar. A pesar de esta vinculación con otros en diversos grados, también se cuenta con mucho tiempo en el que se está solo, en el que el pensar, sentir, actuar, planear, etc., no se comparte totalmente (Ferrano & Carr, 2021; Papalia et al. 2001; Polaino-Lorente, 1991).

En relación con los adultos mayores el ciclo vital difiere un poco en cuanto a esas aproximaciones de cercanía y subjetividad. El mundo interpersonal anterior a la adultez mayor se va expandiendo, en el adulto mayor se va reduciendo, pues se aleja del trabajo, muchos compañeros del ciclo van desapareciendo por cambios de residencia, por distanciamiento, por decesos, por la vida propia de los hijos u otras razones. En efecto, las personas se van quedando solas a medida que avanza la edad (Pinazo & Bellegarde, 2018).

El ser abuelo contribuye a sentirse útil, pues estar al cuidado de los nietos puede ser muy enriquecedor. Este acercamiento contrasta con el distanciamiento intergeneracional por los cambios en las perspectivas de las generaciones y por las nuevas tecnologías, que cada vez son más comunes; el dominio de las tecnologías de las personas mayores no va a la par con el que poseen las nuevas generaciones (Cavia, 2020).

Hasta hace poco tiempo, los ancianos del pueblo se reunían y conversaban sobre experiencias de la vida pasada, presente o perspectivas futuras. Ahora es más difícil, aunque puede haber espacios reservados para esas reuniones, como los centros comunitarios para ancianos, pero el acceso puede ser complicado por la distancia, movilidad o porque no se conocen.

PECULIARIDADES DE LA VEJEZ Y DE LA FAMILIA

La longevidad y la esperanza de vida han aumentado, se vive más que antes. En la vejez se tiene más tiempo y relativamente hay poco qué hacer. Se debe tener en

cuenta la gran diversidad de personas en la tercera edad, esto aporta conocimiento sobre muchas posibilidades diferentes, que contradicen la uniformidad con la que normalmente se platica, pues se integran grupos de personas en algo en común como si fueran parecidos, lo que no es correcto (Pinazo & Bellegarde, 2018; Yanguas et al., 2020). Se da una heterogeneidad en los ancianos, la cual depende de que tengan o no una pareja, si tienen acceso a los hijos, algunos no tendrán hijos, de la capacidad económica y de la conservación de las habilidades funcionales (Hajek et al., 2024).

La etapa de la vejez es muy larga en duración, pues hoy se viven más años que antes. Yanguas (2021, pp. 28-30) describe tres subetapas; en la primera, “se sienten mayores en edad, pero no viejos”; es una etapa activa, llena de posibilidades, no se habla de repliegue en el desempeño, sino de crecimiento y desarrollo de capacidades y actividades, que siguen practicando. No se notan signos de empeoramiento en la calidad de vida.

En la segunda se pierde el dinamismo y vitalidad de la primera, aparecen signos de fragilidad, aislamiento y soledad. Se puede experimentar una inversión de la solidaridad familiar, se pasa de cuidar a las generaciones posteriores y más jóvenes a ser cuidados por éstas. Se van perdiendo los roles anteriores, su lugar acostumbrado en el mundo.

En la tercera (posible, pero no necesaria) va predominando, a veces poco a poco, la pérdida de autonomía, por lo que se necesitan cuidados de otras personas. Hay que esforzarse para equilibrar la pérdida de contactos con los otros por diversas razones, como muertes, incapacidades, lejanía, y con el mundo en general, precisamente cuando parece que se necesita más la presencia de las otras personas. Cavia (2020) denomina a la segunda etapa “la tercera edad”, de 65 a 75 años, y a la tercera, “la cuarta edad”, de más de 75 años.

En la familia, en general, también han cambiado algunos aspectos: el papel activo de la mujer en el trabajo extrafamiliar, las relaciones endebles en la pareja, rupturas, divorcios, los pocos hijos, el retraso del nacimiento del primer hijo, uniones libres, disminución de la natalidad. También hay cambios importantes en los roles de las mujeres, pues ellas ya no pueden cuidar a otros como antes, ya que prefieren seguir sus proyectos personales y profesionales (Veloza-Morales et al., 2023).

Asimismo, ha cambiado la forma de interacción de las generaciones, mientras que antes muchas veces se dedicaba una persona de la familia, que normalmente era

una mujer, al cuidado de los padres ancianos, sobre todo cuando requerían atención especial. Esto ya no es común, pues ahora las mujeres trabajan. Otra forma del cuidado era que los padres pasaban un tiempo con un hijo, luego con los otros, así se turnaban en el cuidado. Lo anterior dificultaba la adaptación de los ancianos, que no querían abandonar su hogar, además de que las mujeres ya no se encuentran en casa para cuidar a otros, tampoco a los ancianos (Yanguas et al., 2020).

Si una pareja llega a la tercera edad avanzada, se puede cuidar uno a otro. Si llega uno solo o sin pareja, pero con hijos, puede conseguir el cuidado de alguno de ellos. Si llega uno solo sin descendencia directa, quizás se consiga apoyo de otros familiares, conocidos, vecinos. Si estos apoyos no están disponibles por alguna razón, entonces se procura contratar a un cuidador profesional, si es que se cuenta con recursos económicos para ello. En último caso, puede uno ser institucionalizado (Cavia, 2020).

En resumen, hay cada vez más personas en la vejez sin pareja debido a las rupturas, divorcios o muertes; otras personas con pareja se cuidan unos a otros. La cercanía de los hijos influye, la disponibilidad de tiempo de los hijos, también. Algunas personas cuidarán a sus hijos y luego a sus padres. La solidaridad intergeneracional va cambiando, los adultos cuidan a los hijos, esperando implícitamente que los hijos ya mayores cuiden de ellos cuando sean viejos (Yanguas et al., 2020). Esto ya no parece ser la tendencia, pues los hijos tienen una vida de trabajo, su propia familia; en ocasiones, la distancia física impide el poder cuidarlos.

Enfermedades que antes cambiaban la vida, hoy, gracias a la investigación y los cuidados de salud, pueden controlarse más, pero si se cronifican los efectos de las enfermedades e incapacidades y va disminuyendo la autonomía de las personas, se requiere el trabajo de un cuidador o de una institución. El cuidar ya no es el centro de los proyectos de las mujeres. Independientemente de que la tarea de cuidar exige capacidades y habilidades grandes, que no todas las personas ni necesariamente los hijos poseen. El cuidar (aspecto descuidado) se debe adquirir y promover también en los hombres.

Las diferencias intergeneracionales van aumentando, las sociedades se vuelven más individualistas, por lo que la necesidad de adaptarse y el afrontamiento adecuado son cada vez más imprescindibles a la hora de enfrentarse a los retos de la soledad, pues las necesidades profundas permanecen, como el cariño, afecto, compromiso, compañía (Yanguas, 2021; Yanguas et al., 2018). Quedan otras posibles soluciones más formales, como ya se ha mencionado, el encargar el cuidado a una persona

especializada, que apoya a los hijos en el cuidado de los padres o su internamiento en un centro especializado para las personas de la tercera edad.

DEFINICIÓN DE SOLEDAD

Yanguas describe dos definiciones complementarias, una de Gierveld y otra de Victor, que expresan la complejidad del concepto de la soledad, de la experiencia, del proceso, de los factores que intervienen.

Gierveld [señala que] la soledad está compuesta por: a) una carencia o privación, que se refiere a los sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad; b) una perspectiva temporal (la soledad necesita tiempo para fraguarse) según la cual el individuo percibe su soledad; c) un conjunto de aspectos emocionales que acompañan a la soledad, como tristeza, melancolía, frustración, vergüenza y desesperación; d) la aparición y/o el mantenimiento de la soledad dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales (2018, p. 5).

Se señalan deficiencias en las relaciones cercanas a lo largo del tiempo, que conllevan emociones variadas e intensas y una valoración que marca una brecha entre la vivencia y la expectativa.

Christina Victor [...] entiende la soledad como experiencias vividas que existen en forma de múltiples realidades (vivencia personal) construidas y reconstruidas por las personas en el contexto de su vida e historias de vida, y que depende (la vivencia de la soledad) fundamentalmente de los siguientes aspectos en mutua interacción: a) factores intrapersonales como la personalidad y los «estilos» cognitivos (expectativas, evaluación de la situación por parte de la persona, etc.); b) las relaciones interpersonales que el individuo establece; c) los eventos vitales que les suceden a las personas tanto de salud como sociales (jubilación, viudez, marcha de los hijos a otros países, etc.); d) factores sociales como la renta, la existencia o no de servicios de atención, estereotipos sociales (edadismo), etc.; y e) el «ambiente social», en el que se incluye la vivienda (barreras arquitectónicas, equipamientos, etc.), el tipo de comunidad donde se vive (más individualista o más

colectiva), el medio (rural o urbano), el uso del tiempo libre, la tenencia o no de vehículo propio, etc. (Yanguas, 2018, p. 6).

Así pues, la definición es compleja, incluye sentimientos de aislamiento, emociones desagradables como vergüenza, falta de relaciones significativas, se experimenta una diferencia entre lo que se desea y lo que se tiene.

En la soledad se suelen distinguir dos componentes que se pueden abordar desde distintos modelos y perspectivas (Yanguas et al., 2020): *el afectivo*: emociones negativas, necesidad de relaciones cercanas, y *el cognitivo*: es una evaluación que los sujetos realizan entre expectativa y realidad, entre las relaciones que se desean y las que se tienen realmente; comprende lo distintivo de la perspectiva (mirada) cognitiva, que presupone una valoración cognitiva entre dos aspectos cognitivos que la persona compara. *La mirada interaccionista* se desprende de la falta (o disminución) de relaciones significativas e íntimas y de vinculación comunitaria. La cercanía, proximidad, interacción, conversación, apoyo, intimidad son aspectos a considerar. *La mirada psicodinámica* se asocia con las consecuencias negativas de la necesidad de relaciones cercanas.

Esta perspectiva puede relacionarse desde modelos psicodinámicos tradicionales de conflicto, instancias de la personalidad, ansiedad y defensas, o desde concepciones interpersonales, como la teoría del apego de Bowlby (Castillero, 2017), que enlaza con la mirada anterior. La mirada *existencialista* deriva de la condición de la existencia con sufrimiento, por una parte, y posibilidad de crecer, por otra. La soledad es una realidad inherente a la existencia humana que puede causar sufrimiento y dolor, pero también supone la posibilidad de crear cosas nuevas, reflexionar y comprenderse a uno mismo (Viel, 2019; Yanguas et al., 2018). Cada perspectiva enfoca un elemento considerado fundamental y deja de lado otros elementos que toman en cuenta modelos distintos. Esto refleja, como se ha dicho, la complejidad amplia del concepto y de la experiencia de las personas.

Yanguas et al. (2018) expresan que el concepto de soledad incluye una diversidad de estados emocionales, el sentimiento de aislamiento, el de vacío (relacional), discrepancia cognitiva, emociones negativas, falta de vinculación comunitaria relacionada con la pertenencia, no compartir valores (Bucher, 2023; Cavia, 2020; Hajek et al., 2024).

Desde la experiencia de la soledad algunas personas enfatizan el abandono, rechazo, amenaza, no ser valorados, no percibir apoyos, no tener intimidad, fragilidad, inseguridad, frustración, desesperanza, falta de sentido, pérdidas de personas significativas, incapacidad de comunicarse con otros. Estos diversos aspectos tienen que ver con el autoconcepto, con el desarrollo, con la mirada al futuro, con los valores.

Entre los aspectos de la soledad a tener en cuenta para efectos de las definiciones, sobre todo en relación con un tratamiento efectivo (Yanguas et al., 2016) están los siguientes: aislamiento de los demás, relaciones de calidad, experiencia personal propia, deficiencias, discrepancia entre lo que se tiene y lo que se desea, sufrimiento y amargura y representación del otro. También hay que considerar que la soledad está ligada a diversos sentimientos muy variados: a) desesperación y ansiedad; b) depresión, tristeza y añoranza; c) hastío, aburrimiento, enfado e incomodidad; d) baja autoestima e inseguridad (Yanguas et al., 2016; 2018). Una clase especial de soledad abarca aspectos positivos, es la *soledad deseada*, que se caracteriza por independencia, autoconexión, diálogo interno, autocomprensión y enriquecimiento.

Seligman (2002; 2011) afirma que el bienestar puede acarrear tres aspectos: a) placer, afectos positivos y vida placentera; b) compromiso en proyectos o en personas y vida comprometida; c) significado, vida significativa. En su modelo PERMA propone cinco pilares: emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, significado y logros. El concepto de Seligman considera aspectos que son importantes en la vivencia de la soledad.

CLASES DE SOLEDAD

De acuerdo con varios autores, existen diversas clases de soledad (Cavia, 2020; Polaino-Lorente, 1991; Yanguas et al., 2020). Se recuerda a Lope de Vega: “a mis soledades voy, de mis soledades vengo” (como se citó en Yanguas, 2018, p. 8). La soledad no es un fenómeno unitario, existen varias *soledades* (Sánchez & Fouce, 2024). Algunas de ellas son:

Soledad residencial: son las personas que viven solas, lo que supone que pueden desenvolverse con autonomía en los quehaceres cotidianos.

Soledad social: las personas que están solas por alguna circunstancia, como pérdida de familiares, y las personas que se sienten solas, que normalmente es una soledad no deseada.

Soledad emocional: que puede coincidir con aislamiento social, reducción de las redes sociales o poca participación comunitaria (Pinazo & Bellegarde, 2018; Viel, 2019).

Soledad existencial (Yanguas et al., 2020): se caracteriza por sentimientos de vacío, y como proceso interior de crecimiento, no está necesariamente asociada a las relaciones sociales, pero puede vincularse con éstas (Hirigoyen, 2008; Viel, 2019; Yalom, 1980). Asimismo, se enfatiza la pérdida de sentido, de proyectos vitales; la vida no tiene sentido, nada motiva; vida monótona, cansada, sin interés; se espera que pase alguien, que pase algo. Falta de plenitud, insatisfacción con la vida, alienación. Tiene que ver con condiciones de la existencia como la libertad y la autonomía, nadie puede sustituirnos en las decisiones (Yalom, 1980). Esta soledad se puede recrudecer en la tercera edad, pues el marco exterior a la persona va disminuyendo (como el trabajo), incrementándose el marco interior identitario (lo que en realidad es).

Hay necesidad de encontrar un propósito en la vida para superar el vacío existencial. Según la logoterapia, si la persona encuentra una dirección y un rumbo a la vida con valores y no busca satisfacción en cosas superficiales sin compromisos, entonces se dará cuenta de quién es, qué hace aquí y hacia dónde va; así, esta persona se dará cuenta de que la vida espera algo de ella (Frankl, 2003).

Viel (2019) afirma, en consonancia con otros autores, que la soledad existencial tiene tres dimensiones: 1) Como parte esencial de la condición humana. Los seres humanos son seres individuales, cada uno tiene su vida, su mundo, están separados de los demás y así puede surgir la soledad. 2) Como experiencia interna con sentimientos de vacío sin relación con cuestiones interpersonales, que implica la valía de sí mismo. 3) Como proceso de crecimiento interior, en el que la experiencia negativa de la soledad intrínseca al ser humano puede transformarse en algo positivo, que se crea y construye (Frankl, 2003; Halama, 2015; Tillich, 2018). Así pues, el concepto de soledad tiene que ver con el *autoconcepto* y con la calidad de las relaciones, pero estas últimas pueden ser muy diversas, unas más íntimas que otras (Ang, 2021).

TEORÍAS EXPLICATIVAS

Enseguida, se mencionan algunas teorías que brindan explicación teórica sobre la existencia del desarrollo y surgimiento de la soledad, resaltando las relacionadas con este estudio (Carr & Fonas, 2023; Cavia, 2020; Papalia et al., 2001; Polaino-Lorente, 1991; Sánchez & Fernández, 2019; Yanguas et al., 2020).

- a) Teoría de la desvinculación de Cummins y Henry (Cavia, 2020; Papalia et al., 2001).

Las personas en la tercera edad reducen, por diversas razones, la cantidad de relaciones con las que interactúan.

Teoría de la actividad: se sustituyen los diferentes papeles sociales que se van perdiendo y cambiando (Cavia, 2020).

Teoría de la continuidad (Cavia, 2020): se busca un equilibrio entre la continuidad con el pasado y el cambio presente y el incierto futuro.

Optimización selectiva con compensación: compensa las pérdidas en un área con ganancias en otra distinta.

- b) Teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen (Cavia, 2020).

Las personas en la tercera edad seleccionan los contactos importantes y de mayor calidad, dejando a un lado los superficiales o no útiles. Se reducen los contactos sociales no familiares, pues se centran en la familia, que es el factor principal de apoyo. Este aspecto es muy importante en las familias que describiremos posteriormente.

- c) Teoría psicosocial

La última etapa del ciclo vital se configura entre los polos de integración y desesperación. Las personas tienden a evaluar su vida para lograr coherencia, dar orden y significado, aceptar la vida como ha sido; es decir, la transitoriedad. Aceptar la vida en su ciclo como algo que debería ser así, llegar a ser uno mismo. Surge la desesperación ante lo que podría haber sido, y el tiempo restante de vida es corto para buscar nuevas posibilidades, ya no hay capacidad para vivir de nuevo el pasado de

forma diferente, lo que significa oportunidades perdidas (Erikson, 1988, Erikson et al., 1989; Tornstam, 2005).

La sabiduría es la virtud que sintetiza la resolución positiva de esta etapa. Comprende el significado de la vida, recordar las experiencias vividas y sus significados. Se muestra una forma trascendente de ser, sentir y considerar el pasado y el presente, porque un futuro nuevo se presenta (Bordignon, 2005; Färber, 2023).

En resumen, desde la teoría psicosocial se desprende una concatenación de experiencias y percepciones a lo largo del ciclo vital, que van construyendo los pilares de la identidad de las personas en concordancia con su entorno, con las relaciones en el contexto de tareas y retos múltiples. En la última fase, previa a la muerte, se realiza un balance integrador o desesperante del pasado amplio y del presente a las puertas de un futuro corto (Nygren et al., 2007).

La *revisión de vida* es una tarea de esta etapa en relación con los logros, fracasos, indecisiones, valores (por ejemplo, escribir la autobiografía, reuniones con amigos y compañeros). Se relaciona estrechamente con la terapia de reminiscencia, que utiliza recuerdos pasados para promover el bienestar emocional y psicológico en el presente.

Laforest (1991) asevera que la revisión de vida, sobre todo en la etapa final de la vejez, tiene las siguientes características: describe la vida como un todo que une las diversas partes formando continuidad en el cambio. A pesar de lo que se transforma, hay un núcleo que permanece igual o sumamente parecido. Considera su unicidad, un yo sin edad, una identidad sin el paso del tiempo y resuelve conflictos no solucionados con anterioridad. Lo inconcluso puede llegar a un cierre. El significado vital tiene que ver con las razones para vivir, con los valores y metas (Halama, 2015).

Algunos autores (con actitud posthumana) consideran la vejez como una forma de enfermedad o como una vida en deterioro; proponen una lucha contra el envejecimiento en la consideración negativa, al intentar remediar o prevenir las disfunciones esperadas hasta lograr una larga vida en mejores condiciones de salud; así, tratan de erradicar los padecimientos y mejorar la funcionalidad corporal y mental por medio de las tecnologías modernas, con la posibilidad de no morir, de tener una vida casi eterna; por supuesto, si se cuenta con el dinero y con recursos suficientes para poder acceder a los medios tecnológicos que hagan posible esta vida sin disfunciones (Bostrom, 2019; Romero et al., 2023).

DESARROLLO

Método

Hay varias pruebas cuantitativas de la soledad (Acosta et al., 2017; Buzz et al., 2014; De Jong Gierveld & Tilburg, 2006; Sánchez & Fouce, 2024), pero los autores del presente capítulo prefieren investigaciones cualitativas (Balcázar et al., 2013; Flores & Mora, 2023).

En el presente estudio se aplica la investigación cualitativa para comprender el marco subjetivo de referencia de las personas, sus experiencias y la realidad que viven en relación con sentirse solos en la vida dentro del contexto de su realidad (la familia, el ambiente). Se busca conocer la vivencia de su soledad como objetivo.

Participantes

En este estudio participaron 10 personas, ocho mujeres y dos hombres. Ocho de ellos presentan problemática de soledad, evaluada a través de una narrativa de los participantes en que la soledad es importante para ellos (Fe, Ai, Ee, Sa, In, Se, Ra y Ma). Las otras dos personas, al aplicarles contraste de adultos mayores con experiencias similares, manifestaron no tener problemas explícitos de soledad (Ba y Fa). El rango de edad de los participantes era de 60 a 80 años (sólo uno tenía 80 años). Con respecto a su estado civil, cuatro eran casados, cinco viudos y una separada, todos con hijos. Otras variables importantes, como estado de salud, serán consideradas más adelante, al relatar las percepciones de cada participante.

La selección de los participantes fue convencional, todos colaboraron de manera voluntaria; se les indicó los objetivos del estudio y la protección de su datos. Se recabó consentimiento informado especificando que la información sería para fines de investigación.

Instrumentos

Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a cada participante, se recopilaron datos de la historia general de los entrevistados y se ahondó en los asuntos de soledad en específico (Switzers et al., 2023).

Análisis de la información

Como *categoría* se usan exclusivamente aspectos de la soledad, implicados en la definición, las quejas de insatisfacción por la ausencia de otros o con la dificultad de compartir las experiencias.

La información se analizó, en primer lugar, con respecto a las *experiencias* pertinentes que manifestaban los participantes, lo que implica una valoración de la situación, creencias, expectativas, autoconcepto. Posteriormente, se estudiaron con las categorías descritas en las investigaciones para identificar congruencias o novedades. Las categorías se relacionan con el *círculo íntimo*, importancia de la pareja, de los hijos, amigos; la *compensación* de la soledad como formas activas de afrontamiento, por ejemplo, comprender que los hijos tienen ya una vida propia, y diversas *actividades* que realizan para disminuir el sentimiento adverso de soledad; *extensión de la soledad*, si abarca gran parte de la vida de los participantes o tiene una influencia limitada. Por último, se realizó el *contraste*, es decir, se compararon las experiencias de soledad con las familias en las que ni aparece ni se menciona la soledad no deseada.

RESULTADOS

Se exponen los asuntos relativos a la soledad de manera relevante sin repetir narraciones similares en los participantes, que se identifican con dos letras, la primera mayúscula. La elección de las letras fue al azar, no tiene ningún significado. (Aunque no es necesario, los autores colocan las expresiones verbales de los y las participantes entre comillas).

Fe, viuda de 89 años, su marido se murió hace 40 años, lo describe como muy noble, aunque tenía algunos defectos; ella se quedó con nueve hijos al morir su esposo,

uno recién nacido. Trabajó mucho tiempo de catequista. “Recordar mis viajes y todo lo que hice me ha mostrado que tuve una buena vida” (dice al final de la entrevista). Fe se expresa así:

Pues ya ves que a esa edad se es más bien una carga ya para los hijos y para todos, uno ya no es del todo autosuficiente, la verdad que ya ni me visitan por gusto, nada más se vienen a dormir, cada que alguien viene a visitarme o me traen chismes de lo que pasa afuera, pero yo ya ni puedo saber nada por mi propia cuenta. Me siento muy triste a veces porque ya no puedo hacer mi quehacer, porque cada que vienen mis hijos nada más me traen dinero y se van o me dejan comida, pero no comen conmigo. Ya ni le importo a nadie, casi siempre estoy sola, apenas y vienen unos y hay otros que de plano ni se acuerdan que tienen abuela...

Cada vez me siento más y más sola... Ya venían [mis hijos] muy poco. Mis nietos no vienen y cuando están aquí mis hijos no vienen con sus esposas, en vez de que vinieran a comer conmigo o me prepararan un guisadito... Y bueno lo que hicieron al final cuando les dije que me sentía muy sola, me contrataron una enfermera bien enojona que tampoco me hace bien las cosas, pero al menos ya me siento más acompañada.

Mis nueras no me importan tanto... pero a mis nietos sí les extraño... y con su juventud podrían darme más vida, platicarme su vida de ahorita... pero no les gusta venir a escuchar a una vieja que nada más repite las mismas historias.

Ahora me siento vieja, cansada, olvidada... Me siento inútil y sola. Voy a esperar a que pasen los días hasta que sea lo que Dios quiera. Mientras entretenerme con la vida de mis hijos... Ya no tengo fuerzas ni ganas de hacer nada.

Al final de la entrevista pide permiso para dar un consejo a la entrevistadora: que disfrute el momento, pues la vida es corta. A veces los hijos no son garantía de que no aparezca la sensación de soledad.

Se describen ideas y sentimientos desagradables sobre sí misma y sobre su círculo cercano. Se nota una gran discrepancia entre lo que siente y lo que desearía.

Ai, hombre de 68 años que perdió a su esposa hace 2 años; tiene cuatro hijos, vive con una hija.

Tres de ellos casi no vienen a verme porque ya están casados y ya no tienen tiempo para mí, pues tienen que ver por su esposa e hijos. [La cuarta hija:] Ella es una mujer joven y ya

está en edad de realizar su vida con alguien como lo hicieron sus demás hermanos, se irá y entonces sí me quedaré solo... Yo no quiero ser un estorbo para ella. Ella hará su vida y me abandonará... Cuando tenga sus propios hijos, se dedicará a ello.

La extraño [a la esposa] mucho, aquí ya estoy solito y estorbo a mi hija, lo mejor sería alcanzarla [a la esposa muerta]. En esta vida ya no hay lugar para mí. ¿Cuándo será el día que esté con ella otra vez? Ya no se me antojan las cosas [comida que le traen sus hijos]... Mi hija me dice que estoy mal, pues dejar de comer no va a regresar la vida a su madre... Cuando mi hija me sirve de comer veo el lugar vacío y se me quita el hambre, mejor me regreso a mi cuarto.

No es mala idea [sugerencia de la entrevistadora de organizar reuniones familiares para pasar tiempo juntos], así podremos pasar más tiempo juntos en familia, como le hubiera gustado vernos a mi Carmen [su difunta esposa].

Lo que deseo es que mis hijos vuelvan a estar conmigo, a lo mejor no como antes cuando eran niños, ahora ya son unas personas realizadas, yo hice lo mismo cuando me casé con mi Carmen, me alejé un poco de mis padres, pero no era porque yo no los quisiera, sino porque en ocasiones por el trabajo y los niños ya no daba tiempo ni de respirar.

Los hijos ya tienen su propia vida y la hija con la que vive también hará lo mismo. Extraña a su mujer y no encuentra un lugar para él.

Ee, mujer de 67 años, 47 de casada, tiene cinco hijos, es viuda, vive con una hija (madre soltera) y una nieta. Reconoce que su soledad empezó después de la muerte de su esposo por enfermedad de cáncer, hace cinco años: “Horrible, horrible, horrible, se me cayó el mundo... porque me quedé sola... Todo el día estoy sola... La soledad es muy difícil. Todo el día estoy sola, con ellas [hija y nieta], pero cada uno tiene su vida y pues no las veo en el trascurso del día”.

Hace manualidades, lo que la ayuda a distraerse, lo mismo que el viajar. Los fines de semana son difíciles, pues no sale; a veces se reúne con las amigas. Acaba de conocer a otra persona con cierta ilusión. “Nunca es tarde para volver a ser feliz”. Él me dice: “no estamos viejos, estamos maduritos, ya vivimos nuestras vidas y ahora nada más vamos a vivir los dos... Siempre fui muy recta, lo que ahora me está pasando me ilusiona mucho”.

Aunque vive con una hija y una nieta, experimenta soledad desde la muerte de su esposo. Vislumbra con cierta ilusión una posible relación.

Sa, hombre de 71 años, la esposa murió de diabetes hace nueve años; tiene ocho hijos, pero tres murieron de pequeños.

Yo ya hice mi vida, estoy trabajando para mantenerme, ya mis hijos están haciendo sus vidas... ya no tengo nada que hacer... Me siento solo, no me preocupa nada y me puedo morir en paz, aunque ahorita me siento solo... Ya estoy grande como para tener otra vez una esposa, ya no quiero.

Ya hizo su vida, no tiene nada que hacer ni qué esperar.

In, mujer, 62 años, enferma de diabetes y salud deficiente; viuda, su esposo murió de leucemia; tiene dos hijos, una hija ya casada y el otro hijo soltero, vive con ella.

Yo de salud física no me encuentro muy bien... me dijeron que tenía diabetes... Siempre es difícil tener una enfermedad. Afortunadamente tengo en casa a mi hijo que me ha ayudado mucho para poder estar mejor... Mi hijo todavía es soltero y es quien se preocupa de mí... aunque mi hija también... Se preocupa por llevarme a las citas médicas... Me ayuda con las tortillas [ella hace tortillas a mano]. Siempre que voy a la iglesia a las reuniones, él me llama para saber a qué hora va por mí... Uno necesita ocupar su tiempo en algo, que le haga sentirse diferente y no estar pensando tanto en las cosas que pasaron, porque luego no más estamos chille y chille”.

Al principio de su vida familiar, In vivió con los suegros, pero la trataban mal, eran muy exigentes con ella. Sin embargo, ella no les contestaba porque su madre le había transmitido principios. Con su marido participaba en la iglesia en los equipos de matrimonio. Iban a retiros y ayudaban a otras parejas.

Porque después de que todos [hijos] se han ido a sus casas, es cuando uno se da cuenta de que realmente te has quedado sola y de que ahora tienes que seguir sola en la vida, porque ya no está alguien junto a ti, ya no tienes con quien platicar, todos tienen a alguien menos tú. Tú ahora debes continuar sola, sin nadie a tu lado, sin tu compañero de vida... He tardado muchos años en poder asimilar la situación... Todavía me duele mucho... pero por las fuerzas que Dios me ha dado, he salido adelante con la ayuda de mis hijos, distrayéndome en distintas cosas (vender tortillas, catequista) para mantener la mente ocupada... Siempre falta la presencia del hombre en la casa... Vamos todos los

primeros del mes a dejar flores a mi marido en el panteón... Hay heridas que no sanan tan rápido, o tal vez nunca.

Aunque el hijo vive con ella, no siempre está a su lado, pues tiene novia y pasan mucho tiempo juntos; por eso, siente que se ha quedado sola desde la muerte de su esposo. Su hijo se preocupa por ella.

Se, mujer de 67 años, tiene 10 hijos, viven siete; su marido es pensionado.

Pues yo pienso que vive [un hijo que murió] porque al recordarlo pues es mi imaginación de que él sigue viviendo, pero lo malo es que no lo vemos, no platicamos con él, eso es todo... Siento mucha tristeza. Como madre a veces pienso por qué no vendrán [los otros hijos] o qué estarán haciendo. Pues ya se pone una un rato contenta [cuando vienen de visita los hijos]; ya se sabe que al rato se van, pero pues un rato de tranquilidad con ellos, platicar, sonreír, comer... Los disfruto contenta con ellos y ya los veo que se van y pues ni modo, cada quien hace su vida... Los veo que se van contentos... Ya me tranquilicé también... [Necesidad de hablar con alguien] Pues la verdad yo creo que sí, pero a veces no están [los hijos], ¿con quién voy a platicar?, ¿a quién le voy a decir? A veces nos encontramos los dos solitos [ella y su esposo] y si se sale mi esposo y me deja solita, ¿con quién voy a platicar?, pues con nadie.

Una hija la visita menos, pues no tiene carro y vive algo lejos. **Se** asiste a una escuela para aprender a leer y escribir. Aunque está casada y disfruta las visitas de sus hijos, recuerda la muerte de un hijo y echa de menos el poder platicar.

Ra, 71 años de edad, mujer de 52 años de casada, tiene siete hijos. Cambió de vivir en un rancho a la ciudad, pero fue difícil la adaptación.

Pues entonces para uno es un logro a estas edades aún valerse por sí misma, poder trabajar, no depender todavía de nadie, es un logro importante para uno.

Cualquier enfermedad que te dé, te da más fuerte, porque ya uno es grande, si te caes y te golpeas un brazo, lo que sea, ya dura, es más difícil que se te pase el dolor o lo que sea, porque el cuerpo ya no es el mismo. Cuando es uno joven, te caes, te raspas y al ratito ya estás como si nada y ahorita pues ya no.

Es algo que no se supera, aprendes a vivir, pero no lo superas. Jamás se supera la pérdida de un familiar [su madre], por más intento que se haga, siempre que lo recuerdas,

lo vas a recordar con tristeza, con dolor... En la oración encuentra mucha tranquilidad, mucha fuerza.

Expresa su situación así: “Vivir el día como Dios me lo dé nada más y esperar el día en que él diga ya hasta aquí... No sé si es hoy, mañana, horas, meses, o años... Yo trato de hacer lo mío, lo que necesito, lo que puedo para no depender de nadie”.

No se superan las pérdidas de personas queridas, procura mantenerse autosuficiente, encuentra alivio en la religión.

Ma, mujer de 79 años, tiene dos hijos, uno murió de pequeño; está separada. Dice no haber superado la muerte de su hijo de siete meses. Violencia doméstica por parte de su esposo, de sus hijos en un ambiente muy disfuncional. Su vida la describe como muy difícil.

Ha llegado el momento en que pido a Dios que me muera, me he enfermado muy grave y sigo aquí, me recupero, caigo muy hondo y me recupero, no sé por qué Dios me quiere aquí todavía. No quiero que me recuerden, esa vieja que dio todo sin recibir nada a cambio, ni un peso, ni un saludo ni un abrazo. Si me recuerdan ya cada quien, pero fui buena y estuve rodeada de gente muy mala.

No ha superado la muerte de un hijo, no sabe por qué Dios la quiere aquí. Dio todo y no recibió nada.

Análisis de la información de las entrevistas

El análisis muestra que predominan las mujeres en esta selección, siendo principalmente las viudas. La relación cercana con la pareja ya no está presente, la que se extraña y añora (Fe, Ai, In, Ee, Sa, Ma). En ocasiones se menciona el inicio de la soledad desde la muerte del cónyuge. En relación con los hijos, se menciona el hecho de que no quieren ser carga ni molestia en su vida. Como los hijos tienen una vida propia, la relación no es permanente, sino pasajera. Se nota que la relación con los hijos es esencial. En algunos casos la participante vive con un hijo/a (Ai, Ee, Sa, In), que aminora el sentimiento de soledad, pero en algunos casos no lo elimina. La muerte de un hijo suele ser un desencadenante de que algo fundamental falta, algo importante

se rompió. Algunas participantes reducen la soledad con otras actividades, como hacer manualidades o dar catequesis. Solamente una persona avizora la ilusión de otra relación de pareja. La muestra no tiene deterioros graves de salud física, por lo que conserva la autonomía relativa. Una persona tiene diabetes.

A menudo, las personas participantes mencionan comprensión por los vínculos fugaces con los hijos, que ya tienen sus vidas propias. El aspecto religioso es importante para algunos de ellos. Como una actitud relevante se menciona el vivir al día hasta que llegue la muerte.

La relación de apoyo psicológico más importante parece ser la de la pareja en referencia a la soledad, aunque en esta relación influyen muchas variables para tener en cuenta. Se añora cuando falta la pareja, pero cuando está presente no se disfruta a veces totalmente. El apoyo de los hijos es también muy importante, aunque se recalca más cuando no se encuentra presente la pareja. En ocasiones, la muerte de un hijo, aunque haya pasado mucho tiempo, aún repercute en el estado de ánimo.

Aparecen otras variables que también son importantes, como el contacto con vínculos más allá de la familia, como amigos o participación social en otras actividades; la autonomía, el poder moverse y hacer algo de manera independiente es fundamental. El problema de la soledad aumenta considerablemente, si esta independencia se pierde por disfunciones o enfermedades. El apoyo de los padres, hermanos y familiares también es esencial, pero al avanzar en la edad, van disminuyendo esas relaciones, por ejemplo, con los padres, pues ya han muerto.

Llama la atención que los participantes no dan la importancia que tienen las relaciones de amistad ni con las mascotas, que suelen tener una influencia importante en las familias.

Enfoque a la familia

En la investigación que se hizo a los miembros de las familias se pudo observar que éstos se comportan de manera concordante con el ciclo vital y con el grupo familiar al que pertenecen, que son propios de sociedades que dan importancia al grupo; es decir, son colectivistas, a diferencia de la sociedad más individualista, la cual privilegia a los individuos (Buz et al., 2014). Por lo que Rubio & Aleixandre (como se citaron

en Acosta et al., 2017) mencionan también a la soledad familiar, la conyugal y la existencial (Yalom, 1980).

Se puede considerar varios *círculos de cercanía e intimidad* de las personas (Ang, 2021). El círculo más próximo e íntimo en relación con la soledad sería *la pareja*. Dependiendo de cómo sea la relación, si es buena, regular o deficiente, esto influye en los sentimientos de soledad.

En el caso de no tener pareja o tenerla, pero la relación es deficiente, se pasa de lidiar con la soledad al círculo siguiente, que son los hijos, nietos y la relación con ellos. Suele ser común que un hijo, con frecuencia una hija, viva con el padre/madre. En este caso, el sentimiento de soledad no aparece normalmente en gran intensidad, pero tampoco se excluye. Aunque existan varios hijos, hay grados de cercanía psicológica, pues hay que tener en cuenta si ellos trabajan, la cantidad de hijos, la distancia física, el tiempo disponible, la calidad de la relación, etc. Los nietos suelen ser un vínculo muy importante.

En el tercer círculo aparecen otros familiares, como hermanos o primos, y las mascotas. Los abuelos suelen ser un apoyo social importante, pero en la muestra ya no aparecen en el panorama, pues han fallecido. En la muestra ya no fungen como vínculos protectores de la soledad. A pesar de que se platica de “perrhijos” y “gatijos”, el influjo de las mascotas no se vislumbra. Tampoco se mencionan como compensadores de la cercanía las llamadas por teléfono.

En el cuarto círculo surgen los vínculos con amigos, vecinos, etc. Se mencionan, pero no parecen tener la intensidad necesaria para equilibrar la soledad.

En el quinto aparecen los profesionales, quienes cuidan al anciano en la casa, los hogares para ancianos o vivir solos si se mantiene la persona con autonomía.

Una participante lo expresa así: “La primera vez que morí, fue cuando falleció mi esposo, una parte de mí murió con él. Cuando un hijo fallece es una puñalada en el corazón, no sana, pero te duele menos, aunque el dolor sigue”.

En resumen, la *experiencia* es en general negativa, muy negativa en varios participantes (Fe, Ai, Ee, Ma), con creencias y expectativas rígidas, un autoconcepto pasivo y un futuro incierto. La valoración que realizan los participantes dificulta el tomar una posición más activa ante la problemática.

En el *círculo íntimo*, el marido, los hijos y nietos son muy importantes, pero hay que considerar otras variables, pues en algunos casos el/la participante vive con un

hijo/a, pero no logra compensar la soledad. Como *compensaciones* se encuentra el hacer manualidades, asistir a la iglesia, trabajos, amistades, tomar cursos. A veces, la comprensión de la situación de los hijos, el que ellos tienen su propia vida, es adecuada, lo que aminora un poco el grado de soledad. En cuanto a la *extensión de la soledad* se observa que en algunos casos abarca mucho en la vida de las participantes (Fe, Ai, In, Sa), en otros se logra contener algo con afrontamientos compensatorios de diversa índole, como ya se mencionó. No aparecen agravantes de economía, pero sí uno de salud: diabetes.

Como ejemplo ilustrativo de *contraste* están las señoras Ba y Fa.

Ba, casada, tiene dos hijos, su salud ese endeble. Vive en el primer piso de su casa con su esposo, en el segundo vive su hija casada con dos hijos pequeños. Ba tiene otro hijo que vive solo en un departamento, pero mantiene una relación cercana con sus padres, a los que visita y de vez en cuando también los lleva a excursiones cercanas los fines de semana.

Ba también tiene amigas con las que se relaciona a menudo. Antes de la pandemia por COVID-19 asistía a reuniones en una institución oficial, que manejaba grupos de ancianos ejerciendo diferentes actividades. Esta mujer parece tener los ingredientes necesarios de *vinculación afectiva*, por lo que la soledad no aparece ni de manera explícita ni implícita. Sin embargo, se dan otros incidentes propios de la convivencia, como desavenencias, peleas. Se queja de que el marido no la atiende lo suficiente en lo relativo a la comunicación. Con la hija tiene discusiones, pues no cree que el esposo de ella sea el adecuado, tampoco está de acuerdo con formas de crianza de las hijas. La hija le ayuda al llevarla al médico. Por el hijo se preocupa, pues cree que no le conviene estar solo, necesita compañía. Éste se preocupa por la salud de su madre.

Además de estos problemas psicológicos, también refiere síntomas (que afectan su salud física) depresivos, ansiosos; se siente estresada; tiene muchas preocupaciones; se describe como enojona, irritable, controladora. Está en control médico por afecciones vasculares y oftalmológicas. Se desenvuelve bien en las tareas caseras, en el tiempo libre oye música y radio, hace crucigramas, no ve televisión por las dificultades oculares. Tiene esposo, hijos que se preocupan por ella. No se siente sola, pero aparecen otros problemas y la salud no es buena.

Fa, mujer de 73 años, viuda, tiene cuatro hijos.

Muchos piensan que [los ancianos] ya no somos de utilidad, pero yo digo que la experiencia es nuestra mayor aportación y para unos les puede servir, para no cometer los mismos errores, pero ahora los jóvenes no le hacen ni caso a uno.

Ahora yo pienso que los jóvenes nos quieren a su manera, no nos toman la opinión en cuenta para nada definitivo, ahora los jóvenes tienen su opinión, tienen su verdad... Entonces es difícil que se pongan a conversar con una vieja, como que ya no existe una conversación fluida...

Ellos [los nietos] buscan otros distractores, creo que hay muchas cosas más interesantes que platicar con alguien ya viejo.

Yo no quiero molestar, no quiero ser una carga, pero tengo la alegría de vivir los días que estoy viviendo, estoy tranquila, me siento en paz... No me preocupo de nada, sólo de que mis hijos estén bien.

Es lo más importante [la familia], lo único que tengo, mis hijos son lo más importante, me hubiera gustado aprender antes a dar lo mejor a los hijos, pero tuve que aprender a educarlos y a ser la mejor con ellos.

La familia deber ser tolerante, tiene que tolerar a los viejos, lo que más les hace falta a los adultos mayores es el cariño, una palabra amable, una sonrisa, que alguien los escuche, nos preste atención, es un ciclo, ya cuidamos de los hijos, ahora, aunque no queramos, nosotros necesitamos de cuidados y por eso necesitamos de los hijos que nos cuiden, que vean por nosotros.

Quiero disfrutar de mis nietos... Confío en Dios, siempre está conmigo, la fe es quien me mantiene de pie, tranquila, porque sé que todo está bien en sus manos, soy una persona sumamente bendecida por lo que he tenido durante toda mi vida.

Yo quiero mucho a mis hijos... Aprendí que cada hijo tiene su propia familia, tiene sus propias preocupaciones y así debe ser, yo los dejo y no me ando metiendo, los llamo para saber cómo están o ellos a mí y me gusta que ellos estén bien.

Yo tengo suerte, mis hijos me quieren, me vienen a ver, me dan dinero para que yo viva bien, me traen cosas que necesito, sus visitas son frecuentes y cuando no vienen me llaman por teléfono, están siempre pendiente de mí, cuando me he enfermado, vienen a visitarme... saliendo juntos, con regalos, caricias, abrazos.

Tiene también contacto con personas conocidas (amigos), conversan, se ríen y recuerdan las cosas del pasado. Se nota una actitud benévola y positiva ante la vida.

ANÁLISIS DE LOS CASOS DE CONTRASTE (CATEGORÍA CONTRASTE)

La participante Ba, a pesar de contar con una salud endeble, no tiene sentimientos de soledad, hace una valoración precisa de la familia y tiene otras preocupaciones sobre ésta, pero no se encuentra ni se siente sola.

La participante Fa indica que se centra en sí misma, reconoce la realidad, agradece lo que ha tenido y tiene, también se siente satisfecha con sus competencias, autonomía, autoconocimiento (Weinstein et al., 2021). Hace una valoración adecuada de la situación del ciclo vital. Usa interacción telefónica, manifiesta una comprensión adecuada de la brecha entre su vida y la vida de los hijos. La aceptación y valoración positiva de la situación contextual, aunque no sea ideal ni perfecta, no demerita disfrutar de la vida con lo que se tiene.

RETOS DE LA SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD

Cada etapa del ciclo vital tiene sus tareas y requiere habilidades en los diversos niveles psicosociales, que la sociedad debe ir construyendo para facilitar trayectorias y fomentar el desarrollo adecuado de una vida digna (Alonso et al., 2023). La tercera edad, por ser la última etapa, adquiere condiciones especiales, como las restricciones en los vínculos sociales, en la contribución menos activa a las metas de la sociedad, en las pérdidas y duelos, en las posibles deficiencias que pueden suceder y en las dificultades para integrar las múltiples experiencias de la vida (Vasquez et al., 2024).

Con respecto a la soledad, en particular, se plantean desafíos extraordinarios para colaborar con las personas, familias y grupos y para posibilitar y fomentar la vida digna que requieren las personas en esta edad. Independientemente de los tratamientos adecuados para el mejoramiento de la salud, es necesario prácticas de prevención, sensibilización, comunicación en el compartir, convivir y disfrutar. Es necesario un autoconcepto sólido y relaciones de calidad, que es lo que importa en la fase de la tercera edad (Rondón, 2022). Algunos ejemplos, que ya se practican tanto en grupos religiosos como no religiosos, estatales y municipales, es el Instituto Nacional de las

Personas Adultos Mayores (INAPAM) (Alvarado & Alvarado, 2024; Chopra, 2012; Dahlberg et al., 2022) y la Fundación Amigos de los Mayores, S. A. (Sánchez & Fouce, 2024; Williams et al., 2024).

En primer lugar, se debe tener una actitud abierta para captar las necesidades de las personas de la tercera edad y proponer programas estructurados en lugares adecuados a las expectativas de las personas; por ejemplo, deben ser lugares cercanos para facilitar la movilidad de personas que tengan dificultades en acceder a esos sitios. Los temas y actividades pueden ser generales, como grupos de manualidades, danza, música, arte, nutrición.

Pueden ser específicos, como talleres para superar pérdidas, o el refuerzo de vínculos afectivos con la familia, hijos, nietos, otros familiares, vecinos, etc. Se incluyen grupos de reflexión para compartir experiencias o aprender habilidades. Pueden ser viajes a lugares de interés, caminatas. Es decir, fomentar la convivencia, alejándose del aislamiento, reforzar habilidades cognitivas e interpersonales en cualquier formato (con videoconferencias, por ejemplo). El uso del voluntariado, del acompañamiento y programas de inteligencia artificial ayudarán a disfrutar de la vida digna pasando de la soledad no deseada a la soledad deseada (Barrero & Ramírez, 2014; Escámez & Gil, 2023).

CONCLUSIONES

Se puede concluir que los y las participantes, aunque con historias de vida muy diversas, presentan problemas comunes de soledad de acuerdo con los círculos de proximidad psicológica.

Hay que mencionar también que hubo entrevistados que no tenían problemas de soledad o no los manifestaron, los que no se incluyeron en la muestra. Éstos expresaban una fuerza interna especial, tenían relaciones percibidas de apoyo, ideas que sostenían una pertenencia adecuada.

Aunque el enfoque dirigido a la familia ha tenido y tiene muchas ventajas, al exagerarse contempla también algunas deficiencias, pues se pierden ciertas oportunidades de gestión emocional, de engarzarse en otras actividades, ensanchar las relaciones, ya que la persona de la tercera edad depende demasiado de otras, de las que espera mucho más que la situación lo permite. Quizás en las nuevas generaciones

cambie esta orientación, que se debe a la concentración de la familia, en especial de las mujeres, en la crianza de los hijos, por lo que cuando los hijos se van de casa suele aparecer el síndrome del nido vacío (McGoldrick et al., 2013). El concentrarse en una sola dirección hace perder el equilibrio, algo parecido ocurría anteriormente en los hombres en una cuestión distinta, que ocupados durante muchos años en las rutinas de trabajo se desbalanceaban cuando se pensionaban.

El análisis de las entrevistas permite concluir que se descuida, sobre todo, la percepción de la soledad positiva, que ayuda a la conexión con uno mismo (Weinstein et al., 2021).

Es fundamental relacionar la soledad con el modelo de creencias y expectativas sobre la vida que tienen las personas, en especial sobre el sentido de vida, sobre todo en las nuevas generaciones en las que las relaciones de pareja no son tan estables y la cantidad de hijos disminuye, seguramente los planes de vida son distintos. En todo caso parece sumamente importante reflexionar sobre las políticas de servicio del Estado para colaborar con las personas en la última fase de la vida a fin de asegurar la implantación de un final de vida digna.

Creemos, para finalizar, que más allá de las leyes que propicien la solidaridad de las personas dándoles un lugar destacado en la vejez, es importante señalar la relevancia de una ética del cuidado, porque si el futuro de una comunidad es la infancia, la vejez es el presente de la otrora infancia (Cavia, 2020; Escámez & Gil, 2023; Hoyos, 2008; Nygren et al., 2007).

Para futuras investigaciones, sería conveniente aumentar el número de participantes, aunque para la interpretación cualitativa incrementa la labor necesaria. El criterio de saturación para la elección de la muestra no se cumplió en el estudio por la cantidad de variables que hay que tener en cuenta. También sería interesante profundizar en los sentimientos de soledad y ver su influencia en la salud psicológica. El conocer los distintos tipos de soledad ayudaría a diferenciar mejor la diversidad de experiencias. Considerar la trayectoria de vida hace reflexionar sobre cómo la soledad se va construyendo con base en experiencias pasadas que no se resuelven de manera adecuada, de modo que situaciones como el acoso escolar, la violencia de género, la depresión, la actividad física, por mencionar solamente las situaciones que se exponen en la presente obra, en etapas anteriores a la tercera edad, repercuten en la calidad de vida, en el sentido de vida, en el autoconcepto, en la calidad de las relaciones y, en

última instancia, en la integración de la vida de cara al último episodio de la existencia que se avecina: *la muerte* (Alonso et al., 2023; Erikson, 1988; Shin et al., 2025).

Por último, conviene resaltar dos aspectos encontrados en esta investigación, uno es que la soledad puede ser *ambivalente*, mostrar rasgos positivos y negativos al mismo tiempo o secuencialmente. El segundo se refiere a que la experiencia de la soledad puede *generalizarse* a la vida en su conjunto. La soledad puede consumir los esfuerzos y preocupaciones de la cotidianidad entera o puede quedar *encasillada* solamente a una parte de la actividad, dejando otra parte con otra perspectiva complementaria. La soledad no domina el modo de vivir entero. La resiliencia está presente a pesar de las adversidades. De todas formas, el camino de una sociedad que afronte este problema es urgente.

Para terminar, es necesario señalar la interrelación de las fases del ciclo vital como un continuo. Se relacionan con las experiencias anteriores y van construyendo una trayectoria de una calidad de vida distintiva.

¿SABÍAS QUE...?

- El Ministerio de la Soledad fue creado en 2018 en el Reino Unido.
- Hay dos clases de soledad, la deseada y la no deseada.
- Algunos autores hablan de soledades en plural.
- En España, muchas mujeres tienen como nombre propio Soledad.
- El Día Mundial de Brindar por la Soledad se celebra el 11 de julio.

REFERENCIAS

- Acosta Q., C. O., García F., R., Vales G., J. J., Echeverría C., S. B. & Rubio R., L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 364-372.
- Alonso, V., Defanti, F. M. G., Neri, A. L. & Cachioni, M. (2023). Meaning and Purpose in Life in Aging: A Scoping Review. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 39, e39306.
- Alvarado V., E. V. & Alvarado V., H. S. (2024). Envejecimiento activo y calidad de vida: una revisión bibliográfica. *Identidad Bolivariana*, 8(4), pp. 75-83.

- Ang, S. (2021). The Social Circles Framework – A New Theoretical Framework for Mapping The Domains of Loneliness and Social Connectedness. *Academia Letters*. Article 2496. <https://doi.org/10.20935/AL2496>.
- Balcázar N., P., González-A. López-F., N. I., Gurrola P., G. M. & Moysén Ch., A. (2013). *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Barrero G., J. M. & Ramírez S., M. A. (2014). *Adicción a la tecnología como camino a la soledad*. Bogotá. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/14594/BarreroGarciaJonnyMauricio2014.pdf?sequence=3>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista lasallista de investigación*, 2(2), 50-63.
- Bostrom, N. (2019). *Valores transhumanistas*. <https://nickbostrom.com/translations/ethics/valores-transhumanistas-iet.pdf>
- Bucher, A. A. (2023). Einsamkeit-Qual and Segen. Psychologie eines Gegenwartsphänomens. *Springer Nature*. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-67022-4>
- Buz, J. Urchaga, D. & Polo, M. E. (2014). Estructura factorial de la escala de soledad de De Jong Gierveld en personas mayores españolas. *Anales de Psicología*, 30(2), 588-598.
- Carr, S. & Fang, C. (2023). A gradual separation from the world: a qualitative exploration of existential loneliness in old age. *Ageing & Society*, 43(6), 1436-1458.
- Castillero M., O. (2017). John Bowlby: biografía (y las bases de su Teoría del Apego). *Portal Psicología y Mente*. <https://psicologíaymente.com/biografías/John-bowlby>
- Cavia N., G. A. (2020). *La solidaridad como respuesta a la soledad de las personas mayores*. [Trabajo de fin de master, Instituto de Ciencias de la Familia. Universidad de Navarra]. https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/59486/1/2019_2020%20CAVIA%20NAYA%2c%20Gloria.pdf
- Chopra, D. (2012). *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*. Ediciones B.
- Dahlberg, L., Mckee, K. J., Frank, A. & Naseer, M. (2022). A systematic Review of longitudinal risk factors for loneliness in older Adults. *Ageing & Mental Health*, 26(2), 225-249.
- De Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging*, 28(5), 582-598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Erikson, E. (1988). *El ciclo vital completado*. Paidós.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M. & Kivnick, H. Q. (1989). *Vital involvement in old age*. W. W. Norton & Company.

- Escámez-Sánchez, J. & Gil-Martínez, R. (2023). *La ética del cuidado*. https://www.researchgate.net/publication/370419652_LA_ETICA_DEL_CUIDADO
- Färber, A. (2023). *Weisheit und Einsamkeit unter Berücksichtigung von inter- und intrapersonalen Einflussfaktoren*. [Trabajo de master, Instituto de Psicología. Universidad de Klagenfurt]. <https://netlibrary.aau.at/obvuklhs/content/titleinfo/8884678/full.pdf>
- Ferrano, K. F. & Carr, D. (2021). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Academic Press.
- Flores L., F. A. & Mora Santiago, R. J. (2023) *Investigación cualitativa*. Universidad Nacional de Educación. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/105426634/LIBRO_Investigacion_cualitativa_FERNANDO_ANTONIO_FLORES_LIMO-libre.pdf?
- Frankl, V. (2003). *El hombre en busca de sentido*. Herder
- Fundación Amigos de los Mayores (s. a.). <https://www.amigosdelosmayores.org/vejez-y-soledad/>
- Hajek, A., Riedel, S. G. & Koenig, H. H. (2024). *Loneliness and social Isolation in old Age: Correlations and implications*. Routledge.
- Halama, P. (2015). *Maintaining Meaning in Life in Old Age: Personality and Social Factors*. En M. Blatny (Eds.). *Personality and well-being across the life-span* (pp. 160-172). Palgrave Mcmillan. https://www.researchgate.net/publication/304983487_Maintaining_Meaning_in_Life_in_Old_Age_Personality_and_Social_Factors#fullTextFileContent
- Hirigoyen, M. F. (2008). *Las nuevas soledades. El reto de las relaciones personales en el mundo de hoy*. Planeta.
- Hoyos V., D. (2008). La ética del cuidado: ¿una alternativa a la ética tradicional? *Discusiones filosóficas*, 9(13), 1-15. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-61272008000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Herder.
- Larrea, D., S. (2014). *Herramientas al alcance del ser humano para afrontar la vejez*. Asociación Mexicana de Tanatología. Capítulo regional Querétaro. <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/171%20herramientas.pdf>
- McGoldrick, M., Carter, B. & García-Preto, N. (2013). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives*. Pearson.
- Nygren, B., Norberg, A. & Lundman, B. (2007). Inner Strength as Disclosed in Narratives of the Oldest. *Old Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-1073
- Papalia, D. E., Wendkos O., S. & Duskin F., R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. McGraw-Hill Interamericana.

- Pinazo H., S. y Bellegarde N., M. D. (2018). *La soledad en las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
- Polaino-Lorente, A. (1991). Más allá de las experiencias de la soledad en el hombre contemporáneo. En *El hombre: Inmanencia y trascendencia* (Vol. II). XXV Reuniones Filosóficas de la Universidad de Navarra. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra Pamplona, 1399-1439. https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/1574/1/Mas_alla_A_Polaino_1991.pdf
- Romero T., P. M., Sánchez T., I. & Sánchez M., R. (2023). *Sobre el transhumanismo, la vejez y la inmortalidad*. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. <https://www.upress.mx/desarrollo-humano-y-social/10538-sobre-el-transhumanismo-la-vejez-y-la-inmortalidad-2>
- Rondón G., L. M. (2022). *Loneliness in Older Adults: effects, Prevention, and Treatment*. Elsevier.
- Sánchez C., A. & Fernández M., L. M. (2019). Aportaciones de la gerotranscendencia en el envejecimiento: una visión centrada en la ética de necesidades. *Cauriensia*, XIV, 475-490.
- Sánchez M., E. & Fouce F., J. G. (Coords.) (2024). *Soledad no deseada. Claves para la acción municipal*. Catarata.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A new understanding of happiness, well-being and how to achieve them*. Free Press.
- Shin, J., Halbreich, U. & Jeste, D. V. (2025). Positive global mental health: an overview. *Academia Mental Health and Well-Being* 2025; 2. <https://doi.org/10.20935/MHealth-WellB7578>
- Switzers, L., Stegen, H., Dierckx, E., Heylen, L., Dury, S. & De Donder, L. (2023). Life stories from lonely older adults: the role of precipitating events and coping strategies throughout the life course. *Ageing and Society*, 1-24.
- Tillich, P. (2018). *El coraje de ser*. Avarigani.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. Springer Publishing.
- Vasquez L., A., Ortega R., L., Marin R., M. F., Calderón L., S. & Diosa C., S. (2024). *Repercusión psicosocial de los adultos de la tercera edad tras la pandemia "Covid 19"*. Tecnológico de Antioquia, Facultad de Educación y Ciencias Sociales. <https://repositorio.>

- idea.co/bitstream/handle/6720/ARTICULO-CIENTIFICO/repercusion-psicosial-en-los-adultos-mayores-de-la-tercera-edad-tras-la-pandemia”Covid-19.pdf?sequence=1&is-Allowed=y
- Veloza-Morales, M. C., Forero Beltrán, E. & Rodríguez-González, J. C. (2023). Significados de familia para familias contemporáneas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(1), 180-198.
- Viel Sirito, S. (2019). *La soledad existencial al final de la vida*. [Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de Educación]. <http://hdl.handle.net/10803/667778>
- Weinstein, N., Nguyen, Th. & Hansen H. (2021). What Time Alone Offers: Narratives of solitude From Adolescence to Older Adulthood. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-15.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Williams, M. M., Schroeder, M. W., Li, C., Perkins, A. J., Bakas, T., Head, K. J., Bounstani, M. & Fowler, N. R. (2024). Loneliness in older primary care patients and its relationships to physical and mental health-related quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 82(3), 811-821.
- Yanguas L., J. J., Galdona, N., Díaz, P., García, A. & Sancho M. (2016). *Vivir es descubrirme*. Fundación “La Caixa”. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/vivir-es-descubrirme>
- Yanguas L., J. J. (2018). *Soledad y personas mayores. Informe VIU*. Universidad Internacional de Valencia. https://www.universidadviu.com/sites/universidadviu.com/files/media_files/Informe%20soledad%20y%20personas%20mayores.pdf
- Yanguas L., J. J., Cilveti S., A., Hernández Ch., S., Pinazo, S., Roig, S. & Segura T., C. (2018). *El reto de la soledad en las personas mayores*. Fundación Bancaria “La Caixa”. <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/reto-soledad.pdf>
- Yanguas J. et al. (2020). *El reto de la soledad en las personas mayores*. “Fundación Bancaria “La Caixa”. <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/reto-soledad.pdf>
- Yanguas L., J. J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez. Los grandes retos sociales y emocionales de la madurez*. Planeta. https://proassetspdl.com.cdnstatics2.com/usuarios/libros_contenido/arxius/48/47614_Pasos_hacia_una_nueva_vejez.pdf7

SEMBLANZA CURRICULAR DE LOS AUTORES

ALEJANDRA MOYSÉN CHIMAL

Licenciada en Psicología y Maestría en Psicología Clínica por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX). Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Ha sido integrante de Comité Curricular para la creación y reestructuración de programas de nivel licenciatura, maestría, doctorado y diversos diplomados. Docente de licenciatura, maestría y doctorado. Ha dirigido más de 60 tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Algunos cargos que ha ocupado dentro de la Facultad de Ciencias de la Conducta son: de 1994 a 1998, coordinadora de Difusión Cultural; 1998-2002, coordinadora de la Licenciatura en Psicología; 2006-2010, directora de la Facultad de Ciencias de la Conducta; 2015 a 2019, coordinadora de Estudios Avanzados. Integrante del Cuerpo Académico Clínica y Familia, CA-SEP079 consolidado. Ha participado como ponente en congresos nacionales e internaciones; ha publicado memorias, libros, capítulos de libros, autor y coautor de artículos de investigación científica en revistas indexadas. Participación en diferentes proyectos de investigación, como responsable técnico y colaborador. La línea de investigación se centra en jóvenes universitarios, salud mental, emociones, afrontamiento, violencia, bienestar. Integrante de la Red Nacional de Estudios de Violencia y Salud. Perfil Prodep, Integrante del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI), nivel I. Orcid, <https://orcid.org/0000-0002-2201-2737>. Contacto: amoysenc@uaemex.mx

ARLET ADRIANA HERNÁNDEZ PÉREZ

Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Ponente en congresos nacionales. Autora de capítulos de libros en la línea de investigación de bullying. Miembro de la primera generación del Semillero de Investigación en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Miembro del equipo de investigación de la doctora Brenda Mendoza González. Contacto: ahernandezp035@alumno.uaemex.mx

BEATRIZ ADRIANA LOZANO MARTÍNEZ

Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Ponente en congresos nacionales. Miembro de la primera generación del Semillero de Investigación en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Miembro del equipo de investigación de la doctora Brenda Mendoza González. Contacto: blozanom003@alumno.uaemex.mx

BRENDA MENDOZA GONZÁLEZ

Posdoctora por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (Cum Laude). Maestra en Psicología General por la UNAM. Master en Programas de Intervención Psicológica en contextos educativos por la Universidad Complutense de Madrid. Licenciada en Psicología por la UNAM. Todos sus grados han sido financiados por Conahcyt y obtenidos con Mención Honorífica. Miembro del SNII, nivel II. Línea de investigación: Desarrollo de conductas riesgosas, acoso, violencia, maltrato y abuso sexual en contextos familiares y escolares. Adscrita como Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Ha escrito 10 libros como autora única, 23 capítulos de libro, más de 31 artículos científicos; es asesora para el gobierno en los diferentes niveles (municipal, estatal, federal). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0312-5004> Research gate: <https://www.researchgate.net/profile/Brenda-Mendoza-Gonzalez>. Contacto: bmendozag@uaemex.mx

ELIZABETH ZANATTA COLÍN

Doctora en Educación por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Doctorante en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta. Profesora-investigadora de Tiempo Completo de la UAEMEX. Perfil Prodep. Pertenece al SNII. Docente del doctorado en Ciencias Sociales, del posgrado en Psicología y licenciatura en Psicología. Integrante del Cuerpo Académico:

Socialización, juventud y estilos de crianza. Línea de generación de conocimiento: Formación, procesos psicosociales, bienestar e Identidad. Autora de libros, capítulos de libro y artículos en temas de formación, formación ciudadana, procesos identitarios, sociedad salud y bienestar. Contacto: mezanattac@uaemex.mx

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS

Licenciado en Filosofía por la Universidad de Comillas y Madrid (1963-1966). Maestro en Teología por la Universidad de Innsbruck, Austria (1966-1970). Doctor en Filosofía (Psicología y Pedagogía) por la Universidad de Salzburgo, Austria (1970-1975). Terapeuta en las clínicas familiares de Moenchengladbach y Viersen, Alemania (1975-1982). Coordinador de Posgrado en la Universidad Iberoamericana: maestría, doctorado y especialidades (1987-1989). Director del Departamento de Psicología de la UIA (1989-1994). Editor general de la *Revista Psicología Iberoamericana*. Nueva época (1985-1986). Editor general de esa Revista y secretario técnico del Comité Editorial de la Facultad (2012-2014). Editor general de la revista *Psicología sin Fronteras*. Profesor-investigador de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Contacto: javirsedah@uaemex.mx

LARISSA DESIREE PLATA ZANATTA

Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana, con obtención de Mención Honorífica y Laudatoria. Maestra y doctora en Psicología por la UAEMEX, ambas con Mención Honorífica. Actualmente, es profesora de cátedra en la UAEMEX y pertenece al “Programa de Investigadoras e Investigadores Comecyt Estado de México 2024”, donde realiza una cátedra en la Facultad de Ciencias de la Conducta con el proyecto denominado “Desarrollo integral de menores mexiquenses para favorecer la Calidad de Vida: Implicaciones psicoeducativas de la Inteligencia Cognitiva y de la Inteligencia Emocional”. También se ha formado en procesos cognitivos, rehabilitación neuropsicológica e instrumentos de evaluación. Ha laborado en la práctica privada y es autora de artículos, capítulos de libro y memorias. Contacto: ldplataz002@profesor.uaemex.mx

LEILANI RODRÍGUEZ FLORES

Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Ponente en congresos nacionales. Miembro del equipo de investigación de la doctora Brenda Mendoza González. Contacto: lrodriguezf006@alumno.uaemex.mx

LEZLY JIMENA RODRÍGUEZ QUINTANA

Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Ponente en congresos nacionales. Miembro del equipo de investigación de la doctora Brenda Mendoza González. Contacto: lrodriguezq001@alumno.uaemex.mx

MARTHA CECILIA VILLAVECES LÓPEZ

Doctora en Ciencias con Énfasis en Psicología por la UAEMEX. Doctora en Alta Dirección por el Centro de Estudios de Posgrado del Estado de México. Maestra en Administración por la UAEMEX. Psicóloga de la Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. Cuenta con la Certificación de Psicología Positiva por el Instituto de Ciencias de la Felicidad. Ha realizado estudios de actualización, Diplomado en la Aplicación de la Bioética en los Servicios de Salud, Diplomado en Elaboración y Asesoría de Tesis, Diplomado en Terapia Emocional y Afrontamiento del Duelo, entre otros. Actualmente, es profesora-investigadora de medio tiempo definitivo en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX, en la Licenciatura en Psicología y en el Programa de Doctorado en Psicología. Candidata al SNI. Colaboradora del Cuerpo Académico Clínica y Familia, donde trabaja temas de investigación que abordan la calidad de vida del trabajador, estrés y salud, así como temas de psicología positiva, inteligencia emocional, bienestar psicológico y violencia y salud. Ha sido ponente en congresos nacionales e internacionales. Ha dirigido tesis de licenciatura y maestría. Es autora y coautora de varios artículos publicados en revistas, así como de capítulos de libros. Orcid <https://orcid.org/0000-0002-2645-5607> Contacto: mcvillavecesl@uaemex.mx

MARTHA PATRICIA BONILLA MUÑOZ

Licenciada en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Maestra y doctora en Psicología Social por la UNAM. Especialista en Sexología Educativa por el Instituto Mexicano de Sexología. Psicoterapeuta social y cognitiva conductual con especialidad en sexología. Profesora-investigadora en el Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo Conductual. Profesora en los doctorados de Terapia Psicoanalítica y Desarrollo Humano en el Colegio Internacional de Estudios Superiores. Docente del doctorado en Comunicación por el Centro Avanzado en Comunicación. Profesora-investigadora de medio tiempo en la maestría en Estudios de la Familia en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Profesora titular del Seminario de Investigación Doctoral Investigación Cualitativa, Métodos y Técnicas de Investigación en el doctorado en Investigación y en la maestría en Desarrollo Humano en la Universidad Iberoamericana. Contacto: patriciabonillam@gmail.com

PATRICIA BALCÁZAR NAVA

Estancia Posdoctoral en la Universidad de Barcelona. Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Maestra en Psicología Clínica y Licenciatura en Psicología por la UAEMEX. Profesora-investigadora de tiempo completo en la UAEMEX, en pregrado en la licenciatura en Psicología (UAEMEX) y en Posgrado de diferentes universidades. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado (registro SEP-079) Clínica y Familia, en el que centra su investigación en procesos de salud y enfermedad, así como su relación con la violencia y algunas variables psicológicas. Los resultados de sus investigaciones se han publicado en revistas indexadas y en foros nacionales e internacionales, así como en capítulos de libros. Colaboradora y autora de proyectos de investigación, nacionales e internacionales (Cumex, Gicuned, Proyecto Multicéntrico Dilema y Red Nacional de Estudios en Violencia). Profesora con Perfil Deseable (SEP, Prodep), desde 2001. Miembro del SNI, nivel I desde 2014. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3809-831X>. Contacto: pbalcazarn@uaemex.mx

José Antonio Virseda Heras

Licenciado en Filosofía por las Universidades de Comillas y de Madrid. Maestro en Teología por la Universidad de Innsbruck, Austria. Doctor en Filosofía (Psicología y Pedagogía) por la Universidad de Salzburgo, Austria. Coordinador de posgrado y director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana (1994-1989). Editor de la *Revista Psicología Iberoamericana*, así como editor general de la *Revista de Psicología* de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX) (2014-2012) y de la revista *Psicología sin Fronteras* (2020-2018). Profesor-investigador de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX. Coordinador de varias publicaciones como *Psicología sin fronteras, el quehacer de los profesionales en la salud mental* (2024); *Salud mental y bienestar psicológico* (UAEMEX, 2023); *Investigación, perspectivas y reflexiones en torno al suicidio* (UAEMEX, 2024); *Tortura y Protocolo de Estambul* (EAE, 2020); *Apuntes para un modelo mexicano de Acompañamiento psicosocial* (2019); *Psicoterapia. Alternativas y reflexiones* (2019); *Dimensiones de la violencia en el ámbito educativo e identidad* (2019); *Perspectiva psicosocial de los Derechos Humanos* (2018); *Relaciones familiares, afecto, valores y aprendizaje creador* (2018). Asimismo, ha presentado escritos en diferentes conferencias y congresos nacionales e internacionales.

Este libro podría convertirse en una referencia valiosa para profesionales y público en general, ya que ofrece un análisis integral de los retos psicológicos a lo largo del ciclo vital. Así, respecto a la infancia se muestra información sobre el acoso escolar, donde se hace énfasis en los factores de riesgo y de protección. Acerca de la etapa de la juventud, se presentan temas sobre la depresión, los factores de riesgo y propuestas de tratamiento. En cuanto a la adultez, se aborda la violencia de género y se determinan los estereotipos basados en el modelo de dominio-sumisión. Por último, en relación con la tercera edad, se exponen temas referentes a la calidad de vida, que delimita las representaciones de la vejez; estrategias de intervención; actividad física dentro de la calidad de vida relacionada con la salud, la cual repercute en funciones físicas, psicológicas y sociales; también se aborda la variable compleja de la soledad, que requiere tomarse en cuenta a fin de encontrar formas dignas para las personas en la última etapa de la vida.

Para alumnos de carreras de la salud y en las etapas iniciales de la vida profesional, este libro es importante para adentrarse en diversas temáticas que los orienten en asuntos de diagnóstico, de instrumentos y de tratamiento.



Secretaría de
Identidad y Cultura