

# Revista **Psicólogos**

**Ética • Crecimiento • Desarrollo**

Hombres. Consecuencias biopsicosociales de la masculinidad patriarcal.

*Mgtr. Beverly Viviana Contreras Yes*

Sentia. Método orientado a establecer el apego seguro.

*Lcdo. Marckus R. Rivera Pineda,  
Lcdo. Mariano García Canga-Artgüelles &  
Lcda. Regina Marroquín Barrera*

Representaciones sociales acerca del cáncer en pacientes adultos, ciudad de Arequipa, Perú.

*Lcdo. Aleixandre Brian Duche Pérez*

Musicoterapia: la aplicación científica de la música en un contexto terapéutico.

*Lcda. Julio Méndez Salazar.*

# Revista Psicólogos

Año VI- No. 18 - enero-junio 2016

Revista semestral  
Fecha de inicio: 2010

ISSN: 2225-0816

Edita:  
Colegio de Psicólogos de Guatemala



Sede Central  
13 calle 6-31 zona 9, Ciudad de Guatemala.  
PBX (502) 2218.3400

Sede Xela  
5 Calle 22-20 Zona 3. Quetzaltenango.  
Teléfono 7767.2749

Correos electrónicos:  
consejoeditorial@colegiodepsicologos.org.gt  
info@colegiodepsicologos.org.gt  
quetzaltenango@colegiodepsicologos.org.gt

Sitio web: [www.colegiodepsicologos.org.gt](http://www.colegiodepsicologos.org.gt)

Revista Psicólogos consiste en un medio escrito dirigido al gremio, distribuida exclusiva y gratuitamente para el colegiado activo. Cuenta con estándares nacionales e internacionales y con la calidad académica que la clasifica como una Revista Científica. Incluye artículos inéditos, escritos por profesionales de las ciencias psicológicas y afines, de autoría nacional e internacional, cuyos objetivos son la divulgación de investigaciones que permitan compartir los avances y descubrimientos teóricos y técnicos de la psicología en general, así como la transmisión de los conocimientos adquiridos y la actualización profesional de la psicología clínica, social, educativa, industrial, deportiva y de otras ramas de la ciencia. De esta manera se propone promover una aproximación a los problemas de nuestra sociedad.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de la revista sin previa autorización escrita por las autoridades del Colegio de Psicólogos de Guatemala. Todos los derechos de autor, fotografía y diseño, así como el nombre o título publicado están reservados por el Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Impresa en la Ciudad de Guatemala.

## Editorial

### Coordinación de Consejo

Mgtr. Mayra Figueroa Briceño  
Col. No. 278

### Consejo Editorial

Mgtr. Leslie A. Sechel Vela  
*Centro de Estudios Junguianos de  
Psicología Analítica en Guatemala*  
Col. No. 2343

Mgtr. Melissa Lemus García  
*Asociación Guatemalteca de Psicología  
-AGP-*  
Col. No. 926

PhD. Verónica Paz de Brenes  
*Psicóloga Independiente*  
Col. No. 471

Mgtr. Ana María Jurado  
*Instituto de Psicología Aplicada - IPSA -*  
Col. No. 007

### Redacción

Mgtr. Edna Friné Portillo  
*Consultora Educativa Independiente*

### Diseño y diagramación

Alejandro Miranda

---

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos está conformado por profesionales no vinculados directamente al Colegio de Psicólogos de Guatemala. El Consejo Editorial se apoya además en otros profesionales externos al mismo, en la revisión, asesoría, así como en la contribución de artículos, entrevistas e investigaciones a publicarse. Todos los autores nacionales invitados a escribir deberán estar colegiados activos.

# Índice

---

---

**Editorial** 04

---

---

**Hombres. Consecuencias biopsicosociales de la masculinidad patriarcal.**  
*Mgtr. Beverly Viviana Contreras Yes* 05

---

---

**Sentia. Método orientado a establecer el apego seguro.**  
*Lcdo. Marckus R. Rivera Pineda,  
Lcdo. Mariano García Canga-Argüelles &  
Lcda. Regina Marroquín Barrera* 24

---

---

**Representaciones sociales acerca del cáncer en pacientes adultos, ciudad de Arequipa, Perú.**  
*Lcdo. Aleixandre Brian Duche Pérez* 36

---

---

**Musicoterapia: la aplicación científica de la música en un contexto terapéutico.**  
*Lcdo. Julio Méndez Salazar* 56

---

---

Normas y selección de artículos para su publicación. 70

---

---

## *Carta Editorial*

Mgtr. Mayra Figueroa Briceño  
Colegiada Activa No. 278

---

Esta décimo-octava edición conlleva mucha satisfacción debido a la diversidad de los artículos presentados, por mantener una publicación foránea invitada, por la contribución de colegas peruanos; contiene, además, un estudio que pone de manifiesto las nuevas interpretaciones que desde las creencias, sentimientos, emociones, contexto cultural se deben tomar en cuenta en el abordaje del cáncer, trabajo realizado en la ciudad de Arequipa, con una metodología de investigación cualitativa de entrevista semi estructurada en un grupo de adultos que nos da un panorama interesante y replicable para otros países Latinoamericanos.

Se aborda también en este número un tema muy actual tan característico de nuestras culturas: el de las nuevas masculinidades, una revisión bibliográfica que parte de observar cómo el modelo patriarcal ha permitido la perpetuación de roles masculinos y femeninos que causan un efecto nocivo al impactar negativamente y causar enfermedades físicas y emocionales que disminuyen su expectativa de vida comparativamente a las mujeres.

El apego es parte de un proceso normal en el desarrollo natural de las y los niños que influirá en la forma en la que posteriormente se establecen las relaciones interpersonales y vínculos de afecto. Se presenta el Método Sintia, que busca

el restablecimiento del vínculo de apego que no ha sido desarrollado adecuadamente; es un método que entrena a los padres para reparar el apego y convertirlo en un apego seguro para que en el futuro el niño pueda establecer relaciones y vínculos afectivos que le permitan desarrollarse.

En el artículo acerca de la musicoterapia, el diseño de una herramienta terapéutica lleva un proceso de investigación inicial y de amplio espectro en la revisión bibliográfica y es lo que estos autores realizaron; la música es la parte fundamental del abordaje terapéutico y de los elementos esenciales identificados para elaborar el modelo de intervención.

Este año, los días 23-24-25 de septiembre se estará llevando a cabo un gran evento, el X Congreso de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología, FIAP, y el III Congreso de Nacional del Colegio de Psicólogos de Guatemala. El escenario para ambos eventos científicos será La Antigua Guatemala, declarada Patrimonio Cultural de la Humanidad por UNESCO en 1979. En esta ocasión habrá una reunión de editorialistas de varios medios y La Revista *Psicólogos* estará representando a nuestro país. Aprovechamos este espacio para darles nuestra más calurosa, solidaria y fraternal bienvenida.  $\Psi$

# Hombres. Consecuencias biopsicosociales de la masculinidad patriarcal.

Mgtr. Beverly Viviana Contreras Yes  
Colegiado Activo No. 2835

**Resumen:** El ser humano es un ser biopsicosocial donde convergen variables que de forma directa o indirecta intervienen en su desarrollo. Una de ellas es el género, el cual se comprende como todos aquellos roles, mandatos y atribuciones que construyen la definición de masculino y femenino en diferentes culturas que diferencian a hombres y mujeres y lo que cada uno debe cumplir y asumir como propio. En el caso de los varones uno de los modelos que ha se ha perpetuado durante generaciones es el de la masculinidad patriarcal que determina la identidad de los mismos en relación al poder, superioridad, valor adquisitivo y social en comparación a las mujeres y otros hombres; otorgándoles al género masculino un lugar privilegiado en el sistema social por el simple hecho de nacer varón. Investigaciones en la actualidad dejan al descubierto que a pesar de esta ventaja adquisitiva, esta tiene un impacto negativo importante para su bienestar biopsicosocial, volviéndoles más vulnerables y padecer diversas patologías a nivel físico y emocional que han disminuido considerablemente su expectativa de vida en relación a las mujeres. El objetivo de este artículo es determinar las consecuencias y efectos biopsicosociales que el modelo masculino patriarcal ha provocado en los hombres y la necesidad de redefinir los roles de género impuestos para hombre y mujeres.

**Palabras clave:** género, hombres, identidades masculinas, masculinidad patriarcal, violencia.

**Abstract:** The human being is considered a biopsychosocial being where intrinsic and extrinsic variables converge directly or indirectly and they intervene in its development. One of them, gender, is understood as all those roles, commands and powers that build definition of male and female in different cultures and that differentiate men and women, which must each one fulfill and assume as their own. In the case of males one of the models that has perpetuated through generations is the patriarchal masculinity that determines their identity in relation to power, superiority, acquisition and social value, in comparison to women and other men, granting masculine gender a privileged place in the social system by the sole fact of being born males. Current investigations expose that despite of this acquisitive advantage that has been granted to them, it has a significant but negative impact on their biopsychosocial wellbeing, turning them to become more vulnerable to different physical and emotional pathologies that have reduced significantly their life expectancy in relation to women.

The aim of this article is to determine the consequences and biopsychosocial effects of the model of patriarchal masculinity has caused in men and the need to redefine gender roles for men and women.

**Keywords:** gender, men, masculine identities, patriarchal masculinity, violence.

Masculinidad es un concepto complejo conformado por componentes que se interrelacionan en forma directa o indirecta; por ello, para realizar el análisis de dicho concepto es importante clarificar dos temas básicos y fundamentales: sexo y género. El primero es definido según Huberman (2014) como la información biológica y cromosómica con la que todo ser humano nace. Téllez y Verdú (2011) comentan que el sexo es considerado como invariables características biológicamente determinadas del hombre y la mujer; por lo que este permite dividir, en cada ser que nace, dos posibilidades: hombre o mujer.

Mientras, el género es un concepto mucho más amplio que cubre una serie de conceptos y componentes que lo constituyen como una variable de suma complejidad pero de inigualable valor. Este se refiere a las características sociales que construyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas; puede entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y conductas que distinguen a los hombres y las mujeres. (Téllez y Verdú, 2011). A dichas valoraciones se añaden las normas, percepciones, visiones, capacidades, roles e incluso las tareas y trabajos que culturalmente se atribuyen a lo masculino y femenino.

El género se considera de tipo relacional, con una consolidación a lo largo del tiempo, remitiéndose a las relaciones entre hombres y mujeres desde la niñez, etapa desde la cual se marca el inicio de las relaciones de poder entre los mismos. Dicho linaje cultural se nutre con estereotipos, mitos, creencias con un significativo impacto en todo tipo de relación. (Huberman, 2014).

Las características descritas marcan una clara diferencia entre los términos sexo, el cual es biológicamente predeterminado, percibido como

una dicotomía que en raras ocasiones presentará variaciones, y el término género, que es una variable que se mantiene en constante cambio de acuerdo al momento social, geopolítico e histórico que cada sociedad experimente.

Este posee inagotables posibilidades de cambio, acompañado de una constante evolución lo cual podría percibirse como una de las características positivas que lo conforman; sin embargo, lo mismo marca una huella indeleble desde el nacimiento y proporciona, a hombre y mujeres, las atribuciones, roles y cargos que deberán desempeñar de acuerdo a su género, las posibilidades de crecimiento, el acceso a oportunidades, incluso los permisos y prohibiciones que cada uno tendrá.

Huberman (2014) menciona que el “género afecta a todas las personas, hombres y mujeres, actuando como una especie de *corsé* de fuerza del que resulta difícil (no imposible) salir porque es un elemento fundamental en lo masculino o femenino” (p.11), por lo que este trae consigo ciertas imposiciones las cuales en muchas situaciones provocan incompatibilidad e incongruencia en ambos sexos entre lo asignado y lo sentido de acuerdo a su género.

Dicha afirmación es mencionada por Schóngut (2012) quien refiere “las desigualdades entre hombres y mujeres no están originadas por una diferencia sexual supuestamente natural, sino porque nos hemos encargado de sexualizar nuestros cuerpos, nuestro espacio y nuestra historia en sistemas dicotómicos, como una forma específica de ordenar la sociedad” (p.30). A esto, Soto (2013) añade que género femenino y masculino son construidos sobre mandatos exigidos por una sociedad.

En el presente artículo, con la clarificación de ambos conceptos, se analizan diversos componentes relacionados con el género. En el caso específico de los hombres, este se conforma a partir de dictámenes y roles que no poseen características innatas ni naturales; sin embargo, deben ser acatados según la forma en que se define la masculinidad en su cultura. La definición de la masculinidad no puede ser elaborada desde el supuesto de que es algo inherente con lo que nace cada hombre.

Pignatiello (2014) menciona que se posee una tendencia a considerar que la masculinidad es en esencia algo innato, algo que por naturaleza es dado a quienes la poseen; sin embargo, dicha percepción deja fuera tantos componentes que minimizan su entendimiento y abordaje. Por el contrario, esta es el resultado de la inserción del sujeto en la cultura, por lo que la supuesta naturaleza masculina no existe. Una mujer al igual que un hombre no nace como tal, únicamente su sexo es definido desde este momento, todos los demás elementos que lo conforman y definen son incorporados en los mismos a través de procesos que involucran referentes culturales, relaciones sociales y vivencias individuales. El autor menciona:

La masculinidad no existe por sí sola, es resultado de una amplia trama de relaciones, significados y prácticas; es producto de una muy amplia interdependencia que ignoramos creyendo que lo masculino viene dado por los genitales o las hormonas. Fuera de esa interdependencia la masculinidad es vacuidad, se construye en los bordes de un vacío. Si nos adentramos en el revés de la masculinidad, ubicamos, por una parte, el reverso donde podemos identificar los modos en que se usa lo masculino para recubrir y rechazar ese vacío; por la otra, el reconocimiento de las formas en que eso fracasa. ¿Qué fracasa? Un modelo cultural hegemónico y los afanes individuales

por realizarlo. (p.126)

Esto permite comprender que no ha existido y posiblemente nunca existirá una única forma de definir la masculinidad, razón por la cual, es mucho más apropiado utilizar en todo discurso teórico, incluso coloquial, el plural de dicha palabra, ya que masculinidades desde el uso más básico del lenguaje refleja que no existe una fórmula ni receta universal que contenga todos los ingredientes que la integren y definan.

Al respecto, Huberman (2014) menciona que las distintas formas de masculinidad y sus representaciones, se generan y mantienen a través de los grupos sociales, instituciones e individuos de una sociedad determinada, por lo que estas han sido construidas por una sociedad contextualizada; son el producto de la interacción social, fundadas a partir de las estrategias y recursos disponibles en cada contexto.

Desde este enfoque pluralista, es oportuno añadir lo expresado por Badinter (como se citó en Soto, 2013) quien en relación a la identidad masculina refiere: “no hay una masculinidad única, lo que implica que no existe un modelo masculino universal y válido para cualquier lugar, época, clase social, edad, raza, orientación sexual...sino una gran diversidad de maneras de ser hombre en nuestras sociedades”. (p. 97).

La presentación de este panorama y mandatos permite comprender los resultados de diversas investigaciones que se han enfocado en el impacto de ciertas prácticas, muchas impuestas de acuerdo a su género en la población masculina, lo que constituye un factor crucial para comprender a mayor profundidad la concepción del hombre desde la perspectiva de género.

De acuerdo a Keijzer (2006), como se ha mencionado con anterioridad, el término género se comprende como un conjunto de atribuciones y funciones construidas social y culturalmente las cuales se adjudican a los sexos, como una justificación de las diferencias y relaciones de opresión entre los mismos; lo expuesto se interioriza por medio de la socialización donde se pueden identificar claras ventajas para el hombre, las que con el paso del tiempo se constituyen como un peligroso agente que tiene un costo para la salud tanto del género masculino como femenino.

La incorporación de dichas características sucede puesto que estas se presentan –y en realidad lo son– como ventajas de las relaciones de poder entre géneros, poseen un valor social alto y son asignadas el nacimiento a través de diferentes redes e instituciones. Por tanto, es usual que dicha problemática sea invisible o negada de forma parcial o total, en especial por los propios varones. Si se define el género como todas aquellas atribuciones y significados impuestos por una sociedad, por un grupo social de acuerdo al momento sociopolítico e histórico, se puede comprender que las relaciones de género no pueden ser estáticas; estas cambian constantemente con el tiempo.

Según Keijzer (2006) parece ser que las mismas se están transformando con mayor rapidez, lo cual puede estar asociado a algunos cambios tales como: acelerado proceso de urbanización, incorporación de las mujeres a la fuerza laboral y la reestructuración económica que esta conlleva, deterioro del poder adquisitivo lo que mueve a más miembros de la familia a buscar una oportunidad de trabajo remunerado siendo cada vez más de estos mujeres, fenómeno de migración interno y externo, cambios en la organización familiar, entre otras.

Sin embargo, a lo largo de la historia, sin importar el contexto geográfico en el que sea situada, la masculinidad patriarcal ha regido muchas de las pautas de comportamiento que los hombres deben asumir y reproducir en su intento de ser definidos y reconocidos como tal.

Este es el eje central de análisis del presente artículo, por lo que, para poder identificar los efectos que esta ha tenido sobre la población masculina, es imperante construir una clara definición de la misma y cómo esta ha sido interiorizada por muchos varones como una verdad absoluta.

### **Masculinidad patriarcal**

Según Soto (2013), la masculinidad patriarcal está constituida por una gama de valores, actitudes, comportamientos, creencias y conductas que buscan poder y autoridad sobre cualquier otra persona que sea considerada débil e inferior, a través de diversas formas de opresión, coacción y violencia. Es una forma de relacionarse y supone un manejo de poder que fortalece las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en el ámbito personal, económico, político y social. Esta concepción del mundo se fundamenta en mitos patriarcales basados en la dominación masculina y la sumisión femenina, donde el varón es autosuficiente con sumo respeto a la jerarquía; dichas concepciones son tomadas como ideales para luego convertirse en mandatos sociales de cómo debe ser, comportarse y actuar un hombre.

Para Huberman (2014) un punto fundamental en la construcción de esta masculinidad es la importancia que posee “la constitución de espacios de identificación o rechazo. Se es o no se es parte de la cofradía; en el medio, nada por aquí, nada por allá”. (p.17).

Estas conceptualizaciones mencionan dos dimensiones que deben tenerse claras para comprender en un espectro más amplio todos los componentes que constituyen la masculinidad patriarcal; la primera que tiene que ver con los hombres como individuos en cuanto a su entender y práctica sobre ser hombres, y la segunda que tiene que ver con la masculinidad como una estructura ideológica que responde a la sociedad patriarcal, emisora de valores y mandatos, creadora de consenso para hombres y para mujeres.

Es importante hacer énfasis en los mandatos y roles masculinos patriarcales, los cuales podrían compararse con dictadores sociales que emiten la normativa sin opción a cambio de cómo los varones deben comportarse, sentir y pensar según diversos mandatos sociales y cumplir una serie de roles asignados a su género; de lo contrario, dicho orden patriarcal se encargará de castigar a quienes no cumplan con esas tareas.

El desarrollo del análisis sobre la masculinidad patriarcal ha sido una labor que, desde el punto de vista histórico se categoriza como reciente. Desde la década de los años setenta, autores como Herb Goldberg, Dan Kiley, León Gindin y Michael Kaufman empezaron a mencionar la importancia del estudio de la masculinidad patriarcal, como una acción posterior y complementaria a los procesos de reivindicación feminista. Los autores mencionados identifican elementos que intervienen en la construcción de la masculinidad patriarcal y sus diversas expresiones, partiendo del cuestionamiento central sobre los efectos negativos que dentro del sistema social patriarcal se provoca en los hombres. Es precisamente en este último aspecto donde radica la importancia de estas propuestas, ya que se antepone al pensamiento que tradicionalmente considera que “los hombres están bien, mientras que son las mujeres quienes deben luchar por la

reivindicación en la sociedad”.

Con respecto de ese punto, Muñoz (2012) agrega que se presentan al orden del día valores patriarcales como la virilidad, valentía y la fuerza, en desconocimiento de la experiencia masculina, lo cual conlleva a elevados costos sociales y una disminución en años potenciales de vida. Dicha afirmación genera interrogantes en relación a las causas de esta disminución; una posible respuesta nace al entender que el cuidado de sí en la salud masculina está transversalizada por elementos sociales que limitan sus alcances reales, más aún según diversos autores si se consideran las apropiaciones de género que han persistido en la cotidianidad.

Esto conduce a evaluar si la masculinidad patriarcal ha sido tan benevolente con la población masculina como muchas corrientes teóricas afirman; una de ellas quizá, si no la más fuerte, es el feminismo pragmático. Por el contrario, esta ha dejado una marca invisible e indeleble en los hombres, que los acompaña desde su nacimiento y que constituye el eje potenciador de padecimientos tanto físicos como psicológicos en los mismos.

Esta realidad alterna la experiencia de vida juega un papel fundamental, puesto que para el caso de los varones han sido creados códigos culturalmente legitimados que inhiben, reprimen o desatan una serie de acciones que pueden conducir a la pérdida de la salud. Dicha afirmación es constatada por diversos autores, entre ellos Figueroa, Doctor en Sociología y Demografía de la Universidad de París, quien, en su conferencia inaugural del V Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades realizado a inicios del año 2015, realiza una serie de reflexiones sobre masculinidad y patriarcado, tales como: “lo que no se nombra se acaba asumiendo que no existe”. (Figueroa, 2011).

Por su parte, Gabarro (2008), hace mención del significativo impacto que ha tenido la masculinidad patriarcal en diversos ámbitos, lo que deja al descubierto que esta no sólo ha causado consecuencias desde el enfoque de género sino en otras esferas que conforman una sociedad. El autor afirma que en esta se encuentra la base de diversos conflictos sociales como la misoginia, homofobia, violencias de género, fracaso escolar, en los alarmantes índices de siniestralidad automovilística, acoso y violencia escolar, grupos delictivos, en muchos comportamientos incívicos y elevadas tasas de abuso de sustancias legales y no legales, entre otras.

Agrega Gabarro que la masculinidad patriarcal no es la única desencadenante de estos problemas, pues a estos se atribuyen otras situaciones como la marginación, pobreza o el estatus socioeconómico, pero sí tienen un papel clave en los mismos, ya que la forma en que muchos adolescentes y hombres son llamados a construir su identidad masculina es una razón relevante en estos conflictos, y sin una transformación de dicha construcción estos no podrán ser resueltos en su totalidad. Esta construcción hegemónica o tradicional se ha cimentado en Occidente y países musulmanes como un proceso de diferenciación y negación de la alteridad de los demás, de cualquiera que no sea este yo central masculino, en especial contra las mujeres y personas homosexuales. Cortés (como se citó en Gabarro, 2008) señala que la identidad masculina tradicional se ha fortalecido y establecido a través de un proceso de protección ante dos amenazas: la feminidad y la homosexualidad.

Para comprender la masculinidad patriarcal es importante conocer los valores matrices del modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica, los cuales son expuestos por Bonino (2008), quien argumenta que el fiel cumplimiento

de este modelo es un factor de riesgo de primer nivel para la salud; mas no lo es el simple hecho de nacer como hombre. Dentro de dichos valores menciona la autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía, los cuales son interiorizados por los varones como ideales y obligaciones a través de la socialización y que provocan que su vida y conducta estén marcadas por el control de sí mismos y de los demás, así como, riesgo, competitividad, movimiento vital guiado por lógica de éxito-fracaso, ausencia de conductas de cuidado y vida afectiva.

Dichos mandatos facilitan el desarrollo de hábitos poco saludables, puesto que se invita a la creación de un ser humano omnipotente, que niega su vulnerabilidad, inflexible, que no tiene capacidad para sobrellevar ni elaborar el sufrimiento, con poca tolerancia a la frustración ante los cambios en su posición social. Asimismo, promueve algunos valores contrapuestos a otros significativos para la convivencia, salud y vida, lo cual tiene como resultado las relaciones desiguales con las mujeres, vulnerabilidad a desarrollar trastornos en la salud de los propios hombres, en otros varones, mujeres, niños, niñas y adolescentes que los rodean. La competencia, dureza y represión emocional, acompañadas de una percepción de éxito como meta exclusiva, el afrontamiento temerarios de los riesgos, y autosuficiencia promueven la desvalorización de la prudencia, prácticas de riesgo, déficit de autocuidado y sexualidad ansiosa no controlada entre otras.

Al realizar la desconstrucción del significado de la masculinidad patriarcal es inevitable percibir como dicho modelo impacta de forma negativa a diversos niveles y áreas que conforman la vida de los varones, lo cual es motivo de preocupación para diversas corrientes de estudio del ser humano, ya que no es una problemática nueva, por el contrario,

posee un amplio recorrido en las relaciones humanas. Una de las causas que podrían explicar por qué este modelo de socialización de ser hombre se ha consolidado con tanta fuerza y ha persistido a través del tiempo es la necesidad de la población masculina de demostrar continuamente que siguen siendo hombres.

Según Gabarro (2008), el mensaje transmitido a los varones es que no es suficiente haber demostrado una vez que se es un hombre, sino por el contrario, es necesario estar dispuesto a demostrarlo siempre que alguien lo ponga en duda; lo que motiva a muchos a mantener sin cambio las circunstancias que les han permitido llegar a serlo.

La perspectiva de género no sólo ha realizado significativos aportes desde el feminismo para comprender muchos mecanismos de opresión, sino que ha ofrecido información relevante para comprender y trascender diversos problemas y desigualdades que hasta la fecha no han sido superadas.

En síntesis, son diversos los componentes tanto intrínsecos como extrínsecos que interactúan en la construcción de la identidad masculina, la cual al tener los mandatos y valores de la masculinidad patriarcal conllevan una amplia gama de efectos negativos en las diversas esferas que constituyen al ser humano: física, emocional y social, especialmente en el caso de los hombres.

### **Consecuencias físicas**

El ser humano es un ser biopsicosocial, y al hablar de los efectos en la salud se hace referencia a su esfera biológica, la cual es de vital importancia para que las personas tengan un bienestar integral. Velandia (como se citó en Huberman, 2014) menciona:

La salud es un derecho fundamental que se explica, vivencia y emociona por cada ciudadano/a de acuerdo con su etnia, edad, sexo, género y orientación sexual. La salud está encaminada al bienestar individual como: desarrollo positivo de la energía vital, capacidad de pleno desempeño individual y social, y buen vivir. Emerge de las interrelaciones, interafectaciones e interdependencias de los seres humanos consigo mismo y con los demás, en un medio ambiente determinado por la cultura y las relaciones sociales propias de cada modelo de desarrollo. (p.21)

Dicha definición muestra la importancia que posee preservar y propiciar la salud para un adecuado desarrollo y convivencia tanto consigo mismo como con los demás. No debería considerarse un privilegio, sino tal como se menciona, un derecho al que todo ser humano puede acceder. Sin embargo, diversas situaciones tanto contextuales como intrapsíquicas ponen en riesgo dicha condición.

Huberman (2014) menciona que el hombre que actúa adecuadamente en relación a su género no debe preocuparse por su salud ni su bienestar en general; su único foco de atención debe ser el mantenerse fuerte a nivel físico y emocional, en especial con relación a la condición de las mujeres.

Courtenay, (como se citó en Huberman, 2014) agrega que este debe concebirse como un ser independiente, quien en ningún momento necesita ser cuidado, por lo que es poco probable que pida ayuda a los demás, inmerso la mayor parte del tiempo en el mundo lejos de su hogar; así como hacer frente al peligro sin miedo, asumir peligros a menudo y no ocupar mayor tiempo ni esfuerzo en el resguardo de su propia seguridad.

Para iniciar el abordaje de las consecuencias de la masculinidad patriarcal en la salud masculina es importante analizar el contexto, percepción y conductas que presentan muchos hombres en torno a su salud, el inexistente cuidado y la tendencia a volcar su atención hacia otros bajo el mandato de protector que les ha sido impuesto.

Al respecto Bonino (2008), menciona que los varones han sido educados para ser activos, poseer el control, proyectar una constante defensiva, actuar como sinónimo de fortaleza, soportar el dolor de la lucha por la vida, a no depender de los demás, utilizar el cuerpo como una herramienta; todo esto es apoyado por Keijzer, quien menciona que muchos hombres accionan bajo la idea hasta donde el cuerpo aguante; asimismo, se les acostumbra a no pedir ayuda y se les dice que deben salir adelante sin importar la adversidad que se les presente, con extrema preocupación por lo que hay que hacer, y falta de empatía por el sentir. Al exponer el potente mensaje al que los niños están expuestos y aprenden desde los primeros años, toma mayor sentido la tendencia de los varones a desarrollar respuestas disfuncionales con relación al abordaje de sus malestares físicos o emocionales. Algunas de estas se relacionan de forma directa con la necesidad de tener todo bajo control en algo tan incontrolable como una enfermedad, por lo que muchos presentan manifestaciones como las que se describen a continuación:

- Dificultad para detectar signos de alarma corporal, y al hacerlo muestran una tendencia a desvalorizarlos o pasarlos a segundo plano.
- Imposibilidad de admitir ante sí mismos y los demás que poseen algún malestar.
- Tendencia a postergar el afrontamiento del

malestar, el que cuando es percibido en especial a través del dolor, es vivenciado como una amenaza de su cuerpo o vida.

- Inapropiado manejo del miedo y ansiedad que son generados por lo que no pueden controlar a través del enojo y la culpa atribuido a los demás por lo que les sucede.
- Retardar la asistencia a consulta, la cual es percibida como un fracaso a la autoeficacia; y en los casos en que se presentan a la misma, una tendencia a no expresar toda la información sobre sí mismos en lo físico y lo emocional, puesto que esto es tomado como una muestra de fragilidad y dejarse expuesto ante los demás.
- Imposibilidad de aceptar el rol de enfermo, puesto que este supone una pasividad anti-masculina, lo que amenaza fuertemente a su identidad.
- Resistencia a realizarse todos los exámenes que sean recomendados por un especialista, ya que estos son sinónimo de pasividad.
- Tendencia a abandonar de forma precoz los tratamientos que les sean sugeridos movidos por el fuerte deseo de recobrar lo antes posible su independencia.
- Acercamiento a los sistemas sanitarios de forma muy episódica, generalmente cuando el problema se encuentra avanzado y les resulta imposible llevarlo solos.

Por su parte, Muñoz (2012) refiere que la experiencia de vida posee un papel fundamental, y para el caso de los hombres, las conductas culturalmente legitimadas inhiben, reprimen o desatan una serie de acciones y situaciones que pro-

mueven de diversas maneras conscientes e inconscientes la pérdida de la salud. Valdez y Olavarría (como se citó en Keijzer, 2006), agregan que todo esto da como resultado la ausencia de los hombres en los espacios de la salud, lo cual está relacionado con las formas en que se construye la identidad del género masculino, así como sus contenidos tanto a nivel individual como colectivo.

Desde temprana edad, a los hombres se les instruye en la necesidad de poseer una apariencia de invulnerabilidad, con especial énfasis en el hecho de que a los hombres nunca les pasa nada, por lo que, de forma gradual desarrollan una constante búsqueda de riesgo que es percibido como sinónimo de valor desde la propia cultura y se ve reforzado a través de los medios masivos de comunicación que tienen como principal objetivo a niños y adolescentes. Por tanto, en etapas posteriores de desarrollo, los varones desarrollan dificultades para verbalizar sus necesidades de salud. Esto se ve ejemplificado en una conducta bastante usual, el no hablar de sus problemas de salud, ya que esto es considerado una muestra de debilidad, de feminización frente a los otros y otras. Los resultados de un estudio mostraron que dicha atención es únicamente para adultos mayores, mujeres, niños o enfermos, categorías dentro de las cuales no caben los hombres, lo cual les es totalmente ajeno. (Keijzer, 2006)

Martel (como se citó en Keijzer, 2006) refiere en relación a este cuidado de sí, que este se articula desde tres puntos de vista: el primero una actitud general, que provoca una concepción del mundo que provee una forma de relacionarse con los demás; el segundo, una mirada hacia fuera, que posee la función de un retorno hacia la propia interioridad para prestar atención a lo que sucede en el pensamiento; y el tercero, un conjunto de acciones que un ser ejerce sobre sí mismo en

búsqueda de modificación y transformación. Por tanto, la noción del cuidado de sí está conformada por diversos componentes: la relación que se establece con el cuerpo, con los otros y con el entorno; entonces en el ámbito de la salud, el cuidado de sí se percibe como una construcción social que posibilita el desarrollo de una actitud relacional. Al hablar específicamente del cuidado de sí en la población masculina, al igual que la femenina, este se condiciona por elementos sociales que disminuyen sus alcances reales. (Muñoz, como se citó en Muñoz, 2012).

Y ¿qué repercusiones tiene el poco cuidado de sí en la salud de los varones? Son muchos los estudios que afirman que son muchas, con una tendencia de ascenso y lejana posibilidad de descenso. Al respecto, Bonino (2008) menciona que en su mayoría, los hombres se enferman, presentan secuelas o mueren a la edad de 65 años por muchos de los trastornos de salud que implican mayor impacto sobre la salud pública, lo que tiene como consecuencia un mayor índice de mortalidad masculina en etapas tempranas. Dentro de estos padecimientos el autor describe:

- Coronariopatías (70% más que las mujeres)
- Cáncer de pulmón, tráquea, faringe, esófago, vejiga (entre 10 y 6 veces más que en mujeres).
- Cánceres genitales específicos (próstata y testículos) sub diagnosticados por la “vergüenza masculina” a ser tocado en “esas” zonas.
- Alcoholismo, con sus secuelas digestivas, especialmente cirrosis.

- Drogodependencias (5 veces más que las mujeres)
- Sida (p.183)

Otro campo de estudio en el ámbito de salud es la sexualidad y reproducción y el impacto que el género masculino ha tenido en el mismo, por su condición de ser hombre y los factores que a lo largo del tiempo han definido y conformado su identidad masculina. Keijzer (2006) menciona que la sexualidad es otra área central en el camino hacia la comprensión de las identidades masculinas y las repercusiones que experimentan en su salud.

Figuroa (como se citó en Keijzer, 2006), refiere que se han dado mayores privilegios a la visión de las mujeres como ser individual en la dinámica de la reproducción, así como la interacción entre parejas, pero no se han preocupado por mostrar y desarrollar acciones ni investigaciones enfocadas en la comprensión del comportamiento reproductivo de las parejas como una constante interacción y negociación entre hombres y mujeres. Por el contrario, se han centrado en los esquemas conocidos para la fecundidad de la población femenina, lo que ha tenido como consecuencia la marcada dificultad para generar datos de manera sistemática que permitan y contribuyan en la documentación de transgresiones y variaciones en los esquemas y estereotipos con punto de partida en la realidad en constante cambio que experimentan ambos géneros.

Dichas afirmaciones concuerdan con Muñoz (2012) quien argumenta que la masculinidad patriarcal se comprende como un punto de inicio para la creación y asimilación de lineamientos universales de comportamientos adheridos a la

población masculina; sin embargo, es poco o inexistente la atención que se presta al impacto que dichas conductas provocan sobre la salud de los hombres. Asimismo, menciona que dichas directivas poseen un alto impacto en la salud sexual y reproductiva teniendo un protagonismo significativo en la configuración de la identidad de los varones, a través de la afirmación de aprendizajes de género desarrollados en el escenario social y cultural que obstaculizan los hombres cuiden su salud, al reforzar conductas de riesgo, puesto que se otorga una primacía protagonista a los mandatos universales del “convertirse en hombre”.

En dicho escenario los valores patriarcales como la virilidad, valentía y fuerza tienen como resultado altos costos sociales y una disminución en años potenciales de vida, por lo que se puede observar una variedad de prácticas sexuales en los varones que están transversalizadas por el poder y favores que la cultura le otorga a los mismos por el hecho de ser hombres. (Keijzer, como se citó en Muñoz, 2012)

Pareciera ser que el género masculino ha sido privilegiado en diversos espacios al otorgársele diversos favores y distinciones por el hecho de ser hombres. Sin embargo, al realizarse un análisis detallado que tome en cuenta diversos factores, aparecen gradualmente otras perspectivas que llevan a cuestionar si dicha afirmación es correcta. Con respecto del tema, Figuroa (2011) menciona que en el proceso de acompañamiento del ejercicio de los derechos de los seres humanos, tanto en el derecho a la salud en general como en relación a los derechos reproductivos, diversos movimientos de reivindicación de los derechos del género femenino han privilegiado un lenguaje que posiciona al mismo como actor protagónico en los espacios reproductivos.

Esto se complementa con la experiencia ancestral que más allá de una interpretación académica de la realidad, deja al descubierto que no existen palabras a través de las cuales los hombres describan o relaten las experiencias que viven durante las diferentes etapas de su vida reproductiva, únicamente cuando lo hacen refiriéndose o en función de sus parejas, al describir que la misma está embarazada; incluso los indicadores demográficos y médicos se constituyen a partir de mediciones de características de las mujeres como tasas de fecundidad y embarazos de alto riesgo, los cuales son reforzados, legitimados, reproducidos y asumidos a través de acciones institucionales de dicho sistema.

Brachet (como se citó en Figueroa, 2011) aclara que la presentación de estas realidades no pretende minimizar ni dejar de lado lo que se ha documentado sobre los hombres que se alejan de sus relaciones de pareja cuando inicia el embarazo o durante el nacimiento de los hijos, ni muchos menos aquellos que olvidan sus responsabilidades de paternidad tanto emocionales como económicas, puesto que esto limitaría la percepción de una realidad objetiva y que sucede constantemente. Sin embargo, sí se busca traer a la mesa de discusión y reflexión el papel que posee lo que no se nombra en el campo de la investigación y vivencia de conductas reproductivas de la población de ambos sexos.

### **Consecuencias psicológicas**

Lamentablemente, los efectos del predominio y reproducción de la masculinidad patriarcal en la cotidianidad de los varones no sólo han sido visibles sobre su salud física, sino que se han extendido a otras áreas como la emocional que

se convierte en una víctima en esta dinámica. Según Keijzer (2006) la construcción de la masculinidad tradicional abarca la generación de representaciones, mandatos y prácticas, así como una serie de presiones, represiones y limitaciones en ciertas manifestaciones de la emotividad, en especial las relacionadas al miedo, tristeza, incluso con mucha frecuencia la ternura.

Se ha determinado que la carencia de inteligencia emocional se encuentra con frecuencia como trasfondo de las adicciones y de los diferentes tipos de violencia que traen consigo un impacto negativo en la reproducción, sexualidad, relaciones y economía familiar.

En esta dinámica, el tema de la violencia es central en la relación entre masculinidad y salud, debido a las significativas repercusiones que esta tiene sobre la salud tanto de hombres como de mujeres. Otro de los problemas fundamentales a los que se enfrentan los varones en el aspecto emocional está ligado a una educación emocional de tendencias "0", o lo que es lo mismo, dirigida a ocultar, negar o relativizar los sentimientos, lo que ha tenido como consecuencia un bajo nivel de tolerancia a la frustración, ya que no cuentan con mecanismos eficaces para elaborar y gestionar sentimientos cotidianos como la tristeza o el miedo, y sobre todo, aquellos relacionados con la vulnerabilidad, que se confunden con debilidad, hombres más dependientes afectiva y emocionalmente de otras personas y fundamentalmente de las mujeres. Aparecen cada vez con mayor frecuencia varones solitarios con carencias afectivas y dificultades para relacionarse, lo que se ha definido como "soledades masculinas".

El panorama presentado con anterioridad, concuerda en diversos aspectos con lo expuesto por

Gabarro (2008) quien menciona que, debido a la dificultad de conectar con los propios sentimientos y la prohibición de poder expresarse libremente, muchos varones poseen relaciones personales insatisfactorias, las cuales se caracterizan por ser áridas o poco enriquecedoras para los que las conforman. Agrega a estas carencias emocionales, un analfabetismo emocional, el cual lleva "a una vida interior pobre y sin volumen y, por tanto, altamente insatisfactoria". (p.82). Esta situación se vuelve aún más alarmante al observar que muchos varones ni quisiera toman conciencia de tener problemas en este ámbito, ya que gran parte de sus emociones han pasado al terreno inconsciente tras años de ser ignoradas y negadas a toda costa, como sinónimo de fortaleza, superioridad y poder sobre otros hombres y demás personas con las que se relacionan en la cotidianidad.

Freud menciona, (como se citó en Pignatiello, 2014), otro factor importante que es considerado como un efecto negativo sobre el área emocional que experimentan muchos varones; este se refiere a las inhibiciones que producen un empobrecimiento del Yo; para no sentir es necesario no sólo un aprendizaje, hay que restringir funciones, lo cual implica una pérdida de recursos subjetivos. Dicho mecanismo tiene como resultado un carácter y semblante fuerte, hostil que cubre de forma incomparable una subjetividad falta de recursos para vivir, disfrutar y relacionarse consigo mismo y los demás. "El guerrero irascible y explosivo es sólo una quebradiza cubierta de un ser raquítico en lo emocional, en la valoración de sí mismo o en la capacidad para establecer vínculos humanos." (Pignatiello, 2014, p. 141.)

Por otra parte, un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2002, (como se citó en Muñoz, 2012), evidenció que los hombres son más propensos a prácticas que

disminuyen su expectativa de vida en relación a la de las mujeres. Asimismo, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano (como se citó en Muñoz, 2012) mencionan otro estudio emitido por la OPS donde se refiere que las tasas de suicidio de hombres y mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1; en promedio se llevarán a cabo cerca de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino, siendo una tendencia más o menos constante en grupos de diferentes edades, con un incremento en los adultos mayores, donde las tasas en los hombres son aún más altas.

Dichos autores agregan que la violencia sexual contra niños y hombres es otro problema grave en dicha población; lamentablemente esta se ha dejado de lado en los estudios, salvo cuando se refiere al abuso sexual infantil. Dicha problemática es mucho más común de lo que mediáticamente se considera, y la violación y otras formas de coacción sexual contra los varones y niños son frecuentes en el hogar, lugar de trabajo, centros educativos, la calle, cárceles, entre otros. Sin embargo, son pocas las estadísticas confiables sobre la cantidad de niños y hombres violentados sexualmente, pues las que se consideran oficiales subestiman el número de víctimas.

Un factor agregado que aumenta la complejidad de esta situación según los datos disponibles, es la escasa o casi nula probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades correspondientes en relación a lo que sucede en el caso de las mujeres.

Esta realidad deja al descubierto que los mitos sobre la sexualidad masculina también son una barrera para que los hombres presenten una denuncia contra su agresor; lo cual puede traer mayores consecuencias a nivel emocional, inmediatamente después de la agresión y a largo plazo, dentro de las que se pueden mencionar:

culpa, ira, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales, afecciones somáticas, alteraciones del sueño, alejamiento de la pareja e intento de suicidio. A lo cual se suma, según algunos estudios, la correlación existente entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, conductas violentas, robo y el ausentismo escolar. (Muñoz, 2012)

Por su parte, Bonino (2008) concuerda con la mayor incidencia en relación a los suicidios en la población masculina, sobre lo cual refiere: suicidios consumados, estos entre 3 y 6 veces más que las mujeres en relación a la edad, los cuales son precedidos por depresiones encubiertas. Dicho dato deja claro que el analfabetismo emocional mencionado por Gabarro no sólo tiene un impacto en la vivencia de las emociones naturales en el ser humano, sino en la imposibilidad de comprender cuando algún aspecto del área psíquica está presentando una dificultad que merece atención especializada.

Dentro de las situaciones problemáticas masculinas que se presentan con mayor frecuencia en el área emocional Bonino (2000) realiza las siguientes categorizaciones:

#### **Malestares masculinos**

- 1) Trastornos por sobreinvertimiento del par éxito/fracaso.
  - a. Trastornos por búsqueda imperativo del éxito o control.
  - b. Trastornos por sentimiento de fracaso viril.
- 2) Patologías de la autosuficiencia con restricción emocional.
- 3) Trastornos por sobreinvertimiento del

cuerpo-máquina muscular.

- 4) Hipermasculinidades.
- 5) Patologías de la perplejidad y trastornos de la masculinidad transicional.
- 6) Trastornos derivados de orientaciones sexuales no tradicionales.

#### **Trastornos por indiferencia a otros o a sí mismo**

- 1) Patologías de la autosuficiencia indiferente o agresiva
- 2) Trastornos por obediencia/rebeldía excesivas a la norma o jerarquía.

#### **Abusos de poder y violencias (Molestares y maltratos masculinos)**

- 1) Abusos de poder y violencia de género.
- 2) Abusos de poder y violencia intragenéricos.
  - a. Jerárquicos y generacionales.
  - b. Violencia entre iguales.
- 3) Abuso de autoridad y poder político.
- 4) Patologías de la paternidad y la responsabilidad procreativa.

#### **Trastornos por temeridad excesiva**

Por otro lado, un estudio sobre salud mental en Colombia, afirma que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (drogas, nicotina, alcohol) son más elevados en los hombres. A lo cual se agrega lo referido por la OPS en 2007 (como se citó en Muñoz, 2012), donde se afirma que dos de cada cinco personas en el país presentan como mínimo un trastorno mental durante su vida, con mayor prevalencia se sitúa la ansiedad (19,3%).

En los varones, prevalece con más frecuencia el abuso de alcohol (13,2%), situando nuevamente la prevalencia de uso de sustancias de todos los tipos como superior en la población masculina.

### Consecuencias sociales

La esfera social posee tantas variables a considerar, la primera a analizar será el contexto escolar, esto con la finalidad de mostrar la forma en que los patrones de socialización desde temprana edad marcan la forma en que los hombres se definen, y cómo un ideal de masculinidad patriarcal trae consigo una serie de patrones de comportamiento disfuncionales que afectan sus relaciones interpersonales.

Gabarro (2008) considera que el ser hombre en el sistema educativo es un indicador inminente de fracaso escolar con igual peso que el ser parte de un grupo marginal, ya que dicha naturaleza aumenta potencialmente las probabilidades de fracasar académicamente. Para sustentar dicha afirmación presenta los siguientes datos:

En España, el porcentaje de la población entre 16 y 35 años que sólo han acabado los estudios primarios o la primera etapa de los estudios secundarios es, en conjunto, del 35,2%. Pero este dato afecta a un 41,5% de los varones y a un 28,3% de las mujeres. (p.59).

A esto se agrega que de un 29,1% de jóvenes que dejan la escuela obligatoria al acabar la primera etapa de los estudios secundarios, en relación al sexo del porcentaje presentado 23,5% pertenece a las mujeres mientras que un 34,2% corresponde a los varones que abandonan el mismo estadio educativo. Asimismo, menciona que de

cada diez personas que finalizan una licenciatura seis son mujeres. Afirma que aunque los datos son tomados de la población española, esta tendencia se está marcando de forma significativa en la cultura occidental. Considera que esto no es un fenómeno causado por el azar, sino que muchos adolescentes sienten que únicamente pueden mostrar que son hombres si se oponen al espacio académico, pues esto será un factor clave para construirse y definirse como un "hombre de verdad".

Otra de las consecuencias enmarcadas de la masculinidad tradicional en el ámbito escolar son las conductas disruptivas escolares. Según Gabarro (2008):

Ser mal educado, contestar mal a las y los docentes, oponerse a la autoridad escolar aparentemente sin demasiados motivos, molestar, incordiar a las compañeras y compañeros de clase, interrumpir las clases, romper las dinámicas de aprendizaje y un largo etcétera: todo esto se denomina "conductas disruptivas escolares. (p.63)

Dichas tendencias en los varones, según el autor, son básicamente una forma adolescente de demostrar la masculinidad tradicional, puesto que desean evidenciar que ya son hombres. Dicho argumento se torna más sólido al observar las estadísticas que pertenecen a otras áreas del globo como Sydney, donde en varias regiones educativas de la mencionada ciudad se estima que el 90% de los recursos educativos especiales tales como: apoyo psicopedagógico, clases especiales para estudiantes con problemas y trastorno de conducta, clases intensivas entre otros, son dedicados a los varones. (Foster, Kimmel & Skelton, como se citó en Gabarro, 2008).

Dicho panorama es explicado por Lomas (como se citó en Gabarro, 2008):

Algunas de las acciones cotidianas de los chicos en las escuelas e institutos que contribuyen a *convertir la cultura masculina del patio y del aula en una cierta ética –y una cierta épica- de la transgresión y la resistencia al orden escolar.* (p.65).

A dichas conductas, Gabarro (2008) añade otra problemática que cada vez se presenta con mayor frecuencia, el acoso escolar, el cual a partir de diversos estudios se han determinado varias causas, a las cuales se añade, la masculinidad tradicional que debe considerarse como uno de los detonantes del mismo. Esta fuerte afirmación la sustenta en uno de los mandatos que este modelo ha enseñado a los varones desde temprana edad, el cual indica que: *como hombre se tiene el permiso para utilizar la violencia*, lo cual podría explicar porque la mayoría de los maltratadores físicos son varones, ya que se les ha enseñado que la violencia es una potestad que pueden utilizar cuando decidan que es necesario hacerlo.

En esta dinámica en muchas ocasiones las víctimas son también varones, los cuales no siguen las reglas de la masculinidad patriarcal, lo cual muestra que esta no sólo trae consecuencias para sí mismo sino para otros hombres, por el siempre hecho de resistirse a encajar en el sistema de asignaciones de roles y mandatos impuestos por una sociedad que se preocupa únicamente por mantener de forma directa e indirecta la desigualdad y vulneración de los derechos de cada ser humano que le pertenecen desde su concepción. Por lo que se considera que el acoso escolar se construye como otra forma más en que muchos jóvenes demuestran su virilidad.

Otra variable a considerar dentro del ámbito social es el trabajo, ya que este ha sido una de las mayores insignias otorgadas a los hombres, pues se les ha significado como la figura proveedora, la encargada de producir el dinero necesario para cubrir todas las necesidades que demandan los miembros de la familia. Sin embargo, cada vez más son los autores que resaltan el impacto que dicha asignación ha provocado en los varones.

Keijzer (2006), menciona que el cuerpo es vivido como instrumento para cubrir el rol proveedor, por lo general, el tomar consciencia de la importancia del autocuidado, de la valoración del cuerpo relacionado con la salud son conceptos casi inexistentes en la socialización de los hombres; por el contrario, dichos mensajes parecen ser atribuidos únicamente al género femenino. Bourdieu (como se citó en Gabarro, 2008) menciona que es posible:

Establecer un primer vínculo entre accidentes laborales y la masculinidad puesto que ciertas formas de “valentía” que se les exige a los hombres en ciertas profesiones típicamente masculinas como la policía, el ejército, la mecánica o la construcción son usadas para que rechacen las medidas de prudencia y niegue o desafíe el peligro con conductas fanfarronas e irresponsables. (p.75).

Según Bourdieu un importante número de accidentes se debe al miedo de perder la valoración o admiración del grupo de iguales masculinos, ya que el seguir las reglas de seguridad son generalmente asociadas a estrategias femeninas, por lo que es rechazada a muchos niveles por la comunidad masculina que se conduce bajo los mandatos de la masculinidad tradicional.

Al respecto, Bonino (2008) añade que el modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica posiciona en primer lugar a los varones en el ámbito público, y la obligación a desempeñar un rol profesional provoca que sean más expuestos a los efectos de la precariedad laboral puesto que en la mayoría de ocasiones laboran fuera de casa. El autor se refiere específicamente a la salud laboral, donde dicho modelo se percibe como un determinante de la resistencia de los varones a proteger y cuidarse, puesto que esto no es de "hombres". Dicha tendencia propicia los accidentes laborales y falta de percepción de un desgaste psicofísico.

### Otras consecuencias

La violencia es un problema social que continúa en crecimiento a pesar de los diversos movimientos que tratan de combatirla a través de varias acciones, en especial es las últimas décadas. Diversos autores coinciden en que las manifestaciones violentas que durante mucho tiempo han sido parte de la insignia que caracteriza a los varones no es algo innato, sino que se atribuye a los aprendizajes sociales y roles de género que se les han sido transmitidos a través de la socialización de generación en generación.

Al respecto Gabarro (2008) considera que muchas manifestaciones violentas son básicamente masculinas y consiste en una forma de demostrar y validar que han llegado a la edad adulta. Se considera que muchas de las relaciones verbales entre adolescentes son violentas y reflejan las características de los roles asignados desde la masculinidad tradicional. Dentro de estas el autor menciona que pueden ser tomadas en cuenta:

Muchas otras formas de expresión violenta, desde grafitis, *bullying*, comportamiento predelictivo, conductas incívicas, destrucción del

mobiliario urbano, lenguaje soez, oposición a las normas, pertenencia a bandas étnicas... gran parte de estos fenómenos están íntimamente vinculados con la necesidad de conquistar la adultez y la masculinidad de una determinada manera. (p.80)

Pignatiello (2014) menciona que existen mandatos culturales que determinan cómo debe ser un hombre; sin embargo, no existe ningún varón que encaje completamente en el tipo ideal que impone la cultura. Ante esta brecha, una gran porción de la población masculina escoge: "Inconscientemente por el afán angustioso de taptarla con insignias de poder, posesiones fálicas, excesos, riesgos y hasta con la propia muerte. El ejercicio de la violencia tiene un papel preponderante en este proceso" (p.128).

El autor menciona que existe una estrecha relación entre la masculinidad y la violencia, en la que se percibe no solo el papel estelar de los hombres en los hechos violentos sino que se expande a otros espacios, esto debido a que la construcción social y subjetiva de la masculinidad juega un papel importante en la producción de la violencia por medio de procesos que se han naturalizado, legitimado e invisibilizado.

Lo antes expuesto es confirmado por Bonino (2008) quien menciona que el modelo social de la masculinidad tradicional promueve valores que definen al hombre como heterosexual, quien se mide en la competitividad, confrontación y riesgo, donde la violencia es reconocida como un recurso permitido para resolver los conflictos, siendo el vínculo entre ellos definido por la amistad, burla,

presión, enemistad y violencia. Las altas tasas de homicidios, heridas y muertes debido a peleas y deportes, los problemas y trastornos derivados de violencias juveniles, guerras y otras formas de violencia entre hombres, así como “la morbimortalidad derivada de la competencia temeraria y la de la homofobia y los ataques a los varones definidos como “menos hombres” (tímidos, torpes o supuestos cobardes), están vinculadas a estos valores”. (pp. 183-184)

## Conclusiones

El hablar de temas relacionados con el término género posee una implícita complejidad ya que en el mismo convergen tantos componentes no sólo de naturaleza social, sino en la salud, educación, y otros; por tanto, su impacto se expande a variables que a primera vista parecen no estar relacionadas con el mismo.

Específicamente al abordar la variable masculinidad, se percibe como un punto de convergencia en el cual se interrelacionan factores pertenecientes al macro y microsistema, donde la educación que poseen los varones desde su nacimiento marca de forma significativa la forma en que inicia esa percepción de sí en el ambiente; los roles y mandatos que deben cumplir y las actitudes y comportamientos que los definirán como verdaderos hombres y su papel en el macrosistema. Dentro de los modelos de “cómo ser hombre” que les son transmitidos de generación en generación, el modelo de la masculinidad patriarcal ha tenido un papel central, ya que en regiones como Latinoamérica incluso Iberoamérica, este es el modelo que ha predominado durante siglos. Un modelo caracterizado por buscar el posicionamiento del género masculino en el peldaño superior de la

jerarquía, donde se les ha enseñado que deben ser quienes poseen el papel protagónico, una figura de autoridad y protección; y el mantener dicho lugar es fundamental para poder definirse como hombres, sin importar los medios que deba utilizar a fin de conseguir dicho objetivo.

A simple vista pareciera ser que han sido privilegiados por el sistema por su innata condición de ser nacer hombres, que parte de su camino al éxito y reconocimiento ya fue caminado por el sexo y género que les fue asignado desde su nacimiento. Un sistema que ha marcado el poder, prestigio y reconocimiento son características de una persona que tendrá acceso a diversas oportunidades las que se traducen en mayor facilidad para alcanzar todo su potencial y por ende disfrutar de un desarrollo humano a todo nivel.

Sin embargo, al realizar un análisis de las implicaciones que ha traído a los varones el cumplimiento y constante lucha por alcanzar los estándares que se les han sido impuestos desde temprana edad a través de la socialización y roles de género, el panorama resulta ser menos favorable de lo que se concebía en un primer momento. Diversos autores y estudios han empezado a formular supuestos que dejan claro, que el cumplir los roles y mandatos de una masculinidad patriarcal han provocado serias consecuencias negativas para los hombres en diversas áreas que lo conforman como: la física, psicológica y social.

En el área física, debido a que el cuidado de sí mismo, la preocupación por la salud y el propio cuerpo han sido de cierta forma atribuidos al género femenino, muchos varones no perciben estas características como importantes, por el contrario, las perciben como una señal de fragilidad y poca virilidad, por lo que no se acercan a un centro asistencial hasta que sea absolutamente necesario,

lo cual tiene como resultado el agravamiento del padecimiento que puedan estar experimentando. Se ha demostrado cada vez con más fuerza que los hombres están expuestos con mayor frecuencia a padecimientos físicos tales como: coronariopatías, diversos tipos de cáncer, Sida, hipertensión, entre otros (Bonino, 2008) lo que ha tenido como consecuencia la disminución de la expectativa de vida en relación a la de las mujeres.

Otra área que ha sufrido un impacto significativo es la emocional, donde la comunidad masculina se ha vuelto cada vez más vulnerable a padecer ciertas patologías, de las cuales ni siquiera poseen la capacidad de tomar conciencia de que las están padeciendo, esto debido a diversas causas como el analfabetismo emocional expuesto por Gabarro, puesto la base del aprendizaje social que se les ha transmitido es el rechazo de su emocionalidad, la negación y total evasión de cualquier emoción que puedan experimentar, por lo que, en muchas ocasiones pueden estar experimentando una depresión severa que pasa disfrazada por mucho tiempo llevando en varias ocasiones a finales como el suicidio que se presenta entre 3 y 6 veces más que las mujeres en relación a la edad (Bonino, 2008).

Se suma a dichas consecuencias las experimentadas en el área social, donde los mandatos de una masculinidad patriarcal han arrastrado a los hombres en las primeras etapas a presentar problemas desde el ámbito escolar, con mayor tendencia al fracaso escolar, mayor vulnerabilidad a presentar conductas disruptivas, ser el actor principal en el acoso escolar no sólo como agresores sino como víctimas, a los que se atreven a poner en tela de juicio el "ser hombres" o lo que simplemente no encajan en el modelo que se les presentó como el ideal a seguir, seguido a un deterioro en las relaciones interpersonales al poseer esta constante necesidad de ser quienes

ejercen el control y poder, a través de mecanismos como la violencia, la cual es validada e incluso naturalizada y atribuida a los mismos como innata. Hasta problemas en el ámbito laboral, buscar ser el proveedor temerario y viril que todos deben seguir.

Ante este panorama, se hace imprescindible a través de la investigación y contextualización de cómo se definen las identidades masculinas a nivel cultural, social, político e intrapsíquico, encontrar puntos de quiebre en común que evidencien la necesidad de una redefinición de los roles de género que han sido impuestos a hombres y mujeres desde su nacimiento, que inicie desde instancias fundamentales en el desarrollo de todo ser humano como la familia, que puedan expandirse a instancias como las educativas hacia las laborales, con la finalidad de promover un bienestar biopsicosocial de todos los ciudadanos que conforman una sociedad. Tal como lo mencionan Sechel, Contreras, Winter, Pichardo y Barillas (2013):

Abogar por una reestructuración de roles hacia la equidad de género implica una reasignación de los privilegios y oportunidades que han sido adjudicadas únicamente a la masculinidad, donde ambos tanto hombres como mujeres tengan y logren acceso a los mismos, donde las diferencias de género no sean la implicación que defina el alcance de los mismos. De esta manera se cree que se logrará tanto una equidad de género como de derechos, donde se respeten las características de la universalidad e inherencia que los seres humanos poseen como derechos desde su nacimiento, botando los esquemas sociales que permiten la discriminación y violación de los mismos, donde el ser mujer o ser hombre es la condicionante que garantiza o no la ejecución de estos y su existencia. (p. 30).  $\Psi$

## Referencias

- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental -deconstruyendo la "normalidad" masculina. En Segarra, M. y Carabí, A. (Ed.). *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria. (pp. 41-64). Recuperado de <http://www.luisbonino.com/pdf/Varones%20genero%20salud%20mental.pdf>
- Bonino, L. (2008). Salud, varones y masculinidad. En *Voces de hombres por la igualdad*. Comp. J.A. Lozoya y J.C. Bedoya. Edición electrónica de Chema Espada. (pp. 182-187). Recuperado de <https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/salud-varones-masculinidad.pdf>
- Gabarro, D. (2008.). Transformar a los hombres un reto social. Lleida: Boira Editorial
- Figueroa, J. (2011). Paternidad, mortalidad y salud: ¿es posible combinar estos términos? En *Estudios sobre Varones y Masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades* (pp. 71-78). Montevideo, Uruguay. Recuperado de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files\\_ftp/libros/Estudios-sobre-Masculinidades.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files_ftp/libros/Estudios-sobre-Masculinidades.pdf)
- Huberman, H. (2014). Masculinidades: El modelo impuesto y su impacto sobre la salud. Manual de trabajo para organizaciones sociales. Confederación Nacional de Mutualidades de la República de Argentina (CONAM). Buenos Aires, Argentina.
- Keijzer, B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. *Revista La Manzana*, 1 (1). Recuperado de [http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm#\\_ftn1](http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm#_ftn1)
- Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón, Pablos, Esperanza (Coord.). *Género y salud en el Sureste de México*. El Colegio de la Frontera Sur y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, pp. 197-216.
- Muñoz, N. (2012). Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 6-26. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/141/72>
- Pignatiello, A. (2014). El tejido subjetivo de la violencia en el revés de la masculinidad. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 9(43), 123-147. Recuperado de [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vem/article/view/7981/7891](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/7981/7891)
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 27-65. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/119/73>
- Sechel, L., Contreras, B., Winter, A., Pichardo, P. y Barillas, L. (2013). Masculinidades y reestructuración de roles desde la niñez hacia una equidad de género. *Apuntes sobre prevención e intervención adecuadas en la niñez y adolescencia*, 1, 23-34. Guatemala: Cara Parens.
- Soto, G. (2013). Nuevas masculinidades o nuevos hombres nuevos: El deber de los hombres en la lucha contra la violencia de género. *SCIENTIA HELMATICIA. Revista Internacional de Filosofía*, 1, 95-106. Recuperado de <http://revistascientiahelmantica.usal.es/docs/Vol.01/06.-Nuevas-masculinidades-o-nuevos-hombres-nuevos.pdf>
- Téllez, A. y Verdú, D. (2011). El significado de la masculinidad para el análisis social. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, 2, 80-103. Recuperado de <http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N2/EI%20significado%20de%20la%20masculinidad.pdf>

# Sentia. Método orientado a establecer el apego seguro.

Lcdo. Marckus R. Rivera Pineda – Colegiado Activo No. 6080

Lcdo. Mariano García Canga – Argüelles – Colegiado Activo No. 6081

Lcda. Regina Marroquín Barrera – Colegiado Activo No. 4618

---

**Resumen:** El apego es un fenómeno necesario para el sano desarrollo del infante e influye en la manera en que éste se relacione posteriormente con otras figuras de apego o vinculación. Ha sido ampliamente estudiado, ya que el mismo es un instinto básico orientado a la supervivencia. Está estrechamente relacionado con la liberación de endorfinas, así como los niveles de oxitocina; lo que pone en manifiesto la importancia biológica del mismo. Para un sano desarrollo del infante se requiere que establezca un apego seguro; el cual se presenta cuando los cuidadores brindan los cuidados básicos de forma congruente. Cabe destacar, que en algunos casos esto último no se cumple, por lo que el desarrollo del apego se da de forma insegura o patológica. Esto predispone al desarrollo de trastornos de apego, los cuales guardan estrecha relación con el desarrollo de problemas emocionales en la infancia, adolescencia y adultez. Ante esto, de modo preventivo y terapéutico han surgido diversas propuestas terapéuticas. Dentro del contexto guatemalteco y latinoamericano se encuentra el Método Sentia. El mismo busca fortalecer la vinculación y desarrollo de apego seguro en infantes de 0 a 11 años, mediante el entrenamiento de los padres con el fin de brindar los cuidados protectivos relacionados con algunos dominios vinculares. Estos dominios incluyen las conductas básicas para el establecimiento del apego seguro.

**Palabras clave:** apego, Método Sentia, apego seguro, trastornos del apego, dominios vinculares.

**Abstract:** Attachment is a basic phenomenon for a healthy development of the infant and it influences the way in which the baby subsequent develops bonds. Attachment has been widely studied, since it is a basic survival instinct. It is closely related with endorphins and oxytocin levels; which manifests the biological significance of it. For a healthy development in the infant, it is required to establish a secure attachment; this occurs when caregivers provide basic care in a consistent way. It is noteworthy that in some cases this is not fulfilled, so the development of attachment occurs in an unsecure or pathological manner. This predisposes to the development of attachment disorders, which are closely related to the development of emotional problems in childhood, adolescence and adulthood. Given this, different therapeutic approaches have emerged. Within the Guatemalan and Latin American context is the Sentia Method the one that has proven to be more helpful. It seeks to strengthen bonds and development of secure attachment in infants aged 0-11 years by training parents in providing the protective care related to some relational domains. These domains include basic behaviors for the establishment of secure attachment.

**Keywords:** attachment, Sentia Method, secure attachment, attachment disorders, linking domains.

## Introducción

El modo de actuar, pulsiones, gustos y otras características son influidas por las vivencias dadas durante los primeros años de vida. Esto lo ejemplifican Brazelton y Cramer (1993) quienes describen el embarazo de una mujer como el reflejo de la vida previa a su concepción. Con ello consideran que existen factores de relación y vinculación, así como otras fuerzas que le permitieron a la persona adaptarse a diversas circunstancias que influyen en su deseo y acción presente.

Lo anterior, mantiene relación con la vinculación establecida durante los primeros años de vida entre el sujeto y su cuidador primario. Fenney y Noller (2001) expresan que el apego es entendido como cualquier manera de conducta que posee como fin o resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido. Este último suele ser percibido como más fuerte o sabio. Suele ser determinante y decisivo en el tipo de relación que el sujeto establecerá posteriormente con otras personas.

Relacionado con lo previamente expuesto, Pearce (2009) señala que la importancia dada al fenómeno de apego se relaciona con el impacto del mismo en su desarrollo. Cabe destacar que algunos autores han relevado implicaciones negativas al concepto, uno de ellos es Riso (2005) quien señala que el apego es una patología de la libertad que suele eliminar la energía vital. El autor, que en el planteamiento, no distingue los tipos de apego, los mismos serán descritos posteriormente. Como se puede ver en algunas ocasiones el apego se interpreta como el fomento de inteligencia. Sin embargo, su importancia radica en la dependencia biológica humana dada durante los primeros años de vida. Esta dependencia se dirige a cuidadores

primarios, sin importar la existencia de un grado de consanguineidad (Rygaard, 2008).

Opuesto a lo establecido por Riso, McCraight (2010) indica que las relaciones de apego establecidas entre el niño y su cuidador primario son básicas para en el desarrollo de su ejecución. Cabe destacar que estas deben darse de forma congruente, en caso contrario, se desarrollan los trastornos de apego.

## Apego y Desarrollo infantil

Rivera (2014a) describe que el desarrollo infantil es un proceso continuo en el cual aprende a dominar procesos complejos de forma gradual. Estos procesos pueden ser motores, afectivos, racionales o relacionales. Para ello, debe tomarse en consideración que el infante nace con características que le distinguen de otros, Otsubo, et al. (2004) menciona que algunas de ellas son. Aprendizaje, familia, temperamento, sociedad de origen y patrón y tiempo de crecimiento. Estas características poseen algunos determinantes de tipo biológico e influencia ambiental.

Relacionado con el apego Craig & Baucum (2009) describen que el desarrollo del apego se influye por ciertas etapas por las que discurre el infante. Entre ellas encontramos: a) Autorregulación e interés por el mundo: etapa comprendida desde el nacimiento hacia los tres meses y se caracteriza por el deseo del niño por sentirse regulado y tranquilo. Cabe destacar que en su intento por conocer el mundo exterior se vale por sus sentidos; b) Enamoramiento: periodo dado desde los dos hasta los siete meses de edad. En el mismo, el niño reconoce rostros familiares y concentra su atención en cuidadores primarios.

Perciben el mundo como placentero y sonrían con facilidad; c) Inicio de la comunicación intencional: comprendida de los tres a los diez meses. Durante este tiempo el infante coincide con las etapas previas, pero inicia a entablar diálogos e interactúa comunicativamente con el cuidador primario; d) Aparición de un sentido organizado del yo: surge de los nueve a los dieciocho meses y el niño inicia actos independientes y asume un rol activo en la asociación emocional con los cuidadores. Expresa necesidades de manera eficaz y exacta. Además exterioriza emociones de enojo, tristeza y felicidad; e) Creación de ideas emocionales: etapa comprendida de los dieciocho a los treinta y seis meses de edad. Adquieren la capacidad de simbolizar, fingir y formarse imágenes mentales de las personas y objetos.

Conocen el mundo social por medio de los juegos; y f) Pensamiento emocional: comprendido de los treinta a los cuarenta y ocho meses de edad y es la base de la fantasía, reciprocidad y autoestima. Inicia la distinción dentro de lo esperado por el cuidador y los deseos personales. Es un periodo de correspondencia ante las expectativas del otro, orientado con las metas personales.

Aunado a lo anterior, Bowlby (como se citó en Scheaffer, 2000) señala que el apego es importante para el desarrollo del individuo ya que provee la protección de la cría y descendencia. Ante esto él lo resumió en cuatro etapas que son: pre apego, apego en formación, apego bien definido y asociación corregida por los objetivos. A continuación se resumen las características y edades de cada una de ellas:

<b>Etapas</b>	<b>Edad</b>	<b>Características</b>
Pre apego	0 – 2 meses	Capacidad de responder a estímulos sociales
Apego en formación	2 – 7 meses	Reconocimiento de personas conocidas
Apego bien definido	7 – 24 meses	Protesta ante la separación, actúa con cautela con los extraños y emite comunicación intencional
Asociación corregida por los objetivos	24 meses	Mantiene relaciones bilaterales, capacidad de empatizar y comprende las necesidades de sus cuidadores

Con lo anterior, se resume el desarrollo del apego en distintos periodos del desarrollo del infante. Dentro del establecimiento del apego el niño adquiere ciertas capacidades que permiten su supervivencia, tal y como lo refiere Kieglamn, Behrman, Henson & Stanton (2009): el apego es una capacidad biológica del niño para buscar

proximidad, protección y cuidado por parte de sus cuidadores. Barudy & Dantagnan (2010) añaden que el apego conlleva a un desarrollo sano y solidario del infante, ya que este tipo de vinculación afectiva se vale de recursos emotivos, cognitivos y conductuales que le permiten al padre visualizar a su hijo como parte de su cuerpo social; el cual es

descrito como una visión holística de elementos que funcionan de forma interrelacionada e interdependiente. En suma, el fin último del apego es asegurar y aumentar las oportunidades de supervivencia del bebé (Siegel, 2010).

### **Bases biológicas del apego**

El apego es un fenómeno dado durante los primeros años entre el infante y sus cuidadores, el cual permite un sano desarrollo del mismo, es decir un apego seguro. El mismo, posee bases biológicas que respaldan la teoría establecida por Bowlby a mediados del siglo pasado. Beltrame (2011) indica que desde una perspectiva operativa neurológica el apego es descrito como un término que permite establecer y mantener relaciones sociales. Por su parte, Siegel (2010) indica que el apego es un sistema innato del cerebro que evoluciona de forma en que se influyen y organizan procesos motivacionales, emotivos y amnésicos relacionados con las figuras protectoras significativas. Esto conlleva a que el infante se motive y busque la proximidad y comunicación con sus cuidadores.

Las experiencias y vinculaciones tempranas del individuo suelen inscribirse en el hemisferio derecho. El mismo es de desarrollo más precoz y dominante durante los primeros tres años de vida (Schore, como se citó en Enríquez, Martínez, Ladrón, Montilla & Padilla, 2011). En dicho hemisferio, añaden los autores, se ubica el sistema afectivo básico y primitivo implicado en la modulación emocional primaria y su dominancia se manifiesta en expresiones faciales, gestos espontáneos y comunicación emocional. Adicional a esto, se señala que el sistema de apego puede tener influencia en las redes neuronales desarrolladas en el sistema límbico cerebral (Prada, 2004).

Barudy & Dantagnan (2010) refieren que el apego es una capacidad innata, la cual se encuentra genéticamente configurada y de ella depende la supervivencia del individuo. Añaden, que el ser humano posee dos capacidades innatas que le permiten el establecimiento de apego y son: empatía y capacidad de apego. Barg (2011) indica que la información biológica del apego es limitada, sin embargo, se ha demostrado que el sistema de apego ha evolucionado de procesos primitivos y su establecimiento implica la liberación de ciertos neurotransmisores a nivel sanguíneo, tales como: oxitocina y prolactina. Además, describe que la concentración plasmática de las endorfinas aumenta, por lo que el apego posee cierta connotación placentera.

El sistema de apego conlleva a la satisfacción de ciertas necesidades biológicas orientadas al placer, esto se comprueba con la liberación de endorfinas dada durante su establecimiento. Tal y como lo refieren Hofer y Sullivan (como se citó en Barg, 2011) el apego es un sistema de regulación del sistema psicobiológico, ya que promueve funciones corporales básicas para un sano desarrollo, ejemplos de esto son: aumento de calor, distensión gástrica, aumento en receptores gástricos del infante durante la alimentación, aumento de la hormona de crecimiento, regulación de ritmo circadiano.

### **Tipos de apego**

Existen diversas formas en las que el apego puede presentarse. Las mismas fueron establecidas por Bowlby, Ainsworth y Main. El primer tipo de apego descrito es denominado: apego seguro. Este tipo de apego permite un sano desarrollo del infante y se distingue por una interacción en la cual el cuidador ha actuado como base segura.

El cuidador que fomenta el establecimiento de este tipo de apego suele ser sensible y capaz de brindar una respuesta apropiada a las solicitudes y peticiones del infante (Cantón y Cortés, 2000). Sánchez (2011) indica que los niños que establecen este tipo de apego han aprendido que sus cuidadores no fallarán, por lo que son incondicionales y capaces de brindar cuidados, amor, protección y valor.

Rygaard (2009) refiere que en los estudios realizados por Ainsworth se describió el tipo de apego inseguro de tipo evitativo. El mismo también fue descrito por Bowlby y se caracterizó por comportamientos evasivos dirigidos hacia el cuidador. Ante esto se sugiere que el niño se encuentra desvinculado de las figuras de apego, por lo que no lo implica en sus actividades. Otra característica esencial de este tipo de apego es que el cuidador evita interactuar con el infante al percibir su imagen de rechazo o desinterés.

Otro tipo de apego es el inseguro de tipo ambivalente, también denominado de resistencia. Éste se caracteriza por conductas interactivas limitadas, dirigidas del infante a su cuidador. Existe una conducta ambivalente de aproximación y rechazo (Cantón y Cortés, 2000). Main y Weston (como se citó en Cantón y Cortés, 2000) describieron el cuarto tipo de apego y lo denominaron desorientado o desorganizado y caracteriza a los infantes con conductas contradictorias de búsqueda y evitación. Adicional a esto exhibe movimientos y expresiones con limitados sentido, por lo que son desorientadas o incompletas.

Los movimientos suelen ser asimétricos, estereotipados, con posturas anómalas. Este apego suele desarrollarse ante la concepción amenazante de las figuras de los cuidadores.

## Trastornos de apego

El apego desarrollado durante los primeros meses de vida, predispone al sujeto en el tipo de conductas que utilizará durante la adolescencia y adultez (García, 2013). Ante esto es importante el establecer un tipo de apego seguro con el infante. En caso contrario, pueden desarrollarse tipos de apego alterno que pueden predisponer al desarrollo de trastornos de apego. Termini, Golden, Lyndon & Scheaffer (2009) expresan que personas diagnosticadas con desorden de apego reactivo tienden a magnificar las situaciones.

Asimismo, poseen una visión negativa ante determinados eventos, a los cuales brindan soluciones irreales. Estos trastornos, tal y como lo refiere Dómenech – Llaberia & Ballabriga (1998) carecen de clasificación psicopatológica, sin embargo predisponen e influyen al desarrollo de otros trastornos emocionales posteriormente.

Para Rygaard (2009) uno de los trastornos de apego es el síndrome de apego reactivo, el cual se caracteriza por la vivencia de acontecimientos traumáticos que influyen en la manera en que el infante establece relaciones interpersonales, percibe el mundo e interactúa con su entorno. Este diagnóstico guarda estrecha relación con el de Trastorno de Apego Reactivo dado por la Asociación Americana de Psicología, APA (2015) el cual caracteriza a los niños que presentan un patrón constante de comportamiento inhibido emocionalmente retraído y dirigido hacia los cuidadores adultos. El mismo, expresa manifestaciones desadaptativas a nivel social y emocional.

Todo esto mantiene su etiología en un patrón de cuidados insuficientes.

Por su lado, Díaz & Blánquez (2004) señalan que no existe una clasificación dimensional o categórica satisfactoria para los trastornos asociados con el apego. Sin embargo, Zeanah y Colegas han buscado sistematizar la clasificación psicopatológica de los trastornos de apego o de la vinculación. La clasificación propuesta por los autores es la siguiente:

- a. Trastornos del vínculo no establecido: los problemas emocionales se presentan previo al establecimiento del vínculo. En este rubro se clasifican las patologías relacionadas con el abuso, institucionalismo, drogadicción y/o alcoholismo en los padres con graves trastornos mentales.
- b. Trastornos de vinculación indiscriminada: evidencia historia de larga separación o distanciamiento con el cuidador primario o figura de apego. Describe a aquellos sujetos que poseen diversas figuras de apego y no logran establecer un vínculo significativo con ninguna de ellas.
- c. Trastorno por vinculación inhibida: en estos casos existe limitada o nula presencia de las figuras de apego. Se presenta con mayor incidencia en niños institucionalizados, hospitalizados o con padres enfermos.
- d. Trastorno por vinculación agresiva: presencia de sentimientos de rabia y frustración en las figuras de apego. El niño adopta dichos sentimientos y los personaliza. Responde con conductas agresivas a su entorno.
- e. Trastornos por vinculación invertida: El

niño asume un rol parental y exterioriza conductas dominantes y controladoras hacia la figura de apego.

- f. Ansiedad por separación: El infante brinda conductas protectoras a los cuidadores, ante esto teme que pueda acontecer algo negativo con la figura de apego. El infante teme por su propia seguridad y denota dependencia a la figura de apego. Existen casos en los que la figura de apego teme activamente por la seguridad del infante.

Los modelos de clasificación diagnóstica relacionados con trastornos de apego son limitados, sin embargo han existido intentos para establecer algunos, tal y como es el caso anterior. Greenberg (como se citó en Cantón y Cortés, 2009) refiere que el apego es un factor determinante de su vida futura. Por lo que una estimulación sana y adecuada puede permitir que éste se adapte a su entorno de forma efectiva. En caso contrario, se le predispone al desarrollo de problemas emocionales que pueden tener implicaciones en su desarrollo y ejecución posterior.

### **Método Sentia**

Con el objetivo de intervenir en problemas relacionados con el apego, existen diversos autores que han establecido algunos métodos terapéuticos con el fin de fomentar el establecimiento de apego seguro, entre ellos se encuentran: Método de Susan McDonough, Método Watch, Wait and Wonder, Método de Diane Benoit, Terapia Ambiental, Theraplay® (Díaz y Blánquez, 2004; Rygaard, 2009 Booth & Jernberg, 2010). Dentro del contexto latinoamericano, los estudios relacionados con apego son limitados, al igual que sus programas de intervención es por ello que Rivera (2014a) realizó

un estudio con el objetivo de identificar las principales características que promueven el apego seguro y con base en ellas establecer un método de intervención terapéutica, denominado: Método Sentia, Método de Experiencia Vincular.

El método se denominó Sentia con el fin de hacer referencia a la diosa romana Sentia, quien era la protectora de la salud y el desarrollo mental del niño (Hierro – Majahonda, 2011). Rivera (2014b) describe el método como una experiencia de vínculo, la cual corresponde a la ligadura entre dos o más personas en una familia. Se denomina método, ya que sigue una serie de pasos ordenados, los cuales buscan que el cuidador y el niño establezcan vinculación segura (Lecannelier, 2007). El método se dirige a cuidadores e infantes. El primero es descrito como aquel que atiende las necesidades físicas y emocionales del segundo (Astudillo, et al., 2008 como se citó en Barrón & Alvarado 2009).

Sentia surge con el objetivo de promover salud mental personal en el cuidador y el infante, ya que busca que ambos adquieran capacidades y conductas que permitan su sano desarrollo diádico y personal. Asimismo, busca psicoeducar al cuidador con respecto al apego y los cuidados protectivos

(Rivera, 2014). Las conductas parentales establecidas se basan en la revisión de 21 unidades de análisis, las cuales permitieron delimitar la frecuencia con que las mismas se presentaban. Las conductas descritas se dividieron en dos grupos etarios de 0 a 2 años y de 2 a 11 años.

En el primer grupo las conductas identificadas fueron: a) Mantener contacto físico, b) Mantener contacto verbal o comunicacional, c) Atender los cuidados básicos y/o fisiológicos, d) Estimular al infante, e) Interactuar. Mientras que en el segundo las conductas fueron: aceptar, socializar, vincular y apegarse, brindar cuidados básicos y/o fisiológicos, dar importancia y permitir experimentar y expresar y fomentar valores (Rivera, 2015). Con el fin de llevar a cabo el programa se decidió englobar las conductas semejantes en distintas dimensiones, denominados: dominios vinculares que son: a) Proximidad y Presencia Parental, b) Contacto Verbal y Comunicacional, c) Nutrición y Protección, d) Socialización y Estimulación, e) Estructura y f) Práctica o trabajos para casa. A continuación, se presenta una tabla en la que se detallan las dimensiones descritas por Rivera (2014b):

<b>Dominio Vincular</b>	<b>Características</b>
Proximidad y Presencia Parental	Contacto físico regular, constante y cariñoso. Ejemplos: palmoteos, caricia, juegos de contacto, contacto físico afectivo, etc.
Contacto Verbal y Comunicacional	Emisión y aceptación comunicativa, esto mediante la emisión de gestos, palabra, comentarios y balbuceos, etc.
Nutricional y Protectivo	Conductas parentales dirigidas a suplir las necesidades básicas y fisiológicas, tales como: nutrición, alimentación, seguridad, vivienda, pertenencia, etc.

Socialización y Estimulación	Dimensión que fomenta la discusión, reflexión y exposición de vivencias. Promueve la experimentación por parte del infante y conocimiento, ejemplos de ella son: historia personal, social y cultural.
Estructura	Se relaciona con la necesidad de una estructura social, que le permite formar identidad y creer en valores. Existe ejemplos de conductas parentales como: modelado, disciplina, moldeado y fomentación de valores.
Práctica o trabajos para casa	Consta de actividades prácticas para ejecutar en el hogar o un periodo posterior a la sesión. Algunas de estas son: actividades de integración familiar, actividades de integración social, actividades de integración paterno-filial y actividades de cuidado personal infantil y parental. Este último hace alusión al tiempo personal y crecimiento de cada uno de los participantes.

Fuente: Rivera (2014b).

Para llevar a cabo el método es necesaria la participación del cuidador y el infante. Rivera (2014b) define el primero como “aquella persona de sexo femenino o masculino que ejerce actos que proveen cuidado y protección a un infante.” (p. 11). El infante es descrito como el sujeto inmaduro, que requiere de cuidados para permitir su sano desarrollo emocional y físico. Para ejecutar el método se debe contemplar los siguientes elementos: participantes, escalas y test de evaluación, cuarto de juegos y espacio Sentia. Los participantes son los integrantes de la diada cuidador – infante.

El primero debe ser una persona con apertura y deseo de mejora e involucramiento

con el infante. Las escalas y test de evaluación son una serie de elementos con el fin de adquirir mediciones e indicadores objetivos relacionados con las conductas parentales. Algunas de las escalas planteadas son: Escala de Massie – Campbell, Test de Evaluación de Conductas Parentales, Valoración de Habilidades Parentales, entre otros.

El elemento de Curato de Juegos es utilizado durante el proceso de evaluación, el cual se realiza en modo de observación directa. Éste debe disponer de equipo de audio y video para que la observación no sea intrusiva. Además, deberá conformarse por juguetes que cumplan con las características planteadas por Tobar (2013) de buen juguete, el

cual permite agudizar la inteligencia del niño, responder a sus intereses y crear otros nuevos. Algunos de los juguetes básicos del espacio son descritos por Axline (1975) y son: casa de muñecas, familia infantil, botellas para alimento, soldados de juguete, material doméstico, vestidos de muñecas, títeres, crayones, yeso, pinturas, mazo de madera, pistola de juguete, arena, animales de juguete, papel, etc.

Con el fin de llevar a cabo una aplicación estandarizada del método el terapeuta debe cumplir con ciertas características. Rivera (2014b) señala que las mismas son: habilidades sociales, capacidad de relacionarse, receptividad y apertura, afinidad por el área psicológica humanista, inteligencia emocional e intrapersonal, ser activo y directivo, empático y colaborador y estar capacitado en la utilización del método.

Como se mencionó con anterioridad Sentia, al ser un método, debe seguir una serie de pasos ordenados. Los mismos son de tipo flexible y ajustable a los participantes. Dichos pasos constan de: evaluación, psicoeducación, formulación del plan, desarrollo del plan y sesiones de seguimiento (Rivera, 2014b). El primero consta de un número de dos a tres sesiones en los cuales se realiza una entrevista al cuidador e infante, asimismo, se busca realizar una observación de juego interactivo entre el cuidador y el infante, además de evaluar utilizando una serie de escalas ligadas a las conductas parentales efectivas para establecer apego seguro.

La psicoeducación se realiza con el fin de psicoeducar a los participantes en el método a utilizar, así como la importancia del apego y su sano desarrollo. Posterior a ello el terapeuta presenta al cuidador la formulación del plan o estructura de sesiones que se darán con el fin de promover el

apego seguro. El desarrollo o ejecución del plan se lleva en un promedio de 12 a 15 sesiones en las que se realizarán actividades orientadas a estimular los distintos dominios vinculares involucrados en el establecimiento del apego seguro. Al culminar el desarrollo del plan terapéutico, el terapeuta establecerá una serie de sesiones de seguimiento, las cuales serán de forma quincenal o mensual, acorde al caso, en un número de dos a tres con el fin de corroborar que las conductas parentales hayan sido adquiridas.

Al llevar a cabo el programa de intervención, el número de sesiones varía de 4 a 5 mensuales. En las cuales se darán tres sesiones continuas de intervención orientada a ambos participantes y una dirigida al cuidador con el fin de aclarar dudas, psicoeducar e identificar cambios. Durante el desarrollo del plan el terapeuta debe mantener la estructura de la sesión acorde a lo planteado por Rivera (2014b), quien establece que las sesiones de intervención deben dividirse en los siguientes momentos: a) Juego de manos es de hermanos, no de villanos; b) Cantando con el corazón y a todo pulmón; c) Vinculando y Dominando, d) El secreto a voces y e) Hasta luego.

A continuación se presenta una tabla en la que se detalla información de cada uno de los momentos de la sesión de intervención, cabe destacar que las actividades propuestas pueden modificarse acorde a las características de los participantes. Sin embargo, el terapeuta debe contemplar que toda actividad debe cumplir con los siguientes criterios: buscar proximidad, ser efectivas y congruentes, mantener contacto ocular, tener canal de comunicación abierto, ser participativas y colaborativas, ser alegres y coherentes, mantener contacto físico y ser responsivas.

<b>Momento</b>	<b>Descripción</b>
Juego de manos es de hermanos, no de villanos	Juego de manos en el que da la bienvenida a la diada. Esta actividad es propuesta y creada por los participantes, quienes estructuran una melodía que puede ser ejecutada con las manos.
Cantando con el corazón y a todo pulmón	Canción de bienvenida que cada diada dirige a otras – en caso la terapia sea grupal – la misma puede ser sugerida por el terapeuta o alguno de los participantes
Vinculando y dominando	Área de ejecución de las actividades que estimulan los distintos dominios vinculares. El terapeuta deberá brindar el material y las instrucciones para llevar a cabo las actividades. Las mismas son dirigidas por el terapeuta, pero ejecutadas por los participantes.
El secreto a voces	El terapeuta colocará música suave y realizará un ejercicio de respiración y relajación (puede involucrar mindfulness). Posterior a ello cada participante narrará su experiencia al otro al oído.
Hasta luego	Cada diada realizará una rima breve en la cual exteriorice lo experimentado durante la sesión.

Sentia es un método alternativo que busca, mediante terapia individual o grupal fomentar el desarrollo de conductas parentales que promuevan apego seguro. Con ello puede reducirse la incidencia de problemas ligados con trastornos de apego. La esencia del método se basa en la concepción del apego como un factor instintivo humano que permite su supervivencia y del cual depende el tipo de relación que este establecerá posteriormente (Schaffer, 2000). Ante esto se concluye que Sentia posee una fundamentación teórica basada en 21 unidades de análisis las cuales cumplen con los criterios establecidos por Núñez (2002) quien considera que los aspectos que deben considerarse para la elección del material bibliográfico son la autoridad que posee el autor para presentar la obra,

formación del mismo para brindar la información, vigencia de la obra literaria, utilización de lenguaje y material científico y la objetividad.

El apego es útil para la supervivencia del ser humano y le permite dar significado a su experiencia (Bowlby, 1983). Forma parte del desarrollo integral del individuo y le permite adquirir maduración a nivel físico y emocional. Ante esto se considera importante fomentar el desarrollo y práctica de conductas parentales que permitan establecer apego seguro y con ello se prevenga el desarrollo de problemas psicológicos, tales como: Síndrome de Apego Reactivo, el cual predispone a las personas a otra sintomatología de índole físico y emocional (Cantón & Cortés, 2000).  $\Psi$

## Referencias

- Asociación Americana de Psicología. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales, DSM-5*. México: Editorial Panamericana.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Barg, G. (2011). Bases neurológicas del apego. Revisión temática. *Ciencias psicológicas*. 5(1). Recuperado de: [www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-40942011000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-40942011000100007&script=sci_arttext)
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Revista Incan*. 4. Recuperado de: <http://www.incan.org.mx/revista/incan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre. Fichas de trabajo*. España: Gedisa editorial.
- Beltrame, G. (2011). Bases Neurobiológicas del Apego. Revisión temática. *Ciencias psicológicas*. 5(1). Universidad Católica del Uruguay. Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212011000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212011000100007&script=sci_arttext)
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. España: Paidós Iberoamérica.
- Booth, P. y Jernberg, A. (2010). *Theraplay. Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. (3ª. Ed). United States of America: Pb Printing.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. España: Alianza Editorial.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Estados Unidos de América: Prentice Hall.
- Díaz, J. y Blánquez, M. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*. 4(1). Recuperado de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d1542915/EL%20V%C3%8DNCULO%20Y%20PSICOPATOLOG%C3%8DA%20EN%20LA%20INFANCIA:%20EVALUACI%C3%93N%20Y%20TRATAMIENTO.pdf>
- Doménech – Llaberia, E. y Ballbriga, M. (1998). *Actualizaciones en psicopatología infantil II (De cero a seis años)*. España: Servei de Publicacions.
- Enríquez, A., Martínez, M., De Juan, Y. Montilla, I. y Padilla, P. (2011). *Protocolo de exploración neuropsicológica del aprendizaje relacional infanto – juvenil*.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. España: Desclée De Brouwer.
- García, T. (2013). *El apego seguro es el que conviene a nuestra sociedad*. Recuperado de: <http://www.bebesymas.com/desarrollo/el-apego-seguro-es-el-que-conviene-a-nuestra-sociedad-entrevista-a-la-psicologa-teresa-garcia>
- Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H. y Stanton, B. (2009). *Nelson Tratado de Pediatría* (18ª. Ed.). Volumen 1. Estados Unidos de América: Elsevier Saunders.
- Lecannelier, F. (2007). *Escala Massie – Campbell de observación de indicadores de apego madre – bebé en situaciones de estrés. Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego*. Recuperado de: [http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual\\_massie\\_ca\\_pbell\\_2007.pdf](http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_ca_pbell_2007.pdf)
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual (2ª. Ed.)*. Madrid, España: Psimática.
- McCright, B. (2010). *Attachment disorder and Adoptive Family*. Recuperado de: <http://www.theadoptioncounselor.com/pdf/Attachment%20pamphlet.pdf>
- Núñez, M. (2002). Criterios para la evaluación de la calidad de fuentes de información sobre salud en internet.
- Otsubo, et al. (2004). *Manual de desarrollo integral de la infancia*. Argentina: ACF International Network. Recuperado de: [http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/manual\\_desarrollo\\_infantil\\_0.pdf](http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/manual_desarrollo_infantil_0.pdf)
- Pearce, C. (2009). *A short introduction to Attachment and Attachment disorder*. United States of America: JKP Short Introductions.
- Prada, J. (2004). *Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal*. Colombia: San Pablo.
- Riso, W. (2005). *Guía práctica para vencer la dependencia emocional*. Chile: Phröresis.

Rivera, M. (2014a). *Conductas parentales involucradas en el establecimiento del apego seguro en infantes de 0 a 11 años de edad*. Tesis inédita de licenciatura. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Rivera, M. (2014b). *Método Sentia, Método de Experiencia Vincular*. Guatemala: Autor.

Rivera, M. (2015). Conductas parentales involucradas en el establecimiento de apego seguro en infantes de 0 a 11 años de edad. *Revista Perspectivas*. 1 (1) pp. 83 – 100.

Rygaard, N. (2008). *El niño abandonado*. España: Gedisa.

Sánchez, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto. Influencia en las relaciones amorosas y sexuales* (Tesis inédita de magister). Universidad de Salamanca, España.

Schaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI editores.

Scheaffer, B., Golden, J, Bridgers, K. y Hall, C. (2009). Nonverbal processing and Social Competency in Children with Reactive Attachment Disorder. *Behavioral*

*Development Bulletin*. 15. United States of America

Siegel, D. (2010). *La mente en desarrollo*. España: Desclée De Brouwer.

Termini, K., Golden, J., Lyndon, A. y Scheaffer, B. (2009). Reactive attachment disorder and cognitive, affective and behavioral dimensions of moral development. *Behavioral developmental*. 15. ISSN: 1942 – 0722.

Tobar, C. (2013). *Propuesta de un modelo de ludoteca infantil comunitaria para el desarrollo integral de la niñez*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Yáñez, A. (2010). *Teoría del cuerpo social* (Tesis de doctorado inédita). Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

# Representaciones sociales acerca del cáncer en pacientes adultos, ciudad de Arequipa, Perú.

*Aleixandre Brian Duche Pérez<sup>1</sup> - Grupo Estudiantil de Investigación en Antropología Médica y de la Salud<sup>2</sup>*

Escuela Profesional de Antropología  
Facultad de Ciencias Histórico-Sociales  
Universidad Nacional de San Agustín

**Resumen:** El cáncer es una enfermedad que cada día exige nuevas interpretaciones sobre las formas culturales y simbólicas como se le concibe y se hace propia. Las representaciones sociales se relacionan con creencias, sentimientos, temores, emociones y la forma en que los sujetos las gestionan por medio de estrategias que permitan incluir, excluir o invisibilizar al otro o a sí mismos. El presente estudio tiene como objetivo identificar y analizar las representaciones sociales del cáncer en pacientes adultos que residen en la ciudad de Arequipa (Perú). Por medio del método cualitativo y desde el enfoque de la teoría de las representaciones sociales se aplicó una entrevista semi-estructurada a 16 pacientes con diferentes tipos de cáncer. La investigación demostró que hay una variación significativa sobre las representaciones sociales del cáncer de acuerdo al grado, los síntomas y la evolución de la enfermedad, vinculada a su vez con el grado de aceptación y comprensión por parte de los pacientes.

**Palabras clave:** cáncer / representaciones sociales / enfermedad / sentimientos / emociones.

**Abstract:** Cancer is a disease that every day requires new interpretations of the cultural and symbolic forms that it is conceived and becomes our own. Social representations are related to beliefs, feelings, fears, emotions and the way on how subjects manage them through strategies that allow them to include, exclude or invisibilize others or themselves. This study aims to identify and analyze the social representations of adult cancer patients living in the city of Arequipa (Peru). Through the qualitative method and from the standpoint of the theory of social representations a semi-structured interview to 16 patients with different types of cancer was applied. The research showed that there is a significant variation on the social representations according to the degree of cancer, symptoms and disease evolution, linked to the degree of acceptance and understanding by the patients.

**Keywords:** cancer / social representations / illness / feelings / emotions.

<sup>1</sup> Antropólogo y docente auxiliar en la Escuela Profesional de Antropología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

<sup>2</sup> El Grupo Estudiantil de Investigación en Antropología Médica y de la Salud está conformado por los estudiantes: Úrsula Aley Vizcardo, Massiel Alfaro Castro, Eduardo Apaza Aguirre; Pilar Aranguren Guillen, Orlando Bedoya Pineda, Flor Begazo Miranda, Noelia Bellido Zúñiga, Andrés Cabana Quispe, Yimy Calcina Taco, Gaby Cárdenas Nuñoncca, Jaime Castilla Borja, Rosa Choque Apaza, Daniela Cusi Marañon, Roosvel David Huamani, Jean Escalante Díaz, Emeri Gutiérrez Pacco, Guianela Gutiérrez Vargas, Lee Hanco Atamari, Rosmery Huamani Charccahuana, Maycoll Huanqui Vilcas, Mónica Inofuente Sonco, Yanina Juárez Otazú, Stefany Llunco Cancapa, Adriana Machuca Imán, Waldimar Mamani Cahuana, Elard Mamani Mamani, Idalia Mendoza Mollo, Jorge Mendoza Polanco, Katherin Mita Tohalino, Yudel Nuñoncca Ppacco, Clara Ochochoque Panca, Úrsula Podestá Sánchez, Lucy Poma Cruz, Gloria Ponce Arratea, Gerardo Puruhuaya Ccuno, Cesar Quispe Cary, Giancarlo Quispe Flores, Mari Quispe Huarcaya, Reyna Ramos Montalgo, Ruso Rodríguez Zúñiga, Anthony Salas Nuñure, Daniela Salazar Romero, Karla Tejada Zúñiga, Raphael Ticona Mogrovejo, Patricia Torres Pisfil, Rosa Viza Tutacano, Fiorella Zapata Neyra, Juan Zavala Chirinos y David Zeballos Panebra. A cada uno de ellos se les reconoce también la copropiedad intelectual del presente artículo.

## Introducción

El cáncer es una enfermedad genérica y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Puede entenderse como un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, el cual se origina a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal. No es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Entre los principales factores que la originan se encuentran “la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas” (Celano, Estrada y Gandur 2011: 8).

¿Qué sucede cuando las células normales se convierten en cancerosas? El ciclo celular posee varios sistemas de regulación y control; sin embargo, a veces, el proceso se descontrola y las células se siguen dividiendo cuando no es necesario, formando así una tumoración. Las células cancerosas pueden invadir y destruir los tejidos aledaños; además, pueden separarse del tumor y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo para formar nuevos tumores, que se conocen como *metástasis*.

Es importante comprender el cáncer desde su dimensión biológica, clínica y médica pues es el agente causante de muchísimas muertes a nivel mundial. Pero comprender sus dimensiones sociales y culturales conlleva a nuevas formas de interpretar la enfermedad y abordarla desde tratamientos más humanos y próximos donde el paciente pueda no solo reconocer la dimensión de la enfermedad que lo afecta, sino también otorgarle un sentido y significación personal.

En este sentido, la importancia del método de las representaciones sociales para el estudio de las enfermedades, especialmente enfermedades crónicas como el cáncer, el sida y la tuberculosis, subyace en considerar que las RS de una enfermedad “son determinantes de los comportamientos culturales con respecto a la misma, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos científicos y populares, la escala de valores y otros elementos culturales, como las creencias, que determinan la reacción general de la sociedad y la particular de cada individuo frente a una enfermedad” (Giraldo 2009).

Las representaciones sociales trascienden la esfera de las opiniones de los pacientes con cáncer, las imágenes y las actitudes que estos adoptan, estableciéndose como sistemas cognoscitivos bajo una lógica y lenguaje particulares que descubren y ordenan la realidad de las personas. Estas son producciones culturales y sociales que afectan sus prácticas, su conocimiento y las relaciones subjetivas. Se puede entender que la persistencia en las formas negativas de pensar sobre el cáncer se asocia al mito de los estilos de vida, el cual responsabilizaría al paciente; sin embargo, lo social no tiene incidencia directa en el origen biológico de la enfermedad, pero sí amplía las posibilidades de contraerla y maximizarla.

Desde una perspectiva paralela Castaño Rodríguez y Palacios-Espinosa (2013) afirman que mientras la salud es considerada lo más grandioso que el ser humano puede tener, la enfermedad se ha definido como el lado nocturno de la vida. Así, la salud se ve como un bien que se quiere tener a toda costa y la enfermedad se ve representada entonces como un claro conflicto que no permite alcanzar el estado de bienestar deseado.

Todo ello genera referentes estereotipados hacia la enfermedad, dándose un uso metafórico de ella para resaltar componentes que varían de acuerdo al ambiente, a la historia, al paso del tiempo, a las concepciones religiosas, a los avances médicos y a las concepciones creadas y difundidas en la cultura popular. Todo ello constituye metáforas y fantasías sobre la enfermedad y lo que conlleva.

En esta conceptualización, la percepción de la severidad de la enfermedad continúa siendo una de sus principales representaciones sociales. Se trata de una amenaza inevitable. Además, la gran cantidad de representaciones sociales sobre el cáncer ha facilitado que se construyan prejuicios, mitos y estereotipos que a su vez pueden contribuir a que se generen o se mantengan situaciones de sufrimiento, malestar, depresión e incertidumbre para los enfermos.

Las investigaciones bajo el método de las representaciones sociales coadyuvan a promover el cambio de dichas representaciones, por lo general negativas y pesimistas, tanto en el enfermo como en los familiares y profesionales de la salud, propiciando una mejor atención al enfermo de cáncer y en consecuencia una mejor adaptación a los cambios físicos y sociales que implican la enfermedad, pues hoy en día –y más que en cualquier época anterior– el cáncer continúa siendo objeto de representaciones sociales negativas.

El cáncer es una de las enfermedades más graves de nuestro tiempo debido a su elevada prevalencia, morbilidad y mortalidad; es por ello que las representaciones sociales sobre ella son muy importantes, ya que permiten conocer qué sucede en la vida social del paciente, de su familia y en la del personal sanitario que los atiende. En tal sentido, se hace necesario un balance sobre las diversas líneas de investigación, temas y sujetos de estudio a partir de la perspectiva de las representaciones sociales.

Un primer balance bibliográfico recoge las investigaciones sobre las representaciones sociales de los familiares de pacientes con cáncer. La investigación realizada por María Ruda (2001), sobre las representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad, y por otra parte, la realizada por Ximena Palacios, María Isabel Gonzales y Bruna Zani (2015a) sobre la quimioterapia vista desde la familia del paciente oncológico, buscan explorar la relación entre la concepción social de la enfermedad con sus causas y consecuencias.

Ambos estudios cualitativos mostraron que si bien de manera explícita predomina la representación del cáncer como una enfermedad curable si es diagnosticada a tiempo, cuando el diagnóstico es tardío se la vincula con la muerte inevitable del sujeto. Además, los estudios analizan la compleja experiencia del familiar frente a la experiencia del cáncer y del tratamiento oncológico de sus parientes cercanos identificando en ellos un amplio conocimiento científico, técnico y popular sobre la enfermedad, pero también sobre las diferentes actitudes, positivas, negativas y contradictorias, para construir una relación armoniosa con sus familiares enfermos.

Por otra parte, en las investigaciones que giran en torno a las representaciones sociales del cáncer de mama se encuentran los estudios realizados por María San Juan (2004), Clara Giraldo (2009, 2011) y Amparo Tapia (2014) quienes exploran sobre las representaciones sociales del cáncer de mama en mujeres y sus influencias en las reflexiones personales, el tratamiento y el cuidado de la enfermedad, así como un acercamiento al proceso integral de tratamiento recibido en los establecimientos del Servicio de Salud.

Los estudios sostienen que las mamás tienen un significado fundamentalmente estético y centrado en la feminidad, pues son básicamente referentes para la identidad sexual femenina y por lo tanto la pérdida total o parcial puede alterar la auto-imagen y la vida sexual de las pacientes; y por estas razones el cuidado de las mismas es concebido desde lo estético y se reduce a mantenerlas bellas dentro de los estándares de la moda. Pero también que la discriminación y los niveles de autoestima que se generan a partir de este tipo de cáncer tiene un doble efecto negativo sobre su economía. Primero debido a que el costo del tratamiento, la operación y la cirugía estética afecta la vida económica de estas personas. Y por último, el estigma que se genera ocasiona un ocultamiento de las mujeres para desarrollar actividades laborales de forma normal y pública.

Un tercer bloque de investigaciones está referido a comprender las representaciones de adolescentes y jóvenes sobre el cáncer. Incluyendo la perspectiva de los no pacientes (Torre 2006) y pacientes (Caldas 2011; Montesa, Vera y Gálvez 2014) las investigaciones resaltan que las representaciones construidas en torno a la enfermedad están asociadas a contenidos de muerte, reacciones emocionales negativas y el uso de recursos personales y soporte social durante el proceso de enfermedad. Además, para los jóvenes, el cáncer como enfermedad es considerada como un proceso largo, doloroso, mortal y la expectativa de curación depende del grado de conocimiento científico y técnico sobre la enfermedad.

Por último, un cuarto bloque de investigaciones está referido a indagar sobre las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. Andrea Castaño y Ximena Palacios-Espinosa (2013), María Isabel Gonzáles y Bruna Zani (2015b) concluyeron en sus estudios que aún en el siglo XXI el cáncer sigue siendo objeto de

representaciones sociales y metáforas negativas al igual que la quimioterapia y que las personas sienten temor de experimentarlas, pero a la vez sienten que es necesario la detección temprana ya que significa un autocuidado. Estos estudios también mostraron que las representaciones sociales sobre el cáncer y la quimioterapia pueden verse como un marco general del conocimiento individual y como un modelo para la construcción y la distribución del conocimiento.

La revisión de la literatura nos muestra que el principal método empleado para el estudio de las representaciones sociales sobre el cáncer es el de tipo cualitativo, en tanto el principal instrumento, con mayor utilidad y empleabilidad es la entrevista semiestructurada.

La edad promedio de los sujetos de estudio en las investigaciones anteriores oscila entre los 18 a 60 años. Las variables de estudio más comunes son las emociones, las actitudes, la significancia personal, construcción de la identidad de paciente con cáncer, el conocimiento científico, técnico y popular sobre la enfermedad, y las metáforas para explicar la condición médica y las actitudes frente a la vida y la muerte.

Finalmente, y de forma general, las investigaciones previas consultadas nos muestran que los pacientes con cáncer han desarrollado un amplio sistema narrativo y simbólico para explicar el proceso de su enfermedad, así como la experiencia personal sobre el cáncer al que consideran como una enfermedad grotesca, incurable y dolorosa.

En tal sentido, el objetivo del presente estudio es identificar y analizar las representaciones sociales sobre el cáncer en pacientes adultos desde sus actitudes, experiencias y significados en el proceso de la enfermedad. A la vez, se busca que el presente estudio sea de utilidad para miembros de equipos de salud oncológica, brindándoles información sobre cómo los pacientes que padecen

cáncer entienden esta enfermedad y cómo algunos tratamientos para la misma, tales como la quimioterapia, el trasplante de médula ósea o la extirpación de una parte del cuerpo, generan nuevas formas de interpretación social del cáncer, posibilitando en gran medida la aceptación o el rechazo al tratamiento, la adhesión y la colaboración, y participación directa o no del paciente en los mismos.

## **Materiales y métodos**

### *Sujetos de estudio*

El grupo de estudio para la presente investigación corresponde a 16 casos particulares de personas que actualmente tienen algún tipo de cáncer. No se dio prioridad a tipo y grado de enfermedad específicos, puesto que el propósito del presente estudio fue reconocer si en la diversidad de casos se puede observar representaciones sociales afines y comunes. Sin embargo, se tuvo en consideración a personas que residan en la ciudad de Arequipa y que tengan un mínimo de un año desde la fecha de detección de la enfermedad, pues se busca una experiencia cercana a esta a través de cambios visibles en la vida cotidiana de estas personas.

A continuación, en el Cuadro 1, se describe brevemente cada caso analizado tomando en cuenta variables como edad, sexo, tipo y grado de cáncer, fecha de detección de la enfermedad, ocupación laboral actual, entorno social y familiar inmediato, y centros de atención médica donde cada paciente sigue su tratamiento médico.

El caso 1 es un joven de 23 años, natural de Camaná, pero actualmente reside en la ciudad de Arequipa. Tiene cáncer cerebral, producto de

un aneurisma detectado en la infancia, lo cual le ha traído muchas complicaciones desde muy niño por los constantes dolores de cabeza; sin embargo, no se hizo un chequeo médico hasta Agosto del 2014, en el cual por medio de análisis clínicos y tomografías se detectó cáncer. Actualmente recibe atención médica en el hospital Honorio Delgado.

El caso 2 es un estudiante de 23 años, soltero, sin hijos y estudiante de la carrera de Seguridad Industrial. Actualmente está realizando prácticas profesionales en un centro minero cercano a la ciudad de Arequipa. Se le detectó cáncer de amígdalas hace aproximadamente un año y a pesar de que se hace chequeos en forma permanente, el paciente no recibe un tratamiento farmacológico oncológico por parte de un médico especialista; solo ingiere pastillas para el dolor de manera condicional. Debido a las normas estrictas en materia de salud y seguridad ocupacional de su centro de trabajo no ha comunicado a ningún familiar, amistad o empleador sobre su condición médica actual.

El caso 3 es una mujer de 34 años, separada y con un hijo menor de 11 años. Actualmente se dedica a la venta de raspadillas en un mercado pequeño. Se le detectó inicialmente cáncer de mama hace aproximadamente 3 años y 8 meses. En la actualidad el cáncer se ha expandido por metástasis de la zona mamaria al tejido óseo (Osteosarcoma). Ella se hace chequeos periódicamente cada quince días y recibe un tratamiento farmacológico de quimioterapia y radioterapia por parte de un médico especialista en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN Sur). Debido a su condición socioeconómica precaria y por no tener familiares que radiquen en la ciudad de Arequipa, la paciente lleva a cabo su tratamiento sola.

Cuadro 1. Listado de entrevistas a pacientes con cáncer residentes en la ciudad de Arequipa, 2015

N° de informante	Sexo	Edad	Enfermedad		
			Tipo de cáncer	Grado actual <sup>1</sup>	Fecha de detección
01	H	23	Cerebral	G1	01 año y 04 meses
02	H	23	Amígdalas	G2	01 año
03	M	34	Óseo	G3	03 años y 08 meses
04	M	34	Ovario	G3	02 años y 06 meses
05	M	44	Cérvico intrauterino	G2	02 años
06	M	45	Linfoma no Hodgkin	G4	01 año
07	H	45	Riñón	G3	02 años y 11 meses
08	M	46	Mama	G1	04 años y 08 meses
09	H	48	Gástrico	G3	02 años y 05 meses
10	M	48	Cuello uterino	G1	02 años
11	M	52	Cérvico intrauterino	G1	17 años y 03 meses
12	M	58	Trompa de Falopio	G3	02 años y 04 meses
13	M	60	Riñón	G3	10 años
14	M	60	Mama	GX	05 años y 08 meses
15	M	61	Gástrico	G2	02 años y 08 meses
16	M	70	Piel	G2	10 años y 10 meses

Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación de encuestas semi-estructuradas a pacientes adultos con cáncer en la ciudad de Arequipa, 2015.

El caso 4 es una señora de 34 años, ama de casa que convive con su pareja desde hace más de 20 años y tiene un hijo de 18 años. Ella cursó hasta el cuarto grado de educación secundaria y esporádicamente trabaja en la chacra como peona. En el mes de Junio del 2012 se le detectó cáncer en tercer grado, en los ovarios. Ha recibido apoyo para su tratamiento, por lo general solo pastillas para el dolor, mediante el Sistema Integrado de Salud (SIS) en el Hospital General. Algunas veces llegó a consumir medicina tradicional como nabo macho, llantén y tiquil tiquil.

El caso 5 se refiere a un ama de casa y madre de familia, de 44 años de edad, natural de Mollendo, pero actualmente reside en el distrito de Cerro Colorado. Es conviviente y tiene tres hijas: una estudiante universitaria, otra estudiante en el nivel secundario y una recién nacida. Se le diagnosticó cáncer cérvico intrauterino hace aproximadamente dos años por lo cual tuvo que abandonar su trabajo y dedicarse al tratamiento de su enfermedad en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur) donde se atiende mediante el SIS. Además, se le ha detectado un tumor en un pulmón, difícil de operar ya que se encuentra muy cerca de la columna vertebral y corre riesgo de quedar paralítica.

El caso 6 se trata de una madre de familia de 45 años de edad, casada y con cuatro hijos. Actualmente se encuentra guardando descanso médico en su domicilio ubicado en el distrito de Cerro Colorado. Se le detectó cáncer en los ganglios llamado linfoma no hodgkin hace aproximadamente un año. Ella recibe tratamiento farmacológico oncológico por parte de médicos especialistas en el hospital Goyeneche.

Caso 7 un hombre de 45 años, natural de Chucarapi y residente actualmente del distrito de Cayma. Está casado desde hace más de 20 años y tiene dos hijas. Él tiene estudios de secundaria completa y se ha desempeñado laboralmente como contador en una empresa privada. Se le detectó cáncer en los riñones, de grado alto, en el mes de Enero del 2013. Actualmente sigue su tratamiento en el IREN Sur y consiste en tomar medicamentos como *metoclopramina*, para el dolor y realizar sesiones de radioterapia y quimioterapia. Algunas veces consume caldo de *cuy* como medicina tradicional.

El caso 8 es una señora de 46 años y licenciada en Educación. Ama de casa, conviviente y con tres hijos. Se le detectó cáncer de mama hace aproximadamente hace 5 años. Desde entonces recurrió al constante tratamiento farmacológico oncológico por parte de médicos especialistas en la Clínica Privada Arequipa. Durante su tratamiento consume medicamentos recetados por los especialistas y algunos remedios caseros populares.

El caso 9 es un señor de 48 años y oriundo del distrito de Asillo (Puno). Se le detectó cáncer de estómago por lo que viene realizando su tratamiento en el IREN Sur y en el Policlínico Yanahuara. Consume una dieta especial diaria recetada por un médico especialista y no recurre a la medicina natural. Por el momento se encuentra desempleado y su único apoyo es su hermano quien le asiste en los cuidados necesarios.

El caso 10 es un ama de casa de 48 años, casada, con hijos y reside en el distrito de Socabaya. Se le detectó cáncer al cuello uterino aproximadamente hace dos años y acude semanalmente a realizarse chequeos médicos.

Además consume frutas y pastillas para opacar el dolor de manera condicional.

El caso 11 es una señora madre de familia de 52 años, casada y con tres hijos. Es natural del distrito de Polobaya y actualmente radica en el distrito de Majes. Se le detectó cáncer cérvico intrauterino en el año 1998 y desde aquella fecha ha venido recibiendo tratamiento farmacológico oncológico por parte de un médico especialista. Se le ha extirpado un tumor y en la actualidad continúa realizando sus chequeos de forma permanente. Desde que se le descubrió el cáncer, su esposo, su hermana y su madre la acompañan de manera continua y permanente en el cuidado y el apoyo.

El caso 12 es una contadora de 58 años, natural de la ciudad de Tarma (Junín), casada con cuatro hijos. En el mes de Agosto de 2013 se le detectó carcinoma de trompa de Falopio en grado G3. A raíz de ellos ella viene tratándose en el Hospital Goyeneche y recibe ayuda psicológica por medio de La Liga de Lucha Contra el Cáncer. Durante el proceso de tratamiento ella recibe el apoyo de su esposo, hijos y del entorno familiar cercano.

Las principales medicinas que consume son para el dolor, las náuseas y reducir cualquier posible infección. Además, consume medicina tradicional por medio de infusiones de *espirulina*, *graviola* y bicarbonato con limón.

El caso 13 es una mujer adulta mayor de 60 años, enfermera de profesión, está casada y tiene hijas, pero que actualmente no labora profesionalmente. Se le detectó cáncer de riñón hace 10 años, y desde entonces se hace chequeos permanentes y recibe tratamiento farmacológico-

oncológico por parte de EsSalud.

El caso 14 es una mujer ama de casa de 60 años. Casada y con 6 hijos, actualmente se dedica a las labores de la casa. Se le detectó cáncer de mama en el año 2010; no ha recibido tratamiento farmacológico-oncológico por parte de un médico especialista; sin embargo, recibe un tratamiento de medicina homeopática de la escuela francesa y una dieta vegetariana, evitando todo alimento y bebida que contenga propiedades químicas, además de no ingerir ningún tipo de bebida alcohólica.

Complementa su tratamiento con la oración y meditación, evitando el estrés, las preocupaciones y situaciones que le pongan triste o muestren violencia. Sus familiares cercanos apoyan a la paciente en su tratamiento, sobre todo su madre, hermanos y esposo.

El caso 15 es una ex profesora de educación básica regular de 61 años, que se jubiló a raíz de su enfermedad. Se le detectó cáncer gástrico en Mayo del 2013, por lo que ha venido recibiendo quimioterapia y radioterapia en los hospitales del IREN Sur y EsSalud. No ha recurrido a la medicina alternativa o tradicional (natural).

El caso 16 es una señora de 70 años de edad, casada y con 5 hijos. Debido a la enfermedad se encuentra postrada en una cama, por lo tanto no puede realizar ninguna labor profesional o doméstica. Se le detectó cáncer de piel aproximadamente en Febrero del 2005. En primera instancia, consumió fármacos recetados por el oncólogo, luego pasó por una etapa quirúrgica y por último recibió quimioterapia y radioterapia. En todo momento estuvo acompañada de su esposo, quien estaba al tanto del proceso de recuperación y también tuvo el apoyo de sus hijos.

Todos los casos anteriormente mostrados presentan particularidades en común que es necesario resaltar. Por una parte, los pacientes se encuentran llevando a cabo un tratamiento médico especializado por medio de pastillas y medicamentos en un centro médico, y con una muy baja presencia de prácticas y consumo de medicina natural. Muchos de ellos reciben el apoyo de sus familiares cercanos, es especial de sus parejas e hijos, y en menor medida de sus hermanos o amistades muy cercanas. Y por último, gran parte de los pacientes se encuentran sin trabajar, puesto que se han dedicado al cuidado y recuperación de su salud.

#### *Variables e instrumentos*

Por ser esta una investigación cualitativa de tipo descriptiva y explicativa, se ha propuesto como variables de estudio las categorías de “representaciones sociales” y “enfermedad (cáncer)”. En tanto las dimensiones de estudio abordadas son la cultural (porque la actitud, la experiencia y el significado han sido analizadas) y la social (porque se analizan las prácticas preventivas y de autocuidado en pacientes adultos con cáncer que residen en la ciudad de Arequipa).

Partiendo del objetivo de investigación se ha empleado, para efectos del trabajo de campo que tuvo una duración de 04 meses (De Septiembre a Diciembre del 2015), las siguientes técnicas e instrumentos de investigación. Por una parte, se aplicó entrevistas semi-estructuradas a profundidad a la muestra seleccionada, teniendo en cuenta variables como sexo, edad, tipo de cáncer, nivel de desarrollo de la enfermedad, así como los tipos de prácticas preventivas y curativas.

Fueron registradas en formato digital y cuaderno de apuntes todas las conversaciones, así como en una guía de registro de entrevista (guía

de preguntas) respectiva. (Ver Cuadro 02 en las páginas siguientes).

Adicionalmente, se hizo uso de la técnica de historia de vida que permitió recoger las narrativas personales de los sujetos de estudio. Se buscó la continuidad y las rupturas temporales en las biografías de los pacientes como fuente para entender sus percepciones y representaciones sociales sobre el cáncer, los cambios generados a partir de su condición clínica y su relación con su vida cotidiana, su imaginario y su visión del mundo. En tal sentido, el instrumento de investigación empleado fue la guía de registro biográfico, la cual se registró, a su vez, en formato digital (audio).

Ambos instrumentos fueron aplicados en los hogares y las viviendas de los pacientes, así como en instituciones o centros médicos a los cuales ellos acuden.

#### *Análisis de datos*

La sistematización, la clasificación y el procesamiento de los datos obtenidos se realizaron mediante la aplicación de la entrevista y desde los enfoques interrogativo y asociativo propios del método de las representaciones sociales. El procedimiento para la obtención de los resultados partió decodificando las respuestas de nuestros sujetos de estudio por medio de palabras o frases con asociación o afinidad en común, para construir las categorías respectivas de cómo se manifiestan las representaciones sociales sobre el cáncer.

Posteriormente, a cada palabra o frase se le asignó el tipo de emoción o sentimiento asociado, ya sea un estímulo positivo, negativo o neutro. Se consideró la frecuencia parcial de las palabras o frase asociadas para determinar la frecuencia total de la categoría correspondiente, así como de los estímulos.

Cuadro 02. Preguntas de la entrevista semiestructurada a partir de las cuales se realizó el análisis de las representaciones sociales del cáncer.

Pregunta	Subpregunta
1. ¿Qué reacción tuvo usted al enterarse de su enfermedad?	a. ¿Qué hizo usted cuando se enteró de que tenía cáncer? b. ¿Dónde estaba? c. ¿Recuerda qué le dijo el médico? d. ¿Qué pensó en ese momento? e. ¿Se lo dijo a otras personas? ¿Por qué? f. ¿Quiénes lo supieron? ¿Por qué? g. ¿En qué lugar de su cuerpo tiene el cáncer?
2. ¿Qué significa para usted el cáncer?	a. ¿Cómo obtuvo esa información? b. ¿Sabe usted en qué consiste su enfermedad? c. ¿Qué es para usted la quimioterapia?
3. ¿Cómo ha sido la experiencia de tener esta enfermedad?	a. ¿Dónde se hace Ud. ver/tratar mayormente? b. ¿Cómo ha sido su experiencia con la entidad prestadora de salud? c. ¿Cómo ha sido su experiencia con el equipo médico? d. ¿Qué tan grave es la enfermedad que usted tiene? ¿Por qué? e. ¿Siente algún temor actualmente relacionado con su enfermedad? ¿Cuál es?
4. ¿Cómo ha afectado su vida esta experiencia?	a. ¿Cómo ha afectado sus relaciones interpersonales? b. ¿Han cambiado sus actitudes frente al cáncer ahora que lo tiene? ¿Por qué? ¿En qué sentido? c. ¿Qué creía usted del cáncer antes de tenerlo? ¿Han cambiado en algo esas creencias ahora que lo tiene? ¿Por qué? ¿En qué sentido? d. ¿Cómo ha afectado sus ocupaciones diarias? ¿Su trabajo? e. ¿Han cambiado sus proyectos de vida ahora que tiene cáncer? ¿Por qué? ¿En qué sentido? f. ¿Se siente distinto ahora que tiene cáncer? ¿En qué sentido?
5. ¿Qué es importante en su vida ahora?	a. ¿Esto que ahora es importante es diferente a aquello que era importante para usted antes de tener el cáncer? ¿En qué sentido?
6. ¿Qué cosas le han ayudado a afrontar esta experiencia de tener cáncer?	
7. ¿Ha habido algún momento durante su experiencia con el cáncer en el cual haya sentido que no podía afrontarlo?	a. Por favor, hableme de eso. b. ¿Qué hizo para superarlo?

<p>8. ¿Cómo ha sido recibir la quimioterapia? Cuénteme desde la primera vez que se la administraron<sup>2</sup>.</p>	<p>a. ¿En qué consiste la quimioterapia?  b. ¿Para qué sirve la quimioterapia?  c. ¿Qué costo tiene la quimioterapia?  d. ¿Sabe usted cómo se llaman los medicamentos que le aplican durante la quimioterapia?  e. ¿Usted cómo se imaginaba que era una quimioterapia antes de que se la hicieran? ¿Cambió su pensamiento acerca de ella? ¿Por qué?  f. ¿Qué ha sido lo más difícil de hacerse quimioterapia?  g. ¿Quién le ha ayudado en sus quimioterapias?  h. ¿Qué sentimientos experimenta cuando le hacen la quimioterapia?  i. ¿Le recomendaría usted a otras personas que se hicieran la quimioterapia? ¿Por qué?</p>
--	---

Fuente: Adaptado de Yaskowich y Stam (2003).

La guía de preguntas y las respuestas de los entrevistados permitieron elaborar categorías de orden en torno a las representaciones sociales. Estas son: muerte, dolor y sufrimiento; familia, tratamiento, tumor enfermedad, espiritualidad, y efecto positivo, miedo y amenaza, síntomas y evolución del cáncer, propiedades del cáncer, exisocialismo, hospitalización.

Finalmente, para la discusión y las conclusiones, se realizó un análisis antropológico integral tomando como base los resultados obtenidos mediante la frecuencia de palabras y el peso semántico. El análisis giró en torno a tres ejes fundamentales: concepción, interpretación y experiencia de la enfermedad por parte del grupo de estudio.

## Resultados

Se realizó un análisis de frecuencias de palabras y peso semántico a los 16 casos estudiados, en el cual se determinó el número de veces que cada una figuró en las entrevistas realizadas a la muestra de estudio seleccionada. A continuación, se muestran los resultados más relevantes en orden descendente sobre las palabras mayormente evocadas por el total de la muestra y la frecuencia referida al sentimiento y/ emoción asociados a la categoría correspondiente.

Con respecto de la categoría “muerte”, del total de 64 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “morir” (50%), “muerte” (28.12%) y “mortal” (14.06%). Otras, el restante, con menor representatividad alcanzan un 7.82% en su conjunto.

Con respecto de la categoría “dolor y sufrimiento” del total de 161 palabras evocadas por el sujeto de estudio, se identificó que las más frecuente fueron “dolor” (25.46%), “tristeza” (10.55%), “doloroso” (9.31%), “soledad y debilidad” (7.45%), “pena, sorpresa, sufrimiento, impotencia” (7.45%), “afecto, deprimido, vergüenzas, lástima, malestar” (7,45%), “llanto” (6.21%), “desesperación, me siento mal” (4,96%), “sufrir” (4.34%) y el restante alcanza un 16,02%.

Con relación a la categoría “familia”, del total de 107 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “apoyo de la familia” (42.06%), “acercarme a la familia” (22.43%), “pienso en mis hijos” (14.95%), “cuidados familiares” (14.02%) y otras alcanzan un 6.54%.

Respecto de la categoría “tratamiento médico”, del total de 198 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron «médico» (28.78%), «tratamiento» (16.66%), «diálisis» (6.06%), “quimioterapia” (4.54%), “exámenes médicos” (4.04%) y el restante con un total de 39.92%.

Con relación a la categoría “enfermedad”, del total de 107 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “enfermedad” (69.15%), “enfermedad grave” (30.70%), “enfermedad avanzada” (13.08%), “imposible de superar” (6.54%) y otras, el restante, con un 3.73%.

Con respecto de la categoría “tumor”, del total de 60 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “tumor benigno” (46.67%), “pienso en el tumor” (26.66%), “tumor maligno” (20%) e “hinchazón corporal” (6.66%).

Con relación a la categoría “espiritualidad y efecto positivo”, del total de 128 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “le pido a Dios” (19.53%), “cambio de vida” (10.94%), “seguir adelante” (10.16%), “vida” (9.38%) y otras, el restante, con un 50.78% en su conjunto.

Con respecto a la categoría “miedo y amenaza”, del total de 120 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “miedo” (30.0%), “angustia” (10.0%) y temor (6.66%) y otros con 53.3%.

Con respecto a la categoría “síntomas y evolución del cáncer”, del total de 135 palabras

evocadas por el sujeto de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “diagnóstico” (9.62%), “baja de defensa” (8.14%) y “no comer” (8.14%). El restante alcanza un 74.07%.

Respecto de la categoría “propiedades del cáncer”, del total de 80 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “maligno” (7.5%), “peligroso” (7.5%), “dañino” (6.25%), “lo peor del mundo” (5%), “baja las defensas” (5.0%). Otras, el restante, con menor representatividad alcanzan un 68.5% en su conjunto.

Con respecto de “existencialismo”, del total de 56 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “esperanza” (12.5%), “oportunidad” (8.93%), “prueba” (8.93%), “fuerza” (8.93%), “me da igual” (7.14%), “tranquilidad” (7.14%) y otras con 46.43%.

Finalmente, con respecto de la categoría “hospitalización”, del total de 49 palabras evocadas por los sujetos de estudio, se identificó que las más frecuentes fueron “hospital” (53.06%), “reposo y descanso” (18.36%) y “hospitalización” (16.32%) y otros con 12.26%.

### *Discusión y conclusiones*

En los casos estudiados, el cáncer se asocia directamente con una concepción doble sobre la muerte. Por un lado, se observa una concepción individual asociada directamente con la palabra “morir” (inclusive con “moriré” e “ir a la otra vida”) y caracterizada principalmente por relacionar, en primera persona, a la enfermedad como un medio a través del cual un indivisio inevitablemente debe

morir a raíz de ésta, una “muerte próxima”. Además, se identifica una concepción social de la muerte que está relacionada con las palabras “muerte” y “mortal”, principalmente, las que denotan una “muerte distante”, es decir, la muerte como un evento o suceso biológico que ocurre cuando un individuo ha cumplido su ciclo de vida y desarrollo socio biológico ligado a una imagen de la vejez humana.

En el primero de los casos se la relaciona como algo trágico, indeseable, injusto, antinatural e inclusive grotesco; mientras que en su sentido social la muerte es vista como natural, justa, deseable y aceptable.

La concepción sobre la muerte que tienen los pacientes con cáncer está estrechamente ligada a su noción de enfermedad. Se ha podido apreciar dos sentidos predominantemente diferentes sobre el cáncer. En primera instancia, el cáncer como una enfermedad “grave” la cual hace referencia, en un sentido impersonal, a ésta como una enfermedad que afecta a todo el cuerpo biológico del individuo, y que sin embargo, mantiene abierta la posibilidad, aunque sea mínima, de curación. Por otro lado, cuando se la caracteriza como enfermedad “avanzada” se lo hace también, ya en un sentido personal e individual, como “imposible de superar”, es decir, que el cáncer conduce inevitablemente a la muerte, generando así un sentido de “espera” para morir, más que de “esperanza” para vivir, propio de una concepción “grave” de enfermedad.

Ambas representaciones sobre la enfermedad están vinculadas con las propiedades, síntomas y evolución del cáncer desde la experiencia cercana del paciente.

Estas tienen un amplio sentido negativo sobre lo que el cáncer es y cómo se entiende. Con respecto de las propiedades de la enfermedad se aprecian dos distintos tipos: una biológica, que

se caracteriza por distinguir al cáncer desde su dimensión biológica en tanto es una enfermedad hereditaria, infecciosa, que genera dolor y destruye las células del cuerpo; y la otra social, pues no se la relaciona directamente a una condición socioeconómica o clase social específicas.

De esta forma, las propiedades de la enfermedad determinan, según los casos estudiados, los síntomas de esta a partir de su evolución. Se ha identificado que los pacientes han elaborado una línea de evolución de su enfermedad, que empieza desde la etapa de dolor (asociado a síntomas como dolores musculares, óseos y de cabeza, principalmente) donde el cáncer no se concibe como una enfermedad en sí en tanto no se ha diagnosticado al individuo con un cáncer específico, sino como un malestar que es producto del ritmo de vida cotidiano –considerado como algo normal. Esa consistiría en la primera etapa.

La segunda etapa, que se inicia con la detección del tipo y grado de cáncer por parte de un médico especialista, es la del debilitamiento. Esta etapa se asocia con síntomas como las náuseas, el aumento o la disminución de la temperatura corporal, el dolor focalizado se convierte en malestar generalizado, la falta de apetito y una recurrencia a contraer fiebre.

La tercera etapa es la inmovilidad. Ésta se asocia a la incapacidad que tiene el individuo para poder desplazarse libremente y realizar actividad física mínima o nula; también se ha podido apreciar que se relaciona con el reposo o descanso en cama, e inclusive con pacientes que pierden la capacidad para mover alguna extremidad del cuerpo. La cuarta etapa consiste en la desfragmentación del cuerpo que se puede apreciar en los pacientes que han perdido cabello, bajado drásticamente de peso, los órganos dejan de funcionar correctamente (como en el caso de la insuficiencia renal) o se les fue ex-

tirpado alguna parte del cuerpo.

Por último, la etapa de la recaída que se la relaciona directamente con el aumento de las complicaciones y síntomas, pero también con la posibilidad de que el cáncer se generalice a todo el cuerpo y aparezcan nuevos tipos de cáncer. Ésta última etapa conduce generalmente a la muerte del paciente, pero también cabe resaltar que la etapa de la recaída puede no presentarse en aquellos pacientes, que por medio de un tratamiento adecuado y oportuno han podido superar el cáncer.

Son la evolución y los síntomas del cáncer los que determinan el nivel de amenaza y miedo –y establecen las categorías de “existencialismo” y “espiritualidad”– que los pacientes perciben acorde al grado de la enfermedad en que se encuentran.

En los sujetos estudiados, la amenaza es mayor si el grado de la enfermedad también lo es, y lo mismo sucede con la sensación de miedo. La amenaza siempre está relacionada con la posibilidad de morir; sin embargo, se ha distinguido que las emociones y sentimientos sobre el miedo y la amenaza varían de grado acorde a la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. La etapa de dolor se caracteriza a partir de ignorar o desconocer la enfermedad, por la angustia y ansiedad, las que se reflejan con el sentido de posibilidad de estar enfermo.

En la etapa de debilitamiento el paciente se siente afectado emocionalmente, inicia cuadros de depresión y estrés; así mismo, tiene una doble mirada a la enfermedad: el desafío para curarse y el miedo y temor de morir. La etapa tercera, la de la inmovilidad, se la percibe no solo desde el plano psicológico sino también material y económico, pues el paciente debe dejar de trabajar (o de generar ingresos económicos) y concentrarse por completo en el tratamiento de la enfermedad.

En la siguiente etapa, desfragmentación del cuerpo, se la percibe como el peor acontecimiento o suceso que un ser humano puede afrontar, pues el sujeto al perder alguna parte de su cuerpo o mostrar cambios significativos en él, se ve a sí mismo como descorporizado y cuya identidad y personalidad se ha polarizado. Y finalmente, en la última etapa, el sujeto se percibe a sí mismo como desesperado, sin cura posible, sin fuerzas y próximo a morir.

Frente al miedo y la amenaza que el cáncer representa, los pacientes han establecido un conjunto de estrategias espirituales y ontológicas para posicionarse en un estadio intermedio, que balancee la gravedad de su condición médica y la posibilidad de su recuperación. A este punto intermedio se lo asume desde una posición personal de esperanza, oportunidad y prueba, para que el sentido de existencia (vida) del paciente rompa la relación binaria y opuesta de vida/muerte, dando paso a una concepción espiritual y religiosa de la enfermedad como forma paralela de tratamiento.

En este sentido se observa un amplio acercamiento –o recuperación– a creencias religiosas y espirituales como formas de aceptación de la enfermedad; pero también, paralelamente, es visible un cambio de actitud en el sujeto, de trágica a positiva, para sobrellevar la enfermedad.

Se ha notado que en los casos estudiados, las categorías anteriormente expuestas se relacionan también –y están fuertemente influidas– por un sentido de trascendencia de los pacientes frente a la posibilidad de su muerte. En este punto, el entorno familiar es sumamente importante pues estos representan para el paciente extensiones de su cuerpo, especialmente en las etapas de inmovilidad, desfragmentación y recaída.

El paciente no solo puede “moverse” a diferentes espacios estando postrado en una cama; sino que también puede cumplir promesas - a través de otros - una vez fallecido.

Por eso, el acercamiento familiar y el reforzamiento de dichos lazos es una prioridad absoluta en los pacientes con cáncer, la cual deben “negociar” constantemente con sus familiares, ya sea desde dejar una herencia material y/o económica, confesar o revelar secretos o sentimientos personales hasta victimizarse a sí mismo.

La investigación concluye sosteniendo que las representaciones sociales giran en torno a cuatro ejes fundamentales: las dimensiones y los síntomas del cáncer, así como del pensamiento existencial del individuo y el entorno familiar que posee para afrontar la enfermedad. En el primer eje se distinguen cinco tipos: biológico, psicológico, material, social y espiritual. En el caso del eje segundo va desde el dolor corporal hasta la mutilación del cuerpo. El tercero reside desde el sentido de inmortalidad hasta la inevitabilidad de morir. Y el último, desde una total independencia del sujeto para afrontar la enfermedad hasta la total dependencia de su entorno familiar y médico.

Cada uno de los ejes posee diferentes etapas acorde con la evolución de la enfermedad que va desde una etapa de dolor, de debilitamiento, de inmovilidad, de desfragmentación del cuerpo y la de recaída.

En suma, las representaciones sociales que construyen los sujetos para afrontar, entender e interpretar la enfermedad son variables en torno la etapa y el grado en que se encuentre el cáncer. Se ha podido apreciar que no existe una diferenciación marcada con respecto del tiempo de detección de la enfermedad y a las representaciones sociales que construyen para su presente y futuro. El cáncer es visto como una enfermedad no solo degenerativa

del cuerpo y la salud en general, sino también como una enfermedad indeseable y grotesca, hasta cierto punto incurable y que despoja al individuo de toda independencia y libertad posible, es una enfermedad de incapacita, inmoviliza y destruye al individuo.  $\Psi$

---

### *Reconocimientos y agradecimientos*

Se agradece infinitamente a los hombres y las mujeres sujetos de nuestro estudio. Su cercanía, sus palabras y el tiempo que dedicaron en responder a nuestras interrogantes nos han mostrado que el entrenamiento antropológico no nos prepara para afrontar ciertos sucesos.

Por último, deseamos agradecer a los estudiantes de la asignatura Antropología de la Salud que se cursó durante el año académico 2015, en el segundo semestre del cuarto año de estudios de la Escuela Profesional de Antropología de la Universidad Nacional de San Agustín, por coadyuvar en la recopilación de información, el trabajo de campo en general y la elaboración de los cuadros respectivos para la sistematización y clasificación de la información recolectada que proporcionaron la base para el análisis, la discusión y las conclusiones de la presente investigación.

## Referencias

- American Joint Committee on Cancer. (2010). *Cancer Staging Manual*. (7a. ed.). New York: Springer.
- Bayo Calero, J.L. (2007). *El cáncer, cuestiones más frecuentes*. Barcelona: Hospital Universitario de Elche, Sociedad Española de Oncología Médica.
- Caldas Cabrera, O. (2011). *Representaciones del cáncer en pacientes oncológicos jóvenes*. Tesis de licenciatura en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Castaño Rodríguez, A. Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*. Volumen 10, número 1, pp. 79-93.
- Celano, C.; Estrada, S. y Gandur, N. (2011). *Manual de enfermería oncológica*. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina, Ministerio de Salud de la Nación.
- Correa, A. y Camacho, J. (1993). Diseño de una metodología para el estudio de las teorías implícitas. En Rodrigo M. , R; Rodríguez, A. y Marrero, J. (Editores). *Las teorías implícitas. Una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid: Visor-Aprendizaje
- Giraldo Mora, C. (2011). Efectos de las representaciones sociales de las mamas sobre la prevención del cáncer mamario en un grupo de mujeres Colombianas. *Feminismos*. Antioquia, número 18, pp. 249-270.
- Giraldo Mora, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Revista de Salud Pública de la Universidad de Antioquia*. Medellín, volumen 11, número 4, pp. 514-525.
- Montesa, S.; Vera, L. y Gálvez, N. (2014). Representación social del cáncer: un estudio desde la perspectiva del adolescente diagnosticado con leucemia, Chiclayo-Perú. *Revista de Salud y Vida Sipanense*. Chiclayo, volumen 1, número 1, pp. 38-50.
- Palacios-Espinosa, X.; Gonzalez, M.I. y Zani, B. (2015<sup>a</sup>). Las presentaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico". *Revista de psicología latinoamericana*. Bogotá, volumen 33, número 3, pp. 497-515.
- Palacios-Espinosa, X.; Gonzalez, M.I. y Zani, B. (2015<sup>b</sup>). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Bogotá, volumen 33, número 3, pp. 497-515.
- Ruda Santolaria, M. L. (2001). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, volumen XIX, número 1, pp. 151-201.
- San Juan Muñoz, Ma. E. (2004). *Representaciones sociales de mujeres con diagnóstico de cáncer mamario*. Tesis de licenciatura en Trabajo Social. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Trabajo Social.
- Tapia, A. y otros (2014). Representación social que los adolescentes de Jalisco, México, tienen de la detección precoz del cáncer de mama. *Atención Primaria*. Año 8, número 46, pp. 408-415.
- Torre, Ma. C. (2004). *Representaciones del Cáncer en jóvenes con y sin esta enfermedad*. Tesis de licenciatura en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas.
- Yaskowich, K. y Stam, H. (2003). Cancer narratives and the cancer support group. *Journal of Health Psychol*, volumen 8, número 6, pp. 720-737.

ANEXO I. Cuadro de las principales representaciones sociales sobre el cáncer en pacientes oncológicos

Evolución de la enfermedad	
CÁNCER	<p>I Etapa DOLOR</p> <p>II Etapa DEBILITAMIENTO</p> <p>III ETAPA INMOVILIDAD</p> <p>IV Etapa DESFRAGMENTACIÓN</p> <p>V Etapa RECAIDA*</p>
Dimensión:	<p>Biológica</p> <p>Biológica y Psicológica</p> <p>Biológica, Material, Psicológica y Social</p> <p>Biológica, Espiritual, Psicológica y Social</p> <p>Biológica, Espiritual, Material, Psicológica y Social</p>
Síntomas:	<p>Dolores musculares, óseos y de cabeza</p> <p>Náuseas, aumento o disminución de la temperatura corporal, malestar generalizado, falta de apetito y una recurrencia a contraer fiebre</p> <p>Incapacidad caminar o mover partes del cuerpo, "reposo" o "descanso en cama"</p> <p>Pérdida de cabello, bajar de peso, órganos dejan de funcionar correctamente; extirpación o mutilación de alguna parte del cuerpo</p> <p>Aparición de nuevos tipos de cáncer, la enfermedad se generaliza a todo el cuerpo, maximización de los síntomas</p>
Pensamiento Existencial:	<p>Inevitable posibilidad de vivir</p> <p>Mayor posibilidad de vivir</p> <p>Posibilidad intermedia entre vivir o morir (incertidumbre)</p> <p>Mayor posibilidad de morir</p> <p>Inevitable posibilidad de morir</p>
Entorno Familiar:	<p>Autosuficiencia e independencia</p> <p>Semi-autosuficiente, independencia parcial y baja dependencia del entorno familiar</p> <p>Mayor dependencia del entorno familiar</p> <p>Casi exclusiva dependencia del entorno familiar</p> <p>Completa dependencia del entorno familiar</p>

\*Esta última etapa conduce generalmente a la muerte del paciente, pero también cabe resaltar que la etapa de la recaída puede no presentarse en los pacientes, que por medio de un tratamiento "adecuado" y "oportuno" podrían superar el cáncer.

ANEXO II. Categorías emergentes a partir de las entrevistas realizadas a pacientes con cáncer frente a su experiencia y los significados sobre el cáncer en el proceso de la enfermedad

Categoría	Palabras / frases asociadas	Frec.	Sentimiento/ emoción asociados		
			+	-	o
Muerte	Enfermedad mortal, ir a la otra vida, matador, morir, moriré, mortal, mueran, muerte.	64	14	44	6
Dolor sufrimiento	Afecto, agresivo, asustada, calma, cansado, debilidad, decaer, depresión, deprimido, desesperación, difícil, dolor, doloroso, frustración, horrible, impotencia, lástima, llanto, malestar, maltratan, me siento mal, melancolía, molesta, pena, preocupaciones, rabia, rechazo, resentimiento, soledad, sorpresa, sufrimiento, sufrir, tranquilizar, tristeza, vergüenza.	161	27	123	11
Familia	Acercarme a la familia, alejarse de la familia, amigos, apoyo de la familia, cuidados familiares, pienso en mis hijos.	107	86	10	11
Tratamiento	antibióticos, biopsia, botar líquido, chequeo, cirugía, controles, curación, dejar el tratamiento, detectar a tiempo, diálisis, doctor, drogas fuertes, efectos secundarios, enfermera, exámenes médicos, extirparlo, inyecciones, *licenciados o técnicos, limpiar el cuerpo, mamografía, medicamentos, médico, operar, pienso en un tratamiento, precaución, prevención, quimioterapia, radioterapia, sacar ganglios, soluciones químicas, terapia, tratamiento.	198	121	56	21
Enfermedad	Delicado, el mal, enferma, enfermedad, enfermedad avanzada, enfermedad grave, imposible de superar.	107	32	71	9

Tumor	Hinchazón corporal, papa agusanada, pienso en el tumor, tumor benigno, tumor maligno.	60	16	32	12
Espiritualidad	Alegría, ánimo, asumir con calma, buen trato, cambio de actitud, cambio de vida, cariño, con fe me ayudo, confianza, darlo todo por seguir viviendo, dios, esperanza, fuerza, has lo que quieras, le pido a dios, lo dejo en manos de dios, lo voy a lograr, lograr, lucha hasta el final, no darse por vencido, nunca rendirse, oportunidad, poner todo de mi parte, reto, seguir adelante, superar, te entrego mi vida a dios, todo en tus manos, tranquilidad, vida.	128	108	13	7
Miedo y amenaza	afecta emocionalmente, afecta mi economía familiar, angustia, ansiedad, atenta contra la vida, dejarlo todo, depresión terrible, desafío, desesperación, destrucción, estrés, gritaba y lloraba, horrorosa, ignora la enfermedad, llegarnos la hora en cualquier momento, lo más feo que a uno le puede pasar, lo peor del mundo, lo peor que alguien le puede pasar, miedo, no quiero oír la palabra, no quiero saber, no tenía conocimiento, no tiene cura, peleas, pensar que puede, qué tal si otra vez, rencor y odio, suicidio, temor, tiempo de vida, trabajo, ya no puedo más.	120	27	84	9
Síntomas y evolución del cáncer	afecta a otros órganos, apoderar, baja de defensa, caída del cabello, cirugía, complicaciones, cura, curable, debilitamiento, decaída, diagnóstico, dolencias, dolor de cabeza, dolor en los huesos, dolor muscular, el cáncer, el cáncer en ovarios, eliminar sustancia, enflaquecimiento, fiebre, insuficiencia renal, malestar, molestia, náuseas, no comer, no podía caminar, no podía caminar, normalidad, para curarse hay que quitar la parte donde está el cáncer, precaución, prevenirlas, síntomas, temperaturas corporal alta, vómito.	135	30	95	10

Propiedades del cáncer	afecta, agresivo, baja las defensas, bastante fuerte, cancerígeno, carcome el cuerpo, choca, condición, consume, cuidarme, dañino, demora en desaparecer, deteriora, devastador, dolencia, duro, el cáncer es hereditario, enfermedad, ferocidad, horrible, incurable, inesperado, lo peor del mundo, lo tiene todo el mundo, mala, maligno, malo, malogra el cuerpo, me deprime, muy rápido, no es un juego, “no tiene en cuenta ni edad, ni raza , ni color”, peligroso, que se descompone, se apodera, se expande por todo el cuerpo, se ramifica, silencioso, terrible, una enfermedad que la tiene todo el mundo, variedad, variedad genética.	80	7	59	14
Existencialismo	Abandono, chequeos, conformismo con la vida, cuidadosa, dudas, escuchar a las personas, esperanza, estar con ellos es inigualable, exámenes, fuerza, lograrlo, me da igual, normalidad, oportunidad, preguntas, prueba, rendirme, ser feliz, ser fuerte, ser positivo, te explotan, tranquilidad, valentía.	56	44	8	4
Hospitalización	Centro de salud, clínica, descanso, hospital, hospitalario, hospitalización, recuperación, reposo.	49	15	27	7

Fuente: Elaboración propia con base en la aplicación de encuestas semi-estructuradas a pacientes adultos con cáncer en la ciudad de Arequipa, 2015.

# Musicoterapia: la aplicación científica de la música en un contexto terapéutico.

Lcdo. Julio Méndez Salazar - Colegiado Activo No. 7139

**Resumen:** El objetivo del presente estudio fue identificar los elementos esenciales de un proceso musicoterapéutico. Se utilizó un diseño de investigación de tipo documental y como instrumentos se usaron fichas bibliográficas y listas de vaciado o de corroboración de la información. Para fines de la presente investigación, se consolidó y analizó información mediante la revisión de 15 textos bibliográficos afines a los temas de: música, psicoterapia, musicoterapia y elementos de una sesión. Esta revisión bibliográfica abarcó textos desde 1981 hasta 2015 que se encuentran en español, inglés y alemán tanto en formato físico como digital. Como resultado, se identificaron los elementos esenciales de un proceso musicoterapéutico: sala de musicoterapia, recolección de datos, evaluación musicoterapéutica, caldeamiento y apertura, selección de la música e instrumentos de acuerdo a las necesidades del paciente, apertura y control del canal de comunicación, catarsis, objetos o instrumentos intermediarios, uso del cuerpo como instrumento, uso de música rítmica y del movimiento, uso del silencio, uso de sonidos regresivos, improvisación y creatividad, y cierre. Con base en estos elementos, se elaboró un modelo de musicoterapia individual que se encuentra listo para ser utilizado en la clínica.

**Palabras clave:** musicoterapia, elementos musicoterapéuticos, música.

**Abstract:** The aim of this study is to identify the essential elements of a musicaltherapeutic process. A type of documentary investigation designed was used and also, instruments such as literature review bibliographic records and corroboration list of information. For the purpose of this investigation, information was consolidated and analyzed by reviewing 15 bibliographic texts related to 15 topics such as : music, psychotherapy, music therapy and elements of a session. This bibliogrfrical revision included texts from 1981-2015 that are in Spanish, English and German both in physical and digital format. As a result, the essential elements of a therapeutic process were identified: room music therapy, data collection, music therapy evaluation, warming and opening up, selection of music and instruments according to the patient's needs, opening and control of the communication channels, catharsis, objects or instruments intermediaries, using the body as an instrument, use of rhythmic music and movement, use of silence, regressive use of sounds, improvisation and creativity, and closing. Based on these elements, a model of individual music therapy was developed and now is ready to use it.

**Keywords:** music therapy, music therapeutic elements,, music.

## Introducción

Desde épocas remotas, todas las culturas han utilizado de muchas maneras la música para el beneficio del ser humano. Desde ese entonces se conocía su poder y ya existían profetas, músicos, chamanes, sanadores, filósofos, entre otros,

que utilizaban melodías y percusión para curar dolencias tanto físicas como espirituales, así como para el deleite de las personas.

Hoy en día, la música sigue siendo tan importante como antes; es utilizada por las personas de manera consciente o inconsciente.

Los estudios más recientes han demostrado de forma contundente que la música ejerce una influencia sumamente fuerte sobre el cuerpo y la mente.

De forma gradual el reconocimiento de la Musicoterapia ha ido incrementando. En ese sentido, existen actualmente varias organizaciones que procuran la promoción y el desarrollo de la Musicoterapia. Entre las más importantes se encuentra la Asociación Estadounidense de Musicoterapia (AMTA) y la Federación Internacional de Musicoterapia (WFMT).

Guatemala es un país en desarrollo, lo cual también se ve reflejado en las ciencias y en las artes. En el caso de la medicina y la psicología, existe un número significativo de terapias que aún no han sido introducidas y otras que no han podido desarrollarse ni expandirse. Por su lado, la Musicoterapia ha sido utilizada en algunos ámbitos y áreas muy reducidas. Hace falta la experiencia e investigación, así como el aporte de profesionales certificados en Musicoterapia que asesoren y guíen procesos terapéuticos reales que produzcan efectos adecuados.

De acuerdo con lo descrito, este estudio no sólo pretende ampliar el tema de Musicoterapia para que el lector obtenga una mejor comprensión de la misma, y si así lo desea, la aplique de manera adecuada, sino que también busca identificar, comparar, organizar y describir los elementos esenciales de un proceso musicoterapéutico, para luego presentar una propuesta de modelo musicoterapéutico basado en los elementos expuestos.

Existen varios estudios tanto a nivel nacional como internacional que confirman que la aplicación de Musicoterapia puede desarrollar destrezas auditivas, un mejor control psicomotriz,

una mejor extroversión y una forma adecuada de expresar emociones. Así mismo, tiene repercusiones importantes en la autoestima, el cambio actitudinal y cognitivo, y puede ser un medio eficaz para el tratamiento de la ansiedad fisiológica y la agresividad en niñas y niños.

Algunos estudios concluyen que podría ser considerada como una alternativa para el tratamiento de la depresión, pues esta repercute en el estado de ánimo y los síntomas ansiosos del ser humano. Es importante mencionar, que también puede afianzar la imaginación y creatividad, y crear mecanismos de expresión, concientización y socialización entre los participantes de un grupo. A nivel internacional, existen estudios que proporcionan importantes aportes a la aplicación de la Musicoterapia.

Con el fin de visualizar la influencia y los beneficios que posee el sonido y la música sobre el ser humano cuando es utilizada como un medio terapéutico, Arias (2008) realizó una investigación de tipo documental. En este estudio se hizo una recopilación de datos y se obtuvo un texto de introducción de un área de aplicación del sonido y la música como terapia para diversas patologías. Los resultados permitieron evidenciar todos los aspectos teóricos de la Musicoterapia y cómo las personas se ven positivamente influidas con su práctica y aplicación, modificando en ellas patrones de conductas que les permiten alcanzar una buena calidad de vida.

Por otro lado, Lara (s.f) realizó una investigación con el objetivo de evaluar la eficacia de las intervenciones con Musicoterapia en los pacientes con trastornos mentales severos en las áreas de socialización, para contener la ansiedad psicótica, para la relajación y para la percepción del placer estético.

Se utilizó un diseño de investigación tipo documental en el cual se recolectaron y revisaron 9 trabajos reportados en los últimos años, en las publicaciones de mayor impacto médico y que hacen referencia al beneficio de la Musicoterapia en el abordaje de pacientes con trastornos mentales severos. Los recursos utilizados por el autor fueron el buscador Medline de Internet, algunos libros referentes al tema, el buscador interpsiquis de psiquiatra.com y la tesina de Dr. Osorio. De acuerdo a los resultados, que han sido gratamente alentadores a favor de la Musicoterapia, se concluyó que la utilización de la misma es eficaz como terapia complementaria a la farmacológica en los trastornos mentales severos.

Estos estudios se suman a una amplia gama de intervenciones e investigaciones que demuestran que la Musicoterapia puede brindar innumerables beneficios a la salud del ser humano, siempre y cuando se utilice adecuada y profesionalmente.

A continuación se presenta una breve reseña teórico-conceptual en donde se definen los aspectos básicos de la Musicoterapia.

### **Musicoterapia**

De acuerdo a Fernández (2001), durante la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos comenzó a discutirse la necesidad de la existencia de una disciplina dedicada al uso terapéutico de la música. Esta discusión empezó cuando bandas voluntarias de músicos asistían a los hospitales e interpretaban distintas piezas para los heridos. Éstos no sólo lo agradecían, sino que se observaba la evidente mejoría fisiológica y hasta psicológica, incluyendo el tiempo de reclusión y la entereza ante tratamientos difíciles. Es cuando en 1994 fue creado el primer plan de estudios destinado a la

formación de musicoterapeutas en la Universidad de Michigan.

La autora relata que desde ese momento comenzó un proceso que no sólo conoce un mayor desarrollo en ese país, sino que con la figura de Juliette Alvin, entre sus iniciadoras, se expande a otros países como Inglaterra y a importantes escuelas de Europa que constituyen sólidos y prestigiosos centros de formación, como en Francia y España.

Latinoamérica se incorpora luego con figuras centrales como Frances Wolf y Rolando Benenzon, cuyos países más desarrollados en este campo son en la actualidad Argentina y Brasil.

Jauset (2011) explica que, en la actualidad, existen numerosos centros y departamentos de hospitales y universidades por todo el mundo que investigan, experimentan, analizan y estudian los efectos terapéuticos del sonido y la música. Hay multitud de evidencias respaldadas por científicos y profesionales de la salud y de la educación (neurocientíficos, médicos, psiquiatras, psicólogos, biólogos) acerca de la eficacia terapéutica del sonido y la música en determinadas disfunciones físicas y psíquicas. Agrega que no resulta difícil afirmar que la musicoterapia no representa ninguna innovación revolucionaria pues aunque desconocieran cuáles eran sus fundamentos y mecanismos científicos, lo cierto es que sus propiedades terapéuticas se han aplicado desde hace muchísimos años tal como relata la propia historia de la humanidad.

En 2011, por medio de un acuerdo entre varios expertos, la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) llegó a la siguiente definición:

La Musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos. (p. 1)

Benenson (1981) considera dos posibilidades de definir la musicoterapia: una, desde el punto de vista científico y la otra desde un aspecto terapéutico. Desde el punto de vista científico la define como una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo. Por otro lado, desde una perspectiva terapéutica, define la musicoterapia como una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de emprender, a través de ellos, el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad.

Es una especialidad paramédica joven, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico-terapéutico que permiten establecer claramente una metodología de trabajo y una serie de técnicas capaces de ser desarrolladas. Las aplicaciones de la musicoterapia son diversas. Se utiliza en hospitales, sanatorios, instituciones mentales, clínicas privadas y otras organizaciones. Pereyra (2013) define tres métodos fundamentales que se han desarrollado con el tiempo:

a. *Musicoterapia funcional*: para este

método, las propiedades de la música se utilizan para aumentar el bienestar físico y psíquico. La musicoterapia funcional es una rama de la psicoterapia; puede emplearse en grupo o en sesiones individuales. El terapeuta canta o interpreta música con sus pacientes, para así mejorar su labor de comunicación terapéutica.

- b. *Musicoterapia receptiva*: las bases de la musicoterapia receptiva son la escucha y la audición. Las terapias musicales receptivas son, en esencia, terapias sonoras. En otras palabras: aprovechan el poder emotivo y curativo del sonido.
- c. *Musicoterapia activa*: en este tipo de musicoterapia, el paciente participa en el acto de hacer música. El paciente puede repetir o improvisar, creando diferentes piezas, ya sea con instrumentos musicales, su cuerpo o su propia voz. Algunas ramificaciones de la musicoterapia activa son la musicoterapia antroposófica, basada en la filosofía de Rudolf Steiner y el método Orff, que se centra en la estimulación temprana y en el tratamiento de niños con trastornos del comportamiento. (pp. 22-23)

De acuerdo a Fernández (2001), la música como agente terapéutico se utiliza en casos para desarrollar la motricidad, el lenguaje y la comunicación; el desarrollo evolutivo tanto personal (sensibilidad afectiva, seguridad, confianza, independencia, autoestima) como social

(desarrollo de actitudes adecuadas con los demás, sentimientos de colaboración y responsabilidad grupal), la memoria (concentración y asociaciones del pensamiento) y el desarrollo auditivo-táctil (identificación y discriminación de fuentes sonoras, asociación de sonidos a estímulos visuales).

Por otro lado, el alto índice de adicción a las drogas ha impulsado a musicoterapeutas a elaborar técnicas al tratamiento de los adictos. En adolescentes que presentan este problema se ha utilizado fundamentalmente la musicoterapia de forma grupal.

Jauset (2011) afirma que en la actualidad, la musicoterapia abarca un amplio campo de aplicaciones en relación con diversos trastornos, desequilibrios y enfermedades, dirigidas a personas de todas las edades. Es una terapia indolora, no es invasiva y tiene pocas contraindicaciones. Además, apenas presenta efectos secundarios y resulta altamente rentable, en comparación con otros tratamientos más convencionales. En su inicio, la musicoterapia se dirigió hacia tratamientos de problemas psiquiátricos y de aprendizaje. En España existen referencias de sus aplicaciones en algunos sanatorios psiquiátricos de Madrid, en la década de los años veinte; sin embargo, fue a partir de los años setenta cuando empieza a extenderse gradualmente por todo el país.

Según el Centre Clínic de Musicoterapia (como se citó en Jauset, 2011), en la actualidad, son frecuentes las aplicaciones en los campos de la educación (autismo, hiperactividad, síndrome de Down, parálisis cerebral...), salud mental (depresión, estrés, ansiedad...), geriatría (demencia senil, Parkinson, Alzheimer, enfermos terminales...) y medicina (dolor, oncología, personas en la UCI...). También se aplica a otros colectivos, como aquellas personas (hombres y mujeres) que han sufrido abusos físicos, sexuales

y emocionales, incluso en el tratamiento de los trastornos de alimentación (anorexia), aunque no existen suficientes estudios científicos al respecto. En el ámbito de la salud mental, las áreas en las que más se trabaja tanto en niños, adolescentes y adultos, son las relativas a la autoestima y la interpersonal, además de la afectiva.

En síntesis, se puede afirmar que la música tiene una historia milenaria y bien documentada. Sus orígenes, elementos, efectos y recomendaciones de uso son cada vez más claros y los datos proporcionados son cada vez más contundentes. A raíz de un marco teórico tan sólido y de experimentos y prácticas realizadas con la música, la musicoterapia se ha convertido en una disciplina seria y cada vez más importante en el ámbito de la salud mental.

### **El Musicoterapeuta**

La formación del musicoterapeuta es algo serio y sumamente delicado; se busca una integración apropiada de la teoría y la práctica.

De acuerdo a Jauset (2011), el musicoterapeuta es el profesional especializado en la aplicación terapéutica de la música, por lo que debe estar formado adecuadamente en las distintas disciplinas objeto de su ámbito de actuación. Es imprescindible el conocimiento de distintas materias, especialmente de psicología, música (instrumentos, voz, sonidos) y nociones adecuadas sobre fisiología, biología y medicina.

Alvin (1984) explica que el adiestramiento de musicoterapeutas es de importancia suprema. Se acepta generalmente que el musicoterapeuta sea ante todo un músico diestro y experimentado, pero capaz de aplicar la psicología de la música en su trabajo.

Profesionalmente, ha de ser buen ejecutante e improvisador, conocedor acerca de todos los tipos de música, capaz de emprender muchas tareas, tales como dirigir conjuntos vocales o instrumentos o enseñar a cantar o tocar instrumentos. También debe poseer un conocimiento básico fisiológico y psicológico, para que comprenda la contribución que la música puede hacer al trabajo de sus colegas y al equipo terapéutico en la aplicación de esta técnica.

### Método

El presente estudio fue elaborado con base en un modelo de investigación de tipo documental, cuyo propósito fue ampliar y profundizar el conocimiento del tema, con apoyo de fuentes bibliográficas y documentales.

Como instrumentos, se utilizaron fichas bibliográficas destinadas a anotar meramente los datos de los libros y artículos revisados. Fueron tanto fichas bibliográficas de un autor como de dos autores. Por otro lado, se utilizaron listas de cotejo para organizar y registrar los elementos

esenciales de un proceso musicoterapéutico. Con el objetivo de registrar de forma organizada y concisa la información de los textos respectivos, se utilizó un cuadro de doble entrada o registro. En la columna horizontal se colocaron los nombres de los autores de Musicoterapia en orden aleatorio y en la vertical se colocaron los elementos esenciales de un proceso musicoterapéutico. Mediante una lista de corroboración de información o lista de vaciado se verificó la presencia o ausencia de los elementos. Por último, se realizó una tabla donde se registró la frecuencia de la presencia o ausencia de los elementos esenciales de un proceso musicoterapéutico.

### Resultados

Como unidades de análisis, se utilizó una serie de textos en español, inglés y alemán que forman las bases teóricas del estudio. Los autores fueron elegidos de acuerdo a su experiencia, sus diversos logros y los múltiples aportes tanto a la Musicoterapia como al mundo científico. Los textos utilizados son los siguientes:

Código de la unidad de análisis	Título del texto	Autor, año
1	“Musicoterapia. Iniciación, técnicas y ejercicios.”	Gabriel Pereyra, 2013
2	“Musicoterapia para el tratamiento de la depresión.”	Víctor del Río, 2005
3	“Donde termina la palabra. La música como terapia.”	Teresa Fernández de Juan, 2001
4	“Manual de Musicoterapia.”	Rolando O. Benenson, 1981
5	“Musicoterapia.”	Juliette Alvin, 1984
6	“Música y neurociencia: la musicoterapia: sus fundamentos, efectos y ampliaciones terapéuticas.”	Jordi A. Jauset Berrocal, 2011
7	“Musicoterapia Clínica.”	Susana Satinosky, 2006

8	“Musicoterapia: la comunicación musical: su función y sus métodos en terapia y reeducación.”	Gerard Ducourneau, 1988
9	“Musicoterapia y salud mental: prevención, asistencia y rehabilitación.”	Rubén Darío Gallardo, 2011
10	“La musicoterapia como modalidad terapéutica, alternativa en la atención primaria de salud.”	Nora María Pérez Guirado, 2009
11	“Musicoterapia: De la teoría a la práctica.”	Rolando O. Benenson, 2000
12	“Einführung in die Musiktherapie.” (Introducción a la Musicoterapia)	Harmut Kapteina, 2006
13	“El efecto Mozart.”	Don G. Campbell, 1998
14	“Tratado de Musicoterapia.”	E. Thayer Gaston, 1989
15	“Musicoterapia y Psicoterapia.”	Roberto Oslé Rodríguez, 2011

En la siguiente tabla se encuentran los unidades de análisis en donde fueron encontrados elementos musicoterapéuticos analizados, las y la frecuencia de los mismos.

Elemento musicoterapéutico	Códigos de unidades de análisis	Frecuencia (f)
Gabinete o sala de musicoterapia	2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 14, 15	9
Ficha musicoterapéutica / Recolección de datos	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14	10
Caldeamiento / Apertura	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14	11
Evaluación musicoterapéutica / Diagnóstico	4, 5, 7, 8, 9, 11, 14	7
Selección de la música e instrumentos de acuerdo a las necesidades del paciente	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14	13
Apertura y control de canal de comunicación (no verbal)	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15	13

Catarsis	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15	12
Uso del silencio	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15	12
Objetos / Instrumentos intermediarios	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14	13
Uso del cuerpo como instrumento (Instrumento corporal)	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13	10
Uso de sonidos regresivos	3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14	9
Uso de música rítmica y del movimiento	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14	10
Uso de música melódica	1, 3, 5, 6, 8, 13	6
Uso de música armónica	1, 6, 8	3
Aplicación del tono o altura	1, 3, 4, 6, 7, 8	6
Aplicación del tempo	1, 3, 6, 7, 10, 14	6
Aplicación del timbre	1, 2, 4, 5, 8, 13	6
Repetición / Imitación	4, 7, 8	3
Improvisación / Creatividad	1, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15	9
Cierre	4, 6, 7, 8, 9, 11, 14	7

En esta investigación se lograron los objetivos generales y específicos planteados desde un principio; se identificaron, compararon y organizaron los elementos esenciales de un proceso de musicoterapia expuestos por varios autores a través de una revisión bibliográfica. Se logró describir cada uno de los elementos y se propuso un modelo musicoterapéutico basado en los mismos. Para la realización de este trabajo, fueron analizados investigaciones y proyectos relacionados con la musicoterapia. Este trabajo sirve como apoyo y sustento a todos los esfuerzos por demostrar que la musicoterapia es eficaz en diversos ámbitos de la salud.

De acuerdo a los resultados cuantitativos obtenidos, con 13 como mayor frecuencia, se tomaron en cuenta, como principales elementos para el modelo de musicoterapia, todos aquellos elementos con frecuencia igual o mayor a 7. Estos se analizan a continuación:

Es importante comenzar con el gabinete o sala de musicoterapia, pues todos los autores que mencionan este elemento coinciden en que el ambiente en donde se lleva a cabo la terapia es lo primero que se debe tener listo para lograr una experiencia musical adecuada. Alvin (1984) explica que el ambiente físico puede exaltar, malograr o distorsionar el carácter de la experiencia terapéutica. Es necesario recalcar que cada musicoterapeuta tiene su propio estilo y acomoda la sala musicoterapéutica de acuerdo a su experiencia y conocimiento.

Luego de tener lista la sala de musicoterapia, se debe llevar a cabo una recolección de datos o entrevista inicial. Cada uno de los autores está de acuerdo en que existen datos relevantes del paciente que debe considerarse para llegar a un diagnóstico adecuado. Gaston (1989) menciona que

el musicoterapeuta debe estar al tanto de la historia del paciente para poder tener un acercamiento correcto y responder a sus necesidades inmediatas y futuras.

La evaluación musicoterapéutica es el siguiente paso a tomar. En esta investigación se enfatiza la importancia de llevar a cabo una observación adecuada de cada una de las manifestaciones verbales y no verbales del paciente. Gallardo (2011) explica que el análisis de las actitudes del paciente hace posible una intervención terapéutica preventiva o rehabilitante.

Después de establecer un diagnóstico parcial, se realiza el caldeamiento y la apertura. Por lo regular, estos elementos no son mencionados específicamente con estos nombres. Para poder realizar este apartado, se tomaron en cuenta todas las intervenciones que podrían preparar al paciente para que se encuentre en condiciones óptimas para comenzar la terapia. En este sentido, Benenson (1981) define el caldeamiento como el conjunto de procedimientos que intervienen en la preparación de un organismo para que se encuentre en condiciones óptimas para la acción.

Los musicoterapeutas expertos mencionan varios elementos que deben tomarse en cuenta a la hora de intervenir terapéuticamente. La selección de la música e instrumentos de acuerdo a las necesidades del paciente es uno de ellos. Este es uno de los elementos más mencionados por los autores, pues es vital que cada intervención realizada por el terapeuta esté basada en las necesidades específicas del paciente. Gallardo (2011) confirma esto al decir que todas las maniobras a que se somete al paciente deben surgir de las necesidades de este, deben ser respuestas a la singularidad de su problemática y estar orientadas hacia su resolución.

La apertura y el control del canal de comunicación es otro elemento importante, ya que la comunicación adecuada con el paciente es vital para cualquier profesional de la salud. En este caso, los autores se enfocan principalmente en la comunicación no verbal y las maneras de controlar esta dinámica. Kapteina (2006) explica que la musicoterapia se diferencia de otros tipos de psicoterapia, ya que utiliza la música como medio de comunicación, y por medio de la experiencia musical, alcanza incluso a pacientes que apenas pueden articular una palabra y crea un acceso a sus sentimientos.

Por otro lado, se encuentra la catarsis, que es un fenómeno reconocido en la psicoterapia y tiene bases firmes que confirman su efectividad. En musicoterapia funciona de manera similar pero a través de la música y sus propiedades terapéuticas. Alvin (1984) menciona que la música tiene el poder de evocar, asociar e integrar, es por esta razón un recurso excepcional de autoexpresión y de liberación emocional.

Los musicoterapeutas experimentados no pueden dejar a un lado a los objetos e instrumentos intermediarios. Con estos términos, los autores se refieren a todo instrumento u objeto que facilite la formación de un lazo comunicativo y de interacción entre paciente y musicoterapeuta. Benenson (2000) recalca que para ser parte integrante del *setting* de musicoterapia, estos elementos deben de ser capaces de producir un movimiento, un sonido, una vibración que pueda ser percibido como mensaje, o como un medio de comunicación.

Además de la utilización de objetos e instrumentos, el uso del cuerpo del paciente como instrumento en terapia es sumamente importante. A diferencia de algunos enfoques psicoterapéuticos,

la musicoterapia le da especial participación al cuerpo durante el proceso clínico. La mayoría de musicoterapeutas utilizan los innumerables fenómenos sonoros del cuerpo para lograr efectos más profundos en el paciente. Gallardo (2011) define el cuerpo humano como uno de los instrumentos sonoros más importantes tanto como reproductor como creador de estímulos.

Otro componente esencial de la musicoterapia es el uso de música rítmica y del movimiento. Todos los autores coinciden en que el ritmo es un fenómeno natural que vive dentro del ser humano. Jauset (2011) explica que la acción inmediata del ritmo es una estimulación física. Los ritmos lentos inducen a la quietud, al reposo, y los rápidos incitan al movimiento. Con el ritmo se actúa por simpatía sobre los propios ritmos del organismo.

Aunque parezca paradójico, uno de los elementos más importantes de la musicoterapia es el uso del silencio. Este es tomado muy en cuenta y la forma de su inserción en las sesiones es vital para obtener resultados deseados. Pereyra (2013) menciona que muchos de los resultados obtenidos en la musicoterapia indican que el silencio acelera enormemente el proceso de curación en los pacientes.

Adicionalmente a todos los elementos ya mencionados, se encuentra el uso de sonidos regresivos. De acuerdo a los expertos en musicoterapia, estos sonidos son utilizados para conectar al paciente con etapas evolutivas primarias. Kapteina (2006) confirma esto al decir que las experiencias musicales pueden tener una conexión sumamente fuerte con las experiencias y recuerdos de estadios previos del desarrollo del ser humano.

Cuando el musicoterapeuta logra presenciar en más de una ocasión la improvisación y creatividad de su paciente, se puede deducir que se acerca el fin del proceso. Para la mayoría de expertos, estos elementos son la meta principal de un proceso de terapia. Satinosky (2006) explica que uno de los objetivos musicoterapéuticos es el de la comunicación espontánea, que desarrolla la creatividad utilizando música y los objetos intermediarios sin que se presenten estados de alarma o ansiedad intensos.

Por último, es necesario realizar un cierre apropiado. Finalizar una sesión o un proceso de musicoterapia se vuelve un hecho sensible y delicado. Cada musicoterapeuta tiene formas distintas de finalizar; lo más importante según Gallardo (2011), es que los criterios de cierre se adapten a la singularidad de cada paciente y del entorno social en el que está inserto.

En ningún libro ni trabajo consultado se expone un orden o estructura rígida en la aplicación de la musicoterapia. El orden en que se presentan los elementos musicoterapéuticos en este trabajo está sujeto a cambios de acuerdo a las necesidades del paciente. Existen algunos elementos como la recolección de datos, la evaluación musicoterapéutica y el caldeamiento y apertura, que sí necesitan ser aplicados antes que cualquier otro elemento.

Por otro lado, aquellos elementos con frecuencia menor a 7, se utilizaron en el modelo de musicoterapia como complementos de los elementos principales. Estos son: uso de música melódica, uso de música armónica, aplicación del tono o altura, aplicación del tempo, aplicación del timbre y repetición e imitación.

## Conclusiones

- La sala de musicoterapia es el espacio o ambiente físico que el terapeuta acondiciona para lograr los efectos terapéuticos deseados. La musicoterapia requiere condiciones específicas para lograrlo.
- Es necesario llevar a cabo una apropiada recolección de datos del paciente (sobre todo su historia musical) para lograr un acercamiento correcto y responder a sus necesidades inmediatas y futuras.
- La evaluación musicoterapéutica se realiza por medio de la escucha de fragmentos musicales y la interacción con los instrumentos. El terapeuta debe estar atento a cada una de las manifestaciones del paciente.
- En musicoterapia también se utiliza un caldeamiento y una apertura, que preparan al paciente para que se encuentre en condiciones óptimas y contribuya a un buen desarrollo de la terapia.
- Las necesidades y la naturaleza mental del paciente son los aspectos más importantes a tomar en cuenta para la selección apropiada de música e instrumentos.
- A diferencia de otros tipos de terapia, la musicoterapia utiliza la música como principal medio de comunicación con el paciente.
- Con el debido asesoramiento del terapeuta, la música puede fungir como un excelente medio de autoexpresión y catarsis para el paciente.

- Tanto los instrumentos como el mismo cuerpo del paciente (instrumento corporal) pueden establecer una comunicación e interacción adecuada entre este último y el terapeuta.
- Elementos como el uso de la música rítmica y del movimiento, el uso del silencio, y el uso de sonidos regresivos aportan de manera significativa para lograr cambios más profundos en la vida del paciente.
- Una de las metas principales de un proceso musicoterapéutico es lograr la improvisación, pues esta afianza el vínculo con el paciente y le permite a este último absoluta libertad. Cuando esto sucede, la creatividad del paciente sale a la superficie.
- Así como en otros tipos de terapia, el cierre de una sesión o de un proceso musicoterapéutico es delicado y sus criterios deben adaptarse a la singularidad de cada paciente.
- La validez y el uso de la musicoterapia en el ámbito de la salud se han incrementado en las últimas décadas debido a estudios y análisis científicos que la sustentan y la apoyan. La misma se ha utilizado en algunos estudios y proyectos en Guatemala; sin embargo, es importante ampliar conocimientos para incrementar su utilización en el ámbito clínico.
- El modelo de musicoterapia propuesto en este estudio no pretende sustituir ningún programa de estudios certificado, sino más bien ser una herramienta facilitadora para poder aplicar la musicoterapia paralelamente a otros enfoques de la psicología.

## Recomendaciones

- Es importante que las instituciones comprometidas con la salud mental introduzcan la musicoterapia en sus programas clínicos para fortalecer y enriquecer sus tratamientos psicológicos.
- Se debe difundir e informar a la población acerca de la musicoterapia para que profesionales y pacientes se enteren de sus ventajas y beneficios.
- Es recomendable realizar más estudios que sustenten y comprueben los hallazgos encontrados en los últimos años acerca de la efectividad de la musicoterapia.  $\Psi$

## Referencias

- Alba, M. (s.f). *La depresión y la música: estudios que demuestran su efectividad como tratamiento* (Tesis de maestría). Recuperada de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Depresion-Y-La-Musica-Estudios-Que-Demuestran-Su-Efectividad-Como-Tratamiento.pdf>
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Argudín, M. (2007). *Lista de Cotejo*. Recuperado de <http://hadoc.azc.uam.mx/evaluacion/cotejo.htm>
- Arias, V. (2008). *Musicoterapia: influencia psicológica de la música en el ser humano y su aplicación como terapia* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/bmfcia696m/doc/bmfcia696m.pdf>
- Benenzon, R. (1981). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Blanco, J. (2012). *Musicoterapia como alternativa terapéutica en la depresión* (Tesis de maestría). Recuperada de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8915.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8915.pdf)

- Buenaño, J. (2012). *Eficacia de la musicoterapia como técnica psicoterapéutica para la eliminación de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, en el período de enero del 2010 a junio del 2010* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2756/3/T-UCE-0007-80.pdf>
- Campbell, D. (1998). *El efecto Mozart*. España: Urano.
- Castillo, L. (2005). *La musicoterapia como modalidad terapéutica para el estrés laboral en personas comprendidas entre los 25 y 30 años de edad que laboran en la empresa Publiestructuras* (Tesis de licenciatura). Recuperada de [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2070.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2070.pdf)
- Cojulún, V. (2010). *Eficacia de la musicoterapia para el tratamiento en la ansiedad en niños* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Cojulun-Benard-Veronica/Cojulun-Benard-Veronica.pdf>
- Del Río, V. (2005). *Musicoterapia para el tratamiento de la depresión*. España: Dilema.
- Dewhurst-Maddock, O. (1993). *El libro de la terapia del sonido*. España: EDAF, S.A.
- Ducourneau, G. (1988) *Musicoterapia: la comunicación musical: su función y sus métodos en terapia y reeducación*. España: EDAF, S.A.
- Espinoza, S. y Herrera, S. (2006). *El Lenguaje y Expresión*. México: Pearson. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/244326966/Lenguaje-y-Expresion-I-pdf#scribd>
- Federación Mundial de Musicoterapia -WFMT- (2011). Recuperado de <https://sobremusicoterapia.wordpress.com/tag/federacion-mundial-de-musicoterapia/>
- Fernández, T. (2001). *Donde termina la palabra. La música como terapia*. México: Plaza y Valdés. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10877613>
- Gallardo, R. (2011). *Musicoterapia y salud mental: prevención, asistencia y rehabilitación* Argentina: Ugerman Editor. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10625869>
- Gaston, T. (1989). *Tratado de Musicoterapia*. México: Paidós Mexicana, S.A.
- González, J. (1993). *Tipos y diseños de investigación en los trabajos de grado*. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a5n9/5-9-11.pdf>
- González, D. (2014). *La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Gonzalez-Danilo.pdf>
- Jauset, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia: sus fundamentos, efectos y ampliaciones terapéuticas*. España: UOC. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10647183>
- Kapteina, H. (2006). *Einführung in die Musiktherapie (Introducción a la Musicoterapia)*. Recuperado de <http://www.ura-linda.de/buecher/musiktherapie.pdf>
- Lara, J. (s.f). *La musicoterapia como intervención en los Trastornos mentales severos* (Tesis de maestría). Recuperada de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Musicoterapia-Como-Intervencion-En-Los-Trastornos-Mentales-Severos.pdf>
- Morales, O. (2003). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía*. Recuperado de [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16490/1/fundamentos\\_investigacion.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16490/1/fundamentos_investigacion.pdf)
- Muñoz, V. (2008). *Musicoterapia Humanista: Un modelo de musicoterapia musical*. México: Libra.
- Orizaga, C. (2011). *Tipos o clases de fichas bibliográficas*. Nayarit, México: Universidad Autónoma de Nayarit. Recuperado de <http://bibliotecas.uan.mx/rincon/pdf/fichas.pdf>
- Oslé, R. (2011). *Musicoterapia y Psicoterapia*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1292/1187/>
- Pereyra, G. (2013). *Musicoterapia: Iniciación, técnicas y ejercicios*. Barcelona: Robinbook.
- Pérez, N. (2009). *La musicoterapia como modalidad terapéutica, alternativa en la atención primaria de salud*. Argentina: El Cid Editor. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10327130>
- Real Academia Española -RAE- (2015). *Música*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=mrtcgz1jgdx2spz9u29>

Rocop, G. (2010). *Efectos de la Musicoterapia en la Autoestima*. (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/22/Rocop-Oroxom-Gladys/Rocop-Oroxom-Gladys.pdf>

Sango, Ángel. (2012). *Eficacia de la musicoterapia y danzaterapia, para superar la agresividad en niños de tres y cuatro años de edad*. (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2254/1/T-UCE-0007-17.pdf>

Satinosky, J. (2006). *Musicoterapia clínica*. Argentina: Galerna.

## Procedimiento de selección de material para su publicación

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos del Colegio de Psicólogos de Guatemala, como ente regulador del contenido de la misma, considera todos los artículos enviados, sin embargo, se basa en los siguientes criterios para la selección de los artículos a ser publicados: el material enviado no debe haber sido publicado en ningún otro medio de publicación impresa o electrónica; el mismo no debe estar bajo revisión editorial de otro medio de publicación impresa o electrónica; el material debe ser original en su totalidad; el material enviado deberá contener el nombre del autor o autores y los lugares o instituciones de trabajo o de los cuales son miembros. El material deberá contener las fuentes bibliográficas en base a las normas sugeridas. El material deberá contener el correo electrónico, teléfonos de contacto y si es nacional, el número de colegiado; el autor nacional deberá ser colegiado activo para optar a publicar su material investigativo o artículo enviado.

Todo material deberá ser enviado a la siguiente dirección:

[consejoeditorial@colegiodepsicologos.org.gt](mailto:consejoeditorial@colegiodepsicologos.org.gt)

El Consejo Editorial se encarga de revisar el material enviado e informará al autor, una vez autorizado, vía electrónica o telefónica, la fecha o el número de edición en la cual será publicado dicho material.

## Instrucciones para los autores

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos del Colegio de Psicólogos de Guatemala invita a la comunidad profesional colegiada local, regional, nacional e internacional a contribuir con los siguientes tipos de trabajos: Artículos originales, científicos, de reflexión, de revisión, artículos cortos, reportes de caso, revisión de temas, traducciones, escritos reflexivos no necesariamente derivados de investigación y reflexiones bibliográficas.

La revista busca la difusión de aportes obtenidos de la investigación, trabajos de campo, experiencias laborales y trabajo creativo de colegas e interesados por las disciplinas psicológicas y los saberes afines.

## Características a considerar para su publicación

- La Revista del Colegio de Psicólogos de Guatemala publica trabajos en el abordaje de problemas de carácter básico y aplicado en todas las áreas de la psicología.
- Artículos sobre las diversas disciplinas de la psicología: clínica, social, educativa, deportiva e industrial y demás ramas.
- Resultados de investigaciones realizadas sobre la psicología, si no fueran inéditos, colocar los créditos respectivos. Lo anterior solamente en caso de investigaciones, los trabajos deben ser inéditos y originales, dirigidos a informar, formar, divulgar o presentar resultados de investigación en las áreas de la psicología o profesión afín. No se admiten aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente en otra revista u otro medio impreso o electrónico.
- Contar con los respectivos permisos del propietario patrimonial

cuando haya recibido algún pago o financiamiento por la elaboración del artículo o parte de él. El colegio de Psicólogos no se encargará de realizar estas gestiones, ni asumirá responsabilidad ante demandas que surjan del incumplimiento de lo indicado. Si envía imágenes (fotografías o ilustraciones) las mismas deberán ser autorizadas por el autor de las mismas en dado caso no sean autoría del profesional que escribe; la autorización de ellas deberá hacerse constar por escrito, incluyendo los derechos de autor y los créditos del mismo.

## Lineamientos a seguir para la redacción de artículos

- El manuscrito debe estar acompañado de una carta en que se presente brevemente la naturaleza, valor académico y alcances del artículo y se declare que el manuscrito no ha sido sometido a ninguna otra publicación, y que los datos en el contenido no ha sido publicados previamente. Dicha carta debe ser firmada por el o los autores.
- Su extensión oscilará entre las 5,000 a 20,000 caracteres sin espacio, que son (esta última cifra) aproximadamente 4.500 palabras en letra Times New Roman o en letra Arial a 12 puntos a doble espacio –región abierto-. Incluyendo las referencias, tablas, y gráficos. Con margen de 2.5 cm.
- Puede contar con uno o varios autores.
- En la primera página del documento se debe incluir: título del artículo, el nombre y grado académico del autor, vinculación institucional –si la hubiese-, referencia bibliográfica si requiere y el correo electrónico de los autores.

- El artículo deberá incluir un resumen (abstract) del mismo que no excedan las 120 palabras. Así mismo, el autor deberá incluir al final del resumen, 5 palabras clave. Los resúmenes y palabras clave deberán incluirse en idioma español e inglés.

- Las ilustraciones y fotografía se entregarán en formato digital (TIFF o JPG) en alta resolución (300 DPI). Se debe indicar el sitio en que deben ir en el texto, las dimensiones, el número que les corresponde, el título y el texto del pie de imagen (si hubiera). Deberá adjuntarse el (los) permisos para la publicación de imágenes que no sean de la propiedad intelectual o patrimonial del autor.

- Al final del documento se debe incluir el listado de las referencias ordenado alfabéticamente siguiendo las normas internacionales de la APA y debe guardar una relación exacta con las citas que se presentan en el texto.

- Las citas, referencias, tablas y figuras seguirán el Manual de Estilos de la American Psychological Association (APA) en su quinta edición. (En español). Para mayor información ingrese a los siguiente links:

- <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/information/authors>

- [http://web.me.com/nvaras/RePS/Normas\\_de\\_Publicaci%C3%B3n.html](http://web.me.com/nvaras/RePS/Normas_de_Publicaci%C3%B3n.html)



---

---

**Próximas fechas  
para la recepción de  
artículos:**

---

---

**19<sup>a</sup> edición  
18 de octubre 2016**

---

---

Colegio de  
**Psicólogos**  
de Guatemala

