

ISSN-L 2791-2523 /Depósito legal ZU2021000216
Volumen 3, Número 2, Octubre - Marzo 2023

SISTEMAS HUMANOS

Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta



Universidad Rafael Urdaneta

SISTEMAS HUMANOS.
Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta.
Depósito legal: ZU2021000216
ISSN-L 2791-2523

Universidad Rafael Urdaneta

Av. 2 (El Milagro) con calle 86 (Pichincha). Maracaibo, Venezuela,
Teléf. (58) (261) - 2000887, Fax (58)(261) 2000868.
Web: <https://uru.edu>

- 2023 © Los Autores: Carrillo, K., Matheus, P., Vilchez, P., Zambrano, A., Dugarte, I., Porras, M.E., Pérez G., Carlos, P., Mendez, A., Navarro, E., Romero, R., Sabe Ch. K., Quintero, E.
© Universidad Rafael Urdaneta, Fondo Editorial.



Sistemas Humanos: <https://ojs2.uru.edu/index.php/sh>
Portal de Revistas URU: <https://ojs2.uru.edu/index.php>
Teléfono: (58) (261) - 2000892.
Correo Electrónico: sistemashumanos@uru.edu



Los contenidos están bajo una licencia *Creative Commons Atribución 4.0 Internacional*. Esta licencia permite que los contenidos de los artículos de *SISTEMAS HUMANOS: Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta*, se puedan copiar y redistribuir en cualquier medio y formato, así como su adaptación (remezclando, transformando o construyendo a partir del material) para cualquier propósito, incluso para un uso comercial. En cualquier caso, el usuario que utilice sus contenidos debe citar de forma adecuada, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Los términos de la licencia se encuentran disponibles en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.es>

Sistemas Humanos

Depósito Legal: ZU2021000216
ISSN-L 2791-2523

EQUIPO EDITORIAL

Comité Editorial

Dra. *Leticia Prieto de Alizo*. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela. (Editora Jefa).

Dra. *Mara Malaver*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

MSc. *Laura Gamboa*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Dra. *Karleana Semprum*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

MSc. *Adriana Fernández*, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

MSc. *Paula Carlos*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

MSc. *Marianna Tulli*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Comité de Asesores

Dra. *Gloria Pino*, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Dra. *Cecilia Montiel Nava*, University of Texas. Rio Grande Valley, EE.UU.

Dra. *María Susana Campo-Redondo*, Universidad de los Emiratos Árabes Unidos. Emiratos Árabes Unidos.

Dra. *Cristina Paz*, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Dr. *Juan Ricardo Bencomo*, Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, España.

Comité Técnico

Esp. *Hosglas Sanchez*, Coordinadora Editorial

Lcda. *Liliana González*, Asistente

Br. *José Armando González*, Auxiliar

Br. *Johanna Sanabria*, Auxiliar

Mibsay Contreras, Diseño y Maquetación

Ana Isabel Alizo, Revisora de las Traducciones

Sistemas Humanos, Revista de Psicología es una publicación arbitrada con el sistema doble ciego. Se publica con una periodicidad de dos veces al año (Bianual). Se encuentra adscrita a la Universidad Rafael Urdaneta - Escuela de Psicología y al Centro de Investigaciones Psicológicas. Se permite la reproducción parcial o total de los artículos en Post-print (versión editorial) respetando las normas de propiedad intelectual, pautadas según la Licencia CC BY 4.0 la cual reconoce los créditos de la autoría y de la Revista. El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores. Los manuscritos que se publican son originales en idioma español e incluye título, resumen y palabras clave en inglés. El proceso editorial es gratuito en todas sus etapas de publicación. ***Sistemas Humanos*** se encuentra indizada en Revencyt con el Código REVENCYT: RVS018 y agregada en ROAD, LATINDEX directorio y Aura.

La correspondencia debe ser enviada a: ***Sistemas Humanos: Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta con atención a Editora Jefa Dra. Leticia Prieto***. Correo electrónico: sistemashumanos@uru.edu
correo electrónico alternativo: publicaciones@uru.edu

Universidad Rafael Urdaneta

Econ. Alfredo León
Rector

MSc. Ramón Rincón
Vicerrector Académico

Ing. Oscar Urdaneta
Secretario Académico

Dra. Tania Mendez
Decana de la Facultad de Ciencias Políticas, Administrativas
y Sociales.

Dra. Leticia Prieto
Decana de Postgrado e Investigación.

Dra. Mara Malaver
Coordinadora de la Maestría en Psicología Educacional.

MSc. Felipe Peña
Coordinador de la Maestría en Psicología Clínica

MSc. Luis Landaeta
Director de la Escuela de Psicología.

MSc. Paula Carlos
Coordinadora del Centro de Investigaciones Psicológicas.

Contenido

Artículos de Investigación

- Ansiedad y estrés ante el confinamiento en niños.
Anxiety and stress in confinement in children.
Keren Carrillo y Pilar Matheus 9
- Resiliencia y respuesta a la incertidumbre en enfermeros.
Resilience and uncertainty response in nurse.
Paola Vilchez y Anyoli Zambrano. 25
- Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica.
Post-traumatic stress in women victims of domestic violence.
Isaac Dugarte y María Engracia Porras. 39
- Expectativas parentales y decisiones de los hijos.
Parental Expectations and Decisions of the Children.
Génesis Pérez y Paula Carlos. 57
- Asertividad y Amor en parejas a distancia.
Assertiveness and Love in Distance Relationship.
Alana Méndez, Emily Navarro y Roraima Romero. 69
- Estrés y autoeficacia en adolescentes bailarinas de ballet.
Stress and self-efficacy in adolescent ballet dancers.
Karoline Sabe Chami. 83
- Amenazas y fortalezas durante la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas.
Identity construction in musicians with musculoskeletal injuries.
Emilia Quintero. 99

ANSIEDAD Y ESTRÉS ANTE EL CONFINAMIENTO EN NIÑOS

Anxiety and stress in confinement in children

KEREN CARRILLO

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: pilarmatheus1997@gmail.com

PILAR MATHEUS

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: kerencarrillo02@gmail.com

Admisión: 10-07-2023
Aceptación: 04-11-2023

RESUMEN

El objetivo fue determinar el nivel de ansiedad y estrés ante el confinamiento en niños; mediante un estudio de nivel descriptivo, modelo de campo y diseño no experimental, transversal. La población se conformó por niños entre edades de 8 y 12 años, con una muestra no probabilística intencional de 171 sujetos, a quienes se le aplicó la Escala de ansiedad infantil de Spence (1997) y el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI). La ansiedad fue moderada, al igual que sus dimensiones; mientras que el estrés fue medio, comportamiento que también se encontró en sus dimensiones estrés en el ámbito escolar y en la salud. Asimismo, el estrés familiar fue bajo. Las niñas tuvieron mayor fobia social, miedo al daño físico y estrés en el ámbito de la salud que los niños..

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, estrés, niños, confinamiento, COVID -19

ABSTRACT

The objective was to determine the level of anxiety and stress before confinement in children; through a descriptive study, field model and non-experimental, cross-sectional design. The population consisted of children between 8 and 12 years of age, with a non-probabilistic purposive sample of 171 subjects, to whom the Spence Child Anxiety Scale (1997) and the Children's Everyday Stress Inventory (IECI) were administered. Anxiety was moderate, as were its dimensions; while stress was medium, a behavior that was also found in its dimensions stress in the school environment and in health. Likewise, family stress was low. Girls had higher social phobia, fear of physical harm and health stress than boys.

KEYWORDS: Anxiety, stress, children, confinement, COVID-19

COMO CITAR: Carrillo, K. y Matheus, P. (2023). Ansiedad y estrés ante el confinamiento en niños. *Sistemas Humanos*, 3(2), 7-18 pp

INTRODUCCIÓN

Desde el mismo inicio de la humanidad, esta se ha visto afectada por un sinnúmero de enfermedades físicas que han ocasionado la muerte de un gran número de personas en distintas épocas históricas,

con consecuencias negativas para la economía y la sociedad. Además, como lo explica Martínez (2016), han sido observables secuelas emocionales y psicológicas en las personas, que se ven reflejadas en su conducta y socialización. Cuando las enfermedades se convierten en pandemias, extendiéndose a la mayoría de países del mundo e infectando a una cantidad bastante considerable de seres humanos; las secuelas a nivel mental y de comportamiento pueden ser mayores y de corte negativo.

En este sentido, el mundo está sufriendo los embates de una nueva pandemia, producto del virus SARS-CoV-2 que se originó en diciembre del 2019 en la ciudad china de Wuhan, provincial de Hubei, como lo refieren Inchausti *et al.* (2020). La enfermedad asociada se ha denominado COVID-19 y es una patología de tipo respiratorio, altamente transmisible por partículas contenidas en la saliva y gotas expelidas por la nariz; siendo, según lo expuesto por Wang *et al.* (2020), el brote más grande de neumonía atípica desde la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en el año 2003; ocasionando unas medidas de contención y prevención que no se habían tomado a gran escala en la historia moderna de la humanidad.

Al respecto, Bedford *et al.* (2020), explica que las autoridades gubernamentales a nivel mundial, en atención a lo dispuesto por el máximo ente sanitario, la Organización Mundial de la Salud, han dictado políticas de salud pública, con el objetivo de evitar que la enfermedad siga teniendo repercusiones negativas en las personas, las cuales consisten principalmente en el distanciamiento social y cuarentena total de la población, buscando de esta manera evitar que aquellas personas que han sido contagiadas infecten a otras, o que las que no han sido contagiadas, se contaminen.

La cuestión sobre estas medidas, es que son aparentemente funcionales para la contención de la COVID-19, sin embargo, afectan otros aspectos de la vida del ser humano. Así lo explican Marquina *et al.* (2020), pues, indican que se han presentado problemas psicológicos en el personal de salud, quienes son el primer bastión de atención a los contagiados, en ellos se ha presentado ansiedad, estrés o miedo al contagio. Estas afecciones psicológicas no se quedan solo en este sector en específico, sino que se extienden a la población general, donde niños y adultos, pueden ver afectada su salud mental a consecuencia de las políticas de prevención que se han tomado, dado que se ha interrumpido la cotidianidad, para pasar a una experiencia de aislamiento, poca socialización y reajuste a una forma de vida que para la gran mayoría es totalmente ajena.

Particularmente, la población infantil parece especialmente vulnerable ante las medidas de confinamiento, cuarentena y distanciamiento social que se han impuesto en los últimos 20 meses, puesto que se ha interrumpido su proceso de socialización habitual, donde no comparten con los pares ni interactúan con otros adultos que pueden enriquecer su desarrollo. A raíz de esta situación, de acuerdo con lo referido por García y Cuéllar (2020), los niños y niñas han experimentado mayores emociones negativas, de manera desadaptativa, pues se ha observado que aquellos sometidos a cuarentena tienen puntuaciones cuatro (4) veces más altas en estrés postraumático que aquellos que no han sido confinados; también, se ha reportado incremento de la ansiedad generalizada y la ansiedad ante la separación.

Por su parte, Sánchez (2021), indica que los niños y adolescentes son una población vulnerable en el marco de la pandemia y en sus medidas, dado que también se ven sometidos a la exposición a factores de riesgo como la violencia intrafamiliar, pérdida de hábitos saludables, disminución de la socialización y el incremento del uso poco controlado de tecnologías. Además, pueden existir afectaciones psicopatológicas como miedo, ansiedad, depresión o estrés, que se incrementarían notablemente en aquellos sujetos con desajustes psíquicos previos a la situación de confinamiento.

Para complementar, Mangué *et al.* (2020), explican que, el confinamiento puede ir en detrimento de las necesidades psicológicas y físicas de los niños y adolescentes, puesto que, se trata de un nuevo contexto de incertidumbre y problemáticas socioeconómicas que no deja espacio para atender las demandas propias y normativas de estas edades, sometiendo a los infantes a situaciones de tensión familiar, conflictos y dificultades que pueden afectarlos negativamente. Si a esto, se suma la falta de actividad, el sedentarismo, aburrimiento y ruptura de rutinas, se supone factible la aparición de estrés y ansiedad, que incidirían desfavorablemente en los reajustes a las nuevas rutinas y formas de socialización.

En el orden de lo planteado, se tiene evidencia general de que la situación de confinamiento por la COVID-19, afectaría negativamente a los niños y niñas, ocasionando distintos problemas emocionales, psicológicos y sociales, incluso escolares porque debe haber un ajuste a una forma de educación que para muchos era desconocida: la educación en casa y a distancia; por lo cual, la presente investigación se dirige a conocer la ansiedad y estrés en niños durante esta etapa, puesto que parece esperable que manifiesten ira, miedo, temor al dormir, problemas gastrointestinales, hiperalerta o reacciones exageradas, considerándose importante explorar los niveles de ansiedad y estrés, para formular recomendaciones psicológicas pertinentes dentro del contexto actual.

Entonces, es conveniente dar un breve recorrido teórico por la ansiedad. Una definición clásica de la misma, aportada por Lang (1968), explica que corresponde con una respuesta tripartita que se manifiesta en reacciones cognitivas, fisiológicas y motoras. Ante la situación que se considera como amenaza, las respuestas fisiológicas suelen ser exageradas: cambios en la frecuencia cardíaca y/o respiratoria, sudoración, temblores; mientras que las subjetivas o cognitivas y las motoras pueden ser de menor intensidad.

Otra definición clásica es la de Beck *et al.* (1985), en la cual la ansiedad es una respuesta fisiológica y cognitiva ante una situación que el individuo valora como amenazante, con base en falsas premisas que lo llevan a hacer una evaluación incorrecta del contexto o de los recursos que tiene para afrontar aquello que considera como un riesgo. En este sentido, la anticipación tiene un papel crucial, porque el sujeto ya parece tener una idea de lo que siente o lo que significa el factor ansiógeno.

Para el caso de la población infantil, se define la ansiedad, según Tayeh *et al.* (2016), como “un estado cerebral muy similar al miedo, pero que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante” (p. 7). En este sentido, corresponde a una serie de emociones, sensaciones y percepciones que inducen una respuesta poco adaptativa, ya que el niño no suele contar con suficientes recursos psicológicos para afrontar adecuadamente estas situaciones.

Además, como explica Spence (1997), la ansiedad infantil se puede estudiar a través de características como la ansiedad por separación, el pánico, la agorafobia, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada y los miedos; los cuales constituyen las dimensiones a analizar en la presente investigación. De este modo, se entiende que los ataques de pánico y agorafobia, son los que incluyen ansiedad intensa de ubicarse en lugares que no puedan tener ayuda, tener miedo a espacios abiertos con gran cantidad de personas, sienten angustia, vergüenza y muchas veces se sienten incapaces de estar en lugares abiertos por su miedo y ameritan compañía constantemente. Por otro lado, el trastorno de ansiedad por separación es considerado como un intenso miedo que padecen los niños al sentirse alejados de su madre o alguien con el cual tienen fuertes vínculos, es muy común en la etapa de desarrollo del niño que mientras crecen va desapareciendo. También, la fobia social, es otra de las características, la cual se vincula a circunstancias sociales, dado que persiste un intenso miedo a

ser juzgado y evaluado negativamente originando uno de los síntomas más comunes el miedo a hablar en público.

Siguiendo el mismo orden de ideas, los miedos al daño físico se representan como un miedo anormal que puede llegar al punto patológico de presentar alguna condición física referente a daño, heridas, lesiones, entre otros. En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo este representa pensamientos impulsivos o imágenes que están constantemente en la mente las cuales pueden ser indeseadas, ocasionando inquietud, conductas repetitivas, miedo, preocupación, temor, con el fin de evitar situaciones de peligro o angustia. Por último, el trastorno de ansiedad generalizada representado por una conducta agitada permanentemente, preocupación excesiva, dificultad en el autocontrol y, generalmente, asocian sus síntomas a señales de enfermedades fisiológicas.

En el marco de la pandemia, Paricio y Pando (2020), reportaron que el confinamiento ha tenido repercusiones negativas en la salud física y mental de la población infantojuvenil; expresada en un aumento de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa; explicada por las limitaciones de contacto con los pares, el cierre de las escuelas y el no poder realizar actividades fuera de casa. Del mismo modo, Quito (2020), encontró que la población estaba en un límite de ansiedad entre lo normal y lo subclínico, con predominio de ansiedad por separación, seguido de la ansiedad generalizada y la fobia social; además, fueron las niñas quienes tuvieron mayor nivel de ansiedad y de fobia social. También Cifuentes y Navas (2020), describieron una moderada a alta ansiedad en niños y adolescentes, producto del confinamiento por la COVID-19, que tendía a aumentar cuando no se podía realizar actividad física, había ajustes a horarios escolares o al no hacer actividades dentro del hogar.

Por otro lado, es oportuno considerar el estrés como otro constructo que puede estar presente en la población infantil durante el confinamiento. De acuerdo con Gómez *et al.* (2020), diversas investigaciones realizadas en los primeros meses de la pandemia y el distanciamiento social, reportaron que un mayor porcentaje de niños se siente triste, cansado, agobiado e irritable por permanecer en casa; además, manifiestan dificultad para concentrarse, inquietud y preocupación.

Según Sierra *et al.* (2003), el estrés es considerado como cualquier estimulación vigorosa extrema o inusual ante la presencia de cualquier situación que pueda ser amenazante para el individuo. Es decir, que es una respuesta que el individuo tiene ante circunstancias que considere como amenazas, las cuales movilizan sus recursos cognitivos y conductuales para tratar de afrontarlas, de modo que pueda superar tal riesgo, con el menor coste psicológico y emocional posible.

Específicamente, el estrés infantil es, de acuerdo con Dieter y Panneton (2017), es una manifestación disfuncional del sistema volitivo que ocurre porque el sujeto no tiene la capacidad de gestionar adecuadamente sus emociones, lo cual altera los mecanismos psicosomáticos de respuesta y genera consecuencias negativas a nivel físico y mental. En este orden de ideas, también se evidenciarían afectaciones de los procesos cognitivos como la memoria, el interés, la motivación o la atención.

Se suma lo referido por Martínez (2016), quien explica que el estrés infantil comprende un conjunto de reacciones psicosomáticas experimentadas por el niño o la niña, al no poder gestionar adecuadamente emociones como angustia, miedo, temor a peligros que realmente no existen o que ciertamente no representan un riesgo para ellos; lo que produce un desequilibrio en el organismo con consecuencias físicas, psicológicas y biológicas.

Las evidencias de estrés en el confinamiento por la pandemia de COVID-19, son importantes. Por ejemplo, Gavilano (2021), encontró que la mayoría de los estudiantes de primaria presentó niveles de

estrés moderado que afectaba el desempeño escolar de los sujetos. De forma semejante, Erades y Morales (2020), encontraron, considerando la percepción de los padres, que los niños y niñas tenían reacciones emocionales negativas, problemas para dormir, irritabilidad y evasión de problemas, además que el uso constante de pantallas se asociaba directamente con estos síntomas.

Ahora bien, si se traslada este planteamiento al contexto particular venezolano y marabino, es posible que los niños y niñas que habitan en la ciudad capital del estado Zulia, manifiesten algunos indicadores de ansiedad y estrés, está bien por el contexto de la pandemia que los ha confinado por casi dos años a su hogar, limitando sus relaciones sociales, el contacto con los pares y el compartir dentro de la propia comunidad, con la finalidad de evitar el contagio por COVID-19; o por consecuencias derivadas del entorno particular venezolano.

En este orden de ideas, en el país se realizaron ajustes para que los niños mantuvieran su escolaridad, y esto se puede convertir en un importante generador de estrés y ansiedad, ya que requiere que los infantes aprendan nuevas formas de interactuar con los docentes, exigiéndoles en muchos casos el uso de herramientas tecnológicas que no habían utilizado en otra época o con tanta frecuencia, que para una buena parte de la población venezolana no son accesibles en medio del contexto de crisis humanitaria que ya se vivía en el país antes de la pandemia.

Serían esperables algunos indicios de ansiedad y estrés en los niños, siendo que la pandemia es un suceso extraordinario, que no han vivido con anterioridad y ante los cuales pueden no contar con suficientes recursos para afrontarlos. Agregando agravantes externos como la situación país, la economía familiar, el poco acceso a herramientas educativas o el abuso de pantallas; es posible que los niños y niñas manifiesten alteraciones emocionales, psicológicas y conductuales que requieran de atención.

Es por ello, que la presente investigación se orienta a conocer los niveles de ansiedad y estrés en niños ante el confinamiento ocasionado por la pandemia del COVID-19, ya que dicha población pasa a ser la más vulnerable en cuanto al manejo de emociones y situaciones que conlleven el cambio de rutina, donde se observa gran temor por el fallecimiento de sus cercanos, preocupación de que alguna situación adversa le ocurriera, pudiendo esto afectar su desempeño en el ámbito académico, sus relaciones personales y familiares. Incluso, es posible que se incremente la sintomatología cuando los padres o familiares cercanos consideren que no poseen las habilidades necesarias para brindar a los niños y niñas apoyo y contención; así como enseñarles recursos que permitan manejar las situaciones que pudieran estar presentando.

Con esta perspectiva, la importancia de la presente investigación, dentro del contexto contemporáneo, radica en el hecho de que la temática del confinamiento en la niñez fue extendida por más de un año; apartando a los niños de sus contextos normales de socialización, sometidos a nuevas tensiones y situaciones en las cuales se deben ajustar rápidamente. Sin analizar en detalle, lo que ocurre, se les exigen comportamientos y tareas ante las cuales sus recursos personales no son lo suficientemente maduro cognitiva y emocionalmente, pues, se encuentran en una etapa vital en la que no parece ser suficiente afrontar esta situación de manera adaptativa.

En el aspecto humano-social, esta investigación se justifica debido a que permite conocer la realidad de los niños y se corresponde con beneficios para dicha población, en cuanto a generar intervenciones psicológicas ajustadas a ellos, en cuanto a su edad, recursos, ambiente y apoyo recibido; además, que se puede impulsar a que otros entes investigativos creen nuevos protocolos de atención en crisis para grupos vulnerables como son los niños.

Desde el punto de vista teórico, la realización del estudio proporciona información relevante para la psicología clínica infantil y a la psicología familiar, así como también aporta conocimientos a los padres acerca de la problemática planteada. Finalmente, desde el punto de vista práctico, se presentan datos que pueden servir como soporte para continuar estudiando a una población relevante, que amerita atención y a la cual se le puede ofrecer distintas opciones para que logren alcanzar su bienestar.

Para sintetizar, la investigación se realiza en el municipio Maracaibo, estado Zulia a modo de responder ¿Cómo es el nivel de ansiedad y estrés ante el confinamiento en niños?, lo cual permite obtener la información necesaria para el logro del objetivo propuesto, el cual fue: determinar el nivel de ansiedad y estrés ante el confinamiento en niños, así como: a. Identificar el nivel de ansiedad, b. Describir el estrés, c. Comparar la ansiedad y el estrés en niños de acuerdo con el género.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación realizada fue descriptiva, pues tuvo como objetivo describir el comportamiento de las variables ansiedad y estrés en la población de estudio, en este caso los niños en situación de confinamiento. De la misma forma, fue un modelo de estudio de campo, debido a que la información y los datos obtenidos fueron proporcionados por los mismos sujetos a evaluar. Aunado a lo anterior, el diseño de investigación fue no experimental, dado que se observaron las variables en su contexto natural y sin manipulación de las mismas. Además, fue un estudio transversal-descriptivo, pues se recopilaban los datos en un único momento, con el objetivo de describir las variables sin establecer asociaciones entre ellas.

Respecto a la población, se conformó por niños entre 8 y 12 años de edad, residentes del municipio Maracaibo Estado Zulia, de la cual no se tiene un registro concreto sobre la cantidad de personas residentes, por esto, se consideró como una población infinita. Por otro lado, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, ya que uno de los requisitos fue que los participantes tuvieran acceso a teléfonos, computadoras e internet para obtener los datos necesarios y, así llenar el instrumento. Aunado a esto, debían tener conocimiento de la lectura y escritura para responder los ítems planteados. Se empleó la fórmula de poblaciones infinitas con una confianza de 2 sigma y un error porcentual de 8% para estimar la muestra representativa, con un total final de 171 sujetos, de los cuales 104 eran niñas, y 67 niños, mencionando que, un grupo estaba asistiendo presencialmente al momento de realizar la investigación y otro no.

Respecto a la recolección de datos, se utilizó la “Escala de ansiedad infantil de Spence” (*Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS*), de Spence (1997), la cual ha sido adaptada a niños españoles. La SCAS es un inventario de 38 ítems (más seis de relleno) que se encarga de evaluar ataques de pánico, agorafobia, fobia social, trastornos de ansiedad de separación, miedos específicos, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. Se dirige a niños entre edades de 8-12 años se puede administrar en forma colectiva o individual. En el presente estudio, fue aplicado de forma individual evaluando las seis categorías diagnósticas antes mencionadas, llevándose a cabo de forma digital por medio de un formulario en línea.

En cuanto a las respuestas, estas tienen cuatro alternativas en formato tipo Likert, se responde en una escala de 4 puntos, desde 0 (nunca) a 3 (siempre). Para la corrección se tomarán en cuenta 38 ítems, para el puntaje total se sumarán los puntos de cada respuesta para todos los ítems, donde el mínimo será 0, el promedio 57 y el puntaje máximo 114. A efectos de esta investigación se creó un nuevo baremo de interpretación para la muestra de estudio, ya que no se encuentra ninguna referencia específica para las dimensiones; dicho baremo se muestra en el Cuadro 1 a continuación.

Cuadro 1
Baremo de interpretación para la SCAS

Dimensiones/variable	Leve	Moderado	Alto
Ataques de Pánico/ Agorafobia	0 - 2	3 - 5	6 - 27
Ansiedad por Separación	0 - 4	5 - 8	9 - 18
Fobia Social	0 - 4	5 - 8	9 - 18
Miedo al daño físico	0 - 4	5 - 6	7 - 15
TOC	0 - 3	4 - 6	7 - 18
Ansiedad Generalizada	0 - 6	7 - 9	10 - 18
Ansiedad	0-29	30-44	45-114

Referente a las propiedades psicométricas del instrumento basado en un estudio español (Carrillo, 2012), en el cual sometieron a examen la validez y fiabilidad del presente instrumento en una muestra de estudiantes de España de 1636 entre edades de 9 a 17 años, donde se observó consistencia interna (alfa de Cronbach) de la puntuación total de 0,92 y las de las subescalas oscilando entre 0,61 (ansiedad de separación y miedo al daño físico) y 0,81 (pánico-agorafobia). Para la fiabilidad del test-retest de la puntuación total fue de 0,61 y las subescalas oscilando entre 0,51 (pánico-agorafobia) y 0,62 (Miedo al daño físico). Todas las puntuaciones de la SCAS redujeron ligeramente del test al retest. Así mismo, las puntuaciones de la SCAS coinciden al correlacional alto con otras medidas de ansiedad, tanto generales como específicas de problemas concretos, y validez divergente al correlacionar bajo con medidas de trastornos distintos de la ansiedad, incluyendo la depresión. Por tal motivo, se deduce que la SCAS es un instrumento adecuado para evaluar los trastornos de ansiedad infanto-juveniles.

Es importante, mencionar que, esta escala fue sometida a una validación de contenido, ya que algunos términos mencionados en la escala original, no eran adaptados a la población de estudio, lo que podría afectar significativamente los resultados obtenidos, los *ítems* modificados y sus dimensiones fueron: 4 (Ansiedad generalizada), 10 (Fobia social), 16 (Ansiedad por separación), 25 (Miedo al daño físico) y 28 (Ataques de pánico/ Agorafobia). Posterior a la revisión de los expertos, se procedió a aplicar el instrumento modificado a una muestra de 60 niños para calcular el alfa de Cronbach como medida de confiabilidad, obteniendo un nivel de 0,81.

Así mismo, para la recolección de datos de la variable estrés, se utilizó el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil, el cual se encuentra dirigido a niños de 6 a 12 años de edad. Su versión original consta de 22 *ítems*, con respuestas en forma dicotómicas (si/no) inicialmente formulados para medir los componentes del estrés (cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual), en cada una de las situaciones en las que este puede presentarse, específicamente en los niños: familiar, salud y escolar. En este caso, se aplicó una versión validada para la investigación de 17 *ítems*. Así mismo, es importante mencionar que para la corrección del instrumento final, se creó un nuevo Baremo de Interpretación pues no existía la suficiente información en las investigaciones encontradas.

Cuadro 2
Baremo de interpretación Escala de Estrés

Variable	Bajo	Medio	Alto
Estrés en el ámbito de Salud	0 - 1	2 - 3	4 - 7
Estrés Escolar	0 - 1	2 - 3	4 - 5
Estrés Familiar	0 - 1	2	3 - 5
Estrés Total	0 - 4	5 - 7	8 - 17

Por otro lado, Trianes *et al.* (2010), explican que, para deducir la validez del instrumento se utilizó un estadístico donde se estimó la V de Aiken, el cual está comprendido entre 0 y 1, dando como resultado, que todos los *ítems* obtuvieron valores de V superiores a 0,70 y el límite inferior arrojado del intervalo de confianza más bajo fue de 0,57 observándose solo en 2 *ítems* de los 22, siendo el resto superior a 0,60. Se analizó la validez del constructo por medio de un programa EQS para realizar un análisis factorial confirmatorio, utilizándose y ajustándose un modelo de tres factores de primer orden (problemas de salud y psicosomáticos, estrés en el ámbito escolar, y estrés en el ámbito familiar) y un factores de segundo orden el cual arrojaba indicadores de estrés total.

Para la investigación, se realizó la modificación del instrumento mediante una validación de contenido, eliminando 5 *ítems* que no eran confiables tras someterlo a un programa estadístico. Los *ítems* eliminados y sus dimensiones fueron: 3 y 9 (Ámbito familiar), 11 (Ámbito escolar), 13 (Ámbito salud) y 20 (Ámbito escolar) obteniendo como resultado final de 17 *ítems*, luego de aplicar el instrumento a 60 niños, se calculó el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, que arrojó un nivel de confiabilidad de 0,62.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la recolección de los datos, estos se introdujeron en un programa estadístico que permitió la corrección de los instrumentos antes mencionado de forma generalizada. Los datos se analizaron con estadísticos descriptivos, creando tablas con puntuaciones máximas (Máx) y mínimas (Mín), media ($\bar{X}$), desviación estándar (S) e interpretación de la media. Así mismo, se aplicó la prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) resultando en una distribución no normal ($p < 0,05$), por tal motivo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para la comparación entre géneros.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos para ansiedad

Dimensiones - Variable	Mín	Máx	$\bar{X}$	S
Ataques de pánico/ Agorafobia	0,00	25,00	4,43	4,69
Ansiedad por separación	1,00	18,00	7,45	3,88
Fobia social	0,00	16,00	6,54	3,72
Miedo al daño físico	0,00	12,00	4,94	2,80
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,00	18,00	5,18	3,79
Ansiedad generalizada	2,00	16,00	7,98	3,17
Ansiedad Total	7,00	82,00	37,38	16,06

De manera general, la ansiedad que presentaron los niños ante la situación de confinamiento por COVID-19 fue moderada, lo que también se reflejó en las seis dimensiones que la componen, como se pueden observar en la Tabla 1. En este orden de ideas, se afirma, que los infantes estarían valorando el contexto global en el cual están inmersos como amenazantes y llegan a sentir que en muchas ocasiones sus recursos personales no son suficientes para afrontarlos adaptativamente. Según lo reflejado en el marco de resultados, los participantes estarían manifestando el total de componentes de la ansiedad que propone Spence (1997), lo que indicaría que se trató de una sintomatología que se debe detallar y atender, pues, posiblemente puede superar a los niños y generar una situación grave.

Para analizar con mayor profundidad, se comienza con la dimensión ataques de pánico/ agorafobia, cuyo nivel moderado, permite indicar conforme a lo referido por Spence (1997) y la APA

(2013), que los niños podían sentir angustia y miedo ante situaciones generales que no sepan cómo manejar; incluso, reflejan estas sensaciones ante eventos donde estén rodeados de mucha gente, cuando viajan en transporte público sin algún adulto o en lugares abiertos en los cuales no cuenten con la compañía de otro que los hagan sentir seguros. Es probable, que esto se relacione con la situación pandémica y de confinamiento, porque los niños han estado sometidos a un contexto de aislamiento y de poca socialización que podría hacerlos sensibles a los espacios abiertos y con mucha gente, quizá también, temen ser contagiados con la enfermedad o sus habilidades sociales han disminuido por la falta de contacto con los pares.

Por otro lado, el nivel moderado de ansiedad por separación, da cuenta de que estos niños, según lo explicado por la APA (2013), presentarían miedo, temor y angustia cuando se sienten lejos de sus principales figuras de apego, como la madre o el padre, manifiestan temor y miedo por estar solos ya que se sienten inseguros. Posiblemente, al prever una situación de separación, como al asistir a la escuela, por ejemplo, sientan temor y preocupación porque no tendrán una persona que los cuide ante situaciones de riesgo o les recuerden, en el marco de la pandemia, el uso de las medidas de prevención.

En cuanto, a la dimensión fobia social, su nivel moderado indicó que los niños y niñas que participaron en la investigación, manifestaron algunos síntomas como evitar eventos sociales por temor a ser avergonzados, incluso ante esta posibilidad, como refieren Hanna *et al.* (2006), expresan llanto, ira, hacen berrinches, con la finalidad de que no sean expuestos a las situaciones sociales que no quieren vivir. Estos síntomas pueden ser consecuencia de la poca asistencia que han tenido los niños al colegio y actividades extracurriculares, ya que en la actualidad no lo realizan con la frecuencia que lo hacían anteriormente, lo que puede generar desconfianza al presentarse nuevamente en público debido al tiempo prolongado de confinamiento.

Respecto al miedo al daño físico, su nivel moderado, en conformidad con lo referido por Spence (1997), indicó que los niños y niñas que participaron en la investigación reflejaron miedo a animales como perros, insectos o arañas, temor a ir al dentista o médico y, lugares altos como azoteas, ascensores, o montañas. Los miedos al daño físico se representan como un miedo anormal que puede llegar al punto de tener un temor anormal de presentar alguna condición física referente a daño, heridas, lesiones. En este orden de ideas, es probable que los niños y niñas hayan vivido alguna situación de enfermedad o muerte dentro de la familia, posiblemente asociada con la COVID-19, que los ha marcado y ejerce el rol de factor predisponente ante una enfermedad o ante a algún acto que genere lesiones en la salud propia o de personas cercanas.

Por otro lado, el nivel moderado de trastorno obsesivo - compulsivo, es una representación, conforme refiere la APA (2013), de respuestas de parte de los niños como la necesidad de comprobar varias veces que realizan una acción, pensamientos recurrentes de cosas malas, preocupación por lavarse las manos con frecuencia, limpiar las superficies y necesidad de realizar las cosas de una misma manera para evitar errores. Ciertamente, esto no sería esperable en la población infantil, lo cual permite suponer que estas obsesiones y compulsiones han sido adquiridas durante el confinamiento: lavado frecuente de manos, uso de alcohol o antibacterial, como una forma de evitar ser contagiados por la COVID-19.

Sobre el nivel moderado de ansiedad generalizada, se puede afirmar que los niños y niñas presentaron preocupación persistente sobre distintos acontecimientos de su vida cotidiana, aunque no llegaron a ser completamente limitantes para su adecuado funcionamiento; incluso, como explican Tayeh *et al.* (2016), es posible que llegue a intervenir en algún área del desarrollo, como la escuela o la socialización, pero sin causar un comportamiento totalmente desadaptativo.

Los resultados coinciden con los hallazgos de Sánchez (2021) y Mangué *et al.* (2020), que encontraron de moderados a altos niveles de ansiedad en niños y niñas que han venido viviendo las medidas de confinamiento y cuarentena. Es probable que estos niveles de ansiedad se deban a las experiencias del distanciamiento social obligatorio, que ha cohibido a los sujetos a acercarse a otros para evitar el contagio por COVID-19; o porque deben estar al pendiente del uso de medidas de protección, sintiendo temor cuando están rodeados de muchas personas o cuando no es factible mantenerse alejados entre sí.

Tabla 2
Estadísticos descriptivos para estrés

Dimensiones - Variable	Mín	Máx	$\bar{X}$	S
Estrés en el ámbito de salud	0,00	7,00	2,28	1,66
Estrés escolar	0,00	5,00	1,96	1,47
Estrés familiar	0,00	5,00	1,46	1,32
Estrés total	0,00	0,00	5,71	3,42

En la Tabla 2 se apreció que el estrés total de los niños y niñas fue medio, al igual que las dimensiones estrés en el ámbito de salud y escolar; mientras que, el estrés familiar fue bajo. De acuerdo con lo referido por Dieter y Panneton (2017), estos sujetos manifestarían respuestas desfavorables, aunque no limitantes, ante aquellas situaciones que no pueden manejar con sus propios recursos, porque representan para ellos una amenaza que es difícil de resolver o controlar, debido a que supera sus capacidades. En este sentido, era esperable obtener este resultado porque el confinamiento por COVID-19 no es algo que ellos puedan gestionar, ni decidir cuándo terminarlo.

En cuanto, al estrés en el ámbito de salud, su nivel medio indicó que perciben en aspectos como las enfermedades, la imagen corporal o la toma de medicamentos, factores poco favorables; además, como refieren Trianes y Escobar (2009), estos se presentarían continuamente; lo cual coincide con el entorno actual de vivir una pandemia que somete a las personas, de forma general, a situaciones de salud negativas, que requieren cuidados y tratamientos constantes.

También, el estrés escolar fue medio, como se aprecia en la Tabla 2 lo cual, según Trianes y Escobar (2009), representó una percepción del entorno académico moderadamente desfavorable, en cuanto a la interacción con los compañeros y docentes, la realización de tareas o poder afrontar sin dificultades las evaluaciones. Este nivel fue esperable, dado que, en el momento actual los niños y niñas se encuentran retomando las clases presenciales y, se tomaría como un generador de estrés.

Mientras que el estrés familiar fue bajo, lo que se interpreta como una posición en la cual los niños parecen no percibir los problemas que surgen dentro del hogar; como indican Trianes y Escobar (2009), es posible que no presencien discusiones de sus padres ni de otros familiares o que se mantengan alejados, por decisión de los cuidadores, de este ambiente conflictivo; o simplemente, no habrían este tipo de problemas en sus hogares. De forma general, se evidenciaron mayores factores protectores a nivel familiar, lo que reflejó mayor apoyo familiar, acompañamiento en rutinas diarias y presencia de la familia dentro del núcleo familiar proporcionando mayor seguridad, observándose que mayores niveles de estrés son ocasionados por factores externos

Comparando con otras investigaciones, se tienen semejanzas con los hallazgos de Gavilano (2021) y Erades y Morales (2020), que encontraron niveles de moderado a altos en el estrés presentado por los niños y niñas ante el confinamiento vivido por la COVID-19. Esta tendencia se debe, posiblemente, al

hecho de que es una amenaza real, que genera incertidumbre y temor, porque no se sabe a ciencia cierta cuándo terminará la circunstancia general, reconociendo que no depende de ellos sino de terceros tratar de solventar la situación.

Se destaca la existencia de un nivel de estrés cotidiano infantil medio, algo que parece ser una tendencia en la época moderna, tal como lo indica Seiffge-Krenke (2000), con especial énfasis en los momentos actuales relacionados con el confinamiento y el aislamiento para prevenir la COVID-19, pues, como lo explican García y Cuéllar (2020), en esta etapa la población infantil ha aumentado la experimentación de emociones negativas, que no necesariamente son adaptativas, sino una respuesta poco funcional, que se está produciendo ante un entorno adverso, que no pueden controlar, porque sus recursos emocionales, psicológicos y cognitivos son superados por el malestar que le generan las circunstancias que viven.

Tabla 3
Estadísticos inferenciales: comparaciones por género

Variable de prueba	Media de Grupo		U de Mann Whitney	
	Femenino (n=104)	Interpretación	Masculino (n=67)	Interpretación
Ataques de pánico/ Agorafobia	4,95	Moderado	3,61	Moderado
Ansiedad por separación	7,84	Moderado	6,85	Moderado
Fobia social	7,35	Moderado	5,28	Moderado
Miedo al daño físico	5,37	Moderado	4,28	Leve
T.O.C	5,48	Moderado	4,71	Moderado
Ansiedad generalizada	8,27	Moderado	7,52	Moderado
Estrés en el ámbito de salud	2,51	Medio	1,93	Medio
Estrés escolar	1,86	Bajo	2,10	Medio
Estrés familiar	1,39	Bajo	1,57	Bajo

Nota: *Significativo al nivel $p < 0,05$

De acuerdo con la Tabla 3 el género arrojó diferencias estadísticamente significativas, en las cuales las hembras tuvieron mayor fobia social, miedo al daño físico y estrés en el ámbito de la salud que los varones. En este orden de ideas, era esperable este resultado puesto que Ochando (2012), explica que normalmente la ansiedad y, el estrés suele ser mayor en las niñas que en los niños, quizá porque tienen una predisposición biológica para sufrir estos trastornos. Los hallazgos coinciden con lo encontrado por Quito (2020), dado que, las niñas tuvieron mayor fobia social que los niños.

En forma general, es posible que esto ocurra porque las niñas suelen estar inmersas en la vida cotidiana familiar emulando a la madre, y parecen aprender de ellas el papel de preocuparse por otros y de sentir que las cargas de la familia le pertenecen, por lo cual en situaciones negativas, como las que se pueden vivenciar por el confinamiento, sienten una mayor amenaza ante lo nuevo e inesperado: lo que puede ser que suceda les genera estrés, especialmente en lo relacionado con la salud, porque actualmente se vivencia un escenario de enfermedad que amerita de medidas de protección y bioseguridad. Además, pueden experimentar miedo al daño físico, no solo porque consideran que serán dañadas en su integridad, sino, por lo que le ocurriría si se contagia con la COVID-19, en función de lo que haya podido observar en familiares que han enfermado.

CONCLUSIONES

Luego, de dos (2) años aproximadamente desde el brote de la COVID-19, con cifras sumamente altas tanto de contagiados como de fallecidos; se ha aprendido mucho sobre dicho coronavirus y se ha obtenido suficiente información sobre todo lo relacionado con el mismo. Sin embargo, no solo ha afectado físicamente a los ciudadanos tanto niños como adultos, sino que ha ocasionado gran impacto a nivel psicológico y emocional. Es por ello, que ha surgido la necesidad de realizar esta investigación antes planteada, con el objetivo de conocer estadísticamente cómo ha impactado en cuanto a niveles de ansiedad y estrés que pudieron ser generados en los niños y niñas.

Se concluye, que la ansiedad de los niños y niñas fue moderada, expresada en distintos síntomas que dejaron ver una respuesta moderadamente disfuncional ante el confinamiento, posiblemente porque no tienen suficientes recursos personales para manejar adecuadamente la situación general que están percibiendo como amenazas: aislamiento, debido a no poder salir a jugar y tener poco contacto con amigos. Cabe destacar, que las niñas tuvieron mayores niveles de fobia social y miedo al daño físico que los niños.

En cuanto al estrés, en general fue medio, manifestado con mayor predominancia por alteraciones percibidas en el ámbito de salud y escolar, posiblemente porque han presenciado la enfermedad dentro de sus hogares, también porque en el momento de realizar la investigación se estaban reincorporando al ámbito escolar y ello pudo necesitar reajustes que afectaron negativamente las respuestas de los sujetos. El estrés familiar fue bajo, quizá porque hay apoyo dentro del hogar. En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas, se encontró que las niñas tuvieron mayor estrés en el ámbito de la salud que los niños.

Se recomienda a los padres o representantes explicarles a sus hijos, a través de conversaciones de forma serena y proactiva sobre la COVID-19, mencionándoles lo responsables que tienen que ser con su salud para que puedan sentirse más calmados. Pues tener conocimientos necesarios sobre el coronavirus ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y estrés que presentan, ya que cuentan con información veraz y adecuada a su edad para prevenir un contagio.

Es importante que los padres o representantes establezcan rutinas diarias para los niños y los adolescentes. Es decir, considerando sus edades y habilidades, se incluirán en actividades como: tardes recreativas, tiempo libre para ayudar en casa y acceso a la tecnología para que puedan comunicarse con sus amigos. Esto ayudará a que los niños y adolescentes puedan establecer una estructura para los días que se encuentren en casa, es decir que sea sana, divertida y les permita socializar con los pares, de modo que, se produzca una interacción con otros con sus mismos intereses.

También, se sugiere crear espacios de comunicación, donde se fomente el diálogo y el desahogo emocional, para expresar sus sentimientos como la tristeza, enojo y frustración. Estas charlas deben involucrar el reconocimiento de las emociones y permitir a cada familiar expresar lo que sienten, para que los niños puedan identificar sus propias emociones y las de otros, promoviendo la comprensión y regulación emocional, considerando la problemática que está viviendo la sociedad actual.

Se recomienda fomentar la autonomía de los niños en la realización de las actividades académicas necesarias para su formación, tales como lectura, investigación, escritura y memoria, con el fin de fortalecer los procesos mentales y aprendizajes de los infantes, promoviendo su madurez cognitiva.

La psicoeducación se propone a padres e hijos desde el punto de vista de los psicólogos, porque es importante darse cuenta de que las respuestas de ansiedad y estrés son predecibles y funcionales,

pero si se aplican de manera inadecuada, pueden volverse desadaptativas; por lo tanto, se debe explicar y enseñar habilidades de afrontamiento productivas y funcionales basado en los recursos disponibles para los niños.

También, se recomienda a los psicólogos detectar qué posibles situaciones puede tener cada familia en particular, los cuales actuarían como potenciadores de la ansiedad y el estrés en los niños según el rol que tienen dentro de estas situaciones. Esto tiene como finalidad trabajar en el afrontamiento de las mismas, con base en técnicas como el entrenamiento para la resolución de problemas.

Es posible considerar cómo el entorno escolar al que se están reincorporando paulatinamente los niños y niñas puede ser un escenario para la promoción de técnicas de relajación, enseñando a los niños cómo respirar cuando se siente nervioso o con miedo; a la práctica de estar centrados en el momento presente, con la atención plena en tal momento, con la finalidad de evitar la ansiedad que genera los posibles síntomas desfavorables.

A futuros investigadores, se recomienda realizar nuevos estudios donde se considere establecer la posible relación entre la ansiedad y el estrés para conocer si se potencian entre sí. También sería de utilidad analizar las relaciones con otras variables, aunque positivas, como resiliencia, afrontamiento, inteligencia emocional, de modo que se determine si estas pueden actuar como factores que minimizan la sintomatología ansiosa o de estrés.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Fifth Edition, DSM-5). American Psychiatric Association.
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D., Ihekweazu, C., Kobinger, G., Lane, H., Memish, Z., Oh, M., Sall, A., Schuchat, A., Ungchusak, K. y Wieler L. (2020). WHO Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. *COVID-19: towards controlling of a pandemic*. The Lancet, 395(10229), 1015-1018. [http://doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](http://doi:10.1016/S0140-6736(20)30673-5).
- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C. y Casado, Y. (2012). "Escala de ansiedad infantil de Spence" (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS): fiabilidad y validez de la versión española. *Behavioral Psychology*, 20(3), 529-545. https://www.researchgate.net/publication/235720972_Escala_de_ansiedad_infantil_de_Spence_Spence_Childrens_Anxiety_Scale_SCAS_fiabilidad_y_validez_de_la_version_espanola
- Cifuentes, A. y Navas, A. (2020). *Confinamiento domiciliario por COVID-19 y la salud mental de niños y adolescentes en la población ecuatoriana, período marzo - junio 2020*. (Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18656/8%20TESIS%20CONCLUIDA%20EN%20FORMATO%20PDF%20CIFUENTES%20NAVAS%20COVI%20Y%20CONFINAMIENTO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Deater, K. y Panneton, R. (2017). *Parental stress, child development and early care*. Springer Link.

- Erades, N. y Morales, A. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 27-34. <http://doi:10.21134/rpcna.2020.mon.2041>
- García, A. y Cuéllar, I. (2020). Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de la evidencia. *Carta Científica*, 93(1), 57-58. <http://DOI:10.1016/j.anpedi.2020.04.015>
- Gavilano, L. (2021). *Estrés infantil en el desempeño escolar en tiempos de pandemia en estudiantes de primaria de una IE de Ayacucho, 2020*. (Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo). https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60862/Gavilano_GLP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gómez, I., Flujas, J., Andrés, M., Sánchez, P. y Fernández, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18. <http://doi:10.21134/rpcna.2020.mon.2029>
- Hanna, G., Fischer, D. y Fluent, T. (2006). Separation Anxiety Disorder and School Refusal in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, 27(2), 56-63. <http://doi:10.1542/pir.27-2-56>
- Inchausti, F., García, N., Prado, J. y Sánchez, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud, Investigación Empírica en Psicología*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy*, 90-102. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Mangué, J., Muñoz, R., López, L., Padilla, D. y Palanca, M. (2020). Implicaciones del confinamiento infantil durante la crisis Covid-19: consideraciones clínicas y propuestas futuras. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(23), 1-12. <https://doi.org/10.5093/cc2020a18>
- Marquina, R. y Jaramillo, L. (2020). *El COVID-19: cuarentena y su impacto psicológico en la población*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- Martínez, E. (2016). *El estrés y el aprendizaje en la etapa de educación infantil*. (Tesis de Maestría, Universitat Jaume I). <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/162278>
- Martínez, J. (30 de mayo de 2016). *Pandemias y bioamenazas globales del siglo XXI*. Real Instituto Elcano. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari42-2016-martinezhernandez-pandemias-bioamenazas-globales-siglo-21
- Ochando, G. (2012). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 16(9), 707-714. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-11/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatrica/>
- Paricio, R. y Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 30-44. <http://doi:10.31766/revpsij.v37n2a4>

- Quito, G. (2020). *Ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años en periodo de aislamiento durante pandemia por Covid- 19*. (Tesis de Grado, Universidad del Azuay). <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10765/1/16312.pdf>
- Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25(1), 123-141. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100123
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-691. <https://psycnet.apa.org/record/2001-14138-003>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10 – 59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Spence, S. (1997). SCAS, Escala de Ansiedad Infantil; A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 13-14. <https://psycnet.apa.org/record/2010-07799-001>
- Tayeh, P., Agámez, P. y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *CCAP*, 15(1), 6-18. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Trianes, M. y Escobar, M. (2009). *Estrés cotidiano en la infancia media*. TEA Ediciones.
- Trianes, M., Blanca, M., Fernández, F., Escobar, M. y Maldonado, E. (2010). *IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil*. TEA Ediciones.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. y Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 17(5), 1729. <http://doi:10.3390/ijerph17051729>

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado Ansiedad y estrés ante el confinamiento en niños, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

RESILIENCIA Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ENFERMEROS

Resilience and uncertainty response in nurse

PAOLA VÍLCHEZ

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: vilchezpao05@gmail.com

ANYOLI ZAMBRANO

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: anyoliazs.az@gmail.com

Admisión: 12-01-2023
Aceptación: 06-10-2023

RESUMEN

Se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en enfermeros. El estudio fue de tipo descriptivo, nivel correlacional, modelo de campo y diseño no experimental. La población estuvo conformada por enfermeros de los hospitales "Dr. Manuel Noriega Trigo" y "Dr. Pedro Iturbe" del Municipio San Francisco y Maracaibo, Estado Zulia. Mediante un muestreo no probabilístico accidental, se constituyó una muestra de 100 enfermeros (17 hombres y 83 mujeres). Para la recolección de datos, se empleó la Escala de Resiliencia de Colina & Esqueda (2002) y la Escala de Respuesta a la Incertidumbre de Guarino (2010). Se encontró un nivel alto de resiliencia y un nivel medio de respuesta a la incertidumbre, sin relación estadísticamente significativa entre ambas. Se recomienda la necesidad de continuar la línea de investigación para ampliar la mirada hacia esta problemática.

PALABRAS CLAVE: Resiliencia, incertidumbre, enfermeros, enfermería

ABSTRACT

Research was conducted with the objective of determining the relationship between resilience and response to uncertainty in nurses. The study was descriptive, correlational, field model and non-experimental design. The population consisted of nurses from the "Dr. Manuel Noriega Trigo" and "Dr. Pedro Iturbe" hospitals of the San Francisco and Maracaibo Municipalities, Zulia State. By means of an accidental non-probabilistic sampling, a sample of 100 nurses (17 men and 83 women) was constituted. For data collection, the Resilience Scale of Colina & Esqueda (2002) and the Uncertainty Response Scale of Guarino (2010) were used. A high level of resilience and a medium level of response to uncertainty were found, with no statistically significant relationship between the two. It is recommended the need to continue the line of research to broaden the view towards this problem.

KEYWORDS: Resilience, uncertainty, nurses, nursing

COMO CITAR: Vílchez, P. y Zambrano, A. (2023). Resiliencia y respuesta a la incertidumbre en enfermeros. *Sistemas Humanos*, 3(2), 25-38 pp

INTRODUCCIÓN

La resiliencia puede definirse como la capacidad de las personas para sobreponerse a las dificultades y salir transformados de ellas (Grotberg, 1995). Dicha capacidad, es posible porque, implica poseer seguridad afectiva, estabilidad emocional, control personal, competencia y fortalezas conductuales que hacen que la persona pueda interpretar las dificultades de una manera positiva (Colina y Esqueda, 2002). Este concepto, ha sido objeto de innumerables investigaciones que destacan su papel en el bienestar psicológico y el afrontamiento eficaz ante situaciones estresantes (Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado, 2018).

Específicamente en el campo de la salud, la resiliencia tiene una implicación clínica significativa, tanto para el cuidado de pacientes, como para el propio autocuidado. En el ámbito hospitalario, ha sido notoria su importancia en las labores de enfermería, hasta tal punto que fue incluida en tres diagnósticos de la Taxonomía NANDA Internacional de Diagnósticos Enfermeros (2009), a saber: deterioro de la resiliencia personal, disposición para mejorar la resiliencia y riesgo de compromiso de la resiliencia. Este reconocimiento permite considerar a la resiliencia como una característica esencial e inherente a la enfermería para el desarrollo de la asistencia sanitaria cotidiana, debido a la exposición continua al sufrimiento de las personas y condiciones laborales que muchas veces son estresantes (Arrogante, 2014).

En este sentido, la resiliencia ha demostrado ser un moderador de los síntomas propios del síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, el cual tiene una alta incidencia en profesionales de la salud y cuya prevalencia en enfermeros, es del 50% o más (Eugenio, 2017; Merino, 2019). Aunado a esto, también es un factor protector de la depresión, la soledad (Cerquera & Pabón, 2015) el estrés postraumático y la ansiedad (Mealer *et al.*, 2012). Es por ello que la resiliencia es clave a la hora de amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto el personal de enfermería en su trabajo (Quesada *et al.*, 2018). Sin embargo, las comprobaciones empíricas sustentan que los niveles de resiliencia, no son altos en la mayoría de los enfermeros, lo cual destaca aún más la necesidad de su intervención (Fajardo, 2018; González, 2012).

En el caso de Venezuela, dichos niveles de resiliencia, podrían ser menores al considerar la situación crítica de la atención sanitaria en el país, causada por la precariedad de los centros hospitalarios y ambulatorios, en términos de: desabastecimiento de medicamentos para que las personas realicen sus tratamientos, falta de reactivos y suministros necesarios para la realización de pruebas diagnósticas, escasez de insumos básicos y repuestos de equipos médicos para el funcionamiento del sistema sanitario del país e incluso, falta de personal médico y de enfermería (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2019). Todas estas situaciones, no solamente repercuten negativamente en el paciente, sino también en el personal de salud, quien debe hacer frente a dichas circunstancias con la finalidad de garantizar la salud a los pacientes (Rodríguez y Ortunio, 2019).

De acuerdo con Orde (2016), la combinación de factores externos e internos de índole negativos, ligados a las labores del enfermero, tales como un ambiente de trabajo precario, el estrés y la falta de recursos para sobrellevar dichos factores, dan lugar a la aparición de incertidumbre. La incertidumbre se refiere a un estado disfuncional desde el punto de vista emocional, que afecta la percepción e interpretación de los hechos, en el que el individuo no puede pronosticar o controlar los eventos, es decir, se trata de una incapacidad de determinar el significado de los eventos (Greco y Roger, 2001). Esta respuesta desadaptativa, implica por tanto, la presencia de angustia, inquietud y ansiedad, así como el deseo de que la situación cambie (Guarino, 2010).

De manera general, la incertidumbre está presente en enfermeros y muchas veces se ve incrementada por los niveles de incertidumbre de los pacientes, afectando la toma de decisiones de estos profesionales

(Cranley *et al.*, 2009). Así, las investigaciones respaldan el hecho de que pacientes que padecen distintos tipos de enfermedades, poseen un alto nivel de incertidumbre, incluyendo: cáncer (Castro y Hurtado, 2017) insuficiencia renal (Chávez, 2016) diabetes (Gómez y Duran, 2012) virus de inmunodeficiencia humana (Nureña, 2011) cardiopatías (Cerón, 2018) y enfermedades neurodegenerativas (Jáuregui, 2004). De hecho, la incertidumbre en los pacientes, parece no depender del tipo de enfermedad, sino a la hospitalización en sí, los cuidados y cambios en el estilo de vida que estas requieren para la recuperación (Flórez, Montalvo y Romero, 2018).

La incertidumbre compartida entre los pacientes y enfermeros, ha demostrado ser un factor de riesgo para la resiliencia, ya que parece mermar ante la ambigüedad sobre el futuro (Barlach *et al.*, 2008). Esto pudiera sugerir que existe una relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en esta población. Un primer acercamiento a esta posible relación, fue establecido por Mishel (1988), al observar que en el área de los cuidados enfermeros, una respuesta a la incertidumbre positiva es capaz de activar mecanismos efectivos de afrontamiento ante la adversidad que supone la enfermedad, es decir, que cuando la incertidumbre es considerada una oportunidad, permite que las situaciones sean modificadas positivamente. Paralelamente, cuando la incertidumbre es vivenciada de manera negativa, se produce en el cuidador una sensación de amenaza que lo inhabilita temporalmente para sus servicios de atención al paciente.

Recientemente, Lee (2019) demostró que la intolerancia a la incertidumbre se asociaba negativamente con diferentes subdominios de la resiliencia en estudiantes de enfermería, entre los cuales destacaron: la autorregulación y las habilidades interpersonales; hallazgos similares a los reportados previamente por Jang (2016), quien concluyó que la incertidumbre impacta negativamente en la regulación emocional. De manera que, es reciente el interés por comprobar cómo la incertidumbre a la cual muchas veces se ven enfrentados los enfermeros, impacta en los niveles de resiliencia, siendo esta última un recurso que ha mostrado ser relevante en las labores propias del cuidado (Quesada *et al.*, 2018).

Pese a que la literatura respecto a los factores protectores y de riesgo de la resiliencia, son extensos, es notable un vacío en el conocimiento sobre cómo la resiliencia se ve afectada por el desconocimiento de lo que puede suceder más adelante en el contexto de la enfermedad-atención. Contar con recursos que permitan entender esta posible relación, es fundamental para ajustar las intervenciones que garanticen el adecuado desempeño de los profesionales de la salud. Partiendo de tales aseveraciones, la presente investigación, tuvo como objetivo, determinar la relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en enfermeros, específicamente en un contexto donde las labores de enfermería se ven entorpecidas por la precariedad del sistema sanitario, por lo que la interrogante que se plantea responder, es la siguiente: ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en enfermeros?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de nivel descriptivo, tipo correlacional y modelo de campo, con diseño no experimental transeccional correlacional, tomando en cuenta que no hubo manipulación alguna de las variables de estudio, y la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento para posteriormente establecer la relación entre ambas. Los sujetos de investigación fueron enfermeros de ambos géneros de los hospitales públicos "Dr. Manuel Noriega Trigo" y "Dr. Pedro Iturbe" ubicados en los Municipios Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia, pertenecientes a distintas unidades de atención.

Se utilizó un muestreo no probabilístico accidental para la escogencia de los sujetos, quedando una muestra conformada por 100 sujetos con edades comprendidas entre 19 y 57 años, distribuidos de la siguiente forma: N = 10 entre 19 y 25 años; N = 9 entre 27 y 31 años; N = 7 entre 32 y 35 años; N = 17 entre 36 y 39; N = 20 entre 40 y 45; N = 21 entre 46 y 50 años; y N = 16 entre 51 y 57 años. Respecto al género, 83 fueron del género femenino y 17 del género masculino. Hubo mayor representación de enfermeros pertenecientes al área de consulta (20%) seguido de emergencia (13%) y observación (10%); el resto de los sujetos, laboraban en otras once áreas de atención: banco de sangre, cardiología, diálisis, epidemiología, hospitalización adultos, maternidad, oncología, pediatría, retén, traumatología y UCI.

Para medir la variable resiliencia, se usó la Escala de Resiliencia, elaborada por Colina y Esqueda (2002) bajo el modelo de Grotberg (1998). Está constituida por 20 *ítems* redactados en un escalamiento tipo Likert con seis opciones de respuesta (1= completamente en desacuerdo; 2 = moderadamente en desacuerdo; 3 = ligeramente en desacuerdo; 4 = ligeramente de acuerdo; 5 = moderadamente de acuerdo; 6 = completamente de acuerdo). Evalúa cuatro dimensiones: seguridad afectiva, estabilidad emocional, fortaleza y actividad física, y competencia y control personal, cada una de ellas, conformadas por cinco *ítems*. Para su interpretación, se considera que a mayor puntaje, mayor nivel de resiliencia (Ver cuadro 1). Esta escala, presenta validez de contenido y validez de constructo, evaluados mediante los métodos de jueces expertos y análisis de componentes principales, respectivamente. También cuenta con validez convergente, demostrando correlaciones positivas con motivación al logro, internalidad, ajuste psicológico y autoestima. En cuanto a la validez divergente, se determinaron correlaciones negativas con agresión, depresión y ansiedad. Presenta un coeficiente de consistencia interna $\alpha = 0.84$.

Cuadro 1

Baremo de Interpretación Escala de Resiliencia

Nivel	Dimensiones	Variable Resiliencia
Muy Bajo	5 - 9	20 - 35
Bajo	10 - 13	36 - 51
Medio Bajo	14 - 17	52 - 67
Medio Alto	18 - 21	68 - 83
Alto	22 - 25	84 - 99
Muy Alto	26 - 30	100 - 120

Nota. Colina y Esqueda (2002).

Por otro lado, para medir la respuesta a la incertidumbre, se empleó la Escala de Respuesta a la Incertidumbre - ERI. Es la adaptación venezolana del Uncertainty Response Scale - URS de Greco & Roger (2001), elaborada por Guarino (2010). Se trata de una escala tipo Likert que cuenta con cuatro alternativas de respuesta (0 = nunca; 1 = algunas veces; 2 = frecuentemente; 3 = siempre) conformada por 45 *ítems* que miden tres factores: incertidumbre emocional (15 *ítems*), incertidumbre cognitiva (18 *ítems*) y deseo de cambio (12 *ítems*). Sus puntajes pueden ser interpretados de manera global o por dimensiones y es de carácter autoadministrado, a mayor puntaje, mayor presencia de incertidumbre (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2

Baremo de Interpretación Escala de Respuesta a la Incertidumbre - ERI

Dimensiones	Interpretación		
	Bajo	Medio	Alto
Incertidumbre Emocional	0 - 15	16 - 30	31 - 45
Incertidumbre Cognitiva	0 - 18	19 - 36	37 - 54
Deseo de Cambio	0 - 12	13 - 24	25 - 36
Respuesta a la Incertidumbre	0 - 45	46 - 90	91 - 135

Sus propiedades psicométricas fueron estudiadas mediante un análisis de componentes principales (validez de constructo), que arrojó la presencia de los tres factores, que, en conjunto, explicaban el 33,77% de la varianza. También se estudió la validez concurrente y predictiva, estando asociada con los puntajes del Cuestionario General de Salud (Goldberg, 1972) y con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Roger, Jarvis & Najarian, 1993). Los análisis de consistencia interna, fueron satisfactorios: incertidumbre emocional ($\alpha = 0.91$), incertidumbre cognitiva ($\alpha = 0.87$) y deseo de cambio ($\alpha = 0.87$).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las técnicas de recolección de datos, las cuales fueron aplicadas a una muestra de 100 sujetos, con la finalidad de responder al objetivo planteado, el cual estuvo asociado a determinar la relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en enfermeros. Para ello, primeramente se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cada variable por separado, buscando una comprensión más amplia de la problemática.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos Resiliencia en Enfermeros

Dimensión/Variable	$\bar{X}$	S	Interpretación
Seguridad Afectiva	26,49	5,68	Muy Alto
Estabilidad Emocional	23,65	8,30	Alto
Fortaleza y Actividad Física	17,55	9,18	Medio bajo
Control Personal y Competencia	27,22	4,48	Muy Alto
Resiliencia	94,91	27,66	Alto

En este sentido, al describir la resiliencia en enfermeros, se obtuvo un puntaje que indicó un nivel alto. Respecto a las dimensiones que componen la variable, se obtuvo un nivel muy alto en seguridad afectiva y control personal/competencia; asimismo, se obtuvo un nivel alto en estabilidad emocional y un nivel medio bajo en fortaleza y actividad física (Ver Tabla 1). En este sentido, y de acuerdo a lo propuesto por Grotberg (2009), los resultados indican una alta capacidad de los enfermeros, para hacer frente a las adversidades, superarlas e incluso, ser transformados por ellas. De manera detallada, se evidenció un muy alto apoyo y afecto derivado de la familia, siendo el sistema de soporte central en los momentos de adversidad; así mismo, se halló un nivel muy alto de habilidades para participar e influir sobre otros; y una alta capacidad derivada de las experiencias de la primera infancia, relacionadas fundamentalmente con vínculos afectivos, mayormente con cuidadores (Colina y Esqueda, 2004).

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones consultadas, describen un nivel bajo de resiliencia (Fajardo, 2018; González, 2012) o un nivel medio (Barrios y Castillo, 2018; Rodríguez y Ortunio, 2019), principalmente debido a la presencia de factores de riesgo, como el estrés, el desgaste profesional y el bajo bienestar. Todo ello, sugiere que muchos de los hallazgos reportados en distintas regiones, destacan que la alta resiliencia, no es común en esta población, lo cual discrepa con los hallazgos de este estudio.

Al hacer una revisión sobre los posibles factores que estarían influyendo en los altos puntajes, se destaca, en primer lugar, la necesidad de definir el contexto tanto laboral como personal de los enfermeros de objeto de estudio. Primeramente, es evidente la precariedad del sistema de salud, que entorpece la labor de estos profesionales, y, por otro lado, la macro situación social y económica, que merma la calidad de vida, tanto de los enfermeros, como de los pacientes (D'Elia, 2014). Desde la perspectiva de Cortés (2010), son precisamente estas situaciones, las que funcionan como el escenario perfecto para el impulso de la resiliencia; según este autor, para el profesional, el desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Esto implica que las circunstancias difíciles que atraviesa, tanto a nivel laboral, como a nivel personal, son capaces de detectar y movilizar los recursos necesarios para superarlas.

Así, Strachota *et al.* (2003), propone, que, ante estas circunstancias, surgen dos opciones: algunos profesionales abandonan el sistema sanitario a causa de los factores asociados con la adversidad en el trabajo; mientras que por el contrario, a pesar de estas dificultades, muchos otros profesionales sanitarios eligen permanecer en su puesto de trabajo prestando asistencia, sentirse satisfechos con su trabajo y sobrevivir, e incluso desarrollarse a pesar de un clima adverso en el entorno laboral; de manera que, los enfermeros objetos de estudio, entrarían en esta última categoría.

La dimensión fortaleza y actividad física, la cual abarca aspectos de salud y aspectos físicos, fue aquella con menor puntaje, es decir, que la predilección y la práctica de alguna actividad física, se encuentran en un nivel medio bajo, lo cual estaría ajustado a los reportes de otros investigadores. Así, por ejemplo, Alfaya *et al.* (2007) destacan que, muchos de los trabajadores sanitarios, llevan una vida sedentaria, caracterizada por la falta de ejercicios; esto es, porque el personal de salud, generalmente, está inserto en horarios laborales altamente demandantes, los cuales, dejan poco espacio para la recreación y la actividad física (Quiroga, 2009); sin embargo, dicha falta de inserción en actividades físicas, habitualmente, se compensa con un nivel alto de desplazamiento en el ámbito laboral, dada la naturaleza del mismo (Villafuentes-Peña, 2018).

De manera general, puede inferirse la presencia de varios elementos protectores de la resiliencia, tal como plantea Rutter (1985), quien señala la existencia de influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo, tales como: autoestima, pensamiento crítico, creatividad, iniciativa y humor. Efectivamente, Arriagada & Jara (2016), sustentan que detectar los factores favorecedores de resiliencia, ya sea en la persona y/o a nivel familiar, direcciona la intervención de enfermeros/as para obtener una mejor respuesta frente a la adversidad transformándolos en partícipes de su cuidado y, por ende, contribuyendo a respuestas positivas y saludables.

Tabla 2
Estadísticos Descriptivos Respuesta a la Incertidumbre en Enfermeros

Dimensión / Variable	$\bar{X}$	S	Interpretación
Incertidumbre Emocional	12,57	13,06	Bajo
Incertidumbre Cognitiva	35,89	17,28	Medio
Deseo de Cambio	24,02	11,17	Medio
Respuesta a la Incertidumbre	72,48	41,52	Medio

Seguidamente, al describir la respuesta a la incertidumbre en enfermeros, se obtuvieron puntajes que indicaron un nivel medio. Respecto a las dimensiones que componen la variable, se obtuvo un nivel medio de incertidumbre cognitiva y deseo de cambio, así como un nivel bajo de incertidumbre emocional (Ver Tabla 2). Desde la perspectiva teórica de Greco y Roger (2001), estos datos indican que poseen una moderada tendencia a la anticipación previo a la confrontación de eventos potencialmente dañinos. Por otro lado, también sugieren una moderada disposición a planear y buscar soluciones a los eventos inciertos, así como una moderada propensión a querer modificarlos (Guarino, 2010).

Otras investigaciones enfocadas en enfermeros, destacan niveles de incertidumbre similares. Lee (2019), reportó un nivel medio de intolerancia a la incertidumbre en estudiantes de enfermería; mientras que Vaismoradi *et al.* (2011), hallaron que la incertidumbre, es un factor que está siempre presente en los cuidados enfermeros, usualmente, con moderada presencia. Igualmente, Cranley *et al.* (2008) reportaron que, generalmente, los enfermeros tienden a experimentar incertidumbre cognitiva respecto a las enfermedades y pronósticos de los pacientes, por lo que tienden a buscar activamente soluciones a ello.

Mishel (1988), explica que la incertidumbre cognitiva, aparece cuando la persona no puede determinar adecuadamente un evento por falta de señales; debido a ello, procesa cognitivamente los estímulos con relación al medio que lo rodea y construye significados para esa situación. Si las estrategias usadas son efectivas, el enfermero se adaptará a la nueva experiencia, pero si no lo son, entonces habrá un deseo de cambio. De manera que, la incertidumbre cognitiva y el deseo de cambio, parecen ir de la mano (Guarino, 2010).

Siguiendo a Orde (2016) esto podría ser positivo, ya que la moderada incertidumbre provee a los enfermeros la capacidad de hacer frente a la incertidumbre de los pacientes, la cual tiende a ser alta (Castro y Hurtado, 2017; Cerón, 2018; Chávez, 2016; Gómez y Duran, 2012; Jáuregui, 2004; Nureña, 2011); por lo tanto, a nivel profesional, el objetivo no es eliminar por completo los sentimientos de incertidumbre, sino incorporar el uso de estrategias de afrontamiento que conviertan a la incertidumbre en acciones positivas, favoreciendo así el manejo adecuado de los pacientes y sus enfermedades (Flórez *et al.*, 2018).

La incertidumbre está asociada a la tolerancia, a la ambigüedad; esto implica que, la incertidumbre aparece cuando merma de la capacidad para permanecer algún tiempo en situaciones confusas y no resueltas, precipitándose hacia una solución forzada (Furnham, 1995). Específicamente, Trejo (2012), menciona que, en el caso de la enfermería, la incertidumbre aparecería como respuesta a eventos diversos como: la imprecisión (relacionada con el estado de enfermedad), la complejidad (con relación al tratamiento y sistema de cuidado), la falta de información (acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad) y la falta de predicción (sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico). No obstante, los enfermeros están habituados a tales factores, razón por la que su presencia, aunque desencadena incertidumbre, no es desadaptativa, sino que más bien es valorada como una oportunidad, ya que se preocupan más por lo positivo que por lo negativo (Torres y Sanhueza, 2006).

La incertidumbre emocional fue aquella con menor puntaje, apuntando a una baja tendencia a experimentar emociones negativas frente a las experiencias inciertas (Guarino, 2010). Esto, sería un factor protector, ya que se esperaría que presenten bajos niveles de estrés, depresión, ansiedad, enojo o irritabilidad (Subirana, 2013). Una probable explicación es que los enfermeros se han caracterizado por ser una comunidad de profesionales que se apoya emocionalmente entre sí, y porque la familiaridad con el evento –sobre los distintos escenarios que aparecen en el sistema de salud- los prepara para manejar las reacciones emocionales (Froggatt, 1998; Trejo, 2012).

Tabla 3
Correlación de Pearson Resiliencia y Respuesta a la Incertidumbre en Enfermeros

Resiliencia		Incertidumbre Emocional	Incertidumbre Cognitiva	Deseo de Cambio	Respuesta a la Incertidumbre
Seguridad Afectiva	Coeficiente de correlación	0,06	0,04	0,02	0,04
	Sig. (Bilateral)	0,55	0,69	0,84	0,69
Estabilidad Emocional	Coeficiente de correlación	0,16	0,04	-0,01	0,07
	Sig. (Bilateral)	0,11	0,69	0,92	0,48
Fortaleza y Actividad Física	Coeficiente de correlación	-0,02	0,06	0,08	0,07
Control Personal y Competencia	Sig. (Bilateral)	0,84	0,55	0,42	0,48
	Coeficiente de correlación	0,09	0,1	0,08	0,1
	Sig. (Bilateral)	0,37	0,32	0,42	0,32
Resiliencia	Coeficiente de correlación	0,11	0,09	0,06	0,11
	Sig. (Bilateral)	0,27	0,37	0,55	0,27

Finalmente, al establecer la dirección, magnitud y significancia de la relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en enfermeros, se aplicó la correlación de Pearson, la cual indicó que no existe relación entre las variables y/o dimensiones evaluadas (Ver Tabla 3). Con base en esto, se acepta la hipótesis nula de investigación, la cual establece que no existe relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre en enfermeros.

El análisis correlacional discrepa entre las hipótesis y comprobaciones empíricas realizadas por distintos investigadores. Recientemente, Lee (2019), comprobó que la tolerancia a la incertidumbre, estaba estrechamente relacionada con mayores niveles de resiliencia, especialmente en factores como la regulación de las emociones propias en eventos adversos, las habilidades interpersonales y la tendencia a las emociones positivas. Por su lado, Jang (2016), en población de estudiantes universitarios, halló que los bajos niveles de incertidumbre, predecían menos dificultades en el control emocional y la auto eficiencia en circunstancias difíciles; lo cual, a su vez, converge con los hallazgos de Kang, King y Park (2016) quienes reportaron un moderado efecto de la resiliencia en la percepción de estrés y sentimientos negativos respecto al futuro. En esta línea, Stilos *et al.* (2007), encontraron que la incertidumbre, cuando era manejada de manera positiva, ayudaba a los enfermeros a experimentar emociones positivas y control profesional.

Aunado al panorama anterior, y tomando en cuenta que la incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro (Mishel, 1988) era esperado que existiera una relación significativa entre resiliencia e incertidumbre, considerando también el estudio de Aluram y Punamaiki (2008), donde se halló que el empleo del optimismo, impactaba positivamente en la resiliencia respecto a la solución de problemas ambiguos, de igual forma Steinhart y Dolbier (2008) concluyeron que el manejo de estos se asociaban consistentemente con la resiliencia.

Pese a la falta de evidencia que compruebe dicha relación en el presente estudio, es necesario mencionar las explicaciones que Omar *et al.* (2011), dan sobre ello. Estos autores postulan que, muchos de los hallazgos recabados en la literatura internacional, no se muestran aún suficientes para la construcción de un cuerpo sólido de conocimientos sistemáticos, que permita explicar adecuadamente el rol de las capacidades psicosociales sobre la capacidad para afrontar la adversidad y salir fortalecido de ella. Ajustado al contexto de enfermería, las múltiples tareas que se realizan en conjunto con las características propias de cada paciente y las vicisitudes inherentes a la crisis del sistema de salud, podrían concebirse como factores psicosociales que impactan en la resiliencia o las sensaciones de incertidumbre. Sin embargo, esto debe ser comprobado con investigaciones más específicas, que además, tomen en cuenta las experiencias particulares de los enfermeros, tanto a nivel profesional como a nivel personal, pudiendo esto favorecer la comprensión de la dinámica entre resiliencia e incertidumbre.

Ni la resiliencia, ni la respuesta a la incertidumbre, son variables estáticas. Es decir, no se trata de fenómenos totales o absolutos, sino que son procesos que dependen de las experiencias traumáticas vividas, que superan los recursos del individuo y que varían según circunstancias, contextos, etapas de la vida y entorno cultural (Grothberg, 1995; Mishel, 1988). Ser resiliente o tolerante a la incertidumbre, no significa una protección absoluta, ya que existen límites, y no hay persona que sea invulnerable, razón por la que la valoración de los factores de riesgo y los factores de protección, juegan un papel importante para un mayor entendimiento de sus manifestaciones (Cranley *et al.*, 2009; Ludgleydson *et al.* 2015).

La baja representatividad de la muestra, respecto a la población de enfermeros, es una limitación clara del presente estudio, por lo que futuros investigadores, deben considerar ampliar el tamaño de la muestra, controlando variables como el género, la edad, el área de trabajo y la antigüedad laboral, tomando en cuenta que estas podrían incidir en la capacidad para sobrellevar los acontecimientos estresantes y en el manejo de la ambigüedad.

CONCLUSIONES

La resiliencia y el manejo de la incertidumbre, son esenciales en el campo de la enfermería. Es por ello que esta investigación, tuvo como propósito, determinar la relación entre ambas. Los resultados, de acuerdo a la medición descriptiva de la resiliencia, mostraron un nivel alto, sugiriendo que los sujetos de estudio, muestran cualidad para resistir y adaptarse a situaciones traumáticas y difíciles, lo cual pueden cumplir gracias a que cuentan con recursos como: apoyo familiar, vínculos altamente afectivos, autopercepción de poder, competencia social, conciencia y, en menor medida, la práctica de actividad física. Cabe destacar que la población encuestada está en la capacidad de comprender la adversidad como una posibilidad de crecimiento para consigo mismo y en el ámbito laboral, lo que puede llegar a tener su implicación directa con quienes se relacionan, principalmente con los pacientes. Permitiéndoles estos niveles de resiliencia, ser portavoces y transmitir lo que viven y experimentan, manejando sus emociones frente a aquel que necesita ser fortalecido ante la enfermedad.

Respecto a la respuesta a la incertidumbre, se concluye que presentan una moderada incapacidad para determinar el significado de los eventos; incluyendo: una tendencia a planificar y buscar soluciones a las circunstancias ambiguas e interés o deseo de modificarlas. Pese a ello, no se encontraron manifestaciones que sugirieran la presencia de emociones negativas ante tales circunstancias, lo cual, repercute positivamente en la salud mental, debido a que disminuye las probabilidades de que emerjan trastornos como la depresión, ansiedad o estrés crónico. Aunque los niveles de incertidumbre fueron moderados, estos podrían favorecer la práctica de enfermería, por cuanto permiten reevaluar los eventos inciertos en oportunidades para mejorar la atención. Puede afirmarse que la población del estudio

maneja la incertidumbre en niveles moderados, lo que le resulta beneficioso para la constante búsqueda de soluciones, adaptándose a la realidad y a los medios con los que se cuentan, dando respuesta a su labor sin perder el control de sus emociones.

No se encontraron evidencias que avalen la relación entre la resiliencia y la respuesta a la incertidumbre. Por ello, se hace hincapié en dar continuidad a esta línea de investigación, tomando en cuenta que el equipo de salud, especialmente los profesionales de enfermería, deben estar provistos de herramientas y estrategias que ayuden a mermar las situaciones de índole negativa a las cuales se ven enfrentados, y fundamentalmente, de recursos psicológicos como la resiliencia, por lo que indagar sobre los factores que inciden en esta, es el primer paso para lograrlo.

En este orden de ideas, se hace necesario recomendar a los sujetos de investigación, que busquen apoyo de los profesionales de la psicología, con la finalidad de que estos los provean de herramientas que permitan un mejor control de la incertidumbre que vivencian en el contexto laboral. De igual forma, se recomienda a otros investigadores, la ejecución de estudios que ofrezcan modelos explicativos sobre los constructos que influyen en la resiliencia de los enfermeros (estudios, correlaciones entre variables como la salud mental, el estrés y la ambigüedad laboral, etc.), para lograr concretar una base que permita no solo entender cómo la resiliencia se incrementa o disminuye según ciertos factores, sino que también sirva para la ejecución de líneas de intervención.

REFERENCIAS

- Alfaya, M., Gallardo, M., Gil, M., Bueno, M., Benbunan, B. y Kraemer, M. (2007). La actividad física en el personal sanitario. Un estudio en la Ciudad Autónoma de Melilla. *Conferencia Educación, Actividad Física, Salud y Empresa*. https://www.researchgate.net/publication/259079242_La_actividad_fisica_en_el_personal_sanitario_Un_estudio_en_la_Ciudad_Autonomade_Melilla
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2019). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*. Consejo de Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/countries/venezuela>
- Aluram, J., y Punamaiki, R. (2008). Relationship between gender, age, academic achievement, emotional intelligence and coping stiles in Bahraini adolescents. *Individual differences research*, 6, 104-119. <https://psycnet.apa.org/record/2008-09870-003>
- Arriagada, F. y Jara, P. (2016). Resiliencia como estrategia para la práctica de enfermería. Una propuesta teórica. *BENESSERE*, 1(1), 58-67. <https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/download/1339/1375>
- Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clin*, 24(5), 283-89. <https://medes.com/publication/92749>
- Barlach, L., Limongi, A.y Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliencia aplicado ao trabalho nas organizações. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (1), 101-112. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a11.pdf>
- Barrios, V., y Castillo, A. (2018). *Estresores laborales y resiliencia en enfermeras de los servicios de medicina y cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017*. (Tesis de Grado) Arequipa:

- Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f8881bfe-3638-4bfd-a68d-566cb2bf89fa/content>
- Benavente-Cuesta, M. & Quevedo-Aguado, M. (2018). Resiliencia, bienestar psicológico y afrontamiento en universitarios atendiendo a variables de personalidad y enfermedad. *Revista de Psicología y Educación*, 13 (2), 99-112. <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/161.pdf>
- Castro y Hurtado, (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y Enfermería*, 23 (1), 57-65. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532017000100057&script=sci_abstract
- Cerquera, A. y Pabón, D. (2015). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25 (1), 33-46. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a03.pdf>
- Cerón, J. (2018). *Incertidumbre del paciente con falla cardíaca frente al trasplante cardíaco*. (Tesis de Maestría). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68909?show=full>
- Chávez, M. (2016). *Respuesta a la incertidumbre en pacientes con insuficiencia renal crónica*. (Tesis de Grado). Maracaibo: Universidad del Zulia.
- Colina, K. y Esqueda, L. (2002). *El concepto de resiliencia. Una escala para su evaluación y sus propiedades psicométricas*. (Tesis de Grado). Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta.
- Cortés, J. (2010). La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 27-32. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004
- Cranley, L., Doran, D., Tourangeau, A., Kushniruk, A. y Nagle, L. (2009). Nurse's uncertainty in decision-making: a literature review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(1), 3-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19302543/>
- D'Elia, J. (2014). Situación de la salud pública en Venezuela. *El país político*, 388-391. http://64.227.108.231/PDF/SIC2014769_388-391.pdf
- Eugenio, L. (2017). *Resiliencia y síndrome de burnout en profesionales de la salud*. (Tesis de Grado). Ambato: Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/25243>
- Flórez, I., Montalvo, A. y Romero, E. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en Enfermería*, 36 (3), 283-291. <http://ciberindex.com/index.php/rae/citationstylelanguage/get/apa?submissionId=538>
- Froggatt, K. (1998). The place of metaphor and language in exploring nurses emotional work. *Journal of advanced nursing*, 28(2), 332-338. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9725730/>
- Furnham, A. (1995). Tolerance of ambiguity: a review of the concept, its measurements and applications. *Current psychology, learning, personality, social*, 14, 179-199. <https://link.springer.com/article/10.1007/bf02686907>

- Gómez, I. y Duran, M. (2012). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. *Avances en Enfermería*, 30, 18-28. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39681>
- González, E. (2012). *El fenómeno de la resiliencia en el bienestar y el rendimiento laboral*. (Tesis de Maestría). Oviedo: Universidad de Oviedo. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/18231/6/TFM_EstefaniaGonzalezPiedra.pdf
- Greco, V. y Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: the construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 519-534. <https://psycnet.apa.org/record/2001-01961-005>
- Grotberg, E. (1995). *The international resilience Project: promoting resilience in children*. Editorial de la Universidad de Wisconsin. <https://eric.ed.gov/?id=ED383424>
- Jang, J. (2016). The effects of intolerance of uncertainty, experiential avoidance and difficulties in emotional regulation on careers indecision among undergraduate students. *Korean J Counsel*, 17 (2): 121-138. [DOI:10.15703/kjc.17.2.201604.121](https://doi.org/10.15703/kjc.17.2.201604.121)
- Jáuregui, A. (2004). Atención psicológica. *MinusVal*, 17 (19): 22-23.
- Kang, S., King, H., y Park, B. (2016). The moderating effect of resilience in relation between job seeking stress, socially prescribed perfectioning and depression of university stud. *Korean J Youth Studies*, 23(1), 77-98. <https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=3406350>
- Lee, J. (2019). Effect of resilience on intolerance of uncertainty in nursing university students. *Nursing Forum*, 54(1), 53-59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30300447/>
- Lousinha, A. y Guarino, A. (2010). Adaptación hispana y validación de la escala de respuesta a la incertidumbre. *Pensamiento psicológico*, 8 (15): 89-100. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4839155&pid=S0719-448x201300010000700030&lng=pt
- Ludgleydson, F., Teva, I., y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Ter psicol*, 33(3), 257-76. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300009
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K., Rothbaum, B. y Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), 292-299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21974793/>
- Merino, C. (2019). *Nivel de síndrome de burnout en enfermeros que laboran en hospitalización del Hospital Tingo María los meses de julio a diciembre del año 2014*. (Tesis de Maestría). Huánuco: Universidad de Huánuco. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3030233>
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. *J NursScholarsh*, 20 (4), 225-231. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3203947/>
- NANDA International. (2009). *Diagnósticos enfermeros*. Definiciones y clasificación. Editorial Elsevier.

- Nureña, C. (2011). Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH: estudio etnográfico con personas con VIH de Lima, Perú. *Información, Cultura y Sociedad*, 87 (116). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17402011000200006
- Omar, A., Paris, L., Uribe, H., Ameida, S., & Souza, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia em jóvenes y adolescentes. *Psicología Em Estudo*, 16(2), 169-277. <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287122138010.pdf>
- Orde, S. (2016). Uncertainty in nursing: the impact on practice and leadership. (Tesis de Maestría). Minneapolis: Augsburg College. <https://idun.augsburg.edu/etd/3/>
- Quesada, L., Prendes, E., Fernández, B., Torres, K., Ríos, P. y Álvarez, S. (2018). Adaptación positiva a la adversidad. Resiliencia en enfermería. IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-6-comu2.pdf>
- Quiroga, I. (2009). *Estilos de vida y condiciones de salud de los enfermeros*. (Tesis de Grado). Mendoza: Universidad del Aconcagua. http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/149/tesis-3781-estilos.pdf
- Ramos, F. (2018). *Nivel de resiliencia y síndrome de burnout en enfermeros del departamento de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales*, 2018. (Tesis de Grado). Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3194>
- Rodríguez, A. y Ortunio, M. (2019). Resiliencia en trabajadores de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 7 (1), 27-33. <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2182>
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6), 619-626. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/019188699390003L>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British journal of psychiatry*, 147, 598-611. <https://psycnet.apa.org/record/1987-07481-001>
- Stilos, K. Moura, S. & Fling, F. (2007). Building comfort with ambiguity in nursing practice. *Clinical journal on oncology nursing*, 11(2), 269-263. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17573276/>
- Steinhardt, M., y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18316290/>
- Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M., & Krukow, B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 111-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12584464/>
- Subirana, M. (2013) *Actitudes ante la incertidumbre*. https://elpais.com/elpais/2013/06/28/eps/1372432584_818282.html

- Torres, A. y Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre ante la enfermedad. *Ciencia y Enfermería*, 12(1), 9-17. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci_arttext
- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería neurológica*, 11(1), 34-38. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1034690>
- Vaismoradi, M., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2011). Nurses experience if uncertain in clinical practice: a descriptive study. *Journal of advances nursing*, 67(5), 991-999. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21214617/>
- Villafuentes-Peña, C. (2018). Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el Cuestionario Mundial sobre la Actividad Física (GPAQ). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(4), 263-272. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979994>

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, titulado: RESILIENCIA Y RESPUESTA A LA INCERTIDUMBRE EN ENFERMEROS, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Post-traumatic stress in women victims of domestic violence

ISAAC DUGARTE

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Email: isaacdugarte2020b@gmail.com

MARÍA PORRAS

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Email: mariaengraciaporras@gmail.com

Admisión: 02-08-2023
Aceptación: 02-10-2023

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo determinar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. La metodología fue de nivel descriptivo, con modelo de estudio de campo y diseño no experimental transeccional descriptivo. La población estuvo constituida por mujeres víctimas de violencia doméstica de la ciudad de Maracay, Estado Aragua; con una muestra no probabilística accidental de 100 mujeres voluntarias. Se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) propuesta por Echeburúa et al. (2016). Se encontró presencia del trastorno de estrés postraumático y alta intensidad de sus síntomas. Además, se reportó que un episodio único de violencia, el vivirla en el momento actual, más tiempo experimentando la violencia, las secuelas físicas generadas y la revictimización, incrementaban la reexperimentación, el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y el estrés postraumático.

PALABRAS CLAVE: Estrés postraumático, mujeres, víctimas, violencia doméstica

ABSTRACT

The objective of the research was to determine posttraumatic stress in women victims of domestic violence. The methodology was descriptive, with a field study model and a non-experimental transectional descriptive design. The population consisted of women victims of domestic violence in the city of Maracay, Aragua State; with an accidental non-probabilistic sample of 100 women volunteers. The Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale (EGS-R) proposed by Echeburúa et al. (2016) was applied. Presence of PTSD and high intensity of its symptoms were found. In addition, it was reported that a single episode of violence, living it in the present moment, more time experiencing violence, the physical sequelae generated and re-victimization, increased re-experiencing, increased psychophysiological activation and reactivity and post-traumatic stress.

KEY WORDS: Post-traumatic stress, women, victims, domestic violence

COMO CITAR: Dugarte, I. y Porras, M. (2023). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Sistemas Humanos*, 3(2), 39-55 pp

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios del mundo, la humanidad ha sido víctima de cambios y situaciones traumáticas que generan transiciones en sus vidas que pueden llegar a acarrear cambios radicales tanto en su psicología como en su propia fisiología. Southwick y Friedman, 2001 (citado por Coelho y Costa, 2010) sugieren que varios sistemas neurobiológicos son activados cuando el organismo se enfrenta a situaciones amenazadoras. Estos sistemas, que implican varias regiones cerebrales y sistemas de neurotransmisores, desencadenan en el organismo un conjunto de respuestas, específicamente ansiedad, miedo, huida o lucha, que tienen como finalidad principal proteger. Concordando con que la víctima de algún suceso aterrador puede llegar a desarrollar luego de haber sufrido el trauma, lo que es el padecimiento y la patología sintomática del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Según Campos y López (2017), el TEPT es una afección de salud mental que las personas pueden llegar a desarrollar tras vivenciar o experimentar directamente algún evento traumático, tener una exposición directa del mismo u observar que alguien lo vive. Este episodio puede ser vivido desde el punto de vista de la persona que lo padece, como una experiencia que pusiera en peligro su vida, su bienestar y su salud, como el caso de la guerra, un desastre natural, una agresión sexual o agresión hacia la integridad propia de la persona.

De la misma manera, el término TEPT, el cual, según Campos y López (2017), engloba dos aspectos bien definidos: por una parte, una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otra, el trauma, refiriendo así que el estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda externa o interna. Cabe destacar que, frente a un estresor, el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis), donde dicho estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). Consecuente a esto, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico.

Aunado a esto, tomando en cuenta la descripción del TEPT, según la American Psychiatric Association (APA, 2016), específicamente en el DSM-5, al padecer este trastorno se generan alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después de este, por lo que al desarrollar dicha variable con el uso del contenido teórico desarrollado por la APA (2016) se describe el trastorno con sus síntomas, diagnósticos diferenciales y otros principios que ayudan a los clínicos a diagnosticar y a clasificar los desórdenes psicológicos. Así mismo, explica detalladamente los diferentes síntomas de esta enfermedad mental producto de una experiencia traumática, el plazo mínimo de tiempo que se debe considerar para descartar o afirmar que la persona padece de la misma, los riesgos, incidencias y otros factores determinantes.

Por otro lado, en cuanto a las causas del TEPT se habla a nivel mundial, según un estudio de la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana para La Salud (OMS, OPS, 2013), llevado a cabo en 21 países, que más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año a causa de estos sucesos. De igual forma, tras evaluar la prevalencia del TEPT en sujetos luego de haber vivenciado sucesos y circunstancias de violencia y agresión, mencionan que en el continente americano existe una continuidad del TEPT a lo largo de la vida del 4,6%. Así mismo,

establecen tras el estudio realizado que en Latinoamérica existe la presencia y persistencia del TEPT a lo largo de la vida, con un índice del 2,5.

Con relación a la violencia doméstica, Fernández, 2003 (citado por Rodríguez, 2013) permite comprender que esta tiene relación directa con aquellos ataques que, comúnmente, el hombre tiene con la mujer en un contexto más íntimo; ya que, es a través de estos ataques o agresiones, donde el hombre tiene sometimiento y control de la víctima, en este caso particular la mujer como pareja de dicho hombre. Igualmente, Pueyo y Redondo, 2007 (citado por Rodríguez, 2013), hablan de que la violencia doméstica se da cuando existen agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otras índoles, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar, causando un daño físico o psicológico y vulnerando la libertad de la otra persona.

Consecuentemente, al hablar de su prevalencia, la OMS (2005), tras un estudio realizado en Londres y Ginebra, pone de manifiesto que la violencia doméstica es la más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos. Aunado a esto, Rivas (2000), realizó un estudio sobre la violencia en mujeres de la ciudad de Mérida, Venezuela; donde se mostró que la mayoría de la población estudiada sufre de violencia en sus hogares (74%), el maltrato es más frecuente en mujeres jóvenes (76.5%), casadas (38.5%), dedicadas al oficio del hogar (41.5%) y con un nivel de instrucción de secundaria incompleta (26.5%).

En el mismo orden de ideas, se ha evidenciado, según los resultados obtenidos en la investigación realizada en Chile por Aguirre *et al.* (2010) que con la participación de 42 mujeres víctimas de violencia doméstica se evaluó la presencia de TEPT en ellas, junto con la percepción de su propia situación y la atención recibida en las instituciones y programas que las ayudaron. Usando una entrevista semiestructurada y la escala de gravedad de Estrés Postraumático (TEPT), se encontró que el 40.5% de la muestra cumplía con los criterios de TEPT, y el 26.2% presentaba significativa sintomatología sub-umbral, de igual manera se evidenció que el 39.3% de mujeres cuya situación de violencia había terminado, presentaban TEPT.

Del mismo modo según la investigación realizada por Campos y López (2017) en Perú de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en una muestra de 236 mujeres mayores de edad víctimas de violencia doméstica, cuyo objetivo primordial fue determinar el nivel de frecuencia e intensidad del estrés postraumático, los resultados concluyeron que existe una alta sintomatología del TEPT en dicha población, debido a que los resultados mostraron un índice de 45.22% de padecimiento, presentándose 25% en su forma aguda; 17.8% en su forma crónica; 7.1% en su forma de inicio moderado; 3.5% en su forma de inicio moderado crónico y 46.5% en su forma sub síndrome. Igualmente, se evidenció que la frecuencia de los síntomas de reexperimentación fue del 28.5%, los síntomas de evitación fueron del 39.2%, los síntomas de activación fueron del 32.3%.

Ahora bien, al hablar específicamente de Venezuela, según Massiah (2016) al menos el 60% de los venezolanos, han sufrido de estrés postraumático, originado por el daño psicológico de un suceso que pudo atentar contra su vida, según estadísticas calculadas por especialistas de la salud mental. Aunado a esto se registra que en el año 2020 el estado Aragua llegó a ocupar el cuarto lugar entre los estados de Venezuela con más violencia de todo el país, mostrando una tasa de 60,5 de muertes violentas por cada 100 mil habitantes (m/h), de acuerdo a lo publicado por el informe regional anual del Observatorio Venezolano de Violencia de Aragua (OVV Aragua, 2020).

Asimismo, se estableció que, durante todo el año, en la referida entidad, hubo un total de 24 asesinatos de mujeres perpetradas por hombres en diferentes situaciones; donde prevalecen edades

entre 16 y 75 años de las mujeres que fueron asesinadas, de las cuales seis eran madres que dejaron un total de 15 huérfanos. Se evidenció que el tipo de femicidio más notorio con un 54% fue el íntimo o familiar, el cual ocurre en un contexto donde hay un vínculo con la pareja, expareja y familiares; y donde existió anteriormente un ciclo de diferentes tipos de violencia como físicas, sexuales, psicológicas, económica, entre otros, que aumentaron hasta llegar a este hecho lamentable de la muerte.

Por lo tanto, al observar los resultados obtenidos en Latinoamérica respecto a la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica, el aumento es evidente, debido a las cifras de violencia contra la mujer de los últimos años en Venezuela. Específicamente, el último año en el estado Aragua, los casos de violencia a la mujer se llevan a cabo, con mayor énfasis en el ámbito privado; dado a esto muestra la gran importancia de la investigación en cuanto al estudio y evaluación de la prevalencia y sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en dicha población en la ciudad de Maracay del estado Aragua.

En atención a la problemática expuesta, esta investigación se justifica desde diferentes puntos de vista a saber: Desde el contemporáneo y social, porque podría ayudar a dichas mujeres que padecen de estrés postraumático por causa de la violencia doméstica a acoplarse a la actual sociedad en medio de los desafíos que diariamente se presentan. Por otro lado, este estudio se justifica desde el punto de vista práctico, porque presentará diferentes recomendaciones que faciliten, a través del estudio de la ciencia de la psicología, la rehabilitación de mujeres con trastorno de estrés postraumático causado por violencia doméstica.

Finalmente, la relevancia científica del estudio se centra en los aportes que presenta el mismo para la psicología, considerando las posibles manifestaciones del TEPT en mujeres venezolanas, para proponer recomendaciones pertinentes que ayuden al alivio de síntomas y la atención de estos casos que, en general, parecen ser muy comunes. Igualmente, dicho trabajo científico servirá de base y antecedente para futuros estudios sobre el TEPT en poblaciones víctimas de violencia. Basándose en la problemática expuesta, se formula la siguiente interrogante: ¿Cómo es el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica? Por lo tanto, se plantea como objetivo general de la investigación: determinar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación se utilizó el método cuantitativo, ya que en ella se midió la variable en función de una magnitud y cantidad determinada. Es de nivel descriptivo, porque su objetivo fue evaluar con la mayor precisión posible diversos aspectos, dimensiones, componentes y características de la variable Estrés Postraumático. En cuanto al modelo de la investigación, se presenta como un estudio de campo, en el cual se tomaron en cuenta los datos recopilados en el ambiente natural donde se desenvuelven los sujetos. Se utilizó un diseño de investigación no experimental transeccional descriptivo, ya que este observa los acontecimientos sin realizar ningún tratamiento o intervención directa, puesto que busca es describir, establecer y analizar dichos sucesos que ocasionaron o fueron factor de influencia para que se desarrollara el Estrés Postraumático en las mujeres víctimas de violencia doméstica.

La población estuvo constituida por mujeres víctimas de violencia doméstica de la ciudad de Maracay, Estado Aragua. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico, accidental o casual, el cual consiste en trabajar con lo que se encuentra disponible y está al alcance, es decir, sujetos voluntarios, constituidos por las mujeres víctimas de violencia doméstica que asistieron al Instituto de la Mujer en Aragua, a la Fiscalía de Violencia de Género del Municipio Girardot, a

la Defensoría del Pueblo en Maracay y al Tribunal de Violencia ubicados en la ciudad de Maracay, Estado Aragua. Así mismo, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra a través de la fórmula para población infinita o desconocida, puesto que se desconoce el tamaño real de la población. Tomando en cuenta un nivel de confianza 95% y error muestral de 10%. A su vez, se asume una varianza máxima de la proporción en la que aparece y no aparece la variable Estrés Postraumático en dicha población, obteniendo entonces un resultado de 100 sujetos voluntarios en total para la aplicación del instrumento.

El instrumento que se aplicó de manera presencial para medir la variable fue la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) propuesta por Echeburúa *et al.* (2016), la cual es una escala estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 *ítems* en correspondencia con los criterios diagnósticos planteados por la APA (2016) en el DSM-5 divididos en 4 núcleos (dimensiones): los *ítems* del 1 al 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), del 6 al 8 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), del 9 al 15 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y del 16 al 21 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos.

Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro *ítems* destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis *ítems* para valorar el grado de afectación o funcionalidad relacionado con el suceso traumático; aunque estos no fueron aplicados en la presente investigación para evitar que el instrumento fuera largo y las mujeres no respondieran.

Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa *et al.*, 1997), que mostraba unas buenas propiedades psicométricas. Su aplicación es de forma colectiva o individual en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Posee cuatro respuestas alternativas de acuerdo a la frecuencia con que la se presenta el síntoma 0 = "Nada", 1 = "Una vez por semana o menos/Poco", 2 = "De 2 a 4 veces por semana/Bastante" y 3 = "5 o más veces por semana/Mucho".

Para su interpretación y corrección se consideraron los 21 *ítems* con un total de 63 puntos como máximo, tomando como referencia si se encuentra presente o no el diagnóstico del TEPT en función a los criterios propuestos por la APA (2016) en el DSM-5, llegando a la conclusión de que se debe al menos padecer un síntoma de reexperimentación, un síntoma de evitación, dos síntomas de alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y dos síntomas de aumento de la activación/reactividad psicofisiológica, lo cual, para considerar un síntoma presente, este debe puntuarse por lo menos con dos puntos en el ítem correspondiente. Igualmente, para interpretar las puntuaciones obtenidas en la EGS-R, se estudiaron los puntos de corte de la EGS-R y de sus cuatro núcleos de síntomas mediante el análisis de las curvas ROC.

Cuadro 1*Baremo de interpretación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)*

Escala	Rango	Puntuación requerida	Interpretación
Reexperimentación	(0-15)	$X \geq 2$ puntos en 1 ítem	Padece reexperimentación del suceso traumático
Evitación conductual/cognitiva	(0-9)	$X \geq 2$ puntos en 1 ítem	Padece evitación conductual/cognitiva
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	(0-21)	$X \geq 2$ puntos en 2 ítems	Padece alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo
Aumento de la activación y reactividad psicológica	(0-18)	$X \geq 2$ puntos en 2 ítems	Padece aumento de la activación y reactividad psicológica

Nota. Echeburúa *et al.* (2016)

En cuanto a las propiedades psicométricas, el instrumento propuesto por Echeburúa *et al.* (2016) de manera global mostró una buena validez discriminante ($g = 1.27$), esta se calculó en la puntuación total de la EGS-R y de las diferentes subescalas, mediante la *t* de Student y la *g* de Hedges (tamaño del efecto). Para determinar el grado de validez convergente de la EGS-R, se calculó la correlación bi serial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del TEPT según el diagnóstico categorial del DSM-5 en la muestra total y en los dos grupos (clínico y normativo), obteniendo una correlación de 0.78 en la muestra total, comprobado a través de un análisis factorial confirmatorio. Al estudiar la validez concurrente, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, entre la escala EGS-R con el BDI-II y el STAI-E, obteniendo resultados satisfactorios. Puesto que, se obtuvieron puntajes de 0.62 en el BDI-II y 0.57 en el STAI-E, encontrando así relaciones estadísticamente significativas y de magnitud elevada entre la puntuación total de la EGS-R y la sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (STAI-E).

En relación con la confiabilidad de manera general, la totalidad de las escalas muestran una alta consistencia interna, puesto que se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91 para la escala total (21 ítems). Igualmente, se evidenció una alta eficacia diagnóstica del 82.48% indicando así que la escala es apropiada para discriminar a las mujeres víctimas de violencia doméstica respecto al posible diagnóstico de TEPT.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez que se completó el proceso de recolección de información, los instrumentos fueron revisados y corregidos, introduciendo los datos en un programa estadístico con el cual se realizaron los procedimientos necesarios para responder a los objetivos de la investigación. En primer orden, se aplicaron estadísticas descriptivas para determinar el comportamiento del estrés postraumático y sus dimensiones, lo cual se muestra en tablas con la Media ($\bar{X}$), Desviación estándar (*S*) y la interpretación de la media de acuerdo con el baremo.

Posteriormente, se utilizó la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de la población, resultando en una distribución no normal, por lo que se aplicaron pruebas de tipo no paramétrico para lo correspondiente a las comparaciones por algunos factores asociados con la experiencia de violencia doméstica. Fueron usadas con esta finalidad la *U* de Mann Whitney y la *H* de Kruskal Wallis con un nivel de significancia estándar de $p < 0.05$.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos para el estrés postraumático

Dimensión/Variable	$\bar{X}$	S	Interpretación
Reexperimentación	9,33	3,049	Presente
Evitación conductual/cognitiva	6,29	2,240	Presente
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	9,34	4,558	Presente
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	9,36	3,996	Presente
Estrés postraumático	34,32	9,248	Presente

De la Tabla 1, se desprende que el estrés postraumático estuvo presente en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación, al igual que las cuatro dimensiones que se valoran en dicho trastorno. En conformidad con estos resultados y con lo referido por la APA (2016), se evidenciaron percepciones negativas en estas mujeres cuando se les preguntó sobre el suceso traumático, con alteraciones a nivel cognitivo, emocional y conductual, que fueron producto, aparentemente, de sus experiencias de violencia.

Para discriminar en las dimensiones, la presencia de reexperimentación indicó que estas mujeres suelen vivenciar sensaciones de miedo, angustia o ansiedad cuando piensan en las circunstancias de violencia que han vivido; incluso la sensación llega a ser tan real que reviven las imágenes desagradables con tal intensidad que manifiestan síntomas fisiológicos como sudoración, sobresaltos, mareo, intranquilidad; lo cual también puede ocurrir si llegan a ser testigos de una situación similar a la que ellas han pasado. Además, llegan a tener sueños recurrentes con estos hechos que pueden interferir en sus patrones de descanso.

Cabe destacar que Echeburúa *et al.* (2016), explican que la reexperimentación se relaciona con la revivencia de la violencia con imágenes y pensamientos que vienen a generar malestar, tal como ocurrió con las mujeres que participaron en la investigación. En este sentido, dichas féminas pueden tener breves recuerdos, alucinaciones o presenciar este tipo de hechos y manifestar reacciones emocionales y/o fisiológicas tan intensas como las que expusieron en el momento en que estaban siendo violentadas. Es conveniente en este punto indicar que, según Risco (2005), cada reexperimentación es una réplica de la reacción original, que repite el trauma (la violencia doméstica) y perpetúa la respuesta en la mujer, lo cual se estaría suscitando en las participantes.

Sobre lo anterior, este cuadro de indicadores corresponde con el criterio B de la APA (2016), en los cuales se señalan recuerdos sobre el evento traumático como pensamientos intrusivos, sueños angustiantes sobre lo sucedido, malestar emocional y fisiológico cuando se piensa en el hecho o se observa a otra persona siendo violentada dentro del hogar, dado que esto es el suceso traumático considerado en la presente investigación.

La evitación conductual/cognitiva también estuvo presente en el grupo muestral, lo cual indicó, interpretando lo referido por Echeburúa *et al.* (2016), que estas mujeres tienden a evitar personas, lugares o situaciones que les hagan recordar su experiencia de violencia doméstica; también evitan hablar del tema porque esto les genera malestar emocional; del mismo modo que hacen los esfuerzos cognitivos necesarios para no pensar ni imaginar nada relacionado con el suceso traumático.

De acuerdo con Rojas (2016), la evitación supone un esfuerzo tal que puede causar agotamiento emocional en la persona porque es una tarea recurrente a nivel cognitivo y conductual que requiere de la voluntad de no pensar o imaginar la situación; o tratando de desviar la atención de este tipo de

pensamientos intrusivos cuando llegan a aparecer, porque la mujer está consciente de que le generan malestar emocional y ansiedad por lo cual activaría mecanismos o recursos psicológicos que la ayuden a minimizar este tipo de pensamientos.

Según Risco (2005), la evitación se da en dos formas: en un sentido estricto que comprende el proceso ya descrito de esfuerzos por evitar todo aquello que le recuerde a la persona el hecho traumático, que en este caso sería que las mujeres traten de no pensar en su situación de violencia o eviten estar con personas o en lugares que evoquen estos recuerdos que les causan sensaciones negativas tanto emocionales como fisiológicas. Y una segunda forma, de carácter disociativo o de embotamiento psíquico donde se experimenta enajenación y limitaciones en las áreas emocionales y cognitivas.

Esta última forma de evitación ha sido denominada por Echeburúa *et al.* (2016), como alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, las cuales estuvieron presentes en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación y comprenden una visión negativa de ellas mismas y de su futuro, con una profunda sensación de desesperanza y desinterés por las actividades cotidianas, distanciamiento de otras personas y la limitación de sentir emociones positivas como alegría, amor o satisfacción personal, dando cabida, mayormente a sentimientos negativos.

Lo anteriormente descrito se asocia con el Criterio D de la APA (2016), para el TEPT: esfuerzos para evitar situaciones asociadas al hecho traumático, anhedonia, amnesia psicogénica que se manifiesta en la incapacidad para recordar algún aspecto relevante del suceso (hace cuánto fue, cómo fue, quién lo perpetró), desapego social y embotamiento emocional que se relaciona con las limitaciones para sentir emociones, de preferencia aquellas relacionadas con sentimientos positivos hacia ellas mismas, hacia los demás o hacia su entorno.

En este orden de ideas, las mujeres estarían viviendo situaciones de agotamiento emocional y cierto desinterés por las actividades cotidianas, especialmente aquellas que asocian con los hechos de violencia de los que han sido víctimas; cuestión que pudiera repercutir negativamente en la forma en la cual visualizan su futuro o cómo se sienten respecto a la socialización con otras personas; posiblemente porque tienen un alto grado de desesperanza, no quieren ser cuestionadas sobre lo que han vivido ni desean dar explicaciones sobre su experiencia.

También hubo un aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, lo cual indicó que la hipervigilancia es un síntoma presente en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación. De acuerdo con Echeburúa *et al.* (2016), se evidenció en este grupo un estado de alerta constante desde que vivieron el hecho traumático, el cual se manifiesta en irritabilidad o episodios de ira que no tienen justificación ni causa aparente, algunas conductas de riesgo, dificultad para concentrarse en las actividades cotidianas o trastornos del sueño.

Este aumento de la excitabilidad corresponde con el Criterio E recogido en el DSM (2016), en cuanto a los problemas para dormir tanto como de insomnio como mantener el sueño, problemas de concentración o sensación de alerta como si algo fuera a sucederles, aun cuando el contexto no tenga factores de riesgo presentes. De esta manera, hay una activación constante y respuestas exageradas de sobresalto desde su experiencia de violencia, que no suelen ajustarse a sus vivencias actuales y, por lo tanto, tienden a valorarse por otras personas como no adaptativas.

Comparando estos resultados con otras investigaciones, hubo similitudes con los hallazgos de Aguirre *et al.* (2010), que en general reportaron que la mayoría de las mujeres de su muestra cumplía con los criterios diagnósticos del TEPT, que además se evidenciaba en aquellas que habían sido víctimas, pero

que ya no vivían la violencia. Igualmente, Campos y López (2017), señalaron una alta sintomatología, especialmente en su forma aguda y con algunas mujeres ubicadas en el sub-síndrome.

En la línea de las evidencias recogidas sobre el TEPT, eran esperables estos resultados, pues según lo que informan Irizarry y Rivero (2017), hay una alta incidencia del trastorno en las mujeres víctimas de violencia doméstica, con repercusiones a corto y largo plazo tanto en la salud mental como en la salud física. Entonces, el hecho de que se obtuviera una presencia de los cuatro componentes definitorios del trastorno coincide con otros estudios y se ajusta al hecho de que la violencia genera traumas en aquellas personas que la vivencian, los cuales se manifiestan en malestar psicológico intenso al recordar el maltrato, pensamientos intrusivos o desesperanza.

La presencia del TEPT, con una alta intensidad, en este grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica en el estado Aragua, también puede asociarse con la falta de apoyo social y familiar hacia ellas, como explican Resnick *et al.* (2007), siendo que en el país suelen invisibilizarse estos casos, según lo referido por Marcano y Palacios (2017), pues las víctimas suelen mantener en silencio lo que ocurre por miedo, vergüenza o evitar críticas; o por la impunidad de otros casos; lo cual minimiza su calidad de vida y potencia el malestar psicológico asociado a estos hechos.

Tabla 2

Comparaciones para la frecuencia de los episodios

Dimensión/Variable	Episodio Único (n=30)		Episodio Continuo (n=70)		Sig.
	$\bar{X}$	Interpretación	$\bar{X}$	Interpretación	
Reexperimentación	9,10	Presente	9,43	Presente	0,589
Evitación conductual/cognitiva	6,40	Presente	6,24	Presente	0,548
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	10,87	Presente	8,69	Presente	0,014*
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	10,07	Presente	9,06	Presente	0,303
Estrés postraumático	36,43	Presente	33,41	Presente	0,173

Nota: *Significativo al nivel $p < 0,05$

Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas asociadas a la frecuencia con la cual se han sufrido episodios de violencia doméstica, pues tanto en los episodios únicos como en el caso de los continuos, que se han vivido en repetidas ocasiones; las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo estuvieron presentes, pero con mayor intensidad en las mujeres que han experimentado una única situación de violencia (Tabla 2).

En conformidad con lo esperado, había una discrepancia a la cuestión de que la violencia recurrente generaría mayor TEPT, pues según lo explicado por Proveyer (2008), los ciclos repetidos de violencia agudizan el miedo y anulan la autoestima, por lo cual no se encuentran soluciones adecuadas al problema. No obstante, no fue el caso de las participantes en la presente investigación, pues están acudiendo a un centro especializado en búsqueda de ayuda; lo cual, posiblemente, se debe al hecho de que ya han concientizado su problema y la gravedad del mismo, o han sufrido de consecuencias físicas que las hizo comprender la necesidad de detener la situación y romper el ciclo.

Ahora bien, la intensidad de las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo fue mayor en aquellas que han vivido la situación en un episodio único, posiblemente porque no esperaban un acto así o porque no sabrían cómo reaccionar ante el otro y se culpabilizan a ellas mismas. Sin embargo, de la Tabla 2 se desprende que todas las dimensiones y el TEPT estuvieron presentes en ambos grupos, lo cual coincidió con los resultados de Aguirre *et al.* (2010), por lo que se puede afirmar que estos síntomas se relacionan con el miedo a una nueva agresión, la expectativa que esas mujeres que solo han sido víctimas una vez tienen por saber si ocurrirá nuevamente o cuándo se presentará ese hecho.

Tabla 3
Comparaciones para el tiempo desde que ocurrió el suceso

Dimensión/Variable	Menos de un año (n=51)		Entre 1 a 2 años (n=33)		Más de 3 años (n=16)		Sig.
	$\bar{X}$	Interpretación	$\bar{X}$	Interpretación	$\bar{X}$	Interpretación	
Reexperimentación	7,63	Presente	10,82	Presente	11,69	Presente	0,000**
Evitación conductual/ cognitiva	5,98	Presente	6,73	Presente	6,38	Presente	0,159
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	8,92	Presente	10,00	Presente	9,31	Presente	0,697
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	7,98	Presente	9,67	Presente	13,13	Presente	0,000**
Estrés postraumático	30,51	Presente	37,21	Presente	40,50	Presente	0,000**

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

Según los resultados de la Tabla 3, hubo diferencias estadísticamente significativas asociadas al tiempo transcurrido desde que ocurrió el suceso de violencia de género, en las dimensiones reexperimentación, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y en el estrés postraumático, manifestada en una tendencia a incrementar la presencia e intensidad de los síntomas a medida que aumentaba el tiempo que había pasado desde los episodios de violencia doméstica.

Conforme a los resultados de Aguirre *et al.* (2010), el escenario era esperable, pues ellos también reportaron que el trastorno de estrés postraumático aumentaba y se agravaba a medida que las mujeres tenían un mayor tiempo siendo víctima de hechos de violencia doméstica. En este sentido, el vivir durante un mayor tiempo las situaciones de violencia, incrementa también la exposición a los factores que causan el trauma, así como la intensidad de los síntomas experimentados.

Un punto que puede explicar este hecho, donde se parece tener conciencia del problema, pero no se hace un esfuerzo real por terminarlo, es explicado por Montero (2010), mediante una analogía con el Síndrome de Estocolmo, en una proposición que ha denominado "Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica", en el cual las mujeres que son víctimas frecuentes y durante un tiempo prolongado de estos hechos sufren cambios cognitivos y funciones de adaptación que las hace mantenerse dentro de estos escenarios, argumentando que lo hacen por miedo, por falta de apoyo social, o asumiendo la culpabilidad de los actos del otro, como si ella misma provocara la violencia y por ello debe permanecer en el contexto de maltrato, aun cuando esto la dañe física y emocionalmente.

Además, el sistema patriarcal, como refiere Pérez (1995), le permite al hombre usar la fuerza como un medio de control, mientras que la mujer se muestra sumisa a estos factores y evita revelar su malestar emocional para no ser víctima de críticas sociales, en una especie de indefensión aprendida, que la sitúa a ella como la víctima perpetua del maltrato, como si ese fuera su rol y su lugar. De esta manera, al ser la violencia una constante social, pueden reexperimentar sus vivencias mediante las experiencias de otras mujeres, manifestando estados de alerta e hipervigilancia, porque valoran su entorno como de riesgo y, ello, consecuentemente, intensifica el estrés postraumático.

Tabla 4
Comparaciones considerando si el hecho ocurre en la actualidad

Dimensión/Variable	Si (n=39)		No (n=61)		Sig.
	$\bar{X}$	Interpretación	$\bar{X}$	Interpretación	
Reexperimentación	11,44	Presente	7,98	Presente	0,000**
Evitación conductual/cognitiva	6,64	Presente	6,07	Presente	0,052
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	10,26	Presente	8,75	Presente	0,188
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	11,74	Presente	7,84	Presente	0,000**
Estrés postraumático	40,08	Presente	30,64	Presente	0,000**

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

En aquellas mujeres que actualmente son víctimas de violencia de género se vivencian con mayor intensidad los criterios planteados para el estrés postraumático, como muestra la Tabla 4, ya que hubo diferencias estadísticamente significativas en la reexperimentación, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y el estrés postraumático. De esta manera, se puede afirmar que estar siendo víctima constante de estos hechos, incrementa la intensidad del síntoma, pues se trata de un suceso actual que no permite la superación del mismo, ni la puesta en marcha de mecanismos adecuados de afrontamiento; pues las mujeres están dentro del contexto de riesgo, conviven con quién propicia el maltrato, siendo entonces personas vulnerables y sensibles ante la posibilidad de que ocurra nuevamente la situación.

De acuerdo con Alonso (2007), el hecho de vivir en la actualidad la situación de violencia doméstica explica las diferencias estadísticamente encontradas, pues en estos casos existe impredecibilidad para saber cuándo ocurrirán estos sucesos o para controlar la gravedad de los mismos; lo cual hace que las mujeres sean más vulnerables y se mantengan en un estado de alerta e hipervigilancia constante, pues el entorno de seguridad que se supone representa el hogar ya no existe, porque se percibe como peligroso y riesgoso; entonces se activan las alarmas cognitivas y emocionales para tratar de evitar la violencia; o se reexperimentan los episodios ante palabras o vivencias similares que en su momento detonaron la agresión.

Tabla 5
Comparaciones considerando secuelas físicas experimentadas

Dimensión/Variable	Si (n=49)		No (n=51)		Sig.
	$\bar{X}$	Interpretación	$\bar{X}$	Interpretación	
Reexperimentación	10,84	Presente	7,88	Presente	0,000**
Evitación conductual/cognitiva	6,37	Presente	6,22	Presente	0,249
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	9,29	Presente	9,39	Presente	0,758
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	11,20	Presente	7,59	Presente	0,000**
Estrés postraumático	37,69	Presente	31,08	Presente	0,000**

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

Según los resultados reflejados en la Tabla 5, la reexperimentación, el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y el estrés postraumático tuvieron diferencias estadísticamente significativas al considerar si han experimentado o no secuelas físicas por la violencia doméstica; siendo mayores en aquellas mujeres que han tenido alguna consecuencia física derivada de golpes, empujones, bofetadas, tirones de cabello, entre otros; cuestión esperable al tener en cuenta el estudio de referencia elaborado por Golding (1999), en el cual se reportó mayor TEPT y otros trastornos mentales en mujeres que habían sufrido violencia doméstica y tenido una secuela como cicatrices, fracturas y otros.

Los resultados coinciden con los hallazgos de Aguirre *et al.* (2010), quienes indicaron que las secuelas físicas productos de la violencia de género aumentan la intensidad del estrés postraumático y la presencia de sus síntomas y criterios diagnósticos. También, Blasco *et al.* (2014), señalaron que la violencia física generaba ansiedad, depresión e hiperactivación en las mujeres, que podían desarrollar a mediano o largo plazo alteraciones psicopatológicas importantes.

Tabla 6
Comparaciones considerando revictimización

Dimensión/Variable	Si (n=34)		No (n=66)		Sig.
	$\bar{X}$	Interpretación	$\bar{X}$	Interpretación	
Reexperimentación	10,79	Presente	8,58	Presente	0,001**
Evitación conductual/cognitiva	6,15	Presente	6,36	Presente	0,750
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	7,97	Presente	10,05	Presente	0,011*
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	11,15	Presente	8,44	Presente	0,001**
Estrés postraumático	36,06	Presente	33,42	Presente	0,207

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

*Significativo al nivel $p < 0,05$

La revictimización fue un factor que implicó diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones reexperimentación y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica; siendo mayor en intensidad en aquellas mujeres que habían sido revictimizadas por otro suceso traumático como la

violencia intrafamiliar en la infancia o adolescencia, el no atender sus denuncias o violencia de pareja en otras ocasiones.

No obstante, las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo fueron mayores en el caso de las mujeres no revictimizadas, por lo que, sería posible que este grupo en particular experimente con mayor intensidad los estados emocionales negativos al considerar que lo que vive no tiene una situación que la haya generado; o que sus percepciones sobre esta realidad estén alteradas porque no tiene con qué comparar cómo actuar o cómo reaccionar.

De acuerdo con Dupret (2012), la revictimización se refiere a la reiteración de una victimización anterior, repitiendo violencias contra alguien, en este caso las mujeres, que ya han sido víctimas anteriormente de distintos tipos de maltrato. En este orden de ideas, las mujeres pueden estar experimentando nuevamente maltrato físico, verbal, psicológico o sexual en su ámbito privado; o también ser víctimas de las instituciones y la sociedad que no atienden adecuadamente estos hechos, cercenando sus derechos e incluso haciéndolas sentir culpables.

Lo anterior coincide con lo referido por Irizarry y Rivero (2018), en su revisión de distintos estudios, en lo que reportaron que algunos factores legales como la burocracia, la invisibilización de los casos de maltrato y violencia doméstica, el poco apoyo institucional o la misma sociedad revictimizan a las mujeres que han sido objeto de violencia doméstica; lo cual afectaría su salud mental e incrementaría el estrés postraumático. Entonces, como explican Mercy *et al.* (2012), estos episodios traumáticos son acumulativos, por lo cual el haber sido anteriormente víctima aumenta la vulnerabilidad en las mujeres de reexperimentar los síntomas y agravar el TEPT.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos de la investigación, el estrés postraumático y sus cuatro dimensiones, estuvieron presentes en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación, lo cual indicó que suelen reexperimentar con frecuencia las emociones asociadas a las situaciones de violencia, evitando pensar en ello o ignorando el cómo se sienten al respecto para no revivir el malestar emocional relacionado. Además, tienen hipervigilancia y exagerada alerta ante posibles repeticiones de este tipo de hechos.

De acuerdo con lo anterior, es posible que el trastorno de estrés postraumático sea una entidad psicológica frecuente en las mujeres víctimas de violencia de género, lo cual las hace estar en un constante estado de alerta ante la posibilidad de que este tipo de hechos en contra de su persona puedan ocurrir nuevamente. Estas mujeres experimentarían emociones negativas y alteraciones cognitivas producto de recordar lo sucedido; por lo que, posiblemente, utilicen mecanismos de defensa como la evitación para tratar de dejar atrás o minimizar los pensamientos al respecto.

Por otro lado, se encontraron una serie de diferencias estadísticamente significativas asociadas con factores que parecían incrementar la intensidad del trastorno en general y de algunas de sus dimensiones en particular. En este orden de ideas, un episodio único de violencia incrementaría el estado de ánimo negativo, posiblemente porque estas mujeres no habían tenido nunca un entorno violento o su perpetrador no había demostrado tales intenciones.

Asimismo, un mayor tiempo de ocurrido el hecho de violencia junto con el que en el momento actual también esté sucediendo, aumenta la reexperimentación, las alteraciones cognitivas y la reactivación psicofisiológica, dejando ver que estas mujeres parecen no contar con los recursos

psicológicos suficientes y el apoyo social necesario para trabajar sobre lo que las afecta; manifestando el temor, miedo y ansiedad que les genera la violencia, con síntomas físicos y psicológicos.

Con esta base, se recomienda a la sociedad en general, en el marco de instituciones especializadas, el ofrecimiento de acompañamiento psicológico a las mujeres que han sido y son víctimas de violencia de género, sin invisibilizar su problema. Con la finalidad de brindar el acompañamiento psicológico adecuado que las ayude a minimizar el impacto de los síntomas del estrés postraumático en su calidad de vida y su bienestar psicológico.

Cabe destacar que es relevante evitar la utilización de nomenclaturas o formas de llamar a estas mujeres de modos que puedan resultar estigmatizante, como el uso de la palabra víctima, para evitar que continúen identificándose como tal. Para ello, es recomendable emplear términos como mujeres que experimentan violencia de género, cuestión que también ayudaría a la fase de tratamiento en cuanto a acoger sin juzgar, realizando la contención de los casos con una perspectiva ecuaníme y que no refuerce el rol de víctima, sino más bien a que ella tome responsabilidad en el manejo de su vida.

Es importante, considerando este escenario, que la sociedad y las instituciones especializadas promuevan estilos de afrontamiento adaptativos y funcionales como la búsqueda de ayuda instrumental y la atención de las necesidades individuales, en cuanto a las mujeres víctimas de violencia de género. Con ello, se pretende continuar despertando conciencia social e individual sobre este flagelo, de modo que las víctimas, tanto directas como indirectas, reconozcan lo que viven y sepan que existen personas dispuestas a ayudarlas a solventar lo que ocurre y ayudarlas a mejorar su calidad de vida.

A los psicólogos, se recomienda la realización de diferentes formas de atención terapéutica para trabajar los síntomas y conseguir el alivio de los mismos. En este sentido, se puede recurrir a terapias individuales, donde se realicen intervenciones como la reestructuración cognitiva, para minimizar los pensamientos intrusivos sobre la situación de violencia; el entrenamiento en asertividad, para fomentar la comunicación adecuada; o la identificación de posibles agresores y evitar la revictimización, con el propósito de reducir el riesgo de nuevos episodios de violencia. En cuanto a la terapia grupal, se puede recurrir a técnicas de relajación y a la sobreexposición para trabajar en el manejo del malestar emocional y las reacciones de hipervigilancia.

Otra recomendación oportuna para los psicólogos es trabajar con el insight o conciencia de los conflictos intrapersonales y su resolución; mediante la expresión guiada de emociones y pensamientos respecto a la propia mujer y su visión de sí misma, así como a los hechos de violencia, en un ambiente confortable, agradable y seguro. Esto ayudará a reforzar la autoestima, incrementar el autocontrol y tener una visión de sí mismas más favorable y de autoconfianza.

También es útil recomendar a los psicólogos la psicoeducación a la sociedad en general, mediante programas de concienciación respecto a lo que es la violencia doméstica y cómo brindar la ayuda adecuada a las víctimas, con la finalidad de evitar primeramente la revictimización, pero orientados a no criticar ni juzgar a aquellos en dicha situación, sino fomentar la ruptura de este ciclo y el apoyo para la búsqueda de acompañamiento profesional.

Finalmente, a futuros investigadores, se sugiere continuar en esta línea de investigación, comparando el comportamiento del estrés postraumático en las mujeres víctimas de violencia doméstica en distintos estados de Venezuela; considerando también factores sociodemográficos como el nivel socioeconómico, nivel de instrucción y quién propicia el maltrato, para conocer si son factores

diferenciadores, con el propósito de generalizar resultados y elaborar nuevas recomendaciones con base en los posibles hallazgos.

REFERENCIAS

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. y Vidal, P (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48 (2), 114-122. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Madrid, España. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/7552/1/T29877.pdf>
- Alvarado, P. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en ciudad Juárez*. (Tesis doctoral, Universidad autónoma de Barcelona). Barcelona, España. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/129333/pma1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychiatric Association (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). España: Editorial Médica Panamericana. https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Blasco, C., Herbert, J. y Martínez, M. (2014). Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease*; 303-313. [http://doi:10.1016/S2221-6189\(14\)60066-4](http://doi:10.1016/S2221-6189(14)60066-4)
- Campos, I y López, S. (2017). *Sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa*. (Tesis de pregrado, Universidad nacional de San Agustín). Arequipa, Perú. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7078/P5caunik.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carvajal, A. (2015). *Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático*. (Tesis de maestría, Universidad Católica de Colombia). Bogotá, Colombia. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficacia%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>
- Coelho, L y Costa, J (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Revista Anales de Psicología*, 1(26), 1-10. https://www.um.es/analesps/v26/v26_1/01-26_1.pdf
- Dupret, M. (2012). La violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes ¿Cómo intervenir y cómo prevenir? *Cuaderno/Investigaciones*. Universidad Politécnica Salesiana. Abya-Yala.
- Echeburúa, E; Amor, P; Sarasua, B; Zubizarreta, I; Holgado, F y Muñoz, J (2016). *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas*. (Artículo de investigación). San Sebastián, España. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000200004

- Escalante, J. y Aguilar, A. (2018). *Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de desplazamiento forzado en Colombia*. (Tesis de pregrado, Universidad cooperativa de Colombia). Santa Marta, Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7005/1/2018_trastorno_mujeres_victimas.pdf
- Giraldo, R. (2012). *Violencia doméstica y exclusión social de mujeres maltratadas en Colombia*. (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo). Oviedo, España. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/19327/TDGiraldoArias.pdf?sessionId=F130F82AF15E9BD79C99436590800742?sequence=2>
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Gómez, A. (2013). *Evaluación de un programa de tratamiento para el trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia criminal mediante exposición por realidad virtual*. (Tesis doctoral, Universidad nacional autónoma de México). Distrito Federal, México. <http://www.ciencianueva.unam.mx/bitstream/handle/123456789/75/052.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, A. (2016). *Estrés postraumático y asertividad en víctimas de delito de violencia contra la mujer*. (Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar). Quetzaltenango, Guatemala. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/Gomez-Ana.pdf>
- Gómez, S. (2010). *Programa de apoyo emocional a mujeres con estrés postraumático por violencia doméstica*. (Tesis de posgrado, Universidad de Panamá). Ciudad de Panamá, Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/620/1/1556453b23.pdf>
- Irizarry, W. y Rivero, M. (2018). Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: Revisión de literatura integrada. *Nure Investigation*, 15(95), 1-17). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1389/844>
- Marcano, A. y Palacios, Y. (2017). Violencia de género en Venezuela. Categorización, causas y consecuencias. *Comunidad y Salud*, 15(1), 73-85. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100009&lng=es&tlng=es
- Massiah, M (2016, 08 de mayo). Seis de cada 10 venezolanos han sufrido estrés postraumático. Venezuela. *Revista digital: El Impulso*. <https://www.elimpulso.com/2016/05/08/seis-de-cada-10-venezolanos-ha-sufrido-estres-postraumatico/>
- Mercy, J., Butchard, A., Dahlberg, L., Zwi, A. y Krug, E. (2003). Violence and mental health. *International Journal of Mental Health*, 32, 1, 20-35. <https://www.jstor.org/stable/41345043>
- Montero, A. (2010). *El síndrome de la Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica*. Sociedad Española de Psicología de la Violencia.
- Observatorio Venezolano de Violencia (2020). *24 mujeres han muerto por femicidio en Aragua entre enero y noviembre de 2020*. Aragua, Venezuela. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/24-mujeres-han-muerto-por-femicidio-en-aragua-entre-enero-y-noviembre-de-2020/>

- Observatorio Venezolano de Violencia (2020). *Aragua registró una tasa de 60,5 muertes violentas en 2020*. Aragua, Venezuela. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/aragua-registro-una-tasa-de-605-muertes-violentas-en-2020/>
- Organización Mundial para la Salud (2005). *Estudio pionero sobre la violencia doméstica*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>
- Organización Mundial para la Salud y Organización Panamericana para La Salud (2013). *La salud mental en la Región de las Américas*. Estados Unidos. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Pérez, A. (1995). *Una cuestión incomprensible*. El maltrato a la mujer. Horas y Horas.
- Proveyer, C. (2008). *La Violencia se Aprende. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y Caribe*. Agencia Latinoamericana de Información. ALAI, América Latina en Movimiento.
- Resnick, H., Acierno, R., Amstadter, A., Self-Brown, S. y Kilpatrick, D. (2007). An acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: Updated findings. *Addictive Behaviors*, 32, 2032-2045. <http://doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.001>
- Risco, L. (2005). Trastorno de Estrés Postraumático I Cuadro Clínico. *Atención Primaria, Medwave*, V (11). <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1876>
- Rivas de Mora, S (2000). *Violencia Doméstica contra la mujer en pacientes femeninas del ambulatorio Belén*. (Artículo de investigación). Mérida, Venezuela. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/21820/articulo1.pdf;jsessionid=1739D7CC77DCBB17C77E8AC86707656F?sequence=2>
- Rodríguez, L (2013). *Definición, fundamentación y clasificación de la violencia*. (Artículo de investigación). <https://trasosdigital.files.wordpress.com/2013/07/articulo-violencia.pdf>
- Rojas, M. (2016). Trastornos de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXXIII (619) 233 – 240. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

EXPECTATIVAS PARENTALES Y DECISIONES DE LOS HIJOS

Parental Expectations and Decisions of the Children

GÉNESIS PÉREZ

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: 12genesisp@gmail.com

PAULA CARLOS

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: paulidemora@gmail.com

Aceptación: 19-07-2022

Admisión: 01-10-2023

RESUMEN

Para comprender las expectativas parentales en las decisiones de los hijos, se basó el estudio en el paradigma interpretativo, con metodología cualitativa. Se seleccionaron seis padres y cuatro hijos, a quienes se les realizó una entrevista en profundidad, interpretadas mediante el método hermenéutico-dialéctico. Surgió del análisis una categoría general: Expectativas Parentales, con cuatro categorías: 1) Lo que los padres esperan, 2) Lo que los hijos hacen, 3) Influencia parental y 4) Cumplimiento de las expectativas parentales. Se evidenció que las expectativas se desarrollan y forman en la paternidad mediante las exigencias de una sociedad que lleva el control de lo esperado para que una persona tenga éxito en lo personal, moral y en su ejercicio profesional. El estrato social y la cultura a la que pertenece cada familia tienen un impacto en la construcción de las expectativas y su producción, influyendo en las acciones que puedan tener los hijos.

PALABRAS CLAVE: Expectativas parentales, toma de decisiones, padres, hijos

ABSTRACT

To understand parental expectations in children's decisions, the study was based on the interpretative paradigm, with qualitative methodology. Six parents and four children were selected, who were interviewed in depth, interpreted using the hermeneutic-dialectic method. A general category emerged from the analysis: Parental Expectations, with four categories: 1) What parents expect, 2) What children do, 3) Parental influence and 4) Fulfillment of parental expectations. It was evidenced that expectations are developed and formed in parenthood through the demands of a society that controls what is expected for a person to be successful personally, morally and professionally. The social stratum and culture to which each family belongs have an impact on the construction of expectations and their production, influencing the actions that children may take.

KEYWORDS: Parental expectations, decision making, parents, children

COMO CITAR: Perez, G. y Carlos, P. (2023). Expectativas Parentales y Decisiones de los Hijos. *Sistemas Humanos*, 3(2), 56-67 pp

INTRODUCCIÓN

En la historia del ser humano, la familia es, con altísima probabilidad, el sistema inicial donde la persona se desarrolla, adquiere las primeras habilidades sociales, aprende a entender el mundo, se construye un concepto del sí mismo y de la realidad, desde su individualidad y con las particularidades que le brinda el núcleo familiar en el cual convive; junto con la posibilidad de ejecutar sus pensamientos, ideas, creencias que conformarán su personalidad y orientarán su conducta a futuro. En tal sentido, se vislumbra la tradicional concepción de la familia como la base de la organización social, pues, de manera altamente significativa, influye en el desenvolvimiento en distintas áreas de la vida, así como en el quién se es y quién se podrá ser a perspectiva.

Dentro del grupo familiar, destaca la importancia de los padres por su influencia en todo el proceso de crianza de los hijos, por lo que es indispensable brindar un contexto adaptativo, equilibrado, ecuánime que brinde la oportunidad al descubrimiento personal, mediante el amor y la valoración tanto de otros como la propia, de los niños y adolescentes. Es por ello que, como refieren Llavona y Méndez (2012), los especialistas sostienen que hay tres anillos para la formación de la persona: la familia, el colegio y la sociedad; y es actualmente la familia el anillo que tiene más poder, incluso es aquel que absorbe a los otros dos anillos.

Bajo este marco referencial, Llavona y Méndez (2012), son enfáticos al indicar que el proceso de crianza tiene implícitos numerosos factores, relevantes y significativos, como lo son el amor, la contención o la educación dentro de un clima social familiar caracterizado por el afecto y el respeto, en el cual se faciliten relaciones de apego seguro, tanto con los padres como figuras principales, si no con otros miembros de la familia que tengan significado emocional. Aunado a esto, se establecen una serie de normas y disciplina, así como un aspecto que parece relegado a un segundo plano, pero que de acuerdo con los autores citados, tiene una categórica apreciación: la transmisión de valores o la ayuda para la toma de decisiones importantes.

En línea con las ideas planteadas, dentro de la familia son los padres, como principales referentes, quienes brindan una educación e instituyen a los hijos según sus propias creencias, con base en la forma en la que ellos mismos fueron criados y copian el modelo porque tienen la creencia de que es el que le brindaría mejores resultados; o, por el contrario, practican una crianza distante del modelo que usaron sus padres por considerarlo no adecuado o que no se adapta a las características particulares de su familia. Sin embargo, más allá del estilo o el referente de crianza adoptado, siempre existe la posibilidad de encontrarse con ciertos deseos y anhelos que los padres ven en sus hijos, esperando de ellos que cumplan con lo que se ha planeado o se quiere, pues un padre siempre desea lo mejor para su hijo.

Estos deseos se han denominado expectativas parentales y, se relacionan conceptualmente, de acuerdo con Yamamoto y Holloway (2010), con las creencias y juicios que tienen los padres respecto al logro o al comportamiento futuro de sus hijos, es decir, se refiere a lo que los padres quieren o esperan que los hijos hagan en un futuro. A modo general, las expectativas parentales hacia el desempeño del hijo, bien sea niño, adolescente o adulto, tienen un papel importantísimo en la forma en la cual se produce la interacción parento-filial, al punto de afectar, positiva o negativamente, el comportamiento de los hijos.

La cuestión está en que los deseos parentales pueden constituir proyecciones de los deseos o aquello que los padres quisieron hacer ellos mismos en tiempos pasados; lo cual, a pesar de ser un anhelo realista o adaptativo, puede llegar a ampliarse desmesuradamente. Sobre este particular, Bourdieu (1999), explica que suele suceder cuando el hijo o la hija se vislumbran como los sustitutos de los padres, y se les asigna como tarea, incluso de forma inconsciente, realizar cosas que se supone ellos

debieron hacer; o se procura un yo ideal casi irrealizable, porque el padre o la madre proyectan planes compensatorios y exigen a los hijos su cumplimiento, aunque esto no se relacione con sus propios deseos. Por tanto, surgen contradicciones y sufrimientos que parten del desfase entre el deseo parental que no se satisface, pero tampoco se rechaza y los logros o fracasos que los hijos tienen.

Lo anterior implica una idealización del hijo perfecto: un hijo que cumplirá con expectativas que, en muchos casos, suelen ser un filtro de los propios deseos y creencias personales de los padres; y cuando estos no cumplen el deseo, los padres lo toman como algo inaceptable o un acto de desobediencia. Además, este desfase entre el deseo parental y lo que el hijo realmente realiza, se relaciona con las enseñanzas de lo bueno y lo malo, lo aceptable y lo que no lo es. En este sentido, sugiere Rawls (2012), que, en muchas ocasiones, al señalar las virtudes de un buen hijo, los padres consideran las expectativas que tienen y, con esta base, muestran sus aprobaciones y desaprobaciones.

Ahora bien, McGillicuddy-DeLisi (1982), reportó en sus investigaciones que las expectativas realistas sobre las capacidades de los hijos han sido relacionadas con mayores competencias cognitivas y socioemocionales. Sin embargo, según Miller-Loncar *et al.* (2000), la asociación entre las metas o expectativas y las competencias parentales pudiera funcionar indirectamente mediante los comportamientos de los padres, por ejemplo: las expectativas de la madre afectan la conducta que ella presenta, lo cual, al mismo tiempo, produciría impactos en las competencias del desarrollo del niño o el adolescente.

Para complementar lo anterior, más recientemente Sanders y Morowska (2014), hacen referencia a varias investigaciones, en cantidad nada despreciable, que han evidenciado que las interacciones padres-hijos, afectan múltiples dominios de desarrollo. Por consiguiente, actitudes parentales controladas y receptivas se asocian positivamente con la autoestima, desarrollo cognitivo, menores problemas de conducta y logros académicos por parte de los hijos. Al mismo tiempo, un estilo de manejo parental con involucramiento afectivo, es relevante para el desarrollo social de los hijos, para su mejor autocontrol y la internalización de normas de conducta ajustadas a sus necesidades individuales y sociales.

Del conjunto de ideas planteadas, se desprende la posible relación positiva entre las expectativas parentales y el ajuste psicológico de los hijos. En este orden, se puede hablar de expectativas funcionales, adecuadas a las habilidades, capacidades y recursos reales que los hijos poseen, lo cual fomentaría su bienestar psicológico y constructos importantes como la motivación, resiliencia, autoestima, logros académicos y la toma de decisiones fundamentales.

He allí cuando surge uno de los intereses que concentra la presente investigación: cómo las expectativas parentales se realacionan en la toma de decisiones por parte de los hijos; pues las primeras no siempre son funcionales. Esto se afirma con base en Bosma *et al.* (1996), quien explica que las expectativas de los padres, posiblemente, tienden a posiciones extremas y cuando son muy altas o muy bajas van a repercutir negativamente en las tareas ejecutadas por los hijos y las decisiones que estos pueden tomar en su vida, incluso sin importar la edad, pues lo que muestran es una tendencia a cumplir con los elevados estándares de sus padres o a demostrar a los padres que tienen para dar más de lo que ellos esperaban.

Por consiguiente, el principal foco de interés que posee la investigación es comprender las expectativas de los padres de forma amplia y profunda, desde la visión que ellos tienen sobre diversos temas como las relaciones familiares, el comportamiento de los hijos en el ámbito público y en el ámbito privado, o el desenvolvimiento académico, social y personal. En este sentido, se toma como referente la

posición de las figuras parentales como núcleo del estudio, aunque existe interés en las opiniones y la postura personal de los hijos respecto a sus propias decisiones.

En lo expuesto anteriormente, se ha dejado ver que las expectativas parentales pueden mediar en la conducta de los hijos positiva o negativamente. Además, se ha aclarado que se tiene como objeto de interés entender el rol que dichos deseos tienen en la toma de decisiones de los hijos, por lo cual se toman en cuenta ambas perspectivas, para conocer estos deseos desde la visión de los padres, a la vez que se reconoce cómo los hijos toman tales expectativas. Cabría preguntarse: ¿Cómo son las expectativas parentales en la toma de decisiones de los hijos? Esto da información para cumplir con el propósito de la investigación, el cual fue comprender las expectativas parentales en la toma de decisiones de los hijos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Epistemológicamente, el estudio se enmarcó en el paradigma interpretativo. Fue una investigación cualitativa con uso del método fenomenológico. Se tomaron diez informantes clave, seis padres y cuatro hijos, quienes participaron con su consentimiento informado. Como técnica de recolección de datos se usó la entrevista en profundidad, una por informante. Los contenidos se interpretaron utilizando el método hermenéutico-dialéctico. Se contó con la triangulación de tres expertos. Luego se realizó la categorización, cuyo resultado final fue graficado en mapas mentales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tema Central: Expectativas Parentales

Figura 1

Tema Central: Expectativas Parentales



A modo general, los padres esperan que sus hijos alcancen ciertos objetivos: algunos personales, otros que cumplan con los parámetros socioculturales establecidos; y en esta expectativa parece ser más importante el qué dirán o el alcance de hitos sociales en cada etapa de la vida, que aquello que el hijo desea, lo cual resta relevancia a los talentos de los hijos, a sus propios tiempos de desarrollo y sus deseos personales. De forma inconsciente, en muchos casos, se tiende a imponer el deseo, las esperanzas o el anhelo de los padres, ante aquello que los hijos desean. En pocas palabras, el padre considera que su hijo es exitoso cuando alcanza lo socialmente esperado, quizá para validar su rol y su crianza.

En cuanto a la perspectiva de los hijos, cuando estos reconocen los deseos de los padres, por su propio análisis o porque los padres los han dejado claros, suprimen sus anhelos y le configuran mayor importancia a lo que sus padres esperan: la misión de su vida es satisfacer las expectativas parentales, porque deben evitar decepcionarlos, pese a que postergan sus propios anhelos. Se convierte el padre en el principal limitador de las acciones de su hijo, porque les da prioridad a sus propios deseos, desecha el de los hijos, y estos se convierten en un canal para obtener valía como persona y padre.

Categoría 1: Lo que los Padres Esperan

Los padres suelen manifestar deseos sobre lo que quieren que sus hijos hagan: ser exitoso en la vida, tener una profesión, ser buena persona, casarse, tener hijos, llevar una vida apegada a las normas sociales y culturales. A lo cual se agrega el querer que los hijos vivan experiencias similares o distintas de las vivencias propias, según aquellas sean positivas o negativas y los aprendizajes de vida que hayan dejado. Sus subcategorías se presentan en la Figura 2.

Figura 2

Categoría 1: Lo que los padres esperan



Categoría 2: Lo que los Hijos Hacen

Las expectativas de los hijos parecen ser minimizadas por los padres al ser ellos quienes generalmente toman las decisiones y se visualizan un futuro para los mismos al sentirse empoderados por sus obligaciones económicas y de proveer el hogar, además de ejercer su propio juicio como padres,

cuestión que puede ir en detrimento de los intereses o metas que los jóvenes tienen, así como de sus habilidades. Sin embargo, cuando se trata de aquello que los hijos quieren hacer, de sus sueños y decisiones de la vida diaria, no se puede negar la importancia que tienen en razón de establecerse objetivos propios, conforme a lo que desean y saben que son capaces de hacer. Esto pudiera representar un conflicto, donde se busca satisfacer a los padres, pero se persiste, sutilmente, para que sus deseos prevalezcan. Sus subcategorías se presentan en la Figura 3.

Figura 3

Categoría 2: Lo que los hijos hacen

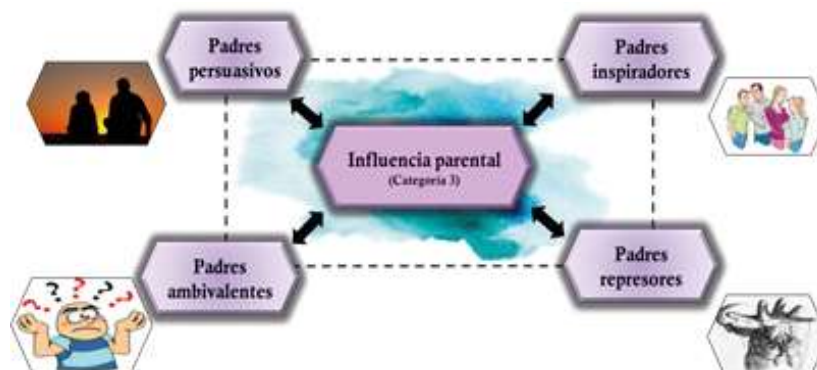


Categoría 3: Influencia Parental

En la práctica de la parentalidad, los padres serían un motivador o un limitante según manifiesten lo que esperan y esto se parezca en algún modo a lo que los hijos quieren lograr. Pudieran ejercer una influencia positiva, al reforzar las conductas; o, por el contrario, como un restrictivo para cumplir los sueños propios. Incluso, algunos buscarían persuadir de forma sutil a los hijos para que sigan sus sugerencias; mientras que otras conductas no dejan claro lo que realmente como padre se desea. Sus subcategorías se presentan en la Figura 4.

Figura 4

Categoría 3 Influencia Parental



Categoría 4: Cumplimiento de las Expectativas Parentales

De una u otra manera, el cumplimiento de las expectativas parentales por parte de los hijos, va a ser una forma, indirecta, de evaluar el papel y las acciones que los padres llevan a cabo en todo el proceso de crianza de los hijos: si estos cumplen lo que desean se reforzaría el rol parental; pero si no lo hacen, se cuestiona el mismo y cómo se ha criado a los hijos. Sus subcategorías se presentan en la Figura 5.

Figura 5

Categoría 4: Cumplimiento de las expectativas parentales



CONCLUSIONES

En líneas generales, por medio de la investigación se encontró, respecto a las expectativas parentales, que los pares esperan un hijo que cumpla con diversos ideales, algunos propios de sus creencias, otros relacionados con los estándares sociales: personas educadas, con altísimos valores morales, que sean profesionales, con capacidad para trabajar, con habilidades para afrontar la vida con fortaleza y probidad; todo lo cual demuestra que su crianza fue hecha por padres que forjaron principios sólidos, que los apoyaron y que todo se dio dentro de una familia completamente funcional, es decir, la forma de ser del hijo valida la crianza y la actuación de la persona en su rol de padre.

Lo anterior se puede explicar en atención a lo expuesto por Andivia (2009), para quien las expectativas se estiman en función de lo que una persona hace para cumplir dicha meta. Es decir, los padres tendrán una valoración positiva, de eficacia y éxito de los hijos cuando estos cumplan lo que ellos esperan: un hijo que realiza la expectativa de los padres, aun cuando esto vaya en detrimento de los deseos manifiestos por sus hijos. Dicho de otro modo, los hijos realizan acciones para cumplir con el deseo parental; para lo cual los padres, como refiere, Intxausti *et al.* (2014), proporcionan las oportunidades, o al menos así lo creen, para que los jóvenes alcancen sus objetivos. Estas oportunidades serían brindar estudios, dar apoyo social, enseñar tareas, motivar a lograr las metas que ellos mismos le han trazado en el camino a los hijos.

En este sentido, se refleja lo propuesto por Bosma *et al.* (1996): las expectativas parentales ejercen influencia importante en las decisiones que los hijos toman y esta influencia puede ser positiva o negativa. Cuando es positiva, motiva a que ellos emprendan acciones dirigidas a lograr sus metas y sueños, lo cual ocurrió en el grupo familiar 3. Mientras que, en el segundo caso, como sucedió en el grupo familiar 4, los hijos dejan a un lado sus deseos para cumplir con lo impuesto por los padres, lo que deriva en frustración e ira por lo que se dejó atrás. También puede haber limitaciones por la falta

de motivación o porque los padres tienen expectativas bajas, como ocurre en el grupo familiar 2. Otro escenario, negativo, es que los padres tratan de persuadir en sus hijos para que cambien sus deseos por aquellos que consideran más apropiado o realista, como sucedió inicialmente en el grupo familiar 3.

Un aspecto que se refleja en la presente investigación es lo planteado por Ganzach (2000), autor que enfatiza que el hijo que busca satisfacer ese deseo de los padres, se convierte en un importante estímulo para sus conductas. Esto fue observable en los cuatro hijos informantes: querer complacer a los padres como una retribución y muestra de agradecimiento, pero también como una manera de mostrar obediencia y respeto a las decisiones que aquellos han tomado y que, aparentemente, son lo mejor para la vida de los jóvenes; aunque no sean las cosas que ellos quieren para sí mismos.

Para profundizar en el análisis, conviene tener en cuenta lo expuesto por Lareau (2002), respecto a la crianza natural y la crianza cultivada. Este escenario, de acuerdo con Bosma *et al.* (1996), sería un generador de conflictos, ya que no reconocen las habilidades que los hijos puedan tener y no esperan de ellos nada más que alcanzar hitos sociales: casarse, formar una familia, cuidarlos en la vejez o ayudar en los roles de maternidad o paternidad que en su etapa del ciclo vital actual no le corresponden; tal como en la familia 2 o cumplir con una carrera universitaria, trabajar, tener hijos y ayudar a la madre, en lo que respecta a la familia 4.

Por otro lado, la crianza cultivada fue observable en los grupos familiares 1 y 3, pertenecientes a la clase media, pues impulsan y motivan a los hijos, quizá en algunos casos persuasivamente, a lograr sus metas y confían en sus capacidades; además que los padres valoran positivamente su rol y cómo han criado a los hijos en cuestión de valores, cumplimiento de normas y la constancia por alcanzar sus metas. Como refiere Lareau (2002), los padres tienen expectativas altas y por ello colaboran en el refuerzo de los aprendizajes de sus hijos, estimulan su desarrollo y los apoyan en la realización de distintas actividades que coadyuven a su autorrealización y crecimiento personal.

Asimismo, dicho contexto y tendencias de crianza de los padres llevan a cierto estilo de resolución de problemas planteado por D'Zurilla *et al.* (2004), ya que al tratarse de padres con expectativas efectivas y crianza motivadora o cultivadora, los hijos tenderán a tomar decisiones mayormente de tipo racional y orientación positiva como se percibe en los grupos 1 y 3, mientras que los padres que ejercen otro tipo de crianza puede influir en que los hijos adopten estilos de resolución de problemas evasivos o impulsivos que se refleja en sus decisiones como en los grupos 2 y 4.

De forma similar, Araneda (2016), encontró que los principales determinantes de las expectativas de educación superior que los padres tienen respecto a los hijos fueron el nivel socioeconómico de la familia, del establecimiento y el desempeño académico del estudiante. Así, la elasticidad de los valores que explica Rodman (1963, citado por Palacios, 1987), en su teoría, obtiene mayor evidencia, afirmándose que la clase social, la educación de los padres y los estilos de crianza aplicados son sumamente importantes al momento de establecer lo que se espera de los hijos. Hubo coincidencias con los hallazgos de Sánchez *et al.* (2016), investigadores que señalaron a las barreras socioeconómicas como mediadoras de las expectativas y la participación de los padres; pues los estudiantes de mayor nivel social suelen ser más exitosos en sus logros académicos, lo que relacionaron con el hecho de que los padres actúan como motivadores e impulsan el desarrollo de habilidades en los hijos.

Finalmente, para dar respuesta a la pregunta planteada en el inicio de estudio, es decir, cómo son las expectativas parentales en la toma de decisiones de los hijos, se indica que las expectativas están muy ligadas a clase social, desarrollándose y formándose en la paternidad a través de las exigencias de una sociedad que lleva el control de lo que es esperado para que una persona tenga éxito tanto en

lo personal y moral como en su ejercicio de ciudadano profesional. El estrato social y la cultura a la que pertenece cada familia tienen un impacto en la construcción de las expectativas y también en la producción de ellas, influyendo significativamente en las acciones que puedan tener los hijos, pues éstas pudiesen ser efectivas o bajas, realistas o inalcanzables.

Asimismo, existen otros componentes que interactúan activamente en estas expectativas, y son las experiencias previas de los padres, que constan también de deseos, exigencias y tipos de crianza; la influencia parental que ejercen a partir de esas experiencias y lo que a ellos mismos les satisface o es correcto partiendo de su juicio personal. Y, por último, la validación o el cuestionamiento de roles que influye en que esas expectativas se mantengan o desvanezcan. Es evidente, que la transmisión de las expectativas y el resultado perceptivo que se tenga de ellas, depende en gran medida del comportamiento y el estilo de crianza implementado, pues estos resultarían ser limitantes o motivadores para las decisiones de los hijos, tanto en lo personal y cotidiano como en lo profesional y extraordinario, aunado a que esas expectativas que se tengan puedan realmente concordar con lo que los hijos han deseado y puedan, según sus capacidades.

Por tanto, se concluye que a mayor comunicación mayor será el conocimiento de expectativas; a menor exposición de estereotipos sociales desajustados, menor será la presión comportamental, y a mayor implementación de estilos parentales que promuevan y no limiten los deseos de los hijos, más satisfactorio y grato será el resultado de ellos, permitiendo su autonomía, independencia y seguridad, y por supuesto, una relación mucho más nutritiva y armoniosa en todo el sistema familiar.

Es aquí necesario destacar la importancia de una crianza y disciplina positiva, donde se motive a los hijos al logro de metas, a la construcción de sus propios proyectos de vida, con orientación de los padres; pero donde estos, desde el rol que ejercen, respeten sus deseos, sus habilidades, sus anhelos individuales, como una manera de dar cabida a la autorrealización del hijo como un individuo capaz de tomar decisiones, de crecer, de aprender; siendo los padres observadores participantes que impulsan los logros, corrige, y ayudan en la consecución de las metas. Es decir, los padres podrían ser orientadores, guías y proporcionar una crianza positiva.

REFERENCIAS

- Andivia, L. (2009). Las expectativas de los profesores, padres y alumnos en E.S.O. *Revista digital innovación y experiencias educativas*, (45), 1-8. https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_25/Luis_%20Andivia_1.pdf
- Araneda, E. (2016). *Impacto de las expectativas tempranas de los apoderados sobre el desempeño escolar de sus hijos* (Tesis de Maestría, Universidad de Chile). <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144018/Araneda%20Quiroz%20Elisa.pdf?sequence=1>
- Bosma, H., Jackson, S., Zijsling, D., Zani, B., Cicognani, E., Xerry, M. y Charman, L. (1996). Who was the final say? Decisions on adolescent behaviour within the family. *Journal of Adolescence*, 19(3), 277-291. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9245283/>
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Ediciones AKAL.
- D'Zurilla, T., Nezu, A. y Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and) assessment. *American Psychological Association*, 11-27. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14507-001>

- Ganzach, Y. (2000). Parent's education, cognitive ability, educational expectations and educational attainment: Interactive effects. *British Journal of Educational Psychology*, 70(3), 419-442. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059120/>
- Intxausti, N., Etxeberria, F. y Joaristi, L. (2014). ¿Coinciden las expectativas escolares de la familia y del profesorado acerca del alumnado de origen inmigrante?. *Relieve*, 20(1), pp. 1-21. doi: 10.7203/relieve.20.1.3804
- Lareau, A. (2002). *Infancias desiguales: clase, la raza y la vida familiar*. (2ª ed). Penguin Random House.
- Llavona, L. y Méndez, F. (2012). *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional*. Pirámide.
- McGillicuddy-DeLisi A. (1982). Parental beliefs and developmental processes. *Human Development*, 25(3), 192-200. <https://psycnet.apa.org/record/1982-28028-001>
- Miller-Loncar, C.; Landry, S. Smith, K. y Swank, P. (2000). The influence of complexity of maternal thoughts on sensitive parenting and children's social responsiveness. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21(3), 335-356. https://www.researchgate.net/publication/222328749_The_Influence_of_Complexity_of_Maternal_Thoughts_on_Sensitive_Parenting_and_Children's_Social_Responsiveness
- Palacios, J. (1987) *Las ideas de los padres sobre sus hijos en la investigación evolutiva*. Universidad de Sevilla. <file:///C:/Users/Uru/Downloads/Dialnet-LasIdeasDeLosPadresSobreSusHijosEnLaInvestigacionE-749256.pdf>
- Pérez, G. (2019). *Expectativas Parentales en la Toma de Decisiones de los Hijos*. (Trabajo de Grado no Publicado, Universidad Rafael Urdaneta).
- Rawls, J. (2012). *Teoría de la justicia*. (1 ed). Fondo de Cultura Económica.
- Sánchez, A.; Reyes, F. y Villarroel, V. (2016). Participación y expectativas de los padres sobre la educación de sus hijos en una escuela pública. *Estud. pedagóg.* 42(3), 347-367. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052016000400019&script=sci_abstract
- Sanders, M. y Morawska, A. (Diciembre de 2014). ¿Es posible que el conocimiento de los padres, las competencias y expectativas disfuncionales, y la regulación emocional mejoren los resultados de los niños?. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. <https://www.enciclopedia-infantes.com/habilidades-parentales/segun-los-expertos/es-posible-que-el-conocimiento-de-los-padres-las>
- Yamamoto, Y. y Holloway, S. (2010). Parental expectations and children's academic performance in sociocultural context. *Educational Psychology Review*, 22(3), 189- 214. <https://psycnet.apa.org/record/2010-18679-002>

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del trabajo de grado, titulado: Expectativas parentales y decisiones de los hijos, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta.

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

ASERTIVIDAD Y AMOR EN PAREJAS A DISTANCIA

Assertiveness and Love in Distance Relationship

ALANA MÉNDEZ

Universidad Rafael Urdaneta, Escuela de Psicología, Maracaibo, Venezuela

Email: alanamendez95@gmail.com

EMILY NAVARRO

Universidad Rafael Urdaneta, Escuela de Psicología, Maracaibo, Venezuela

Email: emilykn0405@gmail.com

ROMAIRA ROMERO

Universidad Rafael Urdaneta, Escuela de Psicología, Maracaibo, Venezuela.

Email: romairaromero22@gmail.com

Admisión: 19-07-2021
Aceptación: 28-08-2023

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo principal determinar la asertividad y triangulación del amor en parejas con relación a distancia, basado en las teorías de Rathus para la asertividad y Sternberg para la Triangulación del Amor, con un diseño no experimental transeccional correlacional, en el cual se aplicó la Escala de Asertividad de Rathus (R. A. S. adaptada por León y Vargas, 2009) y la Escala del Modelo Triangular del Amor (Sternberg, 1986), a 110 sujetos en un rango de 15 a 30 años de edad, que mantenían relaciones a distancia, elegidos mediante un muestreo no probabilístico. Los resultados manifestaron niveles medios de asertividad y rangos altos en las dimensiones de intimidad, pasión y compromiso correspondientes al amor; se descartaron correlaciones significativas entre las variables, siendo la conducta asertiva independiente de los componentes del amor en este tipo de vínculo amoroso.

PALABRAS CLAVE: Asertividad, amor, relaciones, distancia

ABSTRACT

The main objective of the research was to determine assertiveness and love triangulation in couples with long-distance relationships, based on the theories of Rathus for assertiveness and Sternberg for Love Triangulation, with a non-experimental transectional correlational design, in which the Rathus Assertiveness Scale (R. A. S. adapted by León and Vargas, 2009) and the Triangular Model of Love Scale (Sternberg, 1986) were applied to 110 subjects in a range of 15 to 30 years of age, who were in long-distance relationships, chosen through a non-probabilistic sampling. The results showed medium levels of assertiveness and high ranks in the dimensions of intimacy, passion and commitment corresponding to love; significant correlations between the variables were discarded, being assertive behavior independent of the components of love in this type of love bond.

KEYWORDS: Assertiveness, love, relationships, distance

COMO CITAR: Mendez, A., Navarro, E. y Romero, R. (2023). Asertividad y Amor en parejas a distancia. *Sistemas Humanos*, 3(2), 69-82 pp

INTRODUCCIÓN

Se sabe que el ser humano por su naturaleza está en constante interacción con diferentes personas en distintos escenarios sociales; cuando se habla de habilidad, se refiere a una variedad de conductas aprendidas que luego se adaptan dependiendo de la situación en la que se encuentren, lo que hace al ser humano competente. Meichenbaum *et al.* (1981), afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social, puesto que esta es parcialmente dependiente del contexto cambiante.

En la actualidad, diversas investigaciones se han interesado en el estudio de tales habilidades, porque toma en cuenta diversos aspectos como el apoyo familiar, aspectos culturales y personales que influyen en la concepción de las habilidades sociales del individuo; también se han tomado en cuenta diversas variables en este constructo, tales como la capacidad para prestar atención, la habilidad para trabajar en equipo, la capacidad para organizarse y para pedir ayuda a otros en caso de necesidad (Jacob, 2002).

Por otra parte, algunas investigaciones plantean que las habilidades sociales se desarrollan dependiendo del contexto situacional, dimensiones conductuales y dimensiones personales (Caballo, 1993; Alfageme, 2002). Calleja (1997), expone que las habilidades sociales se explican con variables personales y situacionales; por otro lado, Kelly (1992), explica que las habilidades sociales son conductas aprendidas que se ponen en juego y que son rutas o vías que toma la persona para alcanzar un objetivo. En mención, las habilidades sociales varían dependiendo del contexto, el sexo, edad, cultura, clase social, educación y aspectos de la persona.

Si bien, se han considerado la habilidad social y la asertividad como lo mismo, según Caballo (1983), desde hace muchas décadas en psicología, los constructos antes mencionados han sido un tema de gran debate, ya que el ser humano se relaciona constantemente y basa su interacción en el cumplimiento de sus intereses más importantes, además de la necesidad que tenga de expresar sus sentimientos y respetar los derechos del otro (Alberti y Emmons, 1978). En este sentido, la asertividad puede definirse como una habilidad comunicativa que permite expresar emociones y pensamientos de una manera honesta y respetuosa. Los estudios científicos, con un enfoque clínico más recientes sobre asertividad, indican un repentino interés en esta conducta debido a las grandes demandas en competencias sociales de los individuos (Peneva y Mavrodiev, 2013).

Dentro del ámbito de las interacciones sociales, basándose en lo expuesto por mencionados autores, se destaca principalmente la expresión de sentimientos y más específicamente en la relación de pareja, tema principal para esta investigación. Las relaciones amorosas con todo lo que implican, psicológica y emocionalmente, son extremadamente importantes en la vida de cualquier ser humano, aunque, son pocos los estudios científicos que abordan este tema. Sin embargo, estas han sido abordadas desde varios enfoques teóricos. Uno de los más destacados es la teoría triangular del amor, de Sternberg (1986, 2000). La misma considera que el curso de la relación de pareja depende de la fluctuación de tres componentes que integran el amor: intimidad, pasión y compromiso, a lo largo de su ciclo.

Durante el desarrollo de la vida, se van formando los vínculos que determinan la forma de ver el mundo, además de la atracción, interacción, la construcción y la consolidación de una relación, y permiten entender el modo a través del cual las personas construyen sus vínculos afectivos con sus parejas, ayudando en los procesos de relación intergeneracional y abordaje de problemas que esto conlleva (Tobón *et al.*, 2012). Por lo tanto, hoy en día, el amor es identificado como un sentimiento que debe cumplir con características tales como: respeto, trato digno, autonomía, entendimiento

mutuo, seguridad y bienestar, interés, apoyo y comprensión; lo que permite que la relación funcione adecuadamente.

Sternberg (1986), elaboró una escala, de acuerdo al conjunto de sentimientos, emociones y valores, que permite conocer si en las relaciones amorosas se presenta la intimidad, entendida como aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión como el afecto, revelaciones mutuas, secretos compartidos únicamente por la pareja. La pasión se conceptúa como aquel estado de intenso deseo de unión con el otro, siendo la expresión de deseos y necesidades, de hacer referencia a la atracción física, al deseo sexual de estar con la otra persona, y el compromiso, considerado como la decisión de amar a determinada persona, esto es, la decisión consciente de amar, compartir su cotidianidad, y puede darse a corto plazo cuando se toma la decisión de estar enamorado, o a largo plazo, cuando el compromiso implica la decisión de cultivar y mantener la relación amorosa.

En este sentido, los componentes del amor forman parte de las relaciones de pareja, en la situación que se encuentre, la cual, una de ellas, es la emigración, formando así las llamadas relaciones a distancia. De acuerdo a Ruiz (2002), se establece que la emigración es un traslado con relación a la zona de origen y describe que el proceso migratorio es tan antiguo como la historia misma, es decir, desde el inicio de la creación, el hombre siempre ha tenido la necesidad de resguardar sus demandas internas y externas.

El problema de la distancia en la pareja (enamorada) —el estar separados, no poder verse ni tocarse, es un tema que cobra especial magnitud en la actualidad; si bien, la imposibilidad del contacto físico que han planteado desde siglos atrás el amor cortés y su antecedente platónico, lo propio de la vivencia de relaciones a distancia en la actualidad son, por una parte, el aumento exponencial de casos y, por la otra, la simultaneidad con la cual se puede compartir una relación.

Según un estudio realizado por Jiang y Hancock (2013), las parejas que mantienen relaciones a distancia, son más propensas a compartir pensamientos y sentimientos significativos con sus parejas que aquellos que no lo son. Aparentemente, esas personas tienden a idealizar los comportamientos de sus parejas, lo que conduce a un mayor sentido de intimidad. Pero lo cierto es que estar separado es difícil, incluso para las parejas con un vínculo fuerte.

El número de venezolanos que abandonaron su país, ha alcanzado los 4.000.000 aproximadamente, a mediados del 2019, tal como lo establece la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Muchos de ellos, constituyen un miembro de la pareja, por lo que deben separarse sin tener conocimiento de su entorno, experimentando sentimientos de abandono, tristeza y soledad, por parte de ambos. La persona que se traza un nuevo destino, está dejando al ser amado, que está ingresando en las nuevas e incalculables estadísticas de corazones rotos y crisis existenciales, que cada día se incrementan ante las imparables despedidas de los venezolanos.

El estado Zulia se ha caracterizado, por ser una de las regiones del país, con mayor índice de emigración de uno de los miembros de la pareja. El número de parejas casadas o con relaciones de años se han visto quebrantadas por este “fenómeno” de buscar estabilidad en otro lugar que no es el natal y en el que no se sabe si habrá reencuentros o si el amor con el tiempo se desvanecerá. De acuerdo al alto índice, el miembro de la pareja que se queda, acude a las consultas psicológicas en busca de ayuda emocional, en el cual, algunos suelen conseguir soluciones y otros pierden las esperanzas de reencontrarse con su pareja, disminuyendo el interés en su relación.

En este orden de ideas, el tener una relación a distancia producto de la migración, puede afectar a los sujetos, siendo objeto de estudio para el área de psicología clínica. La manera de relacionarse

e interactuar con el otro, manifestar sentimientos y creencias, además de la intimidad, la pasión y el compromiso, forman parte de la vida en la relación de pareja, por lo que existen cambios en estos componentes al estar distanciados, perturbando la unión amorosa. Por lo tanto, la presente investigación se propone indagar sobre la relación de la asertividad y la triangulación del amor en parejas con relación a distancia perteneciente al territorio nacional, como fuera de este, ya que, el estudio del amor de la pareja y el fenómeno migratorio, han sido abandonados científicamente, siendo de escaso interés en la historia de la psicología. Aunque pueden encontrarse escritos psicológicos sobre el tema, se evidencia la falta de fundamentos de conocimientos suficientes para el desarrollo de estos estudios.

De esta manera, esta investigación, desde un punto de vista contemporáneo, serviría como antecedente para estudios futuros en parejas que mantienen una relación a distancia, producto del alto índice de migración en el país, tema que ha sido de constante opinión. El curso de las relaciones de pareja depende de la fluctuación de la triangulación del amor: intimidad, pasión y compromiso, además de la asertividad: positiva, negativa o autonegación, basadas en la expresión de sentimientos; los cuales pueden verse alterados por la distancia. De igual manera, pretende documentar a la sociedad sobre el tema y de ese modo, saber cómo las relaciones de pareja se pueden ver afectadas por el distanciamiento, y de qué manera orientar a aquellas que no cuentan con la cercanía de su pareja, aportándoles herramientas y conocimientos para ayudarlas a mantener su relación.

A su vez, describir y buscar una correlación entre la asertividad basándose en la expresión de sentimientos y los componentes del amor en las relaciones de pareja a distancia, los cuales se dan a conocer con una teoría que ayuda a entender el manejo de los componentes, y cómo los mismos se presentan en parejas con relación a distancia, generando así, un cúmulo de información sistemática y objetiva que sirve para enriquecer el conocimiento existente, siendo guía de referencia para otros investigadores en el área.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo correlacional para determinar la relación entre la asertividad y triangulación del amor. No hubo manipulación de las variables, por tanto, se consideró un modelo de estudio de campo y diseño no experimental transeccional para describir la relación existente entre las variables que se abordaron. La población estuvo conformada por sujetos de la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, representada por 110 sujetos, 77 mujeres y 33 hombres, de diferentes grupos etarios, pertenecientes al territorio venezolano como aquellos con estatus de migrantes, que mantenían una relación a distancia por más de tres meses.

Correspondiente a la determinación de los niveles de asertividad en la muestra, se seleccionó la Escala de Asertividad de Rathus (R. A. S.) (Adaptada por León y Vargas, 2009), para la cual se procedió a eliminar 8 ítems de la escala original, evitando errores para futuras aplicaciones, teniendo como resultado una escala adaptada de 22 ítems: Demostrar Disconformidad (4 ítems), Manifestación conductual de sentimientos y creencias (4 ítems), Eficacia (5 ítems), Interacción con organizaciones (3 ítems), Expresión de opinión (3 ítems), Dificultad para expresar negación (decir no) (3 ítems), mejorando el nivel de confiabilidad a .84.

Para la medición de la variable tipos de amor, se utilizó la Escala del Modelo Triangular del Amor (Sternberg, 1997) en su adaptación al español. Se basa en una escala tipo Likert con nueve opciones de respuesta: 1 = en absoluto; 3 = algo; 5 = moderadamente; 7 = bastante; 9 = extremadamente; los ítems 2, 4, 6 y 8 para indicar niveles intermedios de sentimientos. En total, está conformada por 45 ítems que

evalúan tres dimensiones: intimidad (15 ítems), compromiso (15 ítems) y pasión (15 ítems), arrojando un índice confiabilidad de .97 para la escala total.

Cabe destacar, que se adaptó con un formulario web para que los participantes del extranjero pudiesen responder las escalas planteadas anteriormente, por medio de un correo electrónico, incluyendo el consentimiento informado, con el propósito de proveer la explicación sobre dicha investigación, y su rol en la misma.

Se utilizó un programa especializado para el análisis de los resultados, por medio del cual se obtuvieron los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones estándar) según las necesidades de cada objetivo particular, relacionados con el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para dar respuesta al objetivo general de la investigación que buscó determinar la relación entre la asertividad y la triangulación del amor en parejas con relación a distancia, se analizaron los datos obtenidos en la Escala de Asertividad de Rathus (R. A. S.) (Adaptación León y Vargas, 2009) y la Escala del Modelo Triangular del Amor (Sternberg, 1986), por medio del cual se obtuvieron los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones estándar) según las necesidades de cada objetivo particular.

Como primera parte, se determinó el nivel de asertividad en parejas con relación a distancia, cuya muestra obtuvo una clasificación promedio relacionada a las dimensiones, con base a demostrar disconformidad, eficacia ante las interacciones sociales, expresión de opiniones, negación ante situaciones desagradables, mientras que la manifestación de sentimientos y creencias, arrojaron puntuaciones superiores al promedio (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos Nivel de Asertividad en parejas con relación a distancia

Dimensión	N	$\bar{X}$	S
Demostrar Disconformidad	110	8,60	4,379
Manifestación de sentimientos y creencias	110	14,25	3,769
Eficacia	109	13,95	5,177
Interacción con organizaciones	109	8,97	4,111
Expresión de opinión	110	7,15	4,003
Decir No	109	8,26	3,910
Asertividad	107	60,87	15,368

Estos resultados indican que las personas regularmente, están orientadas a mantener un estilo de comunicación asertiva para lograr la interacción y entendimiento con los demás (Hofstadt y Gómez, 2006). Sin embargo, el expresar sus opiniones sobre la relación, se refleja con mayor frecuencia, al momento de estar en desacuerdo o no con su pareja y la capacidad de establecer límites, ya que, las parejas, al tener una relación a distancia, representa un desafío para las mismas, por lo que el manifestar sus sentimientos y creencias, les permite permanecer involucrados en la relación, con el fin de seguir manteniéndola.

Diversas investigaciones, señalan que efectivamente, las parejas con relación a distancia, son capaces de responder y actuar de manera asertiva ante situaciones o decisiones respecto a su relación,

a pesar de no mantener contacto físico con su pareja por el proceso migratorio, haciendo referencia que el ser asertivo implica la emisión de conductas al expresar los derechos y sentimientos sin herir al otro (León y Vargas, 2009), siendo una comunicación abierta, directa y adecuada, evitando los dos extremos: la represión y la expresión agresiva y destructiva de sus emociones frente a los demás (Rodríguez y Serralde, 1991).

En la Tabla 2, se procedió a describir los componentes del amor en las parejas que mantienen relaciones a distancia, cuyos resultados arrojaron una media general de 340,8, clasificándose como alto las dimensiones de Intimidad, Pasión y Compromiso.

Tabla 2
Estadísticos Descriptivos Triangulación Del Amor

Dimensiones	N	$\bar{X}$	S
Intimidad	110	116,30	17,793
Pasión	110	109,77	18,069
Compromiso	110	114,41	19,376
Amor	110	340,48	51,885

Los resultados arrojados implican que la muestra estudiada, tiene una continua capacidad de compartir sentimientos y saber que el otro tiene los mismos intereses para la relación, el deseo de potenciar el bienestar con el ser amado, sentimiento de felicidad hacia la pareja, entendimiento mutuo; características correspondientes a la Intimidad, así como, la idealización y creencias hacia la pareja e identificación con el ideal romántico, correspondiente a la Pasión; y, la decisión de amar a otra persona y la voluntad propia de mantener ese amor, referente al Compromiso.

En este sentido, las relaciones a distancia pueden ser más exitosas que las convencionales (Jiang y Hancock, 2017), lo cual coincide con los resultados de la presente investigación, reflejados en los altos niveles de las tres dimensiones: Intimidad, pasión y compromiso, ya que este tipo de parejas se esfuerzan por comunicarse la mayoría del tiempo, a través de mensajes de textos o llamadas y lograr así, una relación duradera y satisfactoria, siendo esto común en Venezuela por el alto índice de migración, cuya causa ha generado la distancia en las parejas, a pesar del gran desafío que conlleva.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos Asertividad Según Género

Género	Dimensiones	$\bar{X}$	S
Femenino	Demostrar Disconformidad	8,61	4,763
	Manifestación de sentimientos y creencias	14,29	4,107
	Eficacia	13,94	5,528
	Interacción con organizaciones	8,86	4,432
	Expresión de opinión	7,13	4,162
	Decir No	8,30	3,871
	Asertividad	60,87	16,494
Masculino	Demostrar Disconformidad	8,58	3,382
	Manifestación de sentimientos y creencias	14,15	2,884
	Eficacia	14,00	4,296
	Interacción con organizaciones	9,24	3,298
	Expresión de opinión	7,21	3,664
	Decir No	8,15	4,055
	Asertividad	60,88	12,577

De acuerdo a la Tabla 3, se evidenció una media general de 60,87 en mujeres y 60,88 en el sexo masculino, clasificándose como Promedio, lo que indicó, carencia de diferencias significativas correspondientes a la conducta asertiva en ambos géneros.

Estos resultados implican que, regularmente, ambos géneros presentan la capacidad de expresar molestia o desagrado, responder a las demandas sociales, interactuar con el otro, evitar preguntas por miedo a ser juzgados, y la capacidad de negación ante una situación desagradable. Cabe destacar, el rango superior, en relación con manifestar sus sentimientos y creencias ante circunstancias agradables o desagradables, por lo tanto, tanto en mujeres y hombres existió la capacidad de confrontación de manera similar y constante. Con relación a la investigación de García *et al.* (2010), cuyo objetivo era determinar las diferencias de género en la asertividad, se consiguió que tanto mujeres como hombres no representaron diferencias en cuanto a la conducta asertiva, lo que implicó una congruencia con los datos arrojados en la presente investigación.

En la Tabla 4, los resultados para la comparación con relación al Género y la Triangulación del Amor, se obtuvo una media general de 344,65 en mujeres y 330,76 en hombres, clasificándose ambas como Alto.

Tabla 4
Estadísticos descriptivos Triangulación del Amor Según Genero

Sexo	Dimensiones	$\bar{X}$	S
Femenino	Intimidad	118,62	17,049
	Pasión	110,62	18,240
	Compromiso	115,40	20,082
	Amor	344,65	51,665
	Intimidad	110,88	18,567
Masculino	Pasión	107,79	17,779
	Compromiso	112,09	17,692
	Amor	330,76	51,874

Estos resultados indican que no existen diferencias significativas en cuanto a la manifestación de las dimensiones del amor tanto en mujeres como en hombres, lo cual implica que ambos géneros presentan similares capacidades para establecer vínculos y conexiones con sus parejas, otorgar apoyo emocional al otro, fantasear y recordar a su pareja frecuentemente durante el día y mantener la relación a pesar de las dificultades por un largo tiempo, lo que difiere con la investigación de Mazadiego y Garcés (2011), cuyos resultados arrojaron que los hombres prefieren intimidad con pasión sin comprometerse, mientras que las mujeres prefirieron el compromiso, con menos pasión y sin tanta intimidad.

En cuanto a la comparación en relación con la edad, se tomaron en cuenta dos grupos: 15-20 años y 21-30 años, integrados por ambos géneros, como puede apreciarse en la Tabla 5. Se obtuvo que la capacidad de expresar molestia o desagrado, responder a las demandas de otros, evitar preguntas por miedo a ser juzgados y rechazar situaciones que se consideran inadecuadas e irracionales, fueron de clasificación promedio en ambos grupos de edad. Sin embargo, referente a la eficacia y manifestación de sentimientos y creencias, los resultados arrojaron una clasificación superior al promedio.

Tabla 5
Asertividad en parejas con relación a distancia según la Edad

Dimensiones	Edad	N	$\bar{X}$	S
Demostrar Disconformidad	15-20	36	7,83	4,346
	21-30	67	9,25	4,294
Manifestación de sentimientos y creencias	15-20	36	14,42	3,931
	21-30	67	14,16	3,699
Eficacia	15-20	35	14,00	6,264
	21-30	67	14,06	4,612
Interacción con organizaciones	15-20	35	8,66	4,671
	21-30	67	9,06	3,923
Expresión de opinión	15-20	36	6,28	4,470
	21-30	67	7,60	3,754
Decir No	15-20	36	8,67	4,243
	21-30	66	8,02	3,715
Asertividad	15-20	34	58,97	18,103
	21-30	66	62,08	13,744

Al relacionar los datos obtenidos, ambos grupos de edades, reflejaron sentirse libres de defender sus derechos en la relación, aceptar o rechazar la opinión de su pareja, comunicarse con facilidad, siendo esto un perfil de la persona asertiva, según Bosch (2012), el cual implica el mantenimiento en las parejas con este tipo de relación. A su vez, son capaces de comunicarse abiertamente al expresar su sentir y pensar con respecto al otro y la relación, lo que conlleva una manera de acercarse más a esa persona que está ausente físicamente, siendo características de una persona asertiva (Bosch, 2012), y así, poder mantener una relación duradera y capaz de trascender en el tiempo, al afrontar el desafío que abarca este tipo de relaciones, producto de la migración exacerbada.

Tabla 6

Comaparaión de Asertividad según Edad

Dimensiones	Prueba T para la igualdad de medias		
	T	gl	Sig. (bilateral)
Demostrar Disconformidad	-1,594	101	,114
	-1,588	70,986	,117
Manifestación de sentimientos y creencias	,323	101	,747
	,317	68,066	,752
Eficacia	-,055	100	,956
	-,050	53,762	,960
Interacción con organizaciones	-,460	100	,646
	-,436	59,509	,665
Expresión de opinión	-1,589	101	,115
	-1,508	61,848	,137
Decir No	,805	100	,423
	,774	64,335	,442
Asertividad	-,958	98	,340

En cuanto a lo reflejado en la Tabla 6, se obtuvo que no existen diferencias significativas correspondientes a los niveles de asertividad según la edad. Estos resultados implican que ambos grupos de edad, no difieren de la manifestación de los componentes de asertividad. Concordando con lo señalado en la investigación de Swanson (2007), quien obtuvo que la conducta asertiva es igual en sujetos de 18 a 71 años de edad, siendo esta una característica de la personalidad en las personas.

Tabla 7*Triangulación del Amor en parejas con relación a distancia según la Edad*

Dimensiones	Edad	N	$\bar{X}$	S
Intimidad	15-20	36	117,97	16,554
	21-30	67	116,91	15,006
Pasión	15-20	36	110,81	16,916
	21-30	67	110,73	15,484
Compromiso	15-20	36	115,44	17,389
	21-30	67	115,60	16,611
	15-20	36	344,22	46,640
Amor	21-30	67	343,24	43,271

Al comparar las dimensiones del amor en relación a la edad, los resultados arrojaron que entre los 15 y 20 años de edad, se presentaron los mayores puntajes referentes a la Intimidad, sin embargo, las dimensiones Compromiso y Pasión, también reflejaron puntuaciones altas en este grupo de edad, aunque ligeramente inferiores a las de Intimidad.

Estos resultados, en términos de distancia, explicaría que los jóvenes necesitan la Intimidad, con el fin de saber que pueden confiar y desarrollar relaciones cercanas o intimas con esa persona en este tipo de relación, y de esta manera, fomentar los sentimientos de seguridad y valía de una mismo, y ayudando a mantener estabilidad emocional (Howe, 1997). En cuanto a las otras dimensiones, según la teoría Triangular del Amor de Sternberg, (1986), refleja que la decisión de amor y mantener ese amor, y el deseo intenso de unión con el otro, son parte fundamental en las relaciones. Sin embargo, el compromiso sigue siendo dominante en cuanto a la pasión, en ambos grupos de edad, lo que indica que las personas con relaciones a distancia suelen compartir intereses más allá de la atracción física, siendo esto una manera de mantener el vínculo amoroso fuerte y lleno de confianza (Mc Kenna, 2012).

Tabla 8*Comparación de la triangulación del amor según la edad*

Prueba T para la igualdad de medias			
	T	Gl	Sig. (bilateral)
Intimidad	,330	101	,742
	,321	65,915	,750
Pasión	,022	101	,982
	,022	66,462	,983
Compromiso	-,044	101	,965
	-,043	68,945	,966
	,107	101	,915
Amor	,105	67,235	,917

De acuerdo a lo arrojado en la Tabla 8, se obtuvo que no existen diferencias significativas correspondientes a los componentes del amor en relación a ambos grupos de edad. Los resultados obtenidos, indican una discrepancia con lo establecido por Suria (2012), al mencionar que cada grupo

de edad varia su forma de ver las relaciones en base a la etapa que están viviendo, siendo más sólidas en personas en edades entre 23 y 26 años. Sin embargo, en esta investigación, la similitud en los tres componentes en ambas edades, puede explicarse, por la distancia que están enfrentando en su relación, la cual permite darle un valor mayor a la misma, disminuyendo así la mirada convencional en jóvenes de 15-20 años, quienes constituyen un tema de discusión al darle menos importancia que los adultos de 20-30 años al formar un vínculo amoroso con el otro.

Para dar respuesta al objetivo de determinar la correlación entre la asertividad y la triangulación del amor en parejas con relación a distancia y sus respectivas dimensiones, los datos arrojaron que no existe asociación entre ambas variables de estudio, de acuerdo a la Tabla 9.

Tabla 9

Correlación entre Asertividad y Triangulación del Amor en Parejas con relación a distancia

Dimensiones		Intimidad	Pasión	Compromiso	Amor
Demostrar Disconformidad	Correlación de Pearson	,121	,122	,131	,133
	Sig. (bilateral)	,207	,203	,173	,166
Manifestación de sentimientos y creencias	Correlación de Pearson	,172	,134	,171	,169
	Sig. (bilateral)	,072	,164	,074	,077
Eficacia	Correlación de Pearson	,103	-,031	,065	,048
	Sig. (bilateral)	,288	,745	,503	,617
Interacción con organizaciones	Correlación de Pearson	,055	-,051	,018	,008
	Sig. (bilateral)	,573	,600	,850	,935
Expresión de opinión	Correlación de Pearson	,087	,056	,098	,086
	Sig. (bilateral)	,365	,561	,309	,372
Decir No	Correlación de Pearson	,050	-,123	,009	-,022
	Sig. (bilateral)	,608	,203	,930	,817
Asertividad	Correlación de Pearson	,176	,026	,135	,120
	Sig. (bilateral)	,069	,789	,166	,217

De acuerdo a los resultados reflejados, los altos puntajes presentes en la muestra estudiada en cuanto a la intimidad, pasión y compromiso, son independientes de la conducta asertiva en estos sujetos, siendo esto propio de la persona con o sin relación a distancia. Esto, puede deberse que al ser emigrantes, buscan en otro lugar la adaptación al entorno cultural y las características de la población

para ser aceptados y así ser más flexibles al momento de la expresión de emociones necesarias para la interacción social.

Por otro lado, las personas residentes en Venezuela se ven comprometidos en mantener la relación a pesar de la distancia, lo cual explica los niveles elevados de los componentes de amor, además de las dimensiones que caracterizan a la asertividad, haciendo hincapié en la expresión de opiniones y sentimientos (Rathus, 1971). También puede influir la deseabilidad social, referida a la tendencia a responder desde la fantasía para identificar cómo debería ser una relación estable para ellos, esto al verse sometidos a las pruebas realizadas en este estudio.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, se afirma que las parejas con relación a distancia mantienen conductas asertivas necesarias para expresar pensamientos, sentimientos y creencias en el vínculo amoroso. De igual manera, las personas que mantienen relación a distancia, tienen las capacidades de expresar sentimientos, potenciar el bienestar del ser amado, apoyo emocional, entendimiento mutuo, idealización y creencias hacia la otra pareja y la voluntad propia de mantener esa relación.

Por otra parte, ambos géneros, regularmente son capaces de expresar molestia, responder a las demandas sociales, interactuar con el otro, aunque la manifestación de sentimientos y creencias, se reflejan en rangos superiores tanto en hombres como mujeres. Así mismo, las capacidades para establecer vínculos y conexiones con su pareja, idealización con el otro y deseos de mantener la relación, a pesar de la distancia, se presentan tanto en mujeres como hombres.

Respecto a la edad, la manifestación de sentimientos y creencias hacia la pareja y la eficacia ante diversas circunstancias, son similares en ambos grupos, siendo esto una manera de acercarse más a esa persona que está ausente físicamente, y afrontar el desafío que abarca la distancia en estas relaciones.

En cuanto a los componentes del amor según la edad, la intimidad representa un alto índice en relación con la Pasión y Compromiso, en el grupo de 15 a 20 años, lo que en términos de distancia, explicaría que los jóvenes necesitan saber en quién confiar y desarrollar relaciones cercanas con esa persona en la distancia, ayudando a mantener estabilidad emocional en la relación.

Al determinar la relación entre ambas variables, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que da respuesta a este último objetivo, al no existir asociación entre la asertividad y los componentes del amor, siendo la intimidad, pasión y compromiso independientes de la conducta asertiva en la muestra estudiada.

En este sentido, las relaciones a distancia pueden ser más exitosas que las convencionales (Jiang y Hancock, 2017), lo cual coincide con los resultados de la presente investigación, reflejados en el manejo de la asertividad y los altos niveles de las tres dimensiones: Intimidad, Pasión y Compromiso en las parejas que mantienen este tipo de relaciones. Porque al intensificarse los sentimientos, se esfuerzan por comunicarse la mayoría del tiempo, a través de mensajes de textos o llamadas y lograr así, una relación duradera y satisfactoria.

REFERENCIAS

- Alberti, R. E y Emmons, M (1978). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, California: Impact.
- Alfageme, B. (2002). *Modelo colaborativo de enseñanza-aprendizaje en situaciones no presenciales: un estudio de caso*. Tesis doctoral inédita. España: Universidad de Murcia
- Bosch, M.J. (2012). *Yo soy inglé ¿y qué?* (1º ed.). España: EDAF
- Caballo, V (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.
- Caballo, V. E. (1993a). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Calleja, A. (1997) *El entrenamiento en habilidades sociales en mujeres. Un estudio comparativo entre un EHS cognitivo-conductual y un EHS conductual*. Tesis Doctoral para la obtención del título de Doctor en Psicología. España: Universidad de Deusto.
- García, A. (2010). *Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social*. Universidad de Huelva.
- Hofstadt, V. y Gómez, J. (2006). *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*. Díaz de Santos, S. A., Madrid. España.
- Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. España: Paidós.
- Jacob, B. (2002) Where the boys aren't: non-cognitive skills, returns to school and the gender gap in higher education. *Economics of Education Review*, 21, 589 – 598
- Jiang, L. y Hancock, J. (2013). *Absence Makes the Communication Grow Fonder: Geographic Separation, Interpersonal Media, and Intimacy in Dating Relationships*. Department of Media and Communication, City University of Hong Kong, Hong Kong, China. 63 (3): 556
- Kelly, J (1992). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Bilbao: Desclee Brouwer.
- León, M. y Vargas, T. (2009). Validación de Estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R. A. S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista costarricense de Psicología*, 28 (41-42), 187-205
- Mazadiego, T. y Garcés, J. (2011). El amor medido por la Escala Triangular de Sternberg. *Psicolatina*, 22(1), 1-10.
- Mc Kenna, A. (2002). *Relationship Formation on the internet: What's the big attraction?*. New York University, New York, United States. *Journal of Social Issues*, 58 (1) pp. 9-31.
- Meichenbaum, D., Butler, L y Grudson, L. (1981). *Toward a conceptual model of social competence*. New York: Guilford Press

- Organización Internacional para las Migraciones (2019). *La Agencia de la ONU para refugiados: ACNUR* <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html>
- Peneva, I. y Mavrodiev, S. (2013). A Historical Approach to Assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1): 3-26.
- Rathus, S. (1971). 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rodríguez, E. y Serralde, M. (1991). *Asertividad para negociar*. México: McGraw-Hill.
- Ruiz, A. (2002). *Migración oaxaqueña: Una aproximación a la realidad*. Oaxaca, México: Coordinación Estatal de Atención al Migrante Oaxaqueño
- Sternberg, R. (1986). Triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 93 (2), 119-135.
- Sternberg R. (2000). *La experiencia del amor*. Cambridge University Press. Inglaterra: Paidós.
- Suria, R (2012). Redes Sociales online y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Escritos de Psicología*, 5(3), 16-23
- Swanson, S. (2007). Assertiveness and aggressiveness as potential moderators of verbal behaviors following unsatisfactory service. *Psychological Reports*, 100(2), 467-475.
- Tobón, L., Vega, M. y Cuervo, J. (2012). *Características de la construcción del vínculo afectivo de pareja en la juventud en la ciudad de Medellín*. Universidad CES Medellín, Colombia. Revista CES Psicología 5(1) pp. 49-64

NOTA ESPECIAL

Artículo científico derivado del trabajo de grado, titulado: Asertividad y Triangulación del Amor en parejas con relación a distancia, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta; en la fecha XX-01-2019.

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

ESTRÉS Y AUTOEFICACIA EN ADOLESCENTES BAILARINAS DE BALLET

Stress and self-efficacy in adolescent ballet dancers

KAROLINE, SABE CHAMI

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Email: karolinesabech@gmail.com

Admisión: 10-07-2023
Aceptación: 10-08-2023

RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre estrés y autoeficacia en adolescentes bailarinas de ballet, mediante una investigación de nivel descriptivo y modelo estudio de campo, con diseño no experimental, transeccional-correlacional, en una muestra no probabilística intencional de 99 jóvenes. Fueron aplicadas la escala de estrés percibido de Benítez et al. (2013) y la escala de autoeficacia generalizada de Baessler y Schwarzer (1996). Se encontró un estrés moderado y una tendencia baja de autoeficacia; además, contrario a la hipótesis planteada, la relación fue positiva, moderada y estadísticamente significativa, entonces es posible que una valoración positiva del estrés impulse a las bailarinas a considerarse capaces de lograr sus metas. Asimismo, en el grupo de 16 a 17 años de edad a mayor tiempo de práctica semanal había mayor estrés y autoeficacia. La edad y el tiempo por el cual se ha practicado ballet no arrojaron diferencias estadísticamente significativas.

PALABRAS CLAVE: Estrés, autoeficacia, adolescentes, bailarinas, ballet

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between stress and self-efficacy in adolescent ballet dancers, through a descriptive level research and field study model, with a non-experimental, transectional-correlational design, in a non-probabilistic purposive sample of 99 young women. The perceived stress scale of Benítez et al. (2013) and the generalized self-efficacy scale of Baessler and Schwarzer (1996) were applied. Moderate stress and a low tendency of self-efficacy were found; moreover, contrary to the hypothesis proposed, the relationship was positive, moderate and statistically significant, so it is possible that a positive assessment of stress drives the dancers to consider themselves capable of achieving their goals. Likewise, in the 16- to 17-year-old group, the longer the time spent practicing weekly, the greater the stress and self-efficacy. Age and length of time practicing ballet did not show statistically significant differences.

KEYWORDS: Stress, self-efficacy, adolescents, ballet, dancers

COMO CITAR: Sabe, K. (2023). Estrés y autoeficacia en adolescentes bailarinas de ballet. *Sistemas Humanos*, 3(2), 83-98 pp

INTRODUCCIÓN

Haciendo una revisión histórica sobre la danza clásica o el ballet clásico, Caballero (2017), señala que esta tuvo su origen dos siglos atrás, y consiste en una forma de danza cuyos movimientos se

basan en el control total y absoluto del cuerpo, el cual se debe enseñar desde temprana edad (seis años aproximadamente). Por el esfuerzo que requiere el perfeccionamiento y la capacidad de concentración que se necesita para la ejecución de los pasos, es habitual que el ballet se considere como una forma de vida para quienes lo practican. Esta disciplina demanda al bailarín, además de un gran trabajo físico, un gran trabajo mental, ya que más allá de la satisfacción que cada bailarina experimenta a la hora de bailar, hay presencia de factores que afectan su salud y bienestar mental, factores que varían dependiendo de la persona que los percibe y cómo los maneja.

De acuerdo con Marich y Howwel (2015), la práctica del ballet le brinda al sujeto bienestar físico, pero también tiene connotaciones psicológicas relacionadas con su creatividad, los sentimientos de aceptación, estados de alerta, amor y estabilidad. Incluso, los beneficios psicológicos son tales que se han creado terapias con base en la danza dirigida a distintas personas con la finalidad de mejorar sus condiciones físicas y sus emociones.

En este sentido, Rojo (2016), en un estudio realizado con bailarines de alto nivel para describir su perfil psicológico, encontró que se caracterizaban por tener una adecuada capacidad de razonamiento, liderazgo y la tendencia a cumplir con su propia voluntad, con locus de control interno. Son personas que se caracterizan por ser perseverantes, disciplinados, autosuficientes, con estabilidad emocional y una apropiada capacidad de afrontamiento que les permite superar los conflictos. Además, son perfeccionistas porque desean hacer bien las cosas, especialmente en su práctica, son organizados y con vocación hacia su carrera.

Como se puede observar, tienen características posiblemente distintivas que son necesarias para que su carrera sea exitosa, destacando sus beneficios a nivel personal, tal como refieren Padilla y Coterón (2013), en cuanto al bienestar y la salud autopercebida, la calidad de vida, el humor o la autoconfianza; sin embargo, también genera estados de ánimo negativos como la ansiedad, angustia, preocupación, intranquilidad o estrés, producto de la presión que representa la práctica o las situaciones de competencia.

Los posibles trastornos o afectaciones de la salud mental que llegan a presentar los bailarines de ballet clásico, según explican Gasparini *et al.* (2012), se asocian con diferentes fuentes de tensión como la presión de los compañeros, los coreógrafos y las distintas exigencias de este ambiente como estar completamente entregado y comprometido; ser ágil y estar físicamente en forma, manteniendo un peso por debajo del promedio y sin fluctuaciones; capacidad para comprender y memorizar rápidamente pasos complicados y coreografías; capacidad para desarrollar movimientos corporales agraciados; tener confianza en sí mismo y la capacidad de soportar el rechazo; la versatilidad y buen oído musical; el compromiso de soportar largas sesiones de ensayos sin descanso; disposición para soportar el dolor de posibles heridas generadas por la sobrecarga de ensayos, para continuar ensayando y posteriormente presentarse ante un público; inteligencia emocional; capacidad de controlar las expresiones faciales y no demostrar dolor ni cansancio; y en ciertas escuelas, en el caso femenino, solo se consideran a bailarinas con busto pequeño y extremidades alongadas.

Por consiguiente es probable que quienes se dedican al ballet clásico desarrollen sintomatología de estrés, considerando este último desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), como el resultado de la evaluación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en riesgo su bienestar. En este sentido, se trataría de un estado que se produce una vez el sujeto ha podido evaluar alguna situación como una amenaza, y su conclusión sea que no cuenta con recursos para afrontarla, lo cual pondría en peligro su bienestar.

Es necesario destacar que el estrés puede ser positivo o negativo, de acuerdo con los efectos que genera en la persona, así, como explica Lazarus (2000), se tiene el eustrés, en el cual, las presiones que recibe el individuo le producen motivación para realizar alguna actividad, además la persona recibe como recompensa situaciones agradables; y en el extremo contrario está el distrés, el que es dañino, nocivo y perjudicial para la salud del individuo; es decir que las demandas que recibe el individuo de su medio no son placenteras, las cuales son asimiladas como un problema y esto es lo que causa un estrés negativo.

Entonces, en función de cómo actúe la persona y maneje los factores estresores, la persona podrá verse más o menos afectada en sus reacciones, puesto que el estrés suele causar consecuencias físicas y psicológicas que se manifiestan en distintas formas. Para contextualizarlo dentro de la población objeto de estudio, Landívar (2017), señaló que aspectos como presentaciones por venir, exigencias del maestro o coreógrafo, examen para avanzar de nivel, audiciones para un papel, competitividad con sus compañeras, entre otros motivos, suelen incrementar el grado de estrés en bailarinas. Mientras que León (2018), reportó alto nivel de estrés en bailarinas profesionales, asociadas a preocupaciones en cuanto al ámbito laboral, poco tiempo libre o de estudio, causado por el excesivo tiempo empleado en ensayos y presentaciones, lo cual tiende a significar una limitante en otros ámbitos de su vida.

Conforme a lo planteado, el estrés parece estar presente en las bailarinas de ballet como una reacción esperada dentro de estos sujetos, dada las condiciones de las actividades que realizan o la disposición que tienen para afrontar lo que sucede, de modo que genere la menor afectación psicológica posible; lo cual dependería de las características personales de estos sujetos, que pueden funcionar como factores de riesgo o de protección ante los generadores de estrés.

Por ejemplo, Chiva (2017) explica que las variables como bienestar psicológico, la autoestima o la autoeficacia percibida actuarían como protectoras ante los agentes estresores en las bailarinas de ballet. Esto debido a que sienten seguridad en sus capacidades y habilidades, logrando un mejor afrontamiento y siendo más productivo ante las situaciones que les causan estrés, reponiéndose y considerándolas como otras formas de impulsar la carrera.

En función de los antecedentes, se considera, dentro del marco de la presente investigación, determinar la relación que existe entre el estrés y la autoeficacia en bailarinas de ballet. A razón de que es probable que la creencia de poseer la capacidad necesaria para lograr alcanzar un objetivo, funcione como un factor protector que minimice los indicadores de estrés en las bailarinas, ya que ellas, como sujetos, se sienten en una posición adecuada para afrontar las situaciones negativas y altamente demandantes de este mundo, sin que repercuta negativamente en sus emociones o en sus actuaciones.

Conceptualmente, la autoeficacia se puede decir que es la confianza en la propia capacidad para lograr los resultados pretendidos, y Bandura (1986), plantea en su teoría de autoeficacia lo siguiente: "Las expectativas de eficacia dependen de la creencia de que poseemos la capacidad necesaria para obtener nuestro objetivo" (p. 03). Además, el autor, alega que las elecciones que hace un individuo durante el período de formación y que influyen en su desarrollo son determinantes del curso futuro de su vida. Tales elecciones favorecen el desarrollo de distintas competencias, intereses y preferencias a la vez que establecen límites en las alternativas que pueden considerarse de forma realista.

Esta variable suele estar presente en las bailarinas, como indicaron Silva *et al.* (2015), quienes reportaron altos niveles de autoeficacia en una muestra de bailarinas adolescentes, considerando esta población en particular por sus características psicoevolutivas que parecen predisponerlas a desarrollar

un locus de control externo, en lugar del interno, que pudiera ir en detrimento de sus creencias de autoeficacia y aumentar la posibilidad de manifestar sintomatología de estrés.

La relevancia contemporánea de la investigación radica en el hecho de que la situación actual está caracterizada por agentes estresores diversos que al no ser manejados adaptativamente pueden incrementar las reacciones negativas de las adolescentes, que junto con la vulnerabilidad propia de esta etapa del ciclo vital, incrementen el nivel de dicho constructo. Por lo cual se considera importante conocer si la autoeficacia pudiera estar relacionada, con la presencia de síntomas de estrés. La investigación posee relevancia humano-social, dirigida a los beneficios que trae a la población objeto de estudio, ya que al determinar el comportamiento de los constructos en cuestión, se pueden proponer estrategias y recomendaciones, orientadas a la población en particular, para fortalecer sus creencias de autoeficacia percibida y optimizar la forma en la cual manejan los factores generadores de estrés.

Sobre el marco de las ideas expuestas, la investigación pretende responder ¿cuál es la relación entre estrés y autoeficacia en bailarinas de ballet?, para determinar la relación entre estrés y autoeficacia en bailarinas de ballet, considerando también comparaciones por factores sociodemográficos como la edad, el tiempo practicando y el tiempo que dedican a ensayar. Se propusieron como hipótesis: “a mayor estrés, menor autoeficacia en bailarinas de ballet” y “a menor estrés, mayor autoeficacia en bailarinas de ballet”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Al considerar el paradigma positivista, se orientó la investigación con base en la metodología cuantitativa a determinar la relación entre el estrés y autoeficacia en bailarinas de ballet, por lo cual el nivel fue descriptivo, al detallar y caracterizar cómo estas variables se comportan en la referida población. En cuanto a la forma de recolección de datos, aportados por fuentes primaria dentro del contexto en el cual se estaría produciendo la misma, se clasificó como un modelo de estudio de campo. Por otro lado, el diseño fue no experimental porque no se manipularon las variables estrés y autoeficacia ni se intervino sobre ellas para modificarlas de manera intencional, solo se observaron en su entorno. Además, al haber realizado la medición en un momento único del tiempo, sin nuevas recolecciones de datos, también correspondió a un diseño de tipo transeccional-correlacional, pues con tales mediciones se establecería la posible relación entre las variables.

En cuanto a la población, se conformó por bailarinas de ballet de la Escuela de Ballet Clásico Grazyna Yeropunov, situada en la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, la cual no contaba con un registro exacto de las cantidades de jóvenes inscritas, según lo expuesto por la directiva de la mencionada institución; por lo que se consideró como una población infinita. Se realizó el cálculo para la muestra con la fórmula adecuada tomando un valor de zeta crítico de 95% y un margen de error de 10%; que se ubicarían mediante la aplicación de un muestreo no probabilístico intencional bajo los siguientes criterios: a) estar en la etapa vital de la adolescencia, entre los 12 y 17 años de edad; b) asistir al menos 2 o 3 veces por semana a la academia; c) tener al menos un año practicando ballet. De esta manera, la muestra final estuvo compuesta por 99 adolescentes femeninas que cumplieron con los citados parámetros.

Los instrumentos de recolección de datos, que fueron aplicados mediante un formulario electrónico, fueron la Escala de Estrés Percibido adaptada a la cultura venezolana por Benítez *et al.* (2013), compuesta por 13 ítems distribuidos en dos factores según la redacción directa o indirecta de los mismos: a) positivos (ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 12), y b) negativos (ítems 1, 2, 3, 8, 11 y 13); pero se considera unidimensional. Es una escala Likert de cinco opciones de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), de vez en cuando (2), a menudo (3) y muy a menudo (4). Se corrige por sumatoria directa, luego de haber

invertido la puntuación de los ítems negativos, por lo que mayor puntaje, mayor estrés percibido. El Cuadro 1 presenta el baremo de corrección.

Cuadro 1

Baremo de corrección escala de estrés percibido

Puntuación	Interpretación
0 - 17	Bajo estrés
18 - 34	Moderado estrés
35 - 52	Alto estrés

Nota. Benítez *et al.* (2013)

Sobre las propiedades psicométricas, Benítez *et al.* (2013), indicaron que para determinar la dimensionalidad de la escala se utilizó el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales. La extracción de dos componentes explica el 74,41% de la variabilidad total, donde el primer factor aporta el 59,02% y el segundo factor el 15,39%; el primer factor agrupa los ítems fraseados en forma positiva y los ítems que integran el factor dos están fraseados negativamente.

Para confirmar la estructura factorial de la escala se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales, en el Factor 2, el coeficiente de regresión del ítem 12 no fue significativo, siendo eliminado del modelo final, quedando este segundo componente con 6 ítems y la escala total con 13 ítems. Para establecer la confiabilidad del instrumento se calculó Alfa de Cronbach encontrando un valor de .954 para la versión final de 13 ítems; la correlación ítem-total corregida estuvo entre 0,43 y 0,84 en todos los ítems, superando el valor mínimo esperado de 0,30.

Al mismo tiempo, se utilizó la Escala de Autoeficacia Generalizada de Baessler y Schwarzer (1996), la cual tiene diez ítems en forma unidimensional, la cual es una escala Likert de cuatro opciones de respuesta: 1 (incorrecto), 2 (apenas cierto), 3 (más bien cierto) y 4 (cierto). Está ajustada para adolescentes a partir de los 12 años de edad y se completa en un aproximado de cinco minutos. Se corrige por sumatoria directa, que se convierte en percentiles, considerando el género y la edad del sujeto. Los baremos de interpretación se presentan en el Cuadro 2. Cabe destacar que para interpretar el instrumento se deben dividir los grupos participantes según las edades del Cuadro 3.

Cuadro 2

Baremo de Interpretación de la Escala de Autoeficacia

Categoría	Rangos
Muy alto	80 - 100
Alto	65 - 75
Tendencia alto	55 - 60
Tendencia bajo	40 - 50
Bajo	20 - 35
Muy bajo	5 - 15

Nota. Baessler y Schwarzer (1996)

Cuadro 3*Baremos de Interpretación Adolescentes*

Puntuaciones Directas							
Edad	12 a 13 años de edad		14 a 15 años de edad		16 a 17 años de edad		Edad
Centiles	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Centiles
95	37	39	37	39	36	38	95
90	35	37	36	37	35	37	90
85	-	36	34	36	34	36	85
80	34	35	33	-	33	35	80
75	33	-	32	35	32	34	75
70	32	33	-	34	31	33	70
65	31	-	31	33	-	-	65
60	-	32	-	32	30	32	60
55	30	-	30	-	-	31	55
50	-	31	29	31	29	-	50
45	29	30	-	-	-	30	45
40	-	-	28	30	28	-	40
35	28	29	27	29	-	29	35
30	27	28	-	-	27	-	30
25	-	-	26	28	26	28	25
20	26	27	25	27	25	27	20
15	25	26	24	26	-	-	15
10	24	25	23	25	23	26	10
5	22	23	22	23	21	24	5

Nota. Baessler y Schwarzer (1996)

Concerniente a las propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia generalizada, Oliva *et al.* (2011), con base en la propuesta de Baessler y Schwarzer (1996) exponen que la escala original está en idioma alemán, siendo adaptada a diversos idiomas. Para el específico de la versión utilizada en la presente investigación, de origen español, esta posee validez de constructo, además de haber sido comparada por un equipo de traductores especializados; con validez convergente y discriminante. La confiabilidad es alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvo una base de datos producto de la aplicación en línea de los instrumentos, la cual fue codificada y se llevó a un programa estadístico ajustado a las ciencias sociales, en el cual se aplicó la estadística descriptiva para analizar las variables estrés y autoeficacia según sus medias ($\bar{X}$) y la Desviación estándar (S), interpretando la media de acuerdo con los baremos de cada uno de los constructos estudiados. Es necesario destacar que se dividieron las tablas en tres grupos de edad: de 12 a 13 años, de 14 a 15 años y de 16 a 17 años, pues era la forma de interpretar el instrumento de autoeficacia, haciéndolo de este modo para facilitar los análisis. Luego, se aplicó la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov, la cual arrojó una distribución normal de la muestra, por lo que se utilizaron pruebas de comparación de tipo paramétrico: t para igualdad de medias o el ANOVA de un factor, mientras que para establecer la relación entre las variables se usó la correlación de Pearson para confirmar o rechazar la hipótesis de estudio.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos para el estrés

Grupo de edad	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	S
12 a 13 años	24	46	32,47	7,366
14 a 15 años	16	41	29,20	6,880
16 a 17 años	18	39	28,91	5,180

De acuerdo con la Tabla 1, el estrés arrojado por las bailarinas de ballet que conformaron la muestra de estudio fue moderado en los tres grupos de edad que fueron valorados. En este orden de ideas, como explican Lazarus y Folkman (1986), indicarían que estas adolescentes perciben algunas situaciones vividas como amenazas y que pueden poner en riesgo su bienestar físico y psicológico, porque consideraban que no contaban con recursos suficientes para manejarlas adecuadamente, al menos en aquellas que parecían superar sus modos de afrontamiento o eran exageradas demandas para su madurez cognitiva y conductual.

En este sentido, a menudo las jóvenes sentían tensión y nerviosismo en los escenarios donde se desenvolvían, especialmente ante aquellos que no podían controlar porque no dependían de ellas, sino que estaban en el contexto o se relacionaban con otras personas. Al respecto, Gasparini *et al.* (2012), explican que las bailarinas de ballet están inmersas en un entorno exigente y demandante, que les pide compromiso, responsabilidad, disposición física y emocional, agilidad, control de expresiones e incluso disimular el cansancio, las emociones negativas; cuestiones que son considerados como factores estresores, que, según los resultados de la investigación, generan en ellas valoraciones desfavorables que se manifiestan en síntomas cognitivos y conductuales.

Los resultados se mantienen en la línea de hallazgos anteriores, como los de Landívar (2017), quien reportó un nivel moderado de estrés en bailarinas profesionales, asociado a la competitividad, relaciones sociales dentro de las academias y exigencias de sus entrenadores. Por su parte, León (2018), indicó que las bailarinas presentaban de moderados a altos niveles de estrés, que limitaban su cotidianidad y se reflejaban en síntomas como insomnio, estado de alerta, nerviosismo.

Entonces, como explica Orlandini (2012), sería posible esperar una respuesta negativa ante las situaciones valoradas como amenazas por parte de las bailarinas de ballet, que en este caso fueron moderadas y pudieran ser el resultado de distintos aspectos que ellas pueden vivir, unos de orden personal como la presión de pertenecer a un grupo, cambios corporales propios de su desarrollo físico, exigencias escolares y del ballet o incluso baja autoestima o baja tolerancia a la frustración; también de orden externo como problemas socioeconómicos, conflictos en su entorno cotidiano o discusiones con personas significativas. Esto, contextualizándolo con lo expuesto por Gasparini *et al.* (2012), pudiera predisponer a las jóvenes a presentar síntomas conductuales (aislamiento, irritabilidad), psicológicos (miedo, autocrítica, nerviosismo, tendencia a la depresión y/o ansiedad) y físicos (cefaleas, alteraciones respiratorias, cardíacas o gastrointestinales), que reflejan la reacción de su cuerpo y su mente ante los agentes estresores.

Ahora bien, en este punto de la discusión sería útil retomar los postulados de Lazarus (2000) sobre la tipología de estrés, porque para el autor existen el eustrés o estrés positivo, referido a que las demandas se toman como un estímulo para realizar una actividad; y el distrés o estrés negativo, que es aquel riesgoso y nocivo, porque la demanda se percibe como amenaza y el individuo reacciona de forma desfavorable o puede no hacerlo. Esto implica que la medición del estrés bien pudiera arrojar indicadores de uno u otro tipo.

En consonancia con lo anterior, este nivel moderado de estrés es esperable en la adolescencia, incluso puede ser tomado como una respuesta adaptativa propia de esta fase del ciclo vital. Sobre este asunto, se trae a colación lo referido por Erikson (2004), quien argumenta que los adolescentes viven dos crisis durante su desarrollo psicosocial, la de reconocer su identidad, que le permite conocerse a sí mismo como individuo y la de intimidad versus aislamiento, en la cual crea amistades y vinculaciones afectivas. Estas crisis representan para los jóvenes un conflicto que, como tal, suele ser un generador de estrés, no necesariamente relacionado con su contexto, y ante el cual suele presentar respuestas adecuadas que lo ayudan a superar su situación, resolviéndolas con sus recursos cognitivos y conductuales del momento, pero también desarrollando otros, conforme a sus nuevas modalidades de afrontamiento, que los llevan a ir madurando emocional, psicológica y socialmente.

Por consiguiente, al ser un sujeto que está en un conflicto propio de su fase vital, las jóvenes bailarinas de ballet pudieran estar predispuestas a valorar aquello que está fuera de su rutina, que rompe con lo esperado o que no se ajusta a su forma de ser como un factor estresante, pero que no necesariamente las limita o ante el que actúan con respuestas negativas, sino que se mueven en su entorno para adaptarse y lograr superar la demanda con sus recursos personales o con aquellos que desarrolla conforme a la experiencia. Además, en el modelo teórico de Betty Neuman, explicado por Romero *et al.* (2007), los adolescentes, desde una visión holística e integral propia de la corriente gestáltica, intercambian energía con el entorno para encontrar su estabilidad y bienestar, por lo cual es capaz de sobrellevar adaptativamente los elementos estresantes externos e internos, manteniendo un adecuado nivel de salud; entonces, su estrés moderado se tomaría como una estimulación para realizar actividades que las ayuden a crecer y obtener una recompensa agradable.

Sería posible entonces que el sistema de las adolescentes, como indica Cano (2006) y Romero *et al.* (2007), sea creado por ellas mismas para protegerse ante los elementos que considera estresantes, porque ya los ha vivido con anterioridad o porque ha aprendido que a otras personas les generan malestar y es algo que desean evitar. Pudiera suceder; considerando que el estrés moderado parece ser normal y esperable durante esta etapa del ciclo vital, que ellas experimenten dos escenarios: un estrés positivo, que las motive e impulse a lograr metas, a superar retos o cumplir con sus expectativas y las de terceros; aunque también está el escenario negativo, donde estos factores van en detrimento de su estabilidad y de su salud mental, ocasionando reacciones poco favorables que se manifiestan en los síntomas que se han descrito con anterioridad.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para la autoeficacia

Grupo de edad	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	S	Percentil
12 a 13 años	22	40	29,00	5,511	45
14 a 15 años	18	37	29,40	5,299	50
16 a 17 años	19	40	28,81	5,802	40

Como se observó en la Tabla 2, la autoeficacia, en los tres grupos de edad, se ubicó en tendencia baja, lo cual indicaría que las valoraciones o juicios sobre las propias capacidades que estas adolescentes realizaron presentan debilidades. Para comprender mejor, Bandura (1986), explica que las expectativas de autoeficacia dependen de las creencias que la persona tiene sobre sus habilidades y capacidades para lograr un objetivo, por lo que, al ser de tendencia baja, es posible que las participantes en la investigación consideren que no son suficientemente capaces para llegar a una meta personal o para satisfacer las expectativas de un tercero.

La autoeficacia, en términos de Bandura (1997), es la percepción que tiene el sujeto sobre sus capacidades de organización y ejecutar acciones que los lleven a conseguir un resultado determinado en función de una meta particular que ha sido previamente establecida. Ciertamente, es un constructo que puede estar asociado con la percepción que la persona tiene sobre sí misma, sus habilidades y las creencias sobre manejarse en distintas situaciones. Entonces, al haber una tendencia baja, como fue el caso de las adolescentes bailarinas de ballet que fueron estudiadas en la investigación, es probable que las ideas que tienen sobre ellas mismas no sean del todo favorables y, posiblemente, se consideren como poco capaces o habilidosas para llegar a una meta, incluso pueden dudar de si tienen lo necesario para planificar las acciones que las orienten al objetivo.

Es decir, esta tendencia baja que fue encontrada, se explicaría al indicar que cabe la posibilidad de que las jóvenes no vean en ellas el potencial para ser una bailarina de éxito o para cumplir con sus propias expectativas, más allá de lo que hayan podido lograr hasta el momento; y esto podría deberse no necesariamente a malas ejecuciones, fracasos en su actividad o a que no tengan las habilidades, sino más bien a las crisis normativas propias de la adolescencia. Al respecto, Flórez (2007), señala que los conflictos de la fase vital, los que forman parte de las explicaciones del desarrollo psicosocial de Erikson (2004), pueden afectar la autoeficacia, no solo en dudar de las capacidades, sino al disminuir la voluntad que el sujeto le imprime a las acciones que lo conduce a las metas y a la perseverancia para afrontar adversidades y seguir encaminado al objetivo.

Entonces, la tendencia baja a la autoeficacia viene acompañada de sintomatología negativa producto de ineficacia social, falta de percepción de control, sesgos en el procesamiento cognitivo o ineficacia en la selección de procesos, como refieren Bandura *et al.* (1999). Aunado a esto, el juicio negativo sobre las capacidades, de acuerdo con Rehm (1982), estaría asociado con procesamiento sesgado de las experiencias, en el que los adolescentes, en el presente caso las jóvenes bailarinas de ballet, distorsionarían los logros que han tenido y les darían mayor importancia a los fracasos, siendo que los atribuyen a ellas mismas y sus pocas habilidades o las debilidades que puedan tener.

Por otro lado, al comparar con investigaciones anteriores, hubo discrepancias con los hallazgos de Tomateo (2019), quien encontró un nivel promedio de autoeficacia en adolescentes limeños que, a su vez, se relacionaba positivamente con el bienestar psicológico. Por su parte, Álvarez (2018), encontró que los bailarines de danza folclórica peruanos que participaron en su estudio puntuaron en altos niveles de autoeficacia, las cuales fueron aceptables.

Las diferencias con otras investigaciones pueden deberse al contexto actual de la pandemia, el distanciamiento social y el confinamiento, que han podido repercutir negativamente en los juicios personales y las creencias sobre sí mismas que tienen las bailarinas, porque su práctica se ha visto minimizada o, quizá, han debido abandonar sus rutinas, no por falta de habilidades, sino por las imposiciones del entorno, lo cual parecen no comprender de tal forma y se adjudican esta especie de fracaso a ellas como personas.

En consonancia con lo anterior, Álvarez (2020), encontró en un grupo de bailarines folclóricos argentinos que la discontinuidad de la práctica, la utilización de recursos virtuales para las clases y la ausencia de un entrenador que ayude a tomar posiciones, a mejorar posturas; ha acentuado la atención sobre el propio cuerpo y la necesaria disposición a atender sin distracciones al sí mismo; lo cual pudiera repercutir en la percepción que las personas que practican danzas, ballet o algún tipo de baile tienen sobre sus capacidades, dado que se sentirían poco preparadas para afrontar un entrenamiento sin la cercanía del experto. De esta manera, coinciden sus conclusiones con los hallazgos de la presente

investigación, una tendencia baja de autoeficacia que se refleja en debilidades sobre las creencias del sí mismo.

Para cerrar lo concerniente a la autoeficacia, si se atiende a lo propuesto por Bandura (1997), este escenario de resultados era esperable, puesto que el autor enfatiza que en la adolescencia es posible que ocurra un descenso de la autoeficacia, mediado por las crisis y conflictos de la etapa vital. En complemento, Shiner (2000), explica que los cambios a nivel social, relacional, personal, cognitivo y físico que tienen lugar durante esta fase del desarrollo, contribuyen a que el adolescente, aun cuando sí tenga las capacidades y haya sido exitoso en un ámbito, experimente una autoeficacia baja cuando evalúa, con una nueva postura de pensamiento, sus habilidades, su progreso o la perseverancia que tiene para llegar a una meta; incluso es posible que el entorno afecte la percepción que tienen sobre ellas y sus habilidades.

Tabla 3
Correlación de Pearson entre Estrés y Autoeficacia

		Estrés	Autoeficacia
Estrés	Correlación de Pearson	1	0,629**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	99	99
	Correlación de Pearson	0,629**	1
Autoeficacia	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	99	99

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según este resultado, no se confirmó la hipótesis, sino que se encontró que a medida que se incrementa el estrés tiende a aumentar la autoeficacia o viceversa el estrés disminuye y proporcionalmente disminuye la autoeficacia; puesto que la Tabla 3 indicó una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Por consiguiente, se rechaza el supuesto de que “a mayor estrés, menor autoeficacia en bailarinas de ballet” y “a menor estrés, mayor autoeficacia en bailarinas de ballet”.

No obstante, más allá de una valoración negativa del contexto, es posible que el nivel de estrés aumente la autoeficacia, porque las bailarinas que participaron en la investigación experimentarían eustrés, el cual, de acuerdo con Lazarus (2000), es una forma de estrés positivo que motiva a las personas a realizar alguna actividad porque representa un desafío y la ejecución y éxito de la misma les genera satisfacción; ya que reconocen sus capacidades y habilidades ante el reto, considerando que cuentan con las suficientes para lograr superarlo.

Entonces, no necesariamente sería de esperar que un alto nivel de estrés disminuya la percepción de autoeficacia de las adolescentes, puesto que, al ser un estrés positivo, ocurriría lo contrario, como demostraron las evidencias estadísticas obtenidas en la investigación. Como soporte de ello, se tiene lo expuesto por Chiva (2017), quien explica que un adecuado nivel de autoeficacia actúa como un factor protector ante el estrés, incluso ayuda a la persona a comprender que sus capacidades son las apropiadas para hacer frente de manera productiva y adaptativa a aquello que valora como amenaza.

Este escenario de resultados coincidió con los hallazgos de Silva *et al.* (2015), ya que encontraron relación entre el nivel de estrés y autoeficacia similar a la reflejada en las bailarinas de la presente investigación; lo cual explicaron al indicar que un locus de control interno ayuda a las adolescentes a

confiar en sí mismas y, en sus capacidades, con creencias de que pueden superar cualquier situación y, por lo tanto, lo que puede ser un generador de distrés, se convierte en un motivador para poner en práctica las habilidades personales y superar favorablemente la demanda.

Siendo así, la relación positiva entre estrés y autoeficacia que se encontró en las bailarinas de ballet que participaron en la presente investigación, es una muestra de que los factores estresores, cuando se gestionan de forma adecuada conforme a las percepciones y recursos de las adolescentes, impulsan la carrera y las acciones necesarias para el logro de metas, para superar desafíos y salir adelante de forma adaptativa; porque las jóvenes bailarinas valoran adecuadamente sus propios recursos personales para actuar ante las situaciones, poniéndolos en práctica cuando lo consideran oportuno.

Tabla 4

Comparación por el tiempo de entrenamiento a la semana

Media del grupo				Prueba t igualdad de medias	
Estrés					
Edad	Variable de comparación	$\bar{X}$	Pc	t	Sig.
12 a 13 años	1-3 días (n=13)	31,00 ^{ME}	N/A		
	4-7 días (n=4)	37,25 ^{AE}	N/A	-1,547	0,143
14 a 15 años	1-3 días (n=18)	29,17 ^{ME}	N/A		
	4-7 días (n=7)	29,29 ^{ME}	N/A	-0,038	0,970
16 a 17 años	1-3 días (n=31)	27,32 ^{ME}	N/A		
	4-7 días (n=23)	30,81 ^{ME}	N/A	-2,664	0,010*
Autoeficacia					
12 a 13 años	1-3 días (n=13)	27,77 ^B	30		
	4-7 días (n=4)	33,00 ^A	75	-1,766	0,098
14 a 15 años	1-3 días (n=18)	29,72 ^{TB}	50		
	4-7 días (n=7)	28,57 ^{TB}	40	0,480	0,636
16 a 17 años	1-3 días (n=31)	25,90 ^B	20		
	4-7 días (n=23)	32,27 ^A	75	-4,902	0,000*

Nota: ME: moderado estrés/ AE: alto estrés/ A: alta autoeficacia/ B: baja autoeficacia / TB: tendencia baja en autoeficacia/ *Significativo al nivel $p < 0,05$ **Significativo al nivel $p < 0,01$

De la Tabla 4 se desprendieron datos del grupo etario de 16 a 17 años de edad, pues se encontró diferencias estadísticamente significativas asociadas al tiempo de práctica semanal de las bailarinas. Primeramente, el nivel de estrés fue mayor en quienes practicaban de 4 a 7 días por semana; mientras que la autoeficacia fue alta en el mismo grupo. En este orden de ideas, es posible que el deber asistir a clases, bien sea presenciales o virtuales, durante un mayor tiempo, se considere como un generador de estrés, dado que debe haber una mayor disposición para el entrenamiento, en detrimento, posiblemente, de otras actividades.

Por otro lado, se pudiera afirmar que aumentaría la autoeficacia, probablemente, por las jóvenes sienten que están perseverando hacia el logro, poniendo al máximo sus capacidades. Cabe destacar que

hubo similitudes con los hallazgos de Chivas (2017), respecto a la autoeficacia, pues este investigador encontró que los bailarines que tenían más hora de práctica a la semana, mostraban una mejor percepción de sus capacidades y un sistema de creencias positivo sobre ellos mismos; que a su vez se relacionaba positivamente con su autoaceptación y propósito en la vida, dimensiones del bienestar psicológico; y con la autoestima.

Finalmente, se realizaron también comparaciones por edad y tiempo practicando ballet (ANOVA de un factor, $p < 0,05$), las cuales no arrojaron diferencias estadísticamente significativas que permitieran discutir sobre la posibilidad de que estos factores sociodemográficos pudieran modificar la percepción de estrés o autoeficacia de las adolescentes practicantes de ballet, puesto que, a pesar de ser más o menos joven, o tener mayor tiempo dentro de esta arte escénica, los niveles de dichas variables eran semejantes.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación pueden ser sintetizados en conformidad con las variables estudiadas. En primer lugar, el estrés fue moderado, sin importar el grupo de edad en el cual estuvieran las adolescentes, lo que indicó que, de modo general, pudieran presentar respuestas negativas ante aquellos factores que fueran generadores de estrés dentro de su entorno particular: tiempo de práctica, exigencias de maestros, competiciones, entre otros. No obstante, también es posible que su reacción sea adaptativa, adecuándose a lo esperado durante la etapa de la adolescencia, y estas respuestas no siempre sean desfavorables, sino que también sean de ajuste e impliquen un impulso o motivador para realizar acciones que las conduzcan al logro de una meta.

Respecto a la autoeficacia, tuvo una tendencia baja, que implicó que las adolescentes bailarinas de ballet pudieran darles mayor importancia a los fracasos, adjudicándolos siempre a sí mismas, porque tendrían un juicio poco favorable de sus habilidades, incluso dudarían de ser capaces de llegar a objetivos trazados por ellas mismas o aquellos que son parte de los programas de sus prácticas. Esto es una situación ciertamente riesgosa, puesto que los adolescentes con baja autoeficacia pueden tener conductas negativas como violencia, agresividad, o conductas sexuales de riesgos dado que su autocontrol es bajo.

Por otro lado, se encontró una relación de características positiva, moderada y estadísticamente significativa, por lo cual se rechazaron las hipótesis iniciales: “a mayor estrés, menor autoeficacia en bailarinas de ballet” y “a menor estrés, mayor autoeficacia en bailarinas de ballet”. Sin embargo, es oportuno indicar, en función de los hallazgos, que es posible que esta relación positiva, donde las variables crecen o decrecen de forma directamente proporcional, muestre que en una situación de eustrés la respuesta sea favorable e impulse a las bailarinas a poner en práctica sus habilidades, porque tendrían un juicio positivo de las mismas. Mientras que, en el caso de un contexto de distrés, la reacción sería menos favorecedora y la percepción de habilidades se vería minimizada, con respuestas limitantes e incluso síntomas negativos del tipo nerviosismo, ansiedad o conductas poco adaptativas.

Otro aspecto importante de destacar es que el tiempo de práctica durante la semana arrojó diferencias estadísticamente significativas, en las cuales únicamente dentro del grupo de bailarinas entre los 16 y 17 años un mayor tiempo de práctica o entrenamiento (4 a 7 días semanales), se asoció con mayor nivel de estrés y con mayor autoeficacia. En el resto de los grupos no se encontraron evidencias estadísticas, así como tampoco se hallaron diferencias en cuanto a la edad y el tiempo que tienen practicando ballet.

En función de lo anterior, se recomienda, dentro de la academia y con la orientación y tutoría de profesionales debidamente capacitados, la psicoeducación a las adolescentes bailarinas para trabajar en el manejo del estrés negativo y fomentar estrategias que ayuden a afrontar adecuadamente los elementos estresores de su ambiente cotidiano. Se pueden practicar ejercicios de relajación como la respiración abdominal y la relajación muscular; el autocontrol, para identificar sus reacciones ante lo que considera amenazante y trabajar en la reducción de respuestas no adaptativas; también presentando actividades distintas al ballet como escenarios de ocio.

Dentro también de la academia, se ha de fomentar la autoeficacia con base en la resignificación de las experiencias que se han tenido durante los últimos meses: para comprender que los éxitos y fracasos son parte de lo esperado y que el entorno también puede repercutir en la ejecución de acciones y el logro de metas; con técnicas de gestión de emociones y de autocontrol. En este sentido, se realizarían intervenciones dirigidas a un acompañamiento durante el proceso en el que maestros y padres motiven a las jóvenes y fomenten su visión positiva de sí mismas.

A futuros investigadores, se propone realizar nuevos estudios donde se mida el estrés en su forma de eustrés y distrés para relacionarlo con la autoeficacia percibida en bailarinas de ballet y también en adolescentes con distintas características, de modo que se pueda contar con datos que lleven a la generalización de resultados, mostrando si los contextos particulares de los jóvenes pueden modificar sus respuestas ante los estresores y los juicios que tienen sobre sus capacidades.

Adicionalmente, se recomienda realizar nuevos estudios considerando también la variable autoestima, para determinar si tiene o no relación con la autoeficacia y el estrés percibido en adolescentes bailarinas de ballet o si puede repercutir en las percepciones generales de estas adolescentes.

REFERENCIAS

- Álvarez, M. (2018). *Autoeficacia y asertividad en adolescentes que practican y no practican danzas folklóricas en Lima Metropolitana*. (Tesis de Grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, UPC). <https://doi.org/10.19083/tesis/625074>
- Álvarez, M. (2020). *Experiencia óptima (flow) en bailarines y su relación con la Resiliencia*. (Tesis de Grado, Universidad del Aconcagua). http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/925/tesis-gaiaalvarez-experiencia.pdf
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1),1-8. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/1996/anyes1996a1.pdf>
- Bandura, A. (1986). *Fundamentos sociales de pensamiento y acción*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. Freeman.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C. y Caprara, G. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10074708/>

- Benítez, A., D'Anello, S. y Noel, G. (2013). Validación de la escala de estrés percibido (EEP-13) en una muestra de funcionarios públicos venezolanos. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 13(1), 117-133. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391585>
- Caballero, J. (2017). *Historia de la danza y ballet contemporáneo*. (Tesis de Pregrado, Universidad Jaime I). <https://bibliotecavirtualesenior.es/wp-content/uploads/2017/05/Presentacion-La-danza-3-3-copia.pdf>
- Cano, A. (2006). *La naturaleza del estrés*. Dr. Boletín de Seas, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. <https://es.scribd.com/document/241826395/LA-NATURALEZA-DEL-ESTRES-docx>
- Chiva, N. (2017). *Bienestar psicológico, autoestima y autoeficacia general en el ámbito de la danza*. (Tesis Doctoral, Universidad de Comillas). <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/116197/retrieve>
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. (19ª ed). Siglo XXI Editores, S.A.
- Flórez L. (2007). *Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención*. Manual Moderno.
- Gasparini, I., Landgraf, C. y De Rose, D. (2012). El estrés y la ansiedad en bailarines aficionados y profesionales – comunidad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 7(1), 49-69. <https://www.riped-online.com/articles/stress-and-anxiety-in-amateur-and-professional-dancers.pdf>
- Landivar, M. (2017). *Disminución del estrés aplicando el modelo de Trec de Ellis y técnica Tre de Bercelli en bailarines del centro artístico Yesnea Mendoza – comunidad*. (Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil). <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26524>
- Lazarus, R. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Paidós.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- León, J. (2018). *Perfil de personalidad en bailarinas de ballet - comunidad*. (Tesis de Pregrado, Universidad Rafael Urdaneta).
- Marich, J. y Howell, T. (2015). *Dancing Mindfulness: A Phenomenological Investigation of the Emerging Practice*. Elsevier Inc.
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M., Ríos, M., Parra, A., Gómez, A. y Reina, M. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Obemedia, S.C.
- Orlandini, A. (2012). *Estrés, que es y cómo evitarlo*. Fondo de Cultura Económica.
- Padilla, C. y Coterón, J. (2013). ¿Podemos mejorar nuestra salud mental a través de la danza?: una revisión sistemática. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (24), 194-197. <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732290038.pdf>

- Rehm, L. (1982). Self-management and behavior in depression. En: Karoly, P. y Kanfer, F. (Eds.), *Self-management and behavior change: From theory to practice*. Pergamon. (pp. 522-567).
- Rojo, T. (2016). *Perfil psicológico de un bailarín de alto nivel, rasgos vocacionales del bailarín profesional*. (Tesis Doctoral, Universidad Rey Juan Carlos). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157292#:~:text=Tienen%20una%20disposici%C3%B3n%20de%20atenci%C3%B3n,autosuficiencia%20es%20otro%20factor%20caracter%C3%ADstico>
- Romero, G., Flores, E., Cárdenas, P. y Ostigüín, R. (2007). Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Enfermería Universitaria*, 4(1), 44-48. <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821005.pdf>
- Shiner, R. (2000). Linking childhood personality with adaptation: Evidence for continuity and change across time into late adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 310-325
- Silva, A., Luz, T., Afonso, R., Araújo, M., Bittencourt, I., Carvalho, L. y Enumo, S. (2015). Escala de Autoeficácia para Bailarinos (AEBAI): construção e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 14(1), 83-88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712015000100010&lng=pt&tlng=.
- Tomateo, R. (2019). *Bienestar psicológico y autoeficacia en adolescentes de una institución educativa nacional de Lima Metropolitana*. (Tesis de Grado, Universidad Nacional Federico Villarreal). https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3006/UNFV_TOMATEO_CONTRERAS_REN%c3%89_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo de Grado titulado Estrés y autoeficacia en bailarinas de ballet, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora indica que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

AMENAZAS Y FORTALEZAS DURANTE LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD EN MÚSICOS CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

Identity construction in musicians with musculoskeletal injuries

EMILIA QUINTERO DUARTE

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

Email: emiliaquinteroduarte@gmail.com

Admisión: 07-07-2023
Aceptación: 25-07-2023

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue interpretar la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas, fundamentado en el paradigma interpretativo y el método hermenéutico-dialéctico. Los informantes fueron cinco (5) músicos con edades entre 20 a 25 años, que padecían una lesión, seleccionados de manera intencional. Con una entrevista a profundidad, se realizó el análisis hermenéutico, donde se obtuvo como resultado categorías emergentes: La Crisis de Identidad, El Proceso de Duelo, La Superación, El Estancamiento y La Lesión como Maestro. Concluyendo que, los músicos se enfrentan a una crisis de identidad ante una lesión, sumergiéndolos en un proceso de duelo que transita hacia la superación o el estancamiento de la crisis. Así, ocurre una transformación personal que les permite una aproximación diferente hacia su identificación con la música. Dado los resultados, se recomendó que los espacios asociados con el ámbito musical deben concientizar sobre la relación mente-cuerpo y el desarrollo de lesiones al ámbito musical.

PALABRAS CLAVE: Identidad, músicos, lesiones, musculoesqueléticas

ABSTRACT

The purpose of this research was to interpret the construction of identity in musicians with musculoskeletal injuries, based on the interpretative paradigm and the hermeneutic-dialectic method. The informants were five (5) musicians between 20 and 25 years old, who suffered an injury, selected intentionally. With an in-depth interview, the hermeneutic analysis was carried out, where emerging categories were obtained as a result: The Identity Crisis, The Mourning Process, The Overcoming, The Stagnation and The Injury as a Teacher. Concluding that, musicians face an identity crisis in the face of an injury, immersing them in a mourning process that transits towards the overcoming or stagnation of the crisis. Thus, a personal transformation occurs that allows them a different approach to their identification with music. Given the results, it was recommended that the spaces associated with the musical field should raise awareness about the mind-body relationship and the development of injuries to the musical field.

KEYWORDS: Identity, musicians, injuries, musculoskeletal

COMO CITAR: Quintero, E. (2023). Amenazas y fortalezas durante la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas. *Sistemas Humanos*, 3(2), 99-120 pp

INTRODUCCIÓN

Cada individuo toma su posición en el mundo a partir de lo que es por sí mismo y lo que hace para ser, siendo elemental el cuestionamiento de lo que realiza en el mundo y cómo se identifica a partir de eso. Es así como desde los primeros años de vida se instala el enigma sobre la vida, es decir, nace la interrogante de dónde viene el ser humano y cómo toma su lugar en el mundo, lo cual sirve como motor para el comienzo de la construcción de la identidad de un sujeto, empezando por un: ¿De dónde vengo? Siguiendo un: ¿Qué soy? Y, así, a un: ¿Quién soy? En donde el entorno, influencia al sujeto que se acompaña de la identificación de origen, para dar paso a una constitución subjetiva tomando elementos de la sociedad en donde busca identificarse con algo para ir encontrando respuestas ante el deseo de saber. Así, pasará por distintas comunidades en donde se verá significado e identificado con base a cómo se siente, cómo se define y en lo que hace, porque es, pertenece y hace con esa población, otorgándole esto un lugar en el mundo, permitiendo así, la construcción de una identidad (Erikson, 1968).

De esta manera, lo social y cultural toman un matiz vital en el proceso identitario, puesto que, desde la infancia, los individuos cargan con rituales y títulos que los hacen sentirse identificados con aquella comunidad a la que pertenecen y con ello pueden expresar el sentimiento de identidad (Erikson, 1993). Entonces, partiendo de las identificaciones, se puede hablar de figuras de referencia, sociedades y sus roles desde el comienzo de la vida, en donde el sujeto se posiciona en un lugar. No obstante, desde una primera instancia el enigma sobre la constitución de la vida no queda satisfecho a nivel personal, puesto que no se encuentra respuesta certera sobre el origen y posición de sí mismo en el mundo.

Es así, como el sujeto, constantemente se encuentra en la búsqueda de aquello que lo hace ser quien es, siendo, lo que lo mueve en la búsqueda para la construcción de su identidad, ya que se transforma en el enigma que cada quien es para sí mismo. Destacando que, esta búsqueda comienza con la amenaza de las condiciones de existencia, es decir, que el sujeto emprende esta búsqueda cuando ve la posibilidad de perder el lugar que ocupa en el mundo (Cocooz, 2020). Así, se otorga un lugar con base al quehacer de cada uno, tomando en cuenta las diferencias individuales, psíquicas y orgánicas que se presentarán a través de las experiencias personales de cada individuo y que se irán integrando para formar una identidad.

Por ende, se habla de una identidad que es dinámica, ya que, según Cocooz (2020) el sujeto se encuentra en una posición de búsqueda de una satisfacción que va más allá de las necesidades básicas y que se construye con base al deseo de saber del sujeto, el cual en su búsqueda atraviesa experiencias sociales que le ofrecen respuestas las cuales puede tomar como suyas y construirse con base a eso, aunando la conciencia de sí mismo y del cuerpo. Entonces, partiendo de que la identidad es un fenómeno sentido por el ser humano y que se encuentra en todo el curso de la vida, siendo un “Yo soy” tomando en cuenta de dónde viene el sujeto, lo que hace y a dónde pertenece, Erikson (1993) propone la identidad como un puente que se establece entre las etapas de la infancia en el que el sí mismo corporal y las imágenes de los padres adquieren sus connotaciones culturales, y, hace lo mismo con la etapa de la juventud, donde una variedad de roles sociales se vuelve accesible y cada vez más imperativa para la persona.

Así mismo, plantea una Teoría Psicosocial del Desarrollo, basándose en los postulados de Freud sobre su teoría de la sexualidad, enfatizando en la importancia del entorno para el desarrollo de los individuos. Esta teoría hace referencia a la formación de una identidad mediante la lucha del Yo ante las fuerzas Sintónicas que tienen una carga positiva y las fuerzas Distónicas que poseen una carga

negativa, las cuales están presentes en las crisis por las que debe atravesar un individuo a lo largo de su vida y lo mueven a una constante adaptación de circunstancias (Erikson, 1985). Aunado a lo anterior, Erikson (1993) propone que se tiene una Identidad del Yo que es aquel núcleo que existe desde la infancia con propiedades inconscientes en donde se organiza la experiencia individualmente y, que se ve influenciado por el entorno, planteándose de esta forma que se da una identidad formada por aspectos sociales que se integran gradualmente y que además, se ve asociada con la Identidad del Yo, con lo cual, propone así una Identidad Psicosocial que parte de un “Yo vengo de”, “Yo soy” o “Yo pertenezco” (Erikson, 1985).

Al hablar de músicos, su identificación es con la comunidad a la que pertenecen y con su quehacer en el arte cuando eligen decir “Yo soy músico”, porque según Erikson (1993), en una comunidad el sentimiento de identidad se da a partir de la identificación con los mismos y sus antepasados. En adición, dentro de su teoría utiliza varios conceptos fundamentales que se encuentran presentes en la lucha de las fuerzas Sintónicas y Distónicas durante las crisis/estadios que atraviesan los individuos en el proceso de construcción de identidad. Según Erikson (1985) estos son: La esperanza, definiéndose como el deseo expectante; la fidelidad que sería la capacidad de confiar en otros y en sí mismo; el cuidado, haciendo referencia al cuidado de sí mismo y de otros, evolucionando estas cualidades a través del desarrollo, con el fin de otorgarle al individuo la capacidad de poseer un deseo de saber y de relacionarse con los otros.

Y, así, Erikson (1985) plantea su modelo teórico en donde describe el desarrollo y construcción de la identidad mediante estadios psicosociales que divide estratégicamente durante el desarrollo y que se presentan desde el inicio del ciclo vital, ya que según Cocooz (2020) desde la investigación en la infancia, el sujeto se va construyendo, y a partir de ese punto, comienza la formación de un pensamiento independiente para la orientación en el mundo, es así como en cada uno de los estadios se da como resultado la emergencia de un poder básico o una cualidad del yo gracias a las tendencias sintónicas, sin embargo, también se pueden obtener cualidades negativas debido a las tendencias distónicas que de igual forma, son necesarias para la adaptación humana y el proceso de construcción de una identidad.

Según Erikson (1985), estos son los estadios psicosociales del desarrollo por los que transita el ser humano: Confianza Vs. Desconfianza: que tiene como resultado de superación de crisis la Esperanza. Autonomía Vs. Vergüenza y duda: que tiene como resultado de resolución de crisis la Voluntad. Iniciativa Vs. Culpa y miedo: que tiene como resultado de resolución de crisis el Propósito/Finalidad. Industria Vs. Inferioridad: que tiene como resultado de resolución de crisis la Competencia. Identidad Vs. Confusión de Identidad: que tiene como resultado de resolución de crisis la Fidelidad. Intimidad Vs. Aislamiento: que tiene como resultado el Amor. Generatividad Vs. Estancamiento: que tiene como resultado de resolución de crisis el Cuidado. Por último, Integridad Vs. Desesperanza, disgusto: que tiene como resultado la Sabiduría. Siendo estos estadios elementales, puesto que, de ellos se dan las crisis por las que pasa un sujeto en donde debe afrontar situaciones y tomar decisiones con base a lo adquirido en su experiencia anterior para la constitución de su identidad.

Por otra parte, existen factores que favorecen dicha construcción durante el ciclo vital de las personas, como lo presentan Valenzuela y Aisenson (2016), quienes encontraron que los espacios de inserción como las Orquestas Escuelas son contextos facilitadores de construcción de narrativas de vida valoradas y de esta manera, se facilita las posibilidades de proyectar a futuro. Esto se relaciona con la investigación presente, ya que da un gran aporte para comprobar que la música es un factor contribuyente a la formación de una identidad, tanto por el quehacer como por la identificación con una comunidad. Es decir, para los músicos el pertenecer a un grupo con los cuales comparten la pasión por el quehacer musical les otorga un sentido de pertenencia hacia su misma labor. Y, aunado a ello, el hacer música les otorga un lugar en el mundo y un propósito sobre el cual construir su futuro.

En otra instancia, se tiene la investigación de Manrique (2017) en la cual se encontró que, los jóvenes que practican teatro construyen su identidad en la medida que hacen vinculaciones con los personajes asignados, apartándose física, emocional y cognitivamente de su vida cotidiana y mezclando su campo perceptual con el del personaje. De manera que, las experiencias imaginarias empiezan a formar parte de su realidad y es lo que permite integrarlo con otras áreas de su vida. Esto se relaciona con la investigación presente, debido a que explica cómo desde las artes se va formando una identidad, tomando aspectos del entorno para integrarlos con aspectos individuales y propios, motivando esto a la reflexión sobre sí mismo y el reconocimiento propio, tomando en cuenta los cambios significativos en áreas del funcionamiento.

De igual forma, la investigación de Argüello (2015) tuvo como resultado que los procesos creativos en las artes, particularmente en el teatro y la danza, favorecen la transformación personal, la expresión de emociones, el fortalecimiento de la autoestima, afianzar la imagen corporal, el autoconcepto y la identidad, así como también la agudización de la conciencia corporal y promueven el bienestar en cuanto a la relación con el propio cuerpo. Esto puede relacionarse con la investigación presente, ya que se expone cómo el arte, es un factor de transformación de identidad. Además, hace mención a la temática del autoconcepto y el cuerpo en el arte, destacando el cómo a través de este se explora y agudiza la conciencia del cuerpo, así como la mejora de la relación con el mismo.

Aunado a lo anterior, Rosendo (2019) propone que desde la génesis artística los individuos construyen una identidad a partir del autoconocimiento y la identificación con lo que hacen, puesto que a través del arte se comunican consigo mismos y conectan con el material psíquico a nivel consciente e inconsciente llevando a cabo una exploración del mundo interno a través del lenguaje simbólico que otorga el arte como una vía para expresar aquello que solamente puede plasmarse a través del proceso artístico, evidenciándose que el arte cumple un papel fundamental en la construcción de identidad para quien lo realiza.

También está la investigación de Riera (2013) que tuvo como resultado que los adolescentes construyen su identidad a partir de las relaciones que tienen con su entorno siendo estas el motor que hace que los jóvenes establezcan las bases para construir su realidad; además, un elemento destacado dentro de los resultados, es la música, la cual adquiere una lectura polisémica dentro del discurso de los individuos, ya que según Riera (2013) la música se torna indispensable, pues se convierte metafóricamente, en una armadura, para enfrentar la batalla de lo cotidiano, adoptando una forma de vivir que va de la mano de esta. Así, lo planteado en este estudio se relaciona con la investigación presente, puesto que, se propone la música como creadora de sentido y cumple como alternativa comunicativa y de expresión, lo cual influye en la construcción de la identidad.

En adición, la investigación de Caldera (2018) tuvo como resultado que, la identidad nacional del venezolano en la actualidad se construye a partir de una serie de interacciones sociales, de los individuos que la componen, quienes a través de su verbalización y posterior acción le dan sentido a la realidad nacional. Así, esto aporta material significativo debido a que presenta cómo los individuos se identifican a partir de interacciones sociales con la comunidad, y cómo las características particulares de la población les ofrecen la identificación a tomar como propia. Relacionándose esto con lo planteado anteriormente, ya que dentro de las comunidades musicales los individuos desarrollan una identificación a partir de su quehacer, las interacciones sociales dentro de la orquesta y el lenguaje musical que funciona como lenguaje simbólico, permitiendo el entendimiento de los individuos dentro de dicha comunidad, teniendo como resultado la contribución a la construcción de una realidad y de igual forma, de una identidad. Por ende, esto concuerda con la presente investigación, ya que es de interés cómo el músico se identifica a través de las interacciones sociales y lenguaje dentro de una comunidad, tomando en

cuenta las características particulares de su población que le dan sentido a lo que hace y lo que es, contribuyendo de esta manera a la construcción de una identidad.

En otro orden de ideas, la investigación de Stenger (2015) tuvo como resultado que las lesiones musculoesqueléticas asociadas a la interpretación musical tienen como asociación causal y/o entre sus efectos: elementos afectivos e impactos en el proyecto vital de las personas. Se evidencia que las lesiones pueden originarse llevando a cabo la práctica musical repetida, estando el cuerpo humano bajo un estado afectivo que ocasione tensión en el cuerpo, ya que, los músculos y tendones se encuentran bajo una tensión constante durante movimientos repetitivos durante la ejecución musical, lo cual ocasiona un desgaste y fatiga muscular que puede llevar a la lesión.

Por otra parte, se expone que, cuando un músico presenta una lesión esto impacta en el proyecto de vida del individuo, porque al presentarse una lesión esto impide el continuar con los proyectos con respecto a la música de forma temporal o permanente. Por ende, esta investigación busca comprobar que las lesiones musculoesqueléticas tienen una repercusión causal en la identidad. También, plantea que el trabajo sobre la autopercepción contribuye a la integración somato psíquica, activando la conciencia corporal, lo cual permite el desarrollo de una orientación espacial en el entorno y un reconocimiento de la existencia propia (Stenger, 2015).

Asimismo, se conoce que la conciencia corporal es un factor importante para la construcción de identidad, es así como el individuo conecta consigo mismo y con el ambiente que lo rodea, ya que según Cocooz (2020) el cuerpo es el medio por el que se busca una satisfacción que va más allá de lo básico. Entonces, teniendo en cuenta la importancia de la conexión entre mente-cuerpo-sociedad, se toma como factor importante el hecho de que las lesiones musculoesqueléticas son comunes en músicos (Burton *et al.*, 2019). Aunado a esto, puede mirarse al músico como un deportista de músculos pequeños, puesto que este para ejecutar debe realizar un esfuerzo físico que requiere una preparación.

Entonces, Rovelli (2011) plantea que cuando un deportista padece una lesión ve esto como una amenaza para su futuro y en ocasiones esta misma lesión lo obliga a retirarse del mundo deportivo. En consecuencia, se presenta una fase de cuestionamientos existenciales y una crisis identitaria, afectando esto el estado emocional del sujeto. Así, esto supone un cambio importante en la vida del sujeto que afecta su Ego así como su posición en el ámbito socio-cultural, ya que al no poder hacer aquello con lo cual se identifica pierde aquello de lo que se sostiene, puesto que su quehacer es aquello que construyó su identidad, pudiendo esto presentarse de la misma manera en el caso del músico.

Aunado a ello, las lesiones o trastornos musculoesqueléticos también están altamente asociados a un deterioro de la salud mental que puede ser significativo, así como una afectación en las capacidades funcionales, puesto que estas pueden ser momentáneas y también pueden ser para toda la vida. Y, de hecho, en muchas ocasiones, cuando las lesiones son tan importantes y graves pueden impedir al individuo que siga ejecutando su instrumento. En el caso del sujeto que ejecuta un instrumento, también se hablaría de su calidad interpretativa, la cual puede verse diezmada debido al dolor crónico que puede padecer a causa de la lesión por la cual esté pasando (Rosinés, 2010).

Sin embargo, para abordar la problemática presente es importante conocer qué implican estas lesiones o trastornos musculoesqueléticos que afectan a los músicos, los cuales según la Organización Mundial de la Salud (2021) cursan con un dolor que puede ser persistente o crónico, causando una limitación en la movilidad, destreza y agilidad para el sujeto, así como una afectación para otras de las áreas de funcionamiento. Estas afecciones se engloban desde trastornos o lesiones repentinas y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, no obstante, pueden tornarse en enfermedades

crónicas o permanentes que causan limitaciones en las capacidades funcionales. Por otro lado, estas afecciones pueden afectar a las articulaciones, huesos, músculos, columna vertebral y varias regiones del cuerpo como en el caso de las enfermedades inflamatorias a nivel de tendones.

Teniendo esto en cuenta, se puede presentar como ejemplo el caso del famoso pianista David Helfgott quien desencadenó una psicosis en pleno desarrollo de su carrera musical y, al ser internado en un psiquiátrico este se enfrentó con una crisis, al no poder hacer su labor musical. No obstante, a pesar de que su rendimiento en las áreas de funcionamiento humano, así como su calidad interpretativa se vieron afectadas por el tiempo sin poder ejecutar su instrumento debido a la enfermedad, este no olvidó su identificación con lo que hace, es decir, se presentaba como “Soy David Helfgott, toco piano”. Es este quehacer con la música lo que le sirve como base para la construcción de identidad y le sirve como soporte ante la adversidad (Parrabera, 2002). Y, si bien este presentaba una enfermedad mental y no una lesión musculoesquelética, puede evidenciarse que aun ante una amenaza como la enfermedad al quehacer, el ser músico ofrece una base sobre la cual mantenerse firme y cumple la función como elemento identitario.

De hecho, Parrabera (2002) manifiesta que la relación que tenía Helfgott con la música se puede ver desde dos perspectivas, la primera sería el pensar en cómo la música le funciona como soporte y le aporta una identidad, lo cual sería el Yo inicial, aquel que parte de los aspectos internos de los individuos que son introyectivos a principios del desarrollo a partir de la experiencia y que se mantienen de forma inconsciente, es decir, Helfgott es porque hace música y toca piano. Así, su identidad como ser individual consiste en esta función que cumple tanto para sí mismo como primordialmente para su padre, puesto que fue este quien lo inició en la música y quien se mantuvo reteniéndolo en ella a su manera al mismo tiempo. Sin embargo, en cuanto a la segunda perspectiva, el hacer música y tocar el piano implica ponerse en contacto con lo inconsciente y con su pulsión, la cual no se encuentra tejida simbólicamente con el lenguaje, por lo tanto, se desborda desintegrando su frágil Yo.

De esta manera, el sentido de identidad en el proceso de construcción de la misma puede verse amenazado o fortalecido, todo dependiendo de cómo se curse la crisis. Es así, como con base a lo anterior, nace la pregunta de investigación: ¿Cómo es la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas? En este sentido, se reconoce que se ha estudiado la construcción de identidad, a través de ciertas artes. Sin embargo, no se ha planteado estudios para el fenómeno con una población de músicos que presenten afecciones médicas que pudieran influir en su quehacer con el arte, en la vivencia a través del cuerpo y en componentes psicológicos asociados a la identificación consigo mismos.

Teniendo el interés sobre cómo el artista llega a ese sentimiento de identidad, a partir de su quehacer con la música y con el entorno en el cual está inmerso, no obstante, tomando en cuenta la lesión musculoesquelética como factor influyente, puesto que además de identificarse con su quehacer en el arte y con su comunidad, es importante tomar en cuenta la conciencia y satisfacción corporal como factores significativos.

Es por ello que la presente investigación se plantea con el propósito de interpretar cómo es la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas a través del estudio del cómo se construye y qué sucede con la identidad del músico cuando se ve ante un tipo de lesión musculoesquelética, ya que el quehacer del músico es a través de su cuerpo y este se vuelve instrumento de su instrumento para poder ejecutar e interpretar. ¿Qué sucede entonces en el caso de tener un trastorno o lesión musculoesquelética?

La significancia de lo investigado puede contribuir al entendimiento del proceso de construcción de identidad por el que pasan los músicos con estas lesiones y lo que implica. Pero, sobre todo permite profundizar en el abordaje psicológico de esta población tomando en cuenta la información que se podría obtener de la investigación planteando así una relevancia humana y social. Además, lo planteado podría ofrecer material en áreas como la psicología clínica, la psicología del deporte y la psicología anormal y patológica, debido a las repercusiones a nivel psíquico que el tener una lesión puede originar.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó considerando un paradigma interpretativo, el cual se basa en la comprensión del sentido de las acciones sociales humanas dentro del contexto del mundo de la vida y del mundo interno de los informantes, tomando en cuenta la perspectiva singular de cada uno dentro de una comunidad (Martínez, 2011). En este caso, se propuso mirar por partes la experiencia individual y social de cada músico con lesiones musculoesqueléticas en su proceso de construcción de identidad, para luego, integrar todas las partes obtenidas e interpretar cómo es la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas. Entendiendo con base a lo anterior, que la interpretación es un proceso mediante el cual se decodifica y se otorga un sentido en común a diferentes presentaciones de lo que se estudia, llegando a conclusiones generales de los elementos particulares guiándolas a la construcción teórica del sujeto tomando como referencia principal la comprensión del mundo interno (Martínez, 2004).

Por otra parte, se implementó una metodología cualitativa, la cual se fundamentó en el estudio de un todo integrado y sus respectivas partes, tomando en cuenta las relaciones entre las mismas que le dan significado al todo. Así, esto dio paso a abordar aquellas cualidades particulares presentes en la población seleccionada con el fin de encontrar aquellos aspectos en cuanto a las identificaciones que las relacionan y conforman un todo dentro de la misma. Y, de igual forma, este tipo de metodología permite abordar de forma profunda las realidades únicas que componen la naturaleza humana llena de cualidades, las acciones y manifestaciones las cuales están cargadas de significado, permitiendo esto abordar la experiencia particular de cada músico, no obstante, manteniendo un nexo entre las cualidades que conforman a la entidad en sí (Martínez, 2006).

Aunado a lo anterior, se seleccionó la aplicación de un método hermenéutico-dialéctico con el objetivo de interpretar cómo es la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas. Consistiendo, este método en un proceso interpretativo que va del todo a las partes y de las partes al todo tratando de comprender lo estudiado de manera global e individualizada. No obstante, se toma en cuenta que dentro de este mismo se encuentra un proceso de atribución de significados ya que se busca interpretar aquellas representaciones humanas mediante las cuales se conoce la vida psíquica con la ayuda de signos que son su manifestación. Así, se trata de mirar la identificación del músico con lesiones desde las representaciones discursivas que adquiere en su proceso de constitución subjetiva, puesto que, las identificaciones parten en sí del lenguaje siendo una traducción de lo percibido por cada persona dentro de su realidad y construyendo a partir de estas representaciones una identificación compartida entre la población, es decir, aquel todo del cual nacen las partes del ser humano (Martínez, 1999).

Se seleccionaron cinco (5) informantes clave que cumplieron con los siguientes criterios: tener entre 20 a 25 años, ser músicos con una trayectoria académica de más de 5 años en distintos ámbitos como orquesta y carrera de solista, haber padecido o padecer de una lesión musculoesquelética, así mismo, que estuvieran a disposición de participar y compartir su historia para la realización de la investigación, permitiendo la grabación y recolección de datos durante las entrevistas. Los informantes

fueron seleccionados de manera intencional; puesto que, los criterios de inclusión estuvieron basados en la propia fundamentación del investigador para así elegir a los participantes que cumplieran con las características anteriormente descritas siendo esto lo adecuado para estudiar el fenómeno de investigación.

Por otro lado, en cuanto a la técnica de recolección de información se utilizó una entrevista en profundidad que se basa en un encuentro dirigido hacia la comprensión de las experiencias vividas por los informantes a partir de sus perspectivas mediante la utilización de sus propias palabras. Así, este tipo de entrevista establece una conversación entre iguales sin la necesidad de utilizar un formulario o intercambio formal de preguntas y respuestas sirviendo el propio investigador como instrumento de investigación. Se caracteriza por ser flexible y no directiva teniendo como objetivo comprender el funcionamiento de las personas desde su propia perspectiva a través de las experiencias o situaciones vividas, permitiendo esto entender en lo posible la construcción de identidad, ya que esta es un fenómeno complejo que guía el funcionamiento de las personas y se encuentra en constante cambio, siendo necesaria tal flexibilidad en la entrevista para su comprensión profunda (Taylor y Bogdan, 1987).

De esta manera, se realizó una (1) entrevista por informante con una duración de cincuenta (50) minutos a una (1) hora aproximadamente, llevándose a cabo mediante videollamadas, en donde estuvieron presentes únicamente el informante entrevistado y el investigador. No obstante, estas fueron grabadas con el consentimiento previo y aprobación de los participantes para luego ser transcritas, manteniendo la fidelidad a lo recolectado y así evitar la pérdida de significantes clave para la investigación. Con relación a lo anterior, algunas de las preguntas generadoras fueron: ¿Qué es para ti ser músico?, ¿De cuál manera ha contribuido la música en cómo te defines actualmente?, ¿Varió tu propia perspectiva como músico luego de la lesión?

Seguidamente, en el proceso de categorización se procedió a analizar y agrupar adecuadamente la información que expusieron los músicos, tomando en cuenta todos los elementos recolectados para clasificar las partes en relación con el todo. Es decir, las transcripciones y las grabaciones obtenidas a través de las entrevistas, fueron leídas y escuchadas de forma meticulosa. Para así, proceder a realizar un cuadro, en donde se agruparon expresiones significativas, cargadas de un poder descriptivo; permitiendo, extraer significantes en el texto mediante el subrayado, comentarios marginales y numeración de los mismos, con el fin de conformar categorías menores. Seguido a ello, se realizó una estructuración en donde se integraron las categorías menores para conformar las categorías generales y así establecer una estructura teórica entre categorías y subcategorías.

Con base a lo anterior, se llevó a cabo la contrastación mediante una triangulación por expertos en la cual participaron cuatro (4) profesionales especializados en áreas como la psicología clínica y social, teniendo como objetivo recoger diferentes puntos de vista sobre la información obtenida y contrastar con lo analizado por la investigadora, para así darle mayor amplitud a los resultados de la investigación.

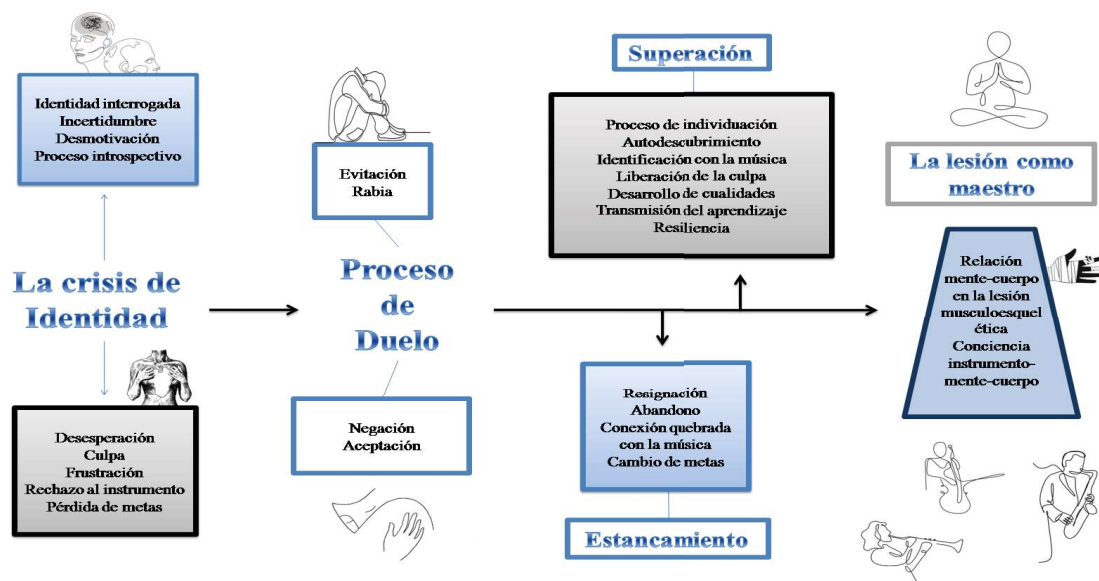
Aunado a ello, se implementó una triangulación de datos para así contrastar y comparar lo obtenido utilizando las bases teóricas de la investigación, teniendo como objetivo asociar los resultados con lo planteado por los autores que definen el fenómeno. Finalmente, se procedió a realizar el proceso de teorización, con el fin de obtener una síntesis final de lo planteado. Partiendo de las categorías y subcategorías conformadas, se realizó un proceso de elaboración de gráficos de la información y se conformó una construcción esquemática de los resultados, presentando las conclusiones y destacando tanto las similitudes entre los informantes, así como la singularidad de cada uno en cuanto al proceso de construcción de identidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego, del análisis de las entrevistas, se identificaron cinco (5) categorías principales y sus respectivas subcategorías:

Figura 1

Amenazas y fortalezas durante la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas



La crisis de Identidad

Ante la lesión, se presentó una crisis que sumerge al músico en un proceso introspectivo, puesto que, la identidad se ve cuestionada en función del lugar que el individuo ocupa en el mundo. Esto da como resultado el origen de la incertidumbre, la desesperación, la frustración y la culpa por la aparición de la lesión. Así mismo, cuando una lesión afecta al músico, este puede sentirse aislado, debido a que no es un tema de conversación abierta en la comunidad musical. Aunado a ello, el individuo puede llegar a cierto nivel de desmotivación, porque se ve limitado en su quehacer, lo cual a largo plazo puede originar una pérdida de metas, ya sea, por la lesión misma o por el abandono radical.

Identidad interrogada

Cuando la lesión aparece, la identidad del músico es cuestionada, puesto que aparece la interrogación de quién es y quién será a futuro, lo cual representa una amenaza para el lugar que el individuo ocupa en el mundo.

“Tenía pensamientos fatalistas de “y si no puedo volver a tocar”, “y si la lesión es permanente y hasta aquí llegó mi carrera”, entonces era algo que me causaba mucho malestar” (Eo3, L; 202-205)

“Yo tenía miedo, yo dije “Si dejo de tocar... O sea... Si a mí me operan, y yo dejo de tocar ¿Qué voy a hacer?” (Eo2, L; 603-605)

“Una persona que se conceptualiza a sí mismo como músico y de pronto le quitas el instrumento para hacer música entonces es como estar desarticulado de todo” (Eo4, L; 369-374)

Incertidumbre

Esta aparece ante la posible pérdida de la identidad, lo cual genera en el músico una angustia por perder la posición que ha asumido y por perderse a sí mismo en el proceso de recuperar la identidad que cree perder.

“Ya habían pasado 8 meses y yo decía: “Che, alguna vez me voy a curar? ¿Voy a poder seguir tocando?”. Porque claro, ya es como que lo empezáis a ver lejos, ¿no?” (Eo1, L; 181-184)

“Esa incertidumbre a mí me causó mucho malestar porque para mí fue irme no desde el “Vamos a ver qué pasa” sino del “Ya se acabó mi carrera musical”” (Eo3, L; 356-359)

Desesperación

Cuando la lesión se prolonga, el individuo entra en un estado de desesperación, puesto que su vida y su identidad se han construido con base a la música. Por ende, la pérdida de la identificación supone una situación desesperante.

“O sea yo estaba como en estado de shock. O sea, yo decía... “¿Cómo llegué a este punto? O sea... ¿Cómo? ¿Cómo?” (Eo2, L; 613-615)

“Yo siempre he sido una persona muy creyente de Dios y, yo me acuerdo que yo decía “Pero por qué a mí, ¿Por qué? ¿Por qué? Si a mí, que me gusta tanto, a mí que disfruto tanto lo que estoy haciendo... Sé que soy buena, que le estoy echando bolas a esto... ¿Por qué? O sea... ¿Por qué a mí?” (Eo2, L; 615-621)

“Trataba claro... Como de secarme con la toalla estando en una piscina, ¿no? En una pileta... Es un poco complicado...” (Eo1, L; 155-158)

Frustración

Cuando el sujeto está tratando de mantener a flote su identidad cae en la frustración, puesto que puede hacerse daño intentando ejercer su quehacer y se ve limitado por las condiciones de su cuerpo.

“La primera vez que fui a un traumatólogo por supuesto fue muy frustrante. Fue muy triste y bueno, tocó aceptarlo, yo me frustré mucho, estaba muy triste” (Eo4, L; 487-490)

“Eso me frustró mucho porque yo quería seguir, entonces era una lucha contra mi propio cuerpo” (Eo2, L; 697-699)

Culpa

Esta se origina para buscar una explicación al estado actual, oscilando entre la culpa interna y la culpa externa. Por una parte, el sujeto se culpa a sí mismo por ser causante de su lesión, pero, por otro lado, busca otorgar esa culpa a agentes externos con el fin de liberarse de la misma.

“Al principio pensaba muchas cosas, al principio yo me sentía el peor músico del mundo” (Eo2, L; 961-963)

“Bueno, entonces uno no se da cuenta, bueno, me lesioné algo mal estoy haciendo” (Eo1, L; 299-231)

“Fue como por temporadas, fue por temporadas, lo agarraba conmigo, después con los profesores, después con el violín, entonces bueno” (Eo2, L; 1083-1085)

Desmotivación

Cuando aparece la lesión, se origina una desmotivación como resultado del fracaso de las metas actuales y una postergación de las metas a futuro. De igual manera, el músico al ver que no puede rendir como en ocasiones pasadas, comienza a adoptar una visión pesimista de sí mismo lo cual lo lleva a la desmotivación teniendo como resultado la procrastinación para poder soportar el sentimiento que le causa el no poder ser él mismo de nuevo a causa de la lesión.

“El dolor es algo que me desmotiva mucho. El no poder tocar y no poder hacerlo bien” (Eo5, L; 534-535)

“Pasar una hora tocando escalas y que la mano me duela es algo que me desanima y que me lleva a no hacer nada, porque el dolor es insoportable” (Eo5, L; 536-538)

“La depresión, el sentimiento de que mi vida de músico terminó, la desmotivación” (Eo3, L; 481-483)

Proceso introspectivo

En el comienzo de la lesión el músico se sumerge en un proceso introspectivo que lo lleva a cuestionar su propio lugar en el mundo y sus metas establecidas, llevándolo a replantear su aproximación a la música y el instrumento.

“Es como una alarma, una sirena, ¿no? Hay cosas que tenéis que cambiar y tenéis que empezar a cambiar de tu vida y bueno, de tu forma de ser o de hacer las cosas...” (Eo1, L; 871-874)

Pérdida de metas

Cuando la lesión comienza se ocasiona una pérdida de metas a corto plazo, lo cual puede originar en el músico la frustración, la desesperación y la tristeza profunda, puesto que la proyección de sí mismo que ve a futuro se derrumba.

“Yo pude haber estado ahí, si yo no tuviese la lesión hubiese podido llegar hasta ahí e incluso más” (Eo2, L; 1131-1133)

“Ya no existe ese futuro *risa*. O bueno tiene que esperar” (Eo4, L; 527-528)

“Sentía tristeza... Tristeza porque yo quería alcanzar muchas cosas con la música, tenía muchas metas” (Eo2, L; 736-738)

Proceso de Duelo

Ante la crisis de identidad el músico atraviesa un proceso de duelo que lo lleva finalmente a un estadio. Durante este proceso se presentan distintas etapas las cuales son: Evitación, Rabia, Negación, y Aceptación. Este proceso marcará el antes y el después en el transcurso de la lesión.

Evitación

Ante la crisis, el músico evita temas relacionados a la música, así como su propio instrumento, esto presentándose como la forma de afrontar la angustia que siente ante la amenaza de la identidad.

“Hubo semanas que lo único que hice fue dormir porque yo no quería estar despierta en un mundo donde yo no pudiese tocar el violín” (Eo3, L; 195-197)

Rabia

Cuando las metas del músico caen a causa de la lesión, este se siente impotente y rabioso, puesto que ha perdido parte de lo que se ha planteado ser. En el transcurso de esta etapa busca dirigir la rabia tanto para sí mismo mediante la culpa como para el entorno, otorgándoles culpa sobre el estado en el cual está.

“Rabia a que apareciera eso en ese preciso momento de cuando las audiciones, de cuando toqué de solista y eso, como que el dolor apareciera después de un momento” (Eo5, L; 707-710)

“Lo que es la tristeza, la rabia, después de sentir tanta tristeza era como rabia, era así como “¿Por qué? ¿Por qué a mí? ¿Por qué?” (Eo2, L; 744-746)

Negación

Ante la interrogación de la identidad, el músico busca convencerse a sí mismo de que el estado en el cual está es algo simple y algo que puede ignorar, para poder ejecutar su instrumento y mantener a flote su identificación.

“Me dolía mucho tocar, me dolía mucho estudiar, tocar en general, paraba en los ensayos porque me dolía y yo me exigía porque yo decía “Este dolor no va a poder conmigo” (Eo5, L; 513-516)

“Había una parte de mí que intentaba reprimir todo el dolor que estaba sintiendo, era como “No, no, yo no estoy sintiendo dolor, busca la manera, estira la mano” (Eo2, L; 1053-1056)

Rechazo al instrumento

El músico ante la amenaza a su identidad, se le hace insoportable el ver aquello que no puede alcanzar, en este caso, su instrumento el cual ha sido su forma de expresión desde que tomó la identificación como músico.

“Cuando estaba en esa etapa de frustración y de rabia lo que menos quería era ver el violín, lo veía y lo quería reventar contra la pared” (Eo2, L; 918-920)

“Recuerdo que en el tiempo de la lesión yo tuve que guardar el violín en otro cuarto, porque no lo quería ver, yo... Tuve como mucho rechazo, mucho rechazo...” (Eo2, L; 718-721)

Aceptación

El músico reconoce su situación y empieza a buscar alternativas, transformado su perspectiva de la enfermedad para poder buscar otras formas de mantener la música y no perderse a sí mismo en el proceso.

“En ese primer momento con tranquilidad, fue como ya necesitaba descansar y me puse hacer otras cosas” (Eo4, L; 475-477)

“Más allá de las cosas difíciles que se puedan interponer, siempre va a haber algo bueno que podamos sacar de ahí aunque a veces cuesta mucho verlo, a veces cuesta tiempo verlo” (Eo2, L; 1315-1320)

“A pesar de todo hay que seguir pa'lante, hay que siempre buscar más cosas, hay que buscar nuevas oportunidades” (Eo2, L; 1191-1193)

Superación de la crisis

Luego del proceso de duelo puede superarse la crisis de identidad. Esto implica un proceso de individuación en donde el músico reconoce sus cualidades y debilidades, así como redefine su propio criterio y separa gran parte de sus características de la comunidad musical, aceptando que, si bien los músicos comparten características, el mismo es un ser individual con su propio proceso. Por otro lado, ante la superación de la crisis, el músico se sumerge en un viaje de autodescubrimiento durante el cual recupera su identificación con la música desde una nueva perspectiva, puesto que ha desarrollado cualidades que le permiten establecer una perspectiva diferente. Así mismo, cuando el músico se libera de la culpa con la que ha cargado al ser quien ha originado la lesión, se ofrece una redención a sí mismo y se permite transmitir el aprendizaje obtenido a través de su proceso, puesto que ha desarrollado características resilientes que le permitieron superar la crisis y aprender de ella.

Proceso de individuación

Durante este proceso, el sujeto se reconoce a sí mismo como ser individual y comienza a velar por sí mismo y sus creencias, se reconoce como parte de la comunidad, pero también reconoce sus cualidades únicas.

“Puedo estar más relajada ahorita porque no me importa si a los demás les gusta o no les gusta si toco, si me gusta a mí es lo importante” (Eo4, L; 385-388)

“Es simplemente un proceso de maduración solo que bueno algunas personas quizás atraviesan el proceso, pero no alcanzan esa madurez” (Eo2, L; 512-515)

“En este punto no es algo que me frustre, no es algo que me moleste. Sino que he aprendido que hay cosas que puedo hacer y cosas que tengo que limitar y he aprendido a vivir con eso, he aprendido a llevarlo a hacer las cosas de la manera en las que yo las puedo hacer” (Eo2, L; 203-207)

Autodescubrimiento

Durante y luego de la crisis, el músico atraviesa un proceso de autodescubrimiento, el cual le permite redefinir su aproximación a la música.

“Fue un viaje de autodescubrimiento, quien era yo en ese momento” (Eo4, L; 170-171)

Identificación con la música

Al superar la crisis, el músico recupera su identificación con la música desde una perspectiva diferente, en donde la relación con el instrumento ha sido sanada y los límites con su cuerpo son respetados, porque su nuevo objetivo es disfrutar la música que está produciendo.

“Cuando vuelvo al encuentro con el violín es un enfoque mucho más sano del que tenía antes” (Eo3, L; 587-589)

“Hay aspectos positivos porque cambie de chip, porque es empezar de nuevo con el violín y es darse cuenta de que no estabas tocando tan relajado como pensabas” (Eo4, L; 549-552)

“Realmente sentir que podía expresarme a través de la música que podía ser libre tocando música que no hacía falta sentir esa presión fue lo que me ayudó a poder ver el instrumento nuevamente con amor” (Eo2, L; 913-917)

Desarrollo de cualidades

A través de la crisis, la persona ha podido desarrollar confianza en sí misma y empatía con los otros, lo cual le permite un acercamiento sano a la comunidad musical.

“Seguridad, autoconfianza, perspectiva quizás, de la realidad y de donde estaba parada” (Eo4, L; 446-447)

“Más que subir mi autoestima, a ayudarme a entender que tengo un valor como persona” (Eo3, L; 181-182)

“Más que nunca me volví más empática” (Eo2, L; 1180-1181)

Liberación de la culpa

El sujeto se redime a sí mismo y deja de culpar a los otros de su lesión, lo cual lo lleva a centrarse en lo que puede hacer con aquello que tiene como resultado de la lesión.

“No es mi culpa tener eso y que no es mi culpa que no haya tenido esa habilidad o esa capacidad de mantener la conexión a pesar del dolor porque es algo que no... O sea que no me echo la culpa a mí” (Eo5, L; 850-854)

“Es aprender a soltar eso y aprender de que no es mi culpa tener la lesión” (Eo5, L; 849-850)

“Al principio fue como que me reproché mucho, o sea, yo sentía, que más allá de la lesión yo estaba exagerando las cosas, pero luego entendí que no era así, que realmente era que no podía” (Eo2, L; 968-971)

Transmisión del aprendizaje

Al atravesar la crisis, el individuo que es músico siente la necesidad de transmitir el aprendizaje obtenido a causa de la lesión puesto que este cree tener un deber con la sociedad, por ende, ayuda a otros desde su propia experiencia.

“Vos me hablaste y yo dije “Uy, puedo ayudar a alguien con lo que a mí me pasó, estén... Y puedo darle una mano” (Eo1, L; 813-815)

“Cuando me tocaba dar talleres y eso, siempre era como “Vamos a calentar, vamos a estirarnos, vamos a... Y después de tocar vamos a, a calentar...” (Eo2, L; 780-782)

Resiliencia

El músico es capaz de superar la crisis y aprender de ella, aunado a esto, mantiene su identificación con la música desde una aproximación sana para sí mismo.

“No estaba centrada en mí como músico sino en sanar, en sanar para retomar y de una manera que pueda evitar volver a eso” (Eo3, L; 487-489)

Estancamiento

Al pasar por una lesión, el músico puede caer en un estado de estancamiento, que ha sido originado por la resignación ante los límites del cuerpo y la inconformidad que esto trae. Así, esto ocasiona la pérdida del centro de vida que es la música acompañado del abandono del instrumento o la vida orquestal, lo cual llevar al músico al cambio de metas, puesto que perdió su identificación con la música a causa de una ruptura entre la conexión con la música y sí mismo, ocasionada debido al dolor durante la ejecución, lo que crea una brecha entre la expresión de lo psíquico y la ejecución.

Resignación

Esta se presenta cuando el músico se ve derrotado por los límites que su cuerpo impone, llevándolo a resignarse ante ello puesto que no puede ejecutar su instrumento.

“En este punto no es algo que me frustré, no es algo que me moleste. Sino que he aprendido que hay cosas que puedo hacer y cosas que tengo que limitar y he aprendido a vivir con eso, he aprendido a llevarlo a hacer las cosas de la manera en las que yo las puedo hacer” (Eo2, L; 203-207)

“He aprendido a aceptar y conocer el límite que tengo yo con la música en este momento...” (Eo2, L; 62-64)

Abandono

Al caer en un estado de estancamiento el individuo toma otra identificación y abandona el ser músico como centro de vida, puesto que se ve limitado en su quehacer.

“Realmente la paciencia se me agotó de un tiempo para acá, no tengo paciencia para sentarme a estudiar los estudios, las lecciones, los conciertos” (Eo5, L; 96-100)

“No tengo planes de volver a la música orquestal pronto” (Eo3, L; 405-406)

Conexión quebrada con la música

El ejecutar con dolor puede representar una ruptura entre la conexión con la música y el sujeto, puesto que el dolor se vuelve insoportable y esto bloquea la capacidad de expresar y liberar las emociones y sentimientos, dejando así una grieta entre el sujeto y la música.

“Conectar con ese dolor es algo que a mí me parece imposible” (Eo5, L; 808-809)

“Opino que no se puede conectar con ese dolor, por lo menos la habilidad de cualquier u otra manera baja, ya sea por desmotivación, porque te duele, porque no puedes conectar con eso” (Eo5, L; 812-815)

Cambio de metas

Finalmente, cuando el sujeto pierde su centro de vida y sus metas durante la crisis, cambia esta última y las adapta a nuevas posibilidades, porque el ser músico ya no forma parte de su proyección a futuro.

“Literalmente mi vida dio un cambio drástico, mis planes de vida dieron un cambio drástico” (Eo2, L; 920-931)

“No pensé en ningún momento que iba a estudiar otra cosa que no fuera música” (Eo2, L; 932-933)

La lesión como maestro

Según los informantes, la lesión cumple un papel de maestro durante y luego de su proceso de sanación, puesto que les enseña a ser conscientes de su cuerpo y sus límites, tanto mentales como físicos, debido a ello la conciencia entre la relación instrumento-mente-cuerpo luego de la lesión adopta otra perspectiva mucho más sana para sí mismos.

Relación mente-cuerpo en la lesión

Esta relación cumple un papel fundamental cuando se habla de lesiones, puesto que se ha encontrado que el componente psicológico influye en el desarrollo de las lesiones. Principalmente, la ergonomía del instrumento se ve afectada cuando el sujeto se expone a situaciones de estrés, tensión y ansiedad las cuales nacen debido a la autoexigencia por una necesidad de perfección y la exigencia por parte de sí mismos y del entorno, lo cual puede llevar al músico a ejecutar con una tensión significativa para el cuerpo acompañado esto de una obsesión por el estudio debida a una inconformidad con el trabajo propio. Aunado a ello, el músico adopta hábitos dañinos a raíz de la obsesión por el estudio, lo cual posteriormente origina la lesión.

“Hubo un momento en que incluso empecé a desnutrirme porque nada más me enfocaba en estudiar y dormir” (Eo3, L; 98-100)

“Yo estuve estudiando como 45 minutos porque quería que saliera bien y eso me lastimo mucho” (Eo4, L; 357-359)

“Había mucha presión, miedo, ansiedad, de cómo me ve el otro, mi maestro, que si le gustaba como tocaba o como salieron las cosas, me preguntaba “será que estoy tocando bien”, había inseguridad” (Eo4, L; 331-336)

“Estoy buscando tener hábitos más saludables, ya sea en cuanto a mi higiene mental, el bien general, lo emocional, el tratar de evitar lo que me hizo tropezar, ya que por tener esos hábitos dañinos termine lesionada” (Eo3, L; 268-272)

Conciencia instrumento-mente-cuerpo

Esta sería la triada del músico, la cual debe poseer un equilibrio para un funcionamiento saludable y una ergonomía adecuada para la ejecución, puesto que lo que sucede a nivel psicológico influye en el cuerpo y así, posteriormente, esto influye en la ejecución del músico.

“El estado físico que yo me estaba imponiendo, más lo mental, si, totalmente influyó, ya que por estar con estas ideas desde la base de la insuficiencia partió el descuidarme a mí misma a nivel de salud y hábitos de estudio que no eran saludables” (Eo3, L; 142-147)

“De que uno por miedo a una inseguridad, a un pasaje o algo difícil que tiene que tocar que no lo tiene muy resuelto o por ahí sí pero aun así no deja de ser complicado, estén... Tiende a apretar más, a cerrarse con el instrumento, a tensionar” (Eo1, L; 519-524)

Con relación a lo presentado anteriormente, los individuos músicos afrontan una crisis de identidad ante la aparición de una lesión, lo cual supone para ellos el atravesar un proceso de duelo que los dirige a la superación o estancamiento de la crisis a la cual se enfrentan, no obstante, estos al pasar esta etapa, ven la lesión como un maestro que les enseña sobre sí mismos como músicos y su aproximación a la relación que tienen con la música. Primeramente, se parte del concepto de identidad planteado por Erikson (1968) el cual expresa que la identidad parte de las identificaciones que adopta el individuo en su ciclo vital, así como de las identificaciones que le otorga el entorno, puesto que por lo que es por sí mismo se le reconoce y es. Concordando esto con lo planteado por Valenzuela y Aisenson (2016) quienes encontraron que los espacios de inserción como las Orquestas Escuelas son contextos facilitadores para la construcción de una identidad puesto que le ofrecen un lugar al individuo para la construcción de una narrativa de vida y posibilidades de proyectar a futuro.

De esta manera, las investigaciones de Valenzuela y Aisenson (2016), Rosendo (2019) y Riera (2013) proponen como la música es un elemento estabilizador de la identidad y exponen al entorno como un factor contribuyente de identificaciones, llegando a ofrecerles la identificación de ser músicos a los individuos, la cual aceptan para sí mismos junto a las introyecciones que han surgido en el recorrido de su ciclo vital. Partiendo de la identificación con el quehacer musical que plantean los informantes, al aparecer una lesión estos enfrentan una crisis de identidad que amenaza el ser músico, puesto que su lugar en el mundo se ve en peligro por la misma. Ante esta crisis de identidad el sujeto ve amenazado su futuro, presentándose la incertidumbre, la desesperación y la frustración, lo cual concuerda con lo planteado por Rovelli (2011) quien comenta que cuando un deportista padece una lesión ve esto como una amenaza para su futuro y, en consecuencia, se presenta una fase de cuestionamientos existenciales y una crisis identitaria, afectando el estado emocional del sujeto.

De igual forma, se encontró que, ante esta crisis el sujeto se aísla, porque no desea tener un acercamiento hacia aquello que está perdiendo o no puede alcanzar en el momento. Por ende, se desmotiva al no ejercer aquello que le aporta un sentido; sin embargo, se presenta una culpa al no estudiar, pero al mismo tiempo, es una culpa por ser él mismo el causante de su lesión. Ante ello, se origina un rechazo hacia el instrumento, puesto que, se vuelve un recordatorio de no poder ejercer aquello que le aporta una identificación. No obstante, durante esta experiencia, se presentó un proceso introspectivo por el cual pasa el individuo, encontrándose en un estado de moratoria en donde debe evaluar sus posibilidades para enfrentar la lesión que cuestiona su identidad.

Por otra parte, ante la crisis se origina un proceso de duelo que el individuo atraviesa, en donde se originan estados de evitación, rabia, angustia, negación y aceptación. Lo cual es innovador, puesto que, no se ha investigado con anterioridad y, refleja la importancia de un acompañamiento psicológico ante la crisis de identidad que atraviesan los músicos cuando una lesión aparece en sus vidas. Esto concuerda con lo planteado por Stenger (2015) quien propone que las lesiones musculoesqueléticas originan una repercusión causal a nivel psicológico, ante la cual es de gran importancia el abordaje por parte de la psicología.

Posterior al proceso de duelo se presentan dos vertientes: La Superación y El estancamiento. Esto dependerá de cómo afronta el músico la crisis identitaria durante el duelo, porque la lucha entre las fuerzas sintónicas y distónicas aparecen ante la crisis e influyen en la capacidad de superación o el estancamiento ante la misma. Por una parte, en cuanto a la superación de la crisis de identidad, se encontró que los músicos desarrollan cualidades como el desarrollo de la autoestima y empatía consigo mismo y los otros, ya que, atraviesan un proceso de individuación durante el cual rechazan y adoptan identificaciones mientras se encuentran en el proceso de mantener aquella que los hace ser músicos. A partir de ello, mediante las fuerzas psicosociales planteadas por Erikson (1985) las cuales

son la esperanza, la fidelidad y el cuidado, el individuo logra un estado de sanación que le permite aproximarse de nuevo a la música y a la comunidad musical.

Además, entre los elementos dentro de la superación se encuentra el autodescubrimiento a través de la conciencia mente-cuerpo, lo cual le permite al individuo recuperar y establecer su identificación con la música desde una perspectiva mucho más sana y le otorga el entendimiento de los límites de su cuerpo, liberándose de la culpa sentida por el padecimiento de la lesión. Posterior a esto, el sujeto desarrolla una necesidad de transmitir el aprendizaje obtenido a través de la crisis que ha atravesado como forma de generar un aporte hacia la sociedad y la comunidad musical con el fin de prever en otros el padecimiento de una lesión. Así, se relaciona con características resilientes desarrolladas por estos individuos, quienes fueron capaces de evaluar alternativas, afrontar la crisis y aprender de ella para luego utilizar lo aprendido durante la misma y así transmitirlo a otros.

Por otro lado, en caso que, el músico no sea capaz de superar la crisis, cae en el estancamiento debido a la resignación ante los límites que impuso la lesión sobre sí mismo puesto que su calidad de ejecución se ha visto afectada así como su calidad interpretativa, concordando esto con lo planteado por Rosinés (2010) quien comentó que, en muchas ocasiones cuando las lesiones son tan importantes y graves pueden impedir al músico que siga ejecutando su instrumento, lo cual origina una desmotivación en el individuo con respecto a su quehacer. Y, aunado a ello, debido al dolor sentido por el sujeto, se origina una grieta entre la conexión que tiene con la música, pues para sí mismo se torna complejo conectar con la música cuando el dolor corporal está presente al ejecutar su instrumento.

Así, esto puede conducir al abandono de la vida orquestal y posteriormente, al cambio de metas dirigidas a objetivos en el ámbito musical, lo cual lo mueve a establecer otras identificaciones para sí mismo, debido a que, al no poder llevar a cabo las metas anteriormente trazadas pierde el sentido de su identificación y deja de percibirse principalmente como músico, puesto que ya no es el músico que fue antes de la lesión y, según él mismo, no volverá a serlo. De igual forma, esto puede compararse con lo planteado por Rovelli (2011), quien propone que los deportistas cuando pasan por una lesión, pueden verse forzados a abandonar su futuro en el mundo del deporte, lo que supone un cambio importante en la vida del sujeto y afecta su posición en el ámbito socio-cultural. Porque al no poder hacer aquello con lo cual se identifica pierde aquello de lo cual se sostiene, y, así, su quehacer es aquello que construyó su identidad. En el caso de los músicos sucede de igual forma, al aparecer una lesión los músicos pueden verse forzados a abandonar sus proyectos de vida, siendo un cambio forzado en la vida del sujeto y el ámbito en el cual se desarrolla, incurriendo esto en la pérdida de aquello que sostiene al sujeto en el mundo.

De tal forma que, independientemente de si el sujeto supera o no la crisis, este ve la lesión como un maestro que le ha enseñado algo sobre sí mismo y su aproximación a la música, lo cual influye en la relación mente-cuerpo y, amplía la conciencia instrumento-mente-cuerpo, ya que aprende sobre límites corporales y sensaciones físicas que provienen de estados mentales. Así, es de gran importancia resaltar este resultado, puesto que, según lo encontrado existen factores psicológicos como el estrés, la tensión y la ansiedad que influyen en la ergonomía del instrumento y forman parte del desarrollo de las lesiones. Esto es, debido a una autoexigencia y exigencia por parte del entorno, lo cual lleva al músico a estudiar bajo una tensión constante y promueve un estado de obsesión originado para alcanzar un nivel de perfección irreal que posteriormente lleva al individuo a adoptar hábitos dañinos que al final, lo guían hacia la lesión, por ello, en esta investigación se habla de una relación mente-cuerpo en el origen de las lesiones a nivel musculoesquelético.

Lo anterior, se relacionó con Cocooz (2020), puesto que, plantea que el cuerpo es el medio por el que se busca una satisfacción que va más allá de lo básico y le ofrece la oportunidad al individuo de un goce. Lo cual, a través de su ejecución instrumental desea encontrar constantemente, no obstante, esta búsqueda de ir más allá de lo básico puede ofrecerle una sensación genuina o puede llevarlo a la lesión debido a la negligencia sobre los límites corporales causada por la obsesión sobre alcanzar un nivel de ejecución perfecto, buscando esto a través de horas de práctica con hábitos de estudio y de salud dañinos, junto a la tensión con la cual puede llegar a lidiar durante el tiempo de práctica. Según el Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (2014), el uso repetitivo de los tendones con una fuerza o tensión constante, puede originar una lesión a nivel musculoesquelético.

Aunado a ello, siendo el cuerpo el medio por el cual se busca una satisfacción que va más allá de lo básico, se debe tener en cuenta lo aportado por los individuos, los cuales ven como impedimento conectar con la música al sentir un dolor corporal, lo cual interrumpe la satisfacción que puede conseguirse a través del cuerpo mientras se ejecuta el instrumento. Así, ante esta interrupción la conexión que los individuos tienen con la música se quiebra.

De esta manera, se presentó la música como proveedora de los cimientos para su identificación y de pilar para sostenerse ante la crisis, puesto que como plantea Parrabera (2002) la relación que puede tener un individuo con la música le puede aportar un soporte y una identidad que parte del Yo inicial formado por las introyecciones adquiridas, lo cual le ofrece una función que cumple para sí mismo y para la sociedad, que finalmente es lo que le otorga un lugar en el mundo por el cual luchar ante la crisis de identidad. De esta manera, la identidad cumple un papel de orientación en la vida y dependiendo del individuo, se sostendrá partiendo de la rutina que desempeñe como músico y del ámbito social en el cual esté inmerso.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se planteó cómo el individuo ante la crisis de identidad ocasionada por la lesión, pasa por un proceso de duelo que lo guía a una superación o estancamiento en la crisis, dependerá de sus fortalezas y debilidades a nivel psicosocial, la superación de la misma. Aunque, en primera instancia, el sujeto mira la lesión como una amenaza; posteriormente, la mira como un maestro que le ha enseñado algo en el camino que ha transitado sobre sí mismo, el dolor, los límites y su acercamiento a la música. Así, la información encontrada a través de las entrevistas explica cómo es la construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas.

Entre los principales aportes, se encuentran las amenazas y fortalezas durante la crisis de identidad y el proceso de duelo que atraviesa el sujeto al padecer una lesión musculoesquelética, demostrándose la necesidad de un acompañamiento psicológico durante el proceso que atraviesa. Por otra parte, se habló de un posible estancamiento que puede presentarse ante la crisis, por ello es necesaria la supervisión vocacional para el músico en caso de abandonar su carrera musical. Aunado a ello, se expone una relación entre componentes psicológicos y el origen de las lesiones. Los músicos, en sus carreras de solistas y orquestales, están constantemente expuestos a la autoexigencia, la necesidad de perfección y la exigencia por parte del ambiente, lo cual los puede llevar a estados de tensión, estrés y ansiedad que influyen en la aparición de las lesiones.

Entre los problemas y limitaciones de la investigación, se puede plantear que la crisis de identidad debe estudiarse caso por caso, puesto que para cada individuo el cuestionamiento a su identidad puede significar algo diferente, por ende, lo afrontará de manera singular dependiendo de los rasgos de personalidad base que constituyen su ser. Por otra parte, se debe tomar en cuenta la rutina y el ámbito

social en el cual el individuo esté inmerso, debido a que la rutina del día a día puede tomar la función de un factor estabilizador de la identidad, es decir, el individuo considera que parte de su identidad es hacer música en comunidad y no de forma individual. De igual forma, el ámbito social en el cual se encuentra le ha aportado identificaciones en su proceso de construcción de identidad, no obstante, dependiendo del caso, este rechaza o acepta las identificaciones del entorno.

En otro orden de ideas, en Venezuela y Argentina, según lo planteado por los informantes, dentro del ámbito musical no se conversa sobre salud mental y las repercusiones que acarrea una lesión, lo cual puede influir en cómo el músico afronte la misma, puesto que podría sentirse aislado o incomprendido si el entorno no le ofrece el apoyo necesario. Se recomienda a las instituciones, sistemas y agrupaciones musicales brindar espacios de acompañamiento psicológico y psicoeducación para promover el cuidado de la salud mental en músicos y ofrecer las herramientas necesarias para el equilibrio entre instrumento-mente-cuerpo, y así, concientizar sobre la relación mente-cuerpo y cómo el estado mental puede influir en la ejecución instrumental y el desarrollo de lesiones. Acompañado esto de talleres con ayuda de fisiatras y traumatólogos sobre la ergonomía con el instrumento, educación postural, hábitos de estudio, manejo de emociones, manejo del miedo escénico y manejo del estrés.

Así mismo, se recomienda a la comunidad de fisiatras el trabajo multidisciplinario con ayuda de psicólogos en los casos de músicos con lesiones musculoesqueléticas, puesto que el componente psicológico cumple un papel fundamental durante el proceso de recuperación del individuo.

Como recomendación, se sugiere seguir estudiando el fenómeno de la construcción de identidad, específicamente en músicos con otros tipos de enfermedades crónicas; porque, según los hallazgos, la enfermedad puede ser un factor influyente en la identidad que el individuo ha construido para sí mismo, en donde ser músico provee un elemento estabilizador de la identidad y de su lugar en el mundo. Pudiendo presentarse crisis identitaria ante la aparición de distintas enfermedades y no únicamente ante las lesiones musculoesqueléticas.

Por último, se recomienda seguir estudiando la relación entre las lesiones y el malestar psicológico que puede influir en el desarrollo de las mismas. Puesto que, el estado mental de un individuo puede influir en el desarrollo de una lesión, debido a la tensión, ansiedad y obsesión que puede desarrollar ante las exigencias sobre sí mismo y, por parte, del ambiente, sobrepasa sus límites y adopta hábitos dañinos que lo llevan a una situación precaria con respecto a su cuerpo y su aproximación al instrumento.

REFERENCIAS

- Argüello, J. (2015). *La danza y el teatro como vías para la transformación de la identidad en mujeres en edad adulta*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Urdaneta].
- Burton, D. A, Gonzales, Y., Da Cuña, I., y Alonso, A. (2019). Prevalencia de lesiones musculoesqueléticas en músicos: Una revisión sistemática. *Revista Asociada a Especialidades Médicas*, 28(2), 149-158. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000200008
- Caldera, J. (2018). *Construcción social de la identidad nacional del venezolano*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Urdaneta].
- Cocooz, V. (15 de noviembre de 2020). *El enigma de la vida y la sexualidad en la infancia*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. https://m.youtube.com/watch?v=OUSE38sd_NI

- Erikson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Editorial Paidós, S.A. <https://docer.com.ar/doc/ne518ce>
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Editorial Paidós, S.A. <https://docer.com.ar/doc/x0csc5xhtml>
- Erikson, E. (1993). *Infancia y sociedad*. Ediciones Hormé S.A.E. <https://docer.com.ar/doc/ne51115>
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. (Diciembre de 2014). *Tendinitis*. <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/tendinitis>
- Manrique, M. (2017). *Construcción de la identidad en jóvenes que practican teatro*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Urdaneta]. <http://uru.insimp.com/educa>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de febrero de 2021). *Trastornos musculoesqueléticos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Parrabera, S. (2002) Música y Psicoanálisis. *Revista de cultura*, 13(1), 1-10. DOI: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2248533>
- Riera, M. (2013). *Construcción social de la identidad en adolescentes*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Urdaneta]. <http://uru.insimp.com/educa>
- Rovelli, Y. (2011). *Análisis de consecuencias psicológicas de lesiones ligadas al campo deportivo: estudio de caso D*. [Tesis de Grado, Universidad de Palermo]. <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/829/Rovelli,%20Yesica.pdf?sequence=3>
- Rosendo, S. (2019). *Construcción de identidad a través del proceso artístico: Una perspectiva de la génesis creativa del artista*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Urdaneta]. <http://uru.insimp.com/educa>
- Rosinés, M. (2010). *Músicos y Lesiones*. *Red de Revistas de Biomecánica*. 18(1), pp 16-18. DOI: <https://upcommons.upc.edu/handle/2099/12301>
- Stenger, J. (2015). *Lesiones musculoesqueléticas asociadas a la interpretación musical: su comprensión y clínica: Una exploración situada en la psicología*. [Tesis de Grado, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7519>
- Valenzuela, V. y Aisenson, G. (2016). Jóvenes en orquesta escuela: construcción de identidad y proyectos de futuro. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Anuario de Investigaciones*, 23, 115-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696011>

NOTAS ESPECIALES

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, titulado: Construcción de identidad en músicos con lesiones musculoesqueléticas, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, de Venezuela.

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora indica que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

Sistemas Humanos
Volumen 3, Número 2, 2023 Octubre-Marzo
Maracaibo, Venezuela.

