



Revista de Divulgación

Crisis y Retos en la Familia y Pareja

CUIDADO Y BIENESTAR EN CONTEXTOS DE CRISIS



D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala Av.
de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México



Copyright: © 2026 Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja Esta es una revista de acceso abierto distribuida bajo los términos de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional, por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus creadores con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la Revista y a sus creadores.

Revista indexada en: ROAD, Directorio Latindex, Latinrev, BASE, Portal de revistas de la UNAM

Las imágenes de las secciones y cubiertas de los manuscritos de la revista fueron cortesía de Pixabay y Pexels

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.rdcrrfp.unam.8.2.2026>

REVISTA DE DIVULGACIÓN CRISIS Y RETOS EN LA FAMILIA Y PAREJA, Año 8, No.2, julio-diciembre 2026, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS) y Residencia en Terapia Familiar, Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México, México, Tel. 56231333 ext. 39855, <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/RRDCR/index>, revistaredes.unam@gmail.com. Editor responsable: Dr. Ricardo Sánchez-Medina. Certificado de Reserva de Derechos de Autor número: 04-2022-071315295100-102, ISSN: 2992-8214, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Dr. Ricardo Sánchez-Medina, Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México, México fecha de la última modificación, 1 de julio de 2025.

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores y no refleja el punto de vista de los árbitros, del Editor o de la UNAM.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

DIRECTORIO

EDITOR GENERAL

Dr. RICARDO SÁNCHEZ MEDINA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

EDITORA ASOCIADA

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

EDITORES EJECUTIVOS

DRA. CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

Dr. DAVID JAVIER ENRÍQUEZ-NEGRETE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. ESPERANZA GUARNEROS-REYES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

EDITORES TÉCNICOS

LIC. MARIA DE LOS ANGELES ESTRADA-MARTINEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. MAURA ZÚÑIGA RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

CONSEJO EDITORIAL

DRA. ANALIA VERÓNICA LOSADA

UNIVERSIDAD DE FLORES | ARGENTINA

DR. ARTURO SILVA-RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

MTRA. BLANCA DELIA ARIAS GARCÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DR. ENRIQUE BERRA-RUIZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA, ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD | MÉXICO

DR. FRANCISCO JAVIER ROSAS SANTIAGO

UNIVERSIDAD VERACRUZANA | MÉXICO

DR. JUAN CARLOS PLASCENCIA DE LA TORRE

UNIVERSIDAD de GUADALAJARA-CUALTOS | MÉXICO

DRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. SANDRA MUÑOZ-MALDONADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DR. VÍCTOR RODRÍGUEZ PÉREZ

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA, CENSIDA | MÉXICO

COMITÉ EDITORIAL

DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

MTRA. ANA MAGDALENA OLGUÍN ÁNGELES

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, CICS SANTO TOMÁS | MÉXICO

DRA. EDITH FLORES PÉREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO | MÉXICO

MTRA. FABIOLA INÉS ARELLANO JIMÉNEZ

TERAPEUTA FAMILIAR SISTÉMICA

DRA. GEORGINA CASTILLO CASTAÑEDA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO

DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

MTRO. JOSÉ RAFAEL ALVARADO NAVARRO

BITÁCORA SOCIAL | MÉXICO

MTRA. JUANA INÉS SOTO MIRANDA

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL, SSA | MÉXICO

DRA. JULIETA MARMO

UNIVERSIDAD DE FLORES | ARGENTINA

MTRA. LÍA LOURDES MÁRQUEZ PÉREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO

MTRA. LIGIA ESTHER TORRES BURGOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. LUCÍA PÉREZ SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO

DRA. MARCELA RÁBAGO DE ÁVILA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO

DRA. MARLA NAIVÍ TOIBER RODRÍGUEZ

CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA, SSA | MÉXICO

DRA. NÉLIDA PADILLA-GÁMEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

LIC. OSCAR GIOVANNI BALDERAS TREJO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES IZTACALA | MÉXICO

DR. OSCAR IVÁN NEGRETE-RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. PATRICIA COVARRUBIAS PAPAHIU

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

MTRO. RODRIGO MURGUÍA RODRÍGUEZ

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY, ITESM | MÉXICO

DR. OSCAR IVÁN NEGRETE-RODRÍGUEZ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA |
MÉXICO

DRA. PATRICIA COVARRUBIAS PAPAHIU
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA |
MÉXICO

MTR. RODRIGO MURGUÍA RODRÍGUEZ
INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY, ITESM |
MÉXICO

DRA. XOLYANETZIN MONTERO PARDO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA | MÉXICO

MTRA. YU HING VALERIA CHUEY ROSAS
FUNDACIÓN SALOMON KOZOLCHYK YOUTH | MÉXICO

CONTENIDO



14

INVESTIGACIÓN

¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A LOS ADOLESCENTES A CUIDAR SU SALUD SEXUAL?

Lic. María Teresa Galindo Villarreal y Dra.
Consuelo Rubi Rosales Piña
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.



20

ANÁLISIS

**¿CÓMO CONSTRUIR DESDE LAS RUINAS?
EL TRAUMA NO ES UNA CONDENA**

Mtra. Araceli Castellanos Aceves
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de
Occidente (ITESO).



25

ANÁLISIS

**¿QUÉ HACE FELIZ A UN MATRIMONIO?
UNA PREGUNTA EN BÚSQUEDA DE
RESPUESTA(S)**

Ruth Nina Estrella
Universidad de Puerto Rico



30

ANÁLISIS

**¿CÓMO LAS COMPETENCIAS
PARENTALES DEL CUIDADOR INFLUYEN
EN EL DESARROLLO INFANTIL?**

Psic. Bianca Alicia Pons Cabrera y
Dra. Magali Huerta Reyes
Universidad Veracruzana

CONTENIDO



36

ANÁLISIS

RETOS Y POSIBILIDADES EN LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M.C. Margarita Félix Gastelum
Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa
Dra. Xolyanetzin Montero Pardo
Facultad de Psicología Mazatlán, Universidad Autónoma de Sinaloa



42

ANÁLISIS

¿CÓMO SOSTENER EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO CON MUJERES QUE ENVEJECEN CON VIH?

Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez y Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López
Clínica Especializada Condesa Iztapalapa



47

ANÁLISIS

VIH EN MÉXICO 2025: MÁS ALLÁ DE SOLO "TOMAR PASTILLAS"

Dr. Víctor Rodríguez Pérez
Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia, Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la CDMX



53

ANÁLISIS

¿VIH EN MUJERES? UNA REALIDAD EN NUESTRO MÉXICO

Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez
Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

CONTENIDO



60

ENTREVISTA

MÁS ALLÁ DE LA VÍCTIMA: RESPUESTAS, RESISTENCIAS Y DIGNIDAD FRENTE A LA VIOLENCIA

Dra. Tania Aguirre Solorio

ECOS: Prácticas-Basadas-en-la-Respuesta México



74

ESTUDIO DE CASO

¿ES EFECTIVA LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES EN RIESGO SUICIDA ADOLESCENTE?

Dra. Oralia Espinoza Montiel

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Lic. Blanca Delia Vázquez Martínez

Proyecto X-TAB



80

RECOMENDACIONES

¿CÓMO REDUCIR EL ESTIGMA HACIA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH MEDIANTE ACCIONES COTIDIANAS?

Dr. Francisco Javier Rosas Santiago y

Psic. Ximena Itzel Pucheta Varela

Universidad Veracruzana

vol. 8 | no. 2 | 2026

Cuidado y bienestar en contextos de crisis


PRESENTACIÓN DEL NÚMERO



Publicar este número dedicado al cuidado y bienestar en tiempos de crisis, va más allá de ser solo un tema de interés contemporáneo, sino que es una postura que expresa una genuina preocupación desde la comunidad académica sobre cómo enfrentamos los desafíos que afectan la vida diaria de personas, familias, parejas y comunidades enteras. En estos tiempos actuales llenos de experiencias cada vez más complejas y retadoras como enfermedades, violencia, incertidumbre, desigualdad y sufrimiento emocional, la divulgación científica busca acercar el conocimiento especializado de manera cercana y comprensible al público en general sin perder su profundidad y rigor

científico. En este sentido, la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja, resalta la importancia de conectar la investigación con la práctica profesional y la gente como parte de su misión, porque es así el conocimiento en ciencias sociales, psicológicas y de la salud nos ayuda a entender mejor los problemas sociales reales y a encontrar nuevas formas de atender y cuidar de poblaciones vulnerables.

El Vol. 8 Núm. 2 del 2026 se titula “Cuidado y bienestar en contextos de crisis”, ya que presenta investigaciones que analizan diferentes formas de vulnerabilidad y las respuestas posibles de la comunidad científica-académica frente a estas. Este número incluye estudios sobre adolescentes que necesitan educación sexual clara y respetuosa, mujeres que han sufrido violencia y buscan reconstruir su historia, parejas que reflexionan sobre la felicidad en el matrimonio, familias que acompañan a adolescentes con enfermedades crónicas, menores que dependen de cuidadores sensibles, personas con VIH enfrentando estigma, comorbilidades, diagnósticos tardíos o barreras en la atención, individuos en riesgo de suicidio y quienes enfrentan la violencia mediante acciones a menudo discretas.



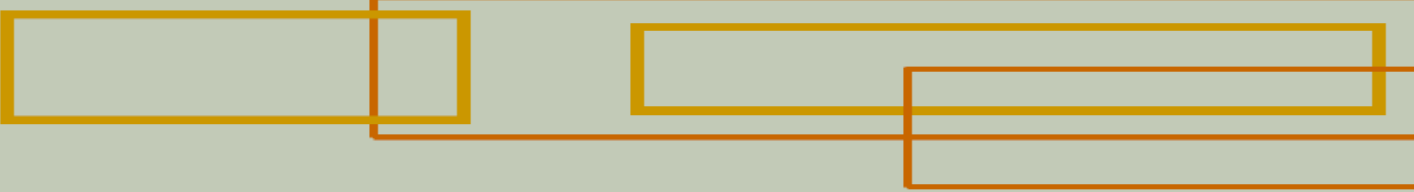
Estos sujetos, más allá de categorías abstractas o hasta frías para ser sujetos de estudio, aportan desde su experiencia estrategias de cuidado y bienestar necesarias en tiempos de crisis. De este modo, los textos demuestran que el cuidado es una tarea compleja que requiere información, escucha, coordinación profesional, redes de apoyo, justicia social y disposición para cuestionar prejuicios arraigados y llegar de este modo a un cuidado genuino en tiempos de crisis.

Este número inicia con la sección de Investigación, la cual se abre con el artículo “¿Cómo podemos ayudar a los adolescentes a cuidar su salud sexual?”, de la Lic. María Teresa Galindo Villarreal y la Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Las autoras presentan una intervención educativa realizada con estudiantes de secundaria en el Valle de Chalco, Estado de México, enfocada en la promoción del uso correcto del condón y la prevención de riesgos para la salud sexual.

En este artículo encontraremos que con base en el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales, se enmarca una experiencia en la que los adolescentes no solo recibieron información sobre el VIH, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no planeado y los métodos de protección, sino que también participaron en actividades prácticas, juegos de rol y ejercicios de negociación para acercar este conocimiento de modos que pudiera tener el efecto deseado. Este artículo resulta relevante pues conceptualiza la educación sexual como un proceso que va más allá de la simple transmisión de información, sino que implica la deconstrucción de mitos y tabúes, la superación de vergüenzas, la aclaración de dudas, el fomento de la toma de decisiones y el reconocimiento de que la prevención requiere habilidades concretas para dialogar, preguntar, decidir y cuidarse.

Por otra parte, la sección de Análisis inicia con el artículo “¿Cómo construir desde las ruinas? El trauma no es una condena”, de la Mtra. Araceli Castellanos Aceves, del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Este texto nos presenta una reflexión clínica acerca del trauma desde la perspectiva de la terapia sistémica narrativa, fundamentada en experiencias de acompañamiento a mujeres que han experimentado violencia. La Mtra. Castellanos nos invita a dejar de considerar el trauma como una identidad definitiva o una marca permanente en sus víctimas, y en cambio a analizar cómo la palabra puede recuperar su significado en un espacio terapéutico cuidadoso y respetuoso. La fortaleza de este artículo radica en mostrar una posición ética para tratar temas de trauma, lo que incluye el acompañar sin imponer, escuchar sin apropiarse de la historia ajena y el reconocer que la reautoría surge cuando una persona puede narrarse desde un lugar menos dominado por el daño. En el contexto de este número, el artículo enfatiza que el bienestar también se construye cuando una persona recupera la capacidad de nombrar su experiencia.

Dentro de la misma sección, los vínculos de pareja se analizan en el texto “¿Qué hace feliz a un matrimonio? Una pregunta en búsqueda de respuesta(s)”, de Ruth Nina Estrella, de la Universidad de Puerto Rico. El artículo estudia a la felicidad matrimonial desde una perspectiva psicosocial, considerando variables como la calidad de la relación, la satisfacción, la seguridad emocional, la comunicación, el apoyo y la construcción de una historia compartida. De este modo, una de sus principales aportaciones consiste en no asumir que la institución del matrimonio garantiza automáticamente el bienestar de una pareja, sino que a través del texto la autora expone que la felicidad en la vida en pareja depende menos de la formalidad del



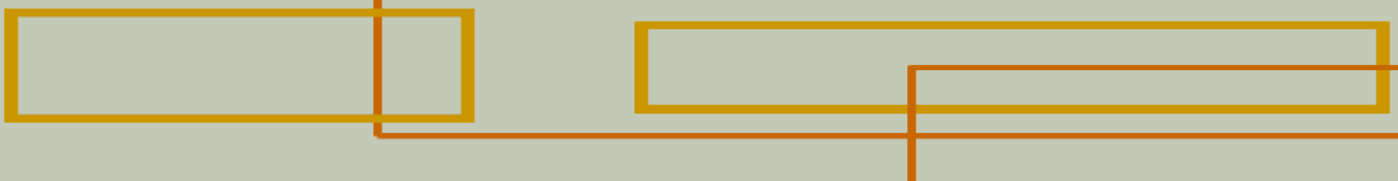
vínculo en términos de matrimonio, y más de la manera en que sus integrantes construyen una cultura en conjunto, mantienen una identidad común y compartida, y enfrentan los conflictos desde el vínculo. De igual modo, en el texto se destaca la necesidad de ampliar la investigación a contextos latinoamericanos y de considerar a la pareja como unidad de análisis, en lugar de analizar solo a cada integrante por separado. En el contexto de una revista dedicada a la familia y la pareja, esta contribución fomenta la discusión sobre los diversos tipos de vínculos y su sostenimiento, no a través de la idealización o el establecimiento de estructuras socialmente compartidas, sino mediante prácticas cotidianas de cuidado más allá de la formalidad en términos legales que se le atribuye.

Por otra parte, en el artículo “¿Cómo influyen las competencias parentales del cuidador en el desarrollo infantil?”, por la Psic. Bianca Alicia Pons Cabrera y la Dra. Magali Huerta Reyes de la Universidad Veracruzana, se analiza el cuidado en la infancia y como la parentalidad va más allá del vínculo biológico, sino que involucra a diversas figuras cuidadoras que acompañan de manera constante el crecimiento de niños y adolescentes. Dentro del texto, las autoras desarrollan las ideas de apego y competencias parentales, y cómo la sensibilidad, protección, formación, regulación emocional, disciplina positiva y la capacidad reflexiva de los cuidadores afectan la seguridad, autonomía y bienestar socioemocional de los menores. Su valor consiste en poner en términos sencillos conceptos técnicos a través de ejemplos prácticos como escuchar, rutinas, orientación sin violencia, reconocimiento de necesidades, establecimiento de límites y revisión de prácticas propias. El trabajo demuestra que la crianza no es un instinto fijo, sino un proceso de aprendizaje continuo enfocado en el desarrollo infantil.

En otro sentido, la experiencia familiar ante la enfermedad crónica es examinada en el artículo “Retos y posibilidades en la familia del adolescente con diabetes mellitus tipo 1”, de la M.C. Margarita Félix Gastelum, de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, y de la Dra. Xolyanetzin Montero Pardo, de la Facultad de Psicología Mazatlán, Universidad Autónoma de Sinaloa. Este artículo evidencia que la diabetes mellitus tipo 1 no afecta únicamente al adolescente diagnosticado, sino también al entorno familiar, pues implica reorganizar horarios, entablar conversaciones, gestionar gastos, atender preocupaciones y modificar las dinámicas familiares.

De este modo, la adolescencia como etapa crítica de desarrollo caracterizada por la búsqueda de autonomía, se vuelve más compleja cuando el autocuidado requiere monitoreo constante, administración de insulina, ajustes en la alimentación y atención a posibles complicaciones. Es así que las autoras describen conflictos familiares, cargas emocionales, tensiones económicas y miedos frecuentes, además de que identifican oportunidades como la comunicación empática, la participación colaborativa, la educación sobre la diabetes, la validación emocional y las redes de apoyo. Por estos motivos, el texto ofrece una perspectiva equilibrada al atender esta temática, por un lado reconociendo el desgaste del menor y su entorno, pero sin perder de vista la capacidad protectora del entorno familiar cuando el cuidado se comparte, se dialoga y se acompaña.

En términos de salud, la discusión continua ahora sobre salud, envejecimiento y atención integral con el artículo “¿Cómo sostener el trabajo interdisciplinario con mujeres que envejecen con VIH?”, de la Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez y la Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López, de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa. Este artículo examina las necesidades



clínicas y psicosociales de mujeres mayores que viven con el diagnóstico de VIH a partir de la experiencia conjunta de ginecología y psicología. De este modo, el texto sostiene que el fundamental control virológico no es suficiente para garantizar el bienestar de las personas que viven con VIH. En este contexto, la menopausia, la salud sexual, el dolor, la osteoporosis, los tamizajes oncológicos, la depresión, la ansiedad, los duelos, la violencia, el edadismo, la pobreza y el estigma se entrelazan en la atención a estas mujeres. Ante ello, las autoras proponen los componentes mínimos de un modelo centrado en la persona, el cual incluye tamizajes compartidos, rutas de derivación, agenda integrada, discusión de casos complejos y acuerdos de confidencialidad. Este artículo aborda una preocupación central del número como lo es la fragmentación de los servicios y su potencial para convertirse en una forma silenciosa de descuido hacia las poblaciones vulnerables.

Continuando con la temática de salud y los servicios de atención sanitaria, el Dr. Víctor Rodríguez Pérez, de la Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia del Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México, contribuye con el artículo “VIH en México 2025: más allá de solo ‘tomar la pastilla’”. Su texto analiza el cambio de paradigma que implica la Guía de Manejo Antirretroviral 2025, al pasar de un enfoque centrado casi exclusivamente en el control del virus a una perspectiva orientada a la persona. De este modo, los tratamientos más modernos, la prevención combinada, la estrategia Indetectable = Intransmisible, la vigilancia de comorbilidades y la atención a la salud mental, se presentan como elementos de una respuesta más integral y centrada en la persona. En este sentido, el autor enfatiza que la adherencia al tratamiento no puede desvincularse del bienestar emocional del paciente, el estigma, la autonomía, la

confianza en el personal de salud ni de las condiciones que permiten mantener un tratamiento en la vida cotidiana. Es así que, esta contribución es especialmente relevante ya que acerca al público general a un cambio técnico con profundas implicaciones humanas.

Por otra parte, la Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López y la Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez, de la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, enriquecen esta discusión en su artículo “¿VIH en mujeres? Una realidad en nuestro México”. El artículo desafía la creencia errónea de que el VIH afecta solo a los hombres y pone en el centro las necesidades de las mujeres que viven con el virus. Las autoras abordan el ciclo de vida de estas mujeres y temas como el diagnóstico tardío, la edad reproductiva, el embarazo, la prevención de la transmisión vertical, la menopausia, las comorbilidades, la salud mental, la violencia de género y la discriminación. De este modo, las autoras desde su experiencia más clínica, observan que muchas mujeres retrasan el acceso a los servicios debido a una baja percepción del riesgo o a oportunidades de diagnóstico perdidas por el prejuicio. El texto muestra que enfrentar el VIH en mujeres requiere ir más allá de los datos epidemiológicos, reconociendo desigualdades sociales, derechos sexuales y reproductivos, barreras institucionales y la urgencia de modelos de atención continuos, integrales y sin prejuicios.

La sección de Entrevista incluye el texto “Más allá de la víctima: respuestas, resistencias y dignidad frente a la violencia”, una conversación con la Dra. Tania Aguirre Solorio, de ECOS: Prácticas Basadas en la Respuesta México, realizada por la Mtra. Ligia Esther Torres Burgos. Esta entrevista constituye una de las discusiones más relevantes del número al cuestionar las formas preconcebidas de percibir a quienes experimentan violencia. Desde un enfoque basado en prácticas de respuesta, la Dra.

Aguirre propone dejar de considerar desde el prejuicio a las víctimas como individuos pasivos o carentes de recursos, en cambio reconocer las distintas maneras en que responden, resisten y procuran mantener su dignidad incluso en situaciones de riesgo. La conversación también enmarca los peligros de patologizar el sufrimiento, imponer fórmulas de intervención o trasladar la responsabilidad del agresor a la persona afectada. De este modo, la entrevista presenta para el público no especializado, una oportunidad ética concreta para acompañar sin exigir revelaciones, sin juzgar las decisiones de la persona y sin convertir la ayuda en una carga adicional.

Por otra parte, el estudio de caso presentado en este número, titulado “¿Es efectiva la terapia cognitivo-conductual y centrada en soluciones en riesgo suicida adolescente?”, llevado a cabo por la Dra. Oralia Espinoza Montiel, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la Licenciada Blanca Delia Vázquez Martínez, del Proyecto X-TAB, presenta el acompañamiento psicológico brindado a una adolescente de 12 años con antecedentes de abuso sexual, intentos previos de suicidio, ansiedad e ideación suicida. La intervención, realizada en modalidad virtual y se comprendió de diez sesiones, en donde se integraron estrategias de Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones. Este caso demuestra avances en la reducción de síntomas de ansiedad, en el reconocimiento de pensamientos disfuncionales, en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, en la mejora de la comunicación familiar y en la recuperación de actividades significativas, por lo que su importancia radica en presentar evidencia de que la atención al riesgo suicida en adolescentes requiere de una intervención estructurada con

sensibilidad clínica, orientada a la prevención de recaídas y participación activa del entorno familiar. La inclusión de este estudio en la presente publicación resulta pertinente entendiendo que cuando la crisis amenaza la vida de una persona, el cuidado por su entorno y los profesionales de la salud debe ser oportuno, cercano y fundamentado en principios de validez técnica y evidencia empírica.

Por otra último, la sección de Recomendaciones concluye con el texto “¿Cómo reducir el estigma hacia las personas que viven con VIH mediante acciones cotidianas?”, del Dr. Francisco Javier Rosas Santiago y la Psic. Ximena Itzel Pucheta Varela, de la Universidad Veracruzana. El artículo traduce la evidencia y experiencia aplicada en acciones concretas para la convivencia diaria, tales como emplear un lenguaje respetuoso, proteger la confidencialidad, desmontar mitos y prejuicios, evitar preguntas invasivas, normalizar la prueba de VIH y responder a comentarios discriminatorios. El valor de esta aportación radica en trasladar el problema del estigma del ámbito abstracto al ámbito familiar, escolar, laboral, amistoso, de las redes comunitarias y de las conversaciones informales. De este modo, el texto enfatiza que todas las personas pueden colaborar en la construcción de entornos más dignos para reducir el estigma, reconociendo que esto no reemplaza la atención profesional ni las políticas públicas, pero sí modifica las condiciones sociales que facilitan o dificultan la búsqueda de ayuda, el diagnóstico oportuno y la continuidad del tratamiento.

El lector puede ver que los trabajos reunidos en este volumen no ofrecen una única respuesta al cuidado, lo cual constituye una de sus principales fortalezas, sino que cada contribución aborda una crisis específica que requiere reconocimiento particular y atención a la

medida de las circunstancias, como lo es la desinformación sexual, el trauma, las tensiones matrimoniales, las demandas de la crianza, la enfermedad crónica, el envejecimiento con VIH, el estigma, la violencia o el riesgo suicida. Sin embargo, los textos reunidos en este número demuestran que el bienestar no puede sostenerse si se desvincula a las personas de sus vínculos, redes de apoyo, de sus condiciones materiales, sociales y contextuales, o de sus historias y de los contextos institucionales que las apoyan o las desatienden. Los textos reunidos nos muestran como la salud sexual de los adolescentes requiere la participación de la escuela, la familia y los profesionales; la adherencia al tratamiento del VIH depende de un trato digno y de la salud mental; la crianza se fortalece con recursos adecuados para quienes cuidan; la comprensión de la violencia mejora al considerar la interacción completa y no solo el sufrimiento individual; la diabetes en la adolescencia exige una familia que acompañe sin transformar el cuidado en vigilancia punitiva.

Es así que, este número presenta discusiones especializadas sobre problemas que muchas personas reconocen en su vida cotidiana o en su entorno cercano, y no solo eso, sino que trata estos temas sin simplificarlos o volverlos inaccesibles para el lector no especializado. En sus páginas, este número atiende a la divulgación científica muy necesaria en tiempos de crisis, y esta se muestra como una práctica de responsabilidad social que permite el acceso a lo que generalmente permanece oculto o solo exclusivo al gremio científico. También en este número se cuestionan ideas dañinas, prejuicios y estigmas; a la par

de que se señalan caminos de acompañamiento y se enriquece el debate público sobre salud, familia, pareja y comunidad.

El número “Cuidado y bienestar en contextos de crisis”, es una lectura esencial para reflexionar sobre cómo proteger la dignidad humana en situaciones adversas, evitando promesas simplistas o soluciones mágicas, más bien basándose en conocimientos científicos, experiencias profesionales y formas de acompañamiento que reconocen la singularidad de cada ser humano en condición de vulnerabilidad y la importancia del contexto con el poder de sostenerle y garantizar entornos de bienestar y cuidado cuando más se requiere.



Dra. Mirna Elizabeth Quezada
Miembro del comité editorial

¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A LOS ADOLESCENTES A CUIDAR SU SALUD SEXUAL?

Lic. María Teresa Galindo Villarreal 

Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña 

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Resumen

La promoción de la salud es fundamental para prevenir enfermedades y mejora la calidad de vida. En el ámbito sexual, existen conductas de riesgo como tener relaciones sin protección, consumir alcohol o drogas durante el encuentro sexual o mantener múltiples parejas, lo que puede provocar infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos no planeados. Frente a esta situación, se diseñó una intervención educativa basada en el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales, aplicada a 104 estudiantes de secundaria en Valle de Chalco, Estado de México. Durante cinco sesiones se ofreció información clara sobre el VIH, sus formas de transmisión y prevención. Los alumnos practicaron el uso correcto del condón, identificaron mitos y desarrollaron habilidades para dialogar y negociar su utilización con la pareja. Al concluir, se observó mayor conocimiento, actitudes más responsables y reducción de prejuicios. La experiencia demuestra que reforzar la educación sexual con estrategias prácticas previene riesgos.

Palabras clave: salud sexual, adolescencia, VIH, condón, intervención.

Lic. María Teresa Galindo Villarreal
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Contacto

psic.mariterevillarreal@gmail.com



Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña
Profesora de Carrera. Tutora y docente de la residencia en terapia familiar Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM

Contacto:

rubi.rosales@iztacala.unam.mx



Recibido: 20 de diciembre de 2025

Aceptado: 19 de febrero de 2026

Cita recomendada:

Galindo, M. T. & Rosales, C. R. (2026). ¿Cómo podemos ayudar a los adolescentes a cuidar su salud sexual? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 14-19. <https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.665.14-19>



INVESTIGACIÓN

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.665.14-19>



Nota. Fotografía tomada por el autor en 2025.

La promoción de la salud es fundamental en la salud pública, porque ayuda a prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida. No solo se trata de dar recetas médicas, sino también de fortalecer habilidades, crear entornos saludables y reducir riesgos sociales y económicos (Secretaría de Salud, 2013).

Por ejemplo, existen conductas sexuales de riesgo que afectan tanto a quienes las practican como a la sociedad, por ejemplo: tener relaciones sin protección, usar alcohol o drogas al momento de tener relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales, ejercer la prostitución o tener sexo con una persona con una infección de transmisión sexual (ITS) (Uribe et al., 2016). Estas prácticas pueden traer consecuencias físicas, emocionales y sociales, y lo más preocupante es que también ponen en riesgo la salud de otras personas (Alfonso et al., 2019).

Uno de los mayores desafíos para la salud pública es el VIH, considerado una epidemia global y local. Este virus no solo afecta al cuerpo, sino también la vida psicológica, social y económica de quienes lo padecen (Mora, 2017). Sus principales vías de transmisión están ligadas al uso de drogas intravenosas y a prácticas sexuales sin protección, especialmente entre jóvenes, donde la mayoría de los casos se presenta en hombres (Lamotte, 2014).

Aunque el condón masculino es el método más usado por los adolescentes, su empleo suele ser incorrecto debido a la falta de conocimientos básicos (Instituto Nacional de Salud Pública,

2024). Por ello, es vital que los jóvenes tengan acceso a educación sexual integral, que les permita tomar decisiones informadas y responsables. La información adecuada no solo ayuda a proteger la salud física, sino que también fortalece la autoestima y el respeto hacia la pareja (Navarrete, 2022).

Las prácticas sexuales de riesgo suelen estar relacionadas con el desconocimiento, la falta de educación sexual y la percepción equivocada de que “no pasará nada” (Vidal & Hernández, 2017). Pero esta situación es prevenible: al brindar información clara, fomentar el uso de métodos de protección y enseñar habilidades para la toma de decisiones, se pueden reducir notablemente los riesgos (Alfonso et al., 2019), ya que está comprobado que el uso correcto del condón es altamente eficaz para prevenir infecciones como el VIH/SIDA (Rodríguez & Suárez, 2006).

La salud sexual es un tema que nos compete a todos. Invertir en educación sexual y en el acceso a servicios de salud no solo protege a cada persona, sino que también beneficia a la sociedad en su conjunto. Una vida sexual informada, responsable y segura es parte esencial del bienestar humano.

¿Y ENTONCES QUÉ HACEMOS?

Los adolescentes constituyen una población de alto riesgo en salud sexual, por lo que debemos hacer intervenciones para modificar comportamientos y promover prácticas seguras, para que los jóvenes puedan

iniciar su vida sexual de forma responsable o, si ya son activos, reduzcan los riesgos de infecciones de transmisión sexual (Sánchez-Medina et al., 2021).

El uso del condón es central en estas estrategias, ya que previene embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. La psicología ha contribuido al diseño de programas de intervención en distintos grupos y contextos, mostrando un impacto positivo al enfocarse en la prevención del VIH y otros problemas de salud sexual (Sánchez-Medina et al., 2021).

Para esta propuesta se utiliza el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB), que es un modelo muy sencillo que ayuda a explicar conductas de riesgo. De acuerdo con este modelo, tres elementos son esenciales para adoptar conductas preventivas: información confiable, motivación personal y social, y habilidades conductuales para ponerlas en práctica (Sánchez-Medina et al., 2021).

De esta forma, el modelo IMB ofrece una guía eficaz para intervenciones que buscan fomentar prácticas sexuales seguras en adolescentes, por lo que con base en este modelo se hizo y se evaluó una propuesta de intervención para promover el uso del condón en adolescentes.

¿QUÉ SE HIZO?

Se hizo una intervención en una Secundaria Oficial turno matutino, ubicada en Municipio de Valle de Chalco Solidaridad en el Estado de México, la cual se aplicó a 104 alumnos de segundo y tercer grado, tuvo una duración de aproximadamente 2 meses, donde cada sesión se distribuyó de acuerdo con los horarios disponibles de la institución.

Esta intervención contempla 5 sesiones de 2 horas cada una, en las cuales se abordaron los componentes del modelo: información, motivación y habilidades conductuales. Asimismo, se contó con la firma del

consentimiento informado por parte de los padres de familia, lo que permitió la participación de los alumnos en el taller.

¿QUÉ SE ENCONTRÓ?

Conocimientos sobre VIH y uso del condón

Los alumnos aprendieron por medio de juego de roles sobre la transmisión del VIH mediante dinámicas, seguidas de un espacio de preguntas y reflexión. Sus respuestas variaron, desde sentir miedo hasta no percibir riesgo, y reflexionaron sobre la facilidad de adquirir el virus incluso con personas conocidas. Posteriormente, se presentó información sobre el VIH, sus vías de transmisión, síntomas y métodos de prevención.

Se utilizó un modelo de pene para que 104 alumnos practicarán la colocación del condón y evaluarán sus conocimientos. Al inicio, la actividad generó vergüenza y temor a burlas, pero tras mostrar los 14 pasos correctos, los alumnos repitieron la práctica con interés, sin incomodidad, guiándose mutuamente para realizarla correctamente.

Motivación para usar condón

Al inicio del taller, se pidió a los alumnos acudir a una farmacia o centro de salud para solicitar condones, con el fin de explorar sus creencias y experiencias familiares al comunicar esta acción. Las respuestas fueron variadas: algunos fueron acompañados, otros solos, y algunos no realizaron la actividad. Al final, solo 46 alumnos (47%) cumplieron la tarea; los demás mencionaron que la habían olvidado.

Durante el taller se explicó el uso del condón masculino, incluyendo tipos, texturas, sabores, colores y tamaños. También se enseñó sobre el condón femenino, mostrando forma, tamaño y textura mediante simulación, ya que no se contaba con un modelo anatómico.



Nota. Fotografía tomada por el autor en 2025.

Se identificaron creencias diversas: muchos desconocían la importancia del condón y sentían vergüenza, asociando su uso con promiscuidad. Al concluir el taller, los alumnos comprendieron la relevancia del condón para el autocuidado y la protección de parejas, ya sean estables u ocasionales, reforzando la importancia de tomar decisiones sexuales responsables.

Después de hablar sobre el uso correcto del condón, se pidió a los alumnos elaborar un cartel publicitario para conocer cuál es su actitud frente a este método. Las frases más repetidas fueron *“previenen ITS y embarazos”*, además de señalar lo accesibles que son: *“cuestan \$8 pesos en la farmacia”* o *“son gratis en el centro de salud”*. También aparecieron mensajes como *“si no usas condón destruyes tu vida”* y comentarios sobre desventajas, por ejemplo: *“no se siente igual”*, *“si no lo usas correctamente se rompe”* o *“son incómodos”*.

Las frases que usaron reflejaron la información que ya se había trabajado en los temas previos del taller. En general, se observó una actitud positiva hacia el uso del condón, logrando cuestionar y romper algunos tabúes y prejuicios en torno a su utilización.

Habilidades conductuales para usar condón

En la preevaluación, los alumnos reconocieron que una relación sexual implica el riesgo de un embarazo, pero señalaron la dificultad para negociar el uso del condón. Antes del taller, al desconocer esta información, no contaban con las habilidades necesarias para que, especialmente en una relación casual, alguno de los integrantes de la pareja pudiera tomar la iniciativa y hablar abiertamente sobre la prevención de ITS o embarazos.

Si bien conocer los 14 pasos para el uso correcto del condón no garantiza por sí solo evitar una infección o un embarazo, los alumnos —como ya se mencionó— han adquirido hasta este punto herramientas para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planificados. Sin embargo, también es fundamental la comunicación en el ámbito sexual.

Para trabajar este aspecto, se realizaron actividades como juegos de roles en pareja. En la preevaluación, los alumnos mostraron cierta timidez y prejuicios, llegando incluso a considerar la homosexualidad como algo denigrante. En este contexto, las mujeres demostraron mayor capacidad para negociar el uso del condón; sin embargo, en general, no se logró un convencimiento mutuo para utilizarlo.

En la posevaluación, en cambio, se observó una mayor apertura y disposición. Los alumnos participaron con más confianza en los juegos de roles, asumiendo tanto papeles de parejas homosexuales como heterosexuales, dejando de lado los prejuicios mostrados al inicio. Además, se les brindó material de apoyo para facilitar un mejor diálogo al momento de negociar el uso del condón.

Otros temas abordados en el taller

Al final del taller se trataron también otros temas importantes, como los métodos anticonceptivos, la menstruación y la importancia de llevar un control para detectar posibles cambios hormonales que puedan afectar la salud en el futuro. Asimismo, se habló sobre el embarazo en la adolescencia y el aborto, analizando las consecuencias que podrían tener a nivel personal, familiar, social y de salud.

Estas actividades invitaron a los alumnos a reflexionar sobre situaciones de riesgo con preguntas como: *¿Qué pasaría si tuviera VIH?, ¿qué pasaría si me embarazo a los 14 años?, ¿qué dejaría de hacer?, ¿quiénes me apoyarían?, ¿sería rechazado por la sociedad?*

El juego de roles fue clave para que los alumnos pudieran experimentar emociones y pensamientos en escenarios como un embarazo no planificado o vivir con VIH. Esto les permitió reflexionar y reforzar la importancia de ser responsables con su salud sexual.

Al concluir el taller, los estudiantes demostraron tener un conocimiento más claro sobre el VIH, identificaron sus tres principales formas de transmisión, aprendieron los 14 pasos para usar correctamente un condón y adquirieron herramientas para negociar su uso dentro de una relación sexual.

CONCLUSIONES

En la educación primaria, de acuerdo con la SEP (2024), los estudiantes deben comprender los riesgos del embarazo adolescente, las ITS y la violencia. Sin embargo, esta intervención mostró que la información del plan de estudios es insuficiente: muchos alumnos no cuentan con bases sólidas para tomar decisiones sexuales informadas y responsables. Factores como prejuicios religiosos y tabúes dificultan el abordaje del tema, y algunas escuelas, al considerar que ya está dentro de su formación, muestran poca apertura a reforzarlo.

Se espera que al menos uno de los 104 alumnos participantes inicie su vida sexual usando condón y sabiendo negociar con su pareja. Por ello, se invita a otras escuelas a permitir la participación de profesionales de la salud o capacitar a docentes, para fortalecer la educación sexual y reproductiva, por consiguiente, prevenir que aumenten los embarazos adolescentes y los casos de VIH.

Declaración de originalidad: Los autores declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: **María Teresa Galindo Villarreal:** Conceptualización, investigación, administración del proyecto, recursos, visualización y redacción del borrador original. **Consuelo Rubi Rosales Piña:** curación de datos, administración del proyecto, supervisión, validación y revisión y edición del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Este trabajo fue realizado con recursos propios y no implicó financiamiento directo específico para su elaboración. Sin embargo, se presenta como un producto colateral asociado al proyecto Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN303423, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Consideraciones éticas: El presente trabajo se desarrolló siguiendo los principios éticos de respeto, confidencialidad, beneficencia y participación voluntaria. Al tratarse de participantes menores de edad, su incorporación al estudio estuvo condicionada a la obtención previa del consentimiento informado de sus madres, padres o tutores legales, así como del asentimiento informado de los propios participantes.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan este estudio corresponden a información disponible en las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección gramatical y mejora de la redacción. Los autores revisaron y validaron íntegramente el contenido generado.

Derechos de autor: Los autores conservan los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

Agradecimientos: A la institución que abrió sus puertas y brindó las facilidades necesarias para que esta investigación fuera posible, y a la enfermera Alma Berenice González López quien nos proporcionó condones para llevar a cabo las actividades correspondientes. Agradezco también a los alumnos que, con gran disposición y entusiasmo, participaron en este proceso. Aunque no es posible mencionar a todos por nombre, les prometí que serían reconocidos en este escrito, y con estas palabras cumplo mi compromiso.

REFERENCIAS

- Alfonso, M., Torres, D., & Pérez, L. (2019). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes: una mirada integral. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), 1-10. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3896>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2024). *Informe sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes*. INSP. <https://insp.mx/>
- Lamotte, M. (2014). Vías de transmisión del VIH y su impacto en la salud pública. *Revista Médica de Salud Global*, 8(2), 55-62.
- Mora-Rojas, R. B., Álzate-Posada, M. L., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 19-34. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54553416002.pdf>
- Navarrete, B. V. (2022). Modelos de cuidado para la promoción del uso del condón en jóvenes. [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma de Chihuahua. <http://repositorio.uach.mx/504/1/Tesis%20Brenda%20Verenice%20Navarrete.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Salud sexual y reproductiva*. OMS. <https://www.who.int>
- Rodríguez, L., & Suárez, P. (2006). Eficacia del uso del condón en la prevención de ITS y embarazos no deseados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 345-352.
- Sánchez-Medina, R., Enríquez-Negrete, D., & Rosales-Piña, C. (2021). *Promoción del uso del condón en población privada de la libertad. Propuesta de intervención*. UNAM-FES Iztacala.
- Secretaría de Educación Pública. (2024). *Educación Integral en Sexualidad. Ciencias Naturales. Cuadernos de apoyo curricular para la práctica docente*. Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría de Salud. (2013). *Promoción de la salud en México*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
- Uribe, C., García, J., & Martínez, F. (2016). Conductas sexuales de riesgo en población joven. *Revista de Ciencias de la Salud*, 14(2), 150-160. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a03>
- Vidal, R., & Hernández, M. (2017). Factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 59(3), 205-212.

¿CÓMO CONSTRUIR DESDE LAS RUINAS? EL TRAUMA NO ES UNA CONDENA

Mtra. Araceli Castellanos Aceves



Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)

Resumen

En este artículo reflexiono, desde la práctica clínica, sobre cómo es posible construir desde las ruinas que deja la violencia, partiendo de la premisa de que el trauma no es una condena. Exploro cómo, en la terapia sistémica narrativa, las historias fragmentadas pueden recuperar sentido cuando se sostienen en un espacio dialógico, seguro y de reconocimiento mutuo que posibilita nuevas formas de comprensión. Más que hablar sobre las consultantes, en este texto propongo hablar con ellas, reconociendo que la reautoría surge cuando la palabra encuentra un lugar donde ser escuchada sin imposiciones. A partir de experiencias clínicas, muestro cómo la presencia, la colaboración y el testimonio respetuoso permiten que las mujeres recuperen agencia en sus propias vidas. Como terapeuta, asumo una posición ética de acompañamiento, no como experta que "cura", sino como participante en un proceso compartido de reconstrucción narrativa. Esta reflexión visibiliza el valor humano, político y clínico de estas prácticas. *Palabras clave:* Reautoría narrativa, Agencia, Violencias, Vivencia traumática.

Lic. En Psicología
Mtra. En Terapia Familiar Sistémico Relacional
Correo electrónico:
mivoz3103@gmail.com



Recibido: 10 de diciembre de 2025

Aceptado: 28 de enero de 2026

Cita recomendada:

Castellanos, A. (2026). ¿Cómo construir desde las ruinas? El trauma no es una condena. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 20-24. <https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.662.20-24>



ANÁLISIS



Este trabajo nace de la experiencia clínica con mujeres que han vivido diversas formas de violencia y cuyas historias se han visto fragmentadas por el trauma. La escritura de este texto intenta dar cuenta del sentido que se construye en los espacios compartidos de la terapia, donde el dolor, la palabra y el silencio conviven como formas posibles de narrarse.

La justificación de este trabajo radica en la necesidad de abrir un espacio de reflexión humana y clínica que no reduzca estas experiencias a diagnósticos, protocolos ni categorías psicopatológicas. Mi interés es visibilizar la potencia narrativa que emerge cuando la palabra, incluso quebrada, encuentra un lugar donde sostenerse.

Desde la perspectiva de la terapia narrativa sistémica (White, 2007), muestro cómo las historias, aun en ruinas, guardan la posibilidad de reescribirse cuando se encuentran con una escucha que acompaña sin imponer significados, sino un encuentro para devolver el sentido de sí mismas. Como terapeuta, me convierto en una testigo y colaboradora de la reconstrucción, acompañando el proceso de volver a habitar la propia voz.

¿CÓMO SE TRANSFORMÓ SU HISTORIA DESDE LAS RUINAS?

Una casita pequeña en un lejano pueblo, con una familia llena de amor... seis hijos, papá y mamá, una familia tradicional. Así crecí, con respeto, principios y valores. Doy gracias a Dios por mis padres, mis ángeles... Pero la vida

cambió. Papá ya no estaba. Nadie me explicó nada. Solo vi caras tristes, ojos llenos de lágrimas. Yo era una niña y tenía el corazón roto. El dolor era tan grande que quise dormir y despertar creyendo que era un sueño. Pero no. Era verdad. El cerebro escondió recuerdos para que no dolieran tanto. Así pasaron los años. En la secundaria aprendí a reírme de nuevo, a hacer travesuras. Era mi manera de escapar, de olvidar por ratos mi realidad. El dolor seguía ahí, pero yo también seguía ahí. (Fragmentos del escrito de una consultante)

A veces, la voz emerge así: sin técnica, sin pretensión, con una verdad que es cuerpo, memoria y respiración. Como señala Van der Kolk (2015), aquello que no puede decirse con palabras suele encarnarse; el trauma se manifiesta también en el cuerpo.

Sin embargo, en el espacio terapéutico, estas voces encuentran grietas por donde pueda entrar la luz.

Como planteó Michael White (2007), los relatos personales no solo describen la vida, sino que la construyen: cada historia contada configura las posibilidades de acción, de identidad y de relación con los demás. Por eso, cuando alguien logra narrar lo que antes estaba silenciado, no solo recupera una parte de su historia, sino que también abre la posibilidad de resignificar su identidad: dejar de verse únicamente como víctima para reconocerse como persona que resiste, siente y significa.

Desde la terapia narrativa, la palabra se convierte en un acto de reconstrucción: contar es volver a existir. Es un proceso de

externalización de las voces opresoras y un regreso a las voces preferidas, aquellas que habían quedado sepultadas bajo el peso del trauma (White, 2007).

Ese tránsito —del desconocimiento a la conciencia, de la culpa al reconocimiento— recuerda que la identidad no se “repara”, sino que se reconstruye narrativamente. Levine (1999) ha mostrado cómo la energía atrapada busca liberarse y Pérez-Sales (2021) añade que el trauma es también una ruptura de la confianza y la posibilidad de habitar el mundo.

Entre tantas teorías, una pregunta se me clavó en el pecho:

¿Cómo se quita un trauma?

¿Cómo se deshace algo que está tejido con la propia historia, con la respiración, con la memoria?

Cuando llegué al centro de apoyo para mujeres que habían vivido violencia, esas preguntas dejaron de ser teóricas. Ya no estaban en los libros, sino en los ojos de quienes consultaban. No eran protocolos, había presencias rotas, cuerpos que hablaban antes que las palabras y silencios que llenaban el consultorio.

Con todos mis libros en el pensamiento, me sentí pequeña, vacía de certezas. No quise pensar en diagnósticos. Solo pude escuchar y sostener lo que emergía entre pausas y lágrimas.

Una mujer llegó y me dijo: “Por favor, ayúdeme, ya no puedo. Estoy sufriendo mucho. Tengo años así. Mi vida es muy triste. Nadie me entiende. Vivo cosas que nadie sabe y nadie cree”. Me habló del abuso sexual por parte de su esposo, del miedo a dormir, de sostener una puerta cerrada junto a su hija pequeña. También recordó el asesinato de su padre cuando era niña, momento en el que su vida y la de su familia se volvieron grises.

Mientras la escuchaba, pensaba en esa puerta: una frontera entre el miedo y la supervivencia. La misma puerta que la separaba del mundo, y en la que también se sentó, siendo niña, cuando le dijeron que su padre había muerto. Me senté

con ella ahí, en sus memorias, no para explicar, sino para acompañar.

Otra mujer me habló de la culpa y del cansancio profundo, porque nada la hace feliz de la sensación de no saber ser feliz, de sentirse agotada por los recuerdos. No podía descansar; los pensamientos giraban sin pausa como una “ardillita” que no la dejaba en paz. Dolía el engaño de su pareja y la pregunta constante: “Por qué no lo vi antes?”. En una sesión se detuvo y dijo: “Antes no lo veía... no me veía a mí misma... pero ahora ya me puedo ver”. Ese momento marcó un punto de inflexión: del olvido al recuerdo; del silencio a la palabra; del pensar al reflexionar, para darle un sentido.



Frases como “me acabo de acordar... pero no me acordaba” aparecían como destellos. Esa sorpresa marcaba el inicio de un permiso: el de recordar. La memoria no se forzó, se abrió paso cuando el espacio se volvió seguro y compartido. Pasó de decir “me siento mal y nadie me hace nada” a “ahora me estoy comprendiendo”. La voz empezó a reorganizar la experiencia, a darle forma.

Como señaló White (2007), cuando la persona logra tomar distancia de los relatos saturados por el problema, puede reautorizar su identidad desde significados preferidos, más acordes con su experiencia y sus valores.

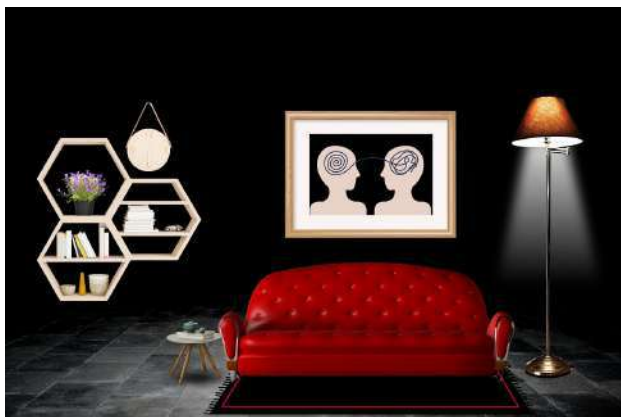
Entonces, casi en un suspiro, dijo: “ah... estaba sobreviviendo”, esta frase, breve, pero profunda, condensó el paso entre el desconocimiento y darse cuenta, entre la culpa y el reconocimiento.

Como explicó Pérez-Sales (2021), en el trauma la vida se interrumpe, pero no desaparece; queda esperando ser narrada de nuevo, en un lenguaje que devuelva a la persona su capacidad de sentir y de significar.

Otra mujer narró sus regresos constantes a una relación violenta. Sentía que debía dejarlo, pero no podía. Como si su vida fuera una historia que le ocurría a otra persona. Ella, sosteniendo su casa, dando soporte a sus hijos, su trabajo, un hermano con adicción y las violentas amenazas continuadas de su pareja por celos. Ella se sentía fea, descuidada. “¿Quién me va a querer?... Ayúdeme a dejarlo, sé que está enfermo, pero no puedo dejarlo”.

Yo permanecía con ella, imaginando la escena del hombre aventándole un ladrillo, rompiendo la puerta de entrada, durmiendo con él sin saber si esa noche la iba a estrangular, como ya lo había hecho una vez. Todo por no ceder, por pedir una explicación, por decir una verdad.

Solo la miraba. Nos mirábamos. En sus ojos estaba el ruego silencioso: “ayúdeme, dígame que lo deje, ya sé que estoy tonta por no hacerlo”. Yo la miraba también. No había palabras suficientes, solo la presencia, el estar ahí.



A veces hacía preguntas, no para que cambiara de decisión, sino para que pudiera escucharse a sí misma, narrarse desde otro lugar, reconocerse más allá del miedo.

A veces no se puede simplemente apagar una relación, no se puede presionar un botón y desaparecer el vínculo. Se necesita estar preparada, poder sostener la conciencia sin derrumbarse. A veces no es tan sencillo. “Qué importante, le dije suavemente, es que te des cuenta.” “Tú sabrás qué hacer cuando estés preparada para ello”.

En esos momentos comprendí lo que White (2007) llama el posicionamiento del terapeuta como testigo colaborativo: acompañar sin imponer, sostener sin dirigir, permitir que la persona construya su propio sentido desde la seguridad del vínculo terapéutico.

Y en esa escucha compartida, la violencia dejaba de ser solo un hecho para volverse una historia que podía empezar a narrarse de otra manera. Y comprendí que el trauma no siempre grita: a veces susurra en lo cotidiano, en el gesto de no querer levantarse, en la rigidez del cuerpo, en el miedo a descansar.

Desde la terapia narrativa aprendí que el relato puede ser prisión o puerta.

Y estas mujeres habitaban relatos de culpa, de desvalorización, de miedo.

Pero dentro de cada historia había grietas con luz. Una palabra, una risa inesperada, un recuerdo diminuto podían convertirse en grietas de sentido.

A veces pienso que en el consultorio no hago terapia, sino arqueología: escucho entre ruinas. Busco entre los escombros de la identidad los pedazos de voz que aún respiran.

Cuando una mujer logra decir algo que nunca había podido decir, aunque sea entre lágrimas, algo se mueve. Una palabra puede ser una viga. Una frase puede sostener lo que parecía derrumbado. No quiero hablar de resiliencia, prefiero hablar de huellas de resistencia.

De esas marcas invisibles que quedan cuando alguien logra no desaparecer del todo.

Resistencia es abrir los ojos una mañana más, continuar, aunque respirar duela, acudir a terapia a pesar de que todo adentro dice que no se puede hacer nada. Y entre tanto dolor, algo se reconstruye. No desde la superación, sino desde la presencia. Desde el poder decir: esto me pasó... y, sin embargo, aquí estoy.

Declaración de originalidad: La autora declara que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Araceli Castellanos Aceves: Conceptualización, investigación, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Esta investigación no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas: Las viñetas narrativas presentadas en este artículo proceden de casos clínicos desarrollados en el marco de la investigación doctoral de la autora. Las participantes otorgaron consentimiento informado para el uso académico de la información y se garantizó en todo momento la confidencialidad mediante la anonimización de los datos y la modificación de detalles que pudieran permitir su identificación.

Disponibilidad de datos: Los datos que sustentan este estudio contienen información clínica sensible y no se encuentran disponibles públicamente con el fin de proteger la confidencialidad de las participantes.

Uso de inteligencia artificial: Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección gramatical y mejora de la redacción. La autora revisó y validó íntegramente el contenido generado.

Derechos de autor: La autora conserva los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage.
- Levine, P. A. (1999). *Waking the tiger: Healing trauma*. North Atlantic Books.
- Pérez-Sales, P. (2021). *Trauma, cultura y resiliencia*. (2ª ed.). Editorial Síntesis.
- Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W. W. Norton & Company.

¿QUÉ HACE FELIZ A UN MATRIMONIO? UNA PREGUNTA EN BÚSQUEDA DE RESPUESTA(S)

Dra. Ruth Nina Estrella



Universidad de Puerto Rico

Resumen

La felicidad en el contexto del matrimonio ha sido ampliamente estudiada por la psicología a lo largo de su desarrollo histórico. Este trabajo reflexiona en torno a la pregunta: ¿qué hace feliz a un matrimonio? Se aborda la noción de felicidad marital mediante la revisión de diversas definiciones propuestas en la literatura y sus principales dimensiones teóricas. Asimismo, se presentan algunos estudios recientes realizados en distintos contextos culturales no anglosajones, destacando sus diferencias culturales. Por otra parte, se identifican dos líneas principales de investigación sobre felicidad marital, atributos asociados a este constructo y sus limitaciones. Se concluye que la satisfacción desempeña un papel fundamental en la felicidad marital. Se destaca la necesidad de estudiar el fenómeno considerando a la pareja como unidad de análisis, y no únicamente al individuo. Además, se sugiere desarrollar investigaciones desde diversos enfoques teóricos y metodológicos, así como investigaciones latinoamericanas para una mejor comprensión del fenómeno.

Palabras clave: felicidad, matrimonio, psicosocial

Doctorado en Psicología Social
Catedrática, Departamento de
Psicología. Universidad de Puerto
Rico

Correo electrónico:
mivoz3103@gmail.com



Recibido: 18 de febrero de 2026

Aceptado: 19 de marzo de 2026

Cita recomendada:

Nina, R. (2026). ¿Qué hace feliz a un matrimonio? Una pregunta en búsqueda de respuesta(s). *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 25-29. <https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.676.25-29>



ANÁLISIS

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.676.25-29>



Una pregunta que ha acompañado a la psicología desde las primeras décadas del siglo XX es: ¿Qué hace feliz a un matrimonio? A través de la historia de la psicología, se ha tratado de comprender los factores que sostienen la felicidad en el contexto marital, así como determinar si este tipo de relación contribuye al bienestar físico y psicológico de sus integrantes. A pesar de ello, encontrar una respuesta a esta pregunta sigue siendo un reto.

El estudio sobre la felicidad en las relaciones de pareja se remonta al trabajo de Lewis M. Terman et al. (1938), quienes intentaron establecer diferencias entre los matrimonios felices de los infelices. Este interés motivó la continuidad y desarrollo de su estudio mediante diversas investigaciones en las que se reconoce al matrimonio como una unidad compleja que debe entenderse en sus propios términos.

FELICIDAD EN EL MATRIMONIO

La investigación sobre la felicidad marital se sostiene por aportaciones teóricas-metodológicas diversas, que demuestran que es un fenómeno multifactorial. Las parejas más felices son aquellas que co-crean una “narrativa de la relación” que honran su pasado, enmarcan su presente y establecen un significado sobre su futuro (Travers, 2026). Al desarrollar una cultura de pareja en una relación marital se construye un sentido de “nosotros”, que brinda una identidad y exclusividad en la relación.

En la convención del 2010 de la Asociación Americana de Psicología, el Dr. Daniel Gilbert

preguntaba: ¿El matrimonio hace feliz a una pareja? Con base a sus investigaciones, estableció que no es el matrimonio en sí mismo lo que genera la felicidad, sino la calidad de la relación entre los miembros de la pareja. Por lo que, se reconoce que la felicidad es un referente de alegría, satisfacción y bienestar, un constructo que comprende satisfacción de vida, recursos de afrontamiento y emociones positivas. Asimismo, el estudio longitudinal más extenso sobre felicidad realizado por la Universidad de Harvard señala que las buenas relaciones interpersonales constituyen uno de los principales predictores de la felicidad, siendo en el matrimonio uno de los componentes más significativos (Waldinger & Shulz, 2023).

En cuanto a su conceptualización, la felicidad marital se refiere al juicio que realiza uno de los integrantes sobre la relación, reflejando el nivel de bienestar que experimentan en el matrimonio, de manera que se puede decir que la felicidad marital es una experiencia vivencial individual que se sostiene en la dinámica que es compartida entre ambos integrantes de la relación. La felicidad marital es un fuerte indicador de la calidad de la relación que se sustenta en: (1) sentirse amado, (2) recibir apoyo emocional, (3) sentirse conectado con la pareja, (4) experimentar seguridad, y (5) compartir historias y recuerdos significativos (Doyle, 2025). Otros factores que predictivos incluyen la gratitud, el perdón, la generosidad y los rasgos de personalidad de sus integrantes. No obstante, en la literatura persiste cierta falta de claridad teórica sobre la noción de felicidad marital, debido a que el constructo se utiliza

como un sinónimo de satisfacción, calidad marital, matrimonio exitoso o bienestar psicológico lo que conlleva a confusiones conceptuales. Por lo tanto, es necesario comprender la felicidad desde diversos contextos, especialmente en el ámbito de la relación marital.



ESTUDIOS RECIENTES

Actualmente se identifican principalmente dos líneas de investigaciones sobre las relaciones maritales y la felicidad. La primera analiza si estar en un matrimonio implica tener bienestar psicológico; y la segunda examina si los integrantes de una relación marital se sienten felices (Cohen, 2024). De igual forma, existen estudios que exploran la relación de la felicidad con indicadores de la calidad matrimonial como la interacción conyugal, el conflicto conyugal, y el divorcio. Como también, se ha abordado la relación de la felicidad con la presencia de hijos, el ingreso familiar, el apoyo de familiares y amistades.

Entre las investigaciones más relevantes en la literatura se encuentra el trabajo de Samantha Joel et al. (2020), quienes mediante el análisis de información (machine learning) con 43 estudios, determinaron que uno de los predictores más significativos de la felicidad es la forma en que los integrantes construye su relación. De este modo, la calidad de la experiencia relacional emerge como un

elemento central en la predicción de la felicidad. Además, concluyeron que el nivel de compromiso diádico contribuye significativamente a largo de la historia de vida de la pareja.

La felicidad marital se sostiene en relaciones saludables donde se fomentan prácticas como la gratitud, el perdón y la generosidad. Asimismo, puede fortalecerse a través de otros aspectos, como sentirse amado, recibir apoyo emocional, mantener una conexión afectiva y compartir historias y recuerdos significativos, experiencias que contribuyen al bienestar y la solidez de la relación. Según John Murray y Paolo Pacuzzi (2024), la felicidad marital también está relacionada con el atributo de seguridad relacional, entendido como la confianza y la aceptación mutua, aspectos que favorecen el bienestar psicológico, la regulación emocional y la estabilidad de la relación.

Estudios recientes en otros países como, por ejemplo: Oriente Medio, Turquía y España evidencian la influencia del contexto cultural. En la investigación con países del Oriente Medio, los resultados mostraron que el nivel socioeconómico y educativo de los integrantes incide significativamente en la felicidad marital (Fazari et al., 2024). Mientras en el estudio de Turquía, se obtuvo que la satisfacción marital, la autocompasión, el bienestar psicológico y determinadas estrategias personales se asocian positivamente con la felicidad marital (Birni & Eryilmaz, 2022). Por otra parte, en el estudio comparativo se encontró que en Marruecos la familia extensa y la religión influyen con mayor fuerza en la estabilidad diádica que en España (Sorinao et al., 2021).

Repensar en la felicidad marital

La felicidad en el matrimonio no depende únicamente de la unión formal, sino de la calidad de la relación. Puede afirmarse que emerge de la historia de vida de la pareja, en donde se construyen una identidad compartida con un fuerte vínculo emocional. Los

matrimonios felices se distinguen por cultivar una conciencia de pareja, compartir valores y experiencias positivas, abordar conflictos de manera constructiva, y mantener una comunicación basada en la escucha activa y el respeto.

Asimismo, es necesario tener presente la cultura de pareja en cuanto a las prácticas de intercambio, valores, creencias, actitudes y expectativas de lo que configura el matrimonio. La felicidad es cambiante y variable según la etapa de vida de la pareja y el contexto sociohistórico en que se viva. En donde, existe una intersección de múltiples variables que influyen en la configuración del sentir de la felicidad, entre las que se encuentra: género, edad, etapa de la pareja, paternidad/maternidad, factor económico, educación, y la construcción social de un matrimonio.



En esta reflexión sobre la felicidad marital se observa como la satisfacción asume un papel fundamental al responder a necesidades básicas, emocionales y esparcimiento que le provoca un sentido identidad de pareja único y exclusivo. Las parejas acumulan experiencias, metas y recuerdos que consolidan el sentido de “nosotros”, elemento clave para la vivencia de la felicidad mutua. Por ello, se hace necesario ampliar su estudio mediante la identificación de características propias según la etapa de vida de la pareja, el uso de metodologías emergentes y el análisis de factores socioeconómicos que inciden en la felicidad marital. También, resulta pertinente considerar a la pareja como unidad de análisis, debido a que los estudios se han

centrado en la experiencia individual. Además, es imprescindible incorporar perspectivas propias de las culturas latinoamericanas, a fin de desarrollar una comprensión más amplia y contextualizada del fenómeno y avanzar en la respuesta a la pregunta inicial.

Finalmente, desde una perspectiva práctica, estas investigaciones resaltan la importancia de fortalecer la relación de pareja mediante prácticas positivas como mantener una comunicación abierta, validación emocional, manejar los conflictos de forma constructiva y realizar actividades en conjunto. También se reconoce que en el matrimonio pueden surgir insatisfacciones, desilusiones, incomodidades o problemas. Por eso, es importante saber identificar cuándo estas dificultades afectan el bienestar físico o la seguridad emocional de sus integrantes y, en esos casos, considerar buscar apoyo profesional que pueda brindar orientación y ayuda para la situación que estén experimentando.

Declaración de originalidad: La autora declara que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Ruth Nina Estrella desarrollo la idea conceptual, redacción del manuscrito y revisión final del documento.

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene conflictos de interés relacionados con el presente estudio.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas: Este estudio no involucró la participación directa de seres humanos ni el uso de información identificable.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan este estudio corresponden a información disponible en las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección gramatical y mejora de la redacción. La autora revisó y validó íntegramente el contenido generado.

Derechos de autor: La autora conserva los derechos morales de la obra y autoriza a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Birni, G., & Eryilmaz, A. (2022). Enhancing well-being of the married: Investigating marital satisfaction, self-compassion and happiness increasing strategies. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 12(67), 650–668. <https://doi.org/10.17066/tpdrd.12061408>
- Cohen, P. (2024). *The family*. W. W. Norton & Company.
- Doyle, L. (2025). 2025 state of marriage (An industry study). <https://lauradoyle.org/blog/state-of-marriage/>
- Fazari, M., Almaawali, M., Omara, E., & Khalaf, M. A. (2024). Marital happiness in a Middle Eastern context: Are men happier? *BMC Psychology*, 12(1), e735. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02232-4>
- Joel, S., Eastwick, P. W., Allison, C. J., Arriaga, X. B., Baker, Z. G., Bar-Kalifa, E., Bergeron, S., Birnbaum, G. E., Brock, R. L., Brumbaugh, C. C., Carmichael, C. L., Chen, S., Clarke, J., Cobb, R. J., Coolson, M. K., Davis, J., De Jong, D. C., Debrot, A., DeHaas, E. C., ... Wolf, S. (2020). Machine learning uncovers the most robust self-report predictors of relationship quality across 43 longitudinal couples studies. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(32), 19061–19071. <https://doi.org/10.1073/pnas.1917036117>
- Murray, S. L., & Pascuzzi, G. S. (2024). Pursuing safety in social connection: A flexibly fluid perspective on risk regulation in relationships. *Annual Review of Psychology*, 75, 379–404. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-011123-024815>
- Soriano-Ayala, E., Cala, V. C., Soriano Ferrer, M., & García-Serrán, H. (2021). Love, relationships and couple happiness: A cross-cultural comparison among Spanish couples and Moroccan couples in Southern Spain. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 15(1), e4177. <https://doi.org/10.5964/ijpr.4177>
- Terman, M., Bittenwieser, P., Ferguson, W., Johnson, B., & Wilson, P. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. McGraw-Hill.
- Travers, M. (2026). 5 compatibilities that happy couples share. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/social-instincts/202601/5-compatibilities-that-happy-couples-share>
- Waldinger, R., & Schulz, M. (2023). *The good life: Lessons from the world's longest scientific study of happiness*. Simon & Schuster Paperbacks.

¿CÓMO LAS COMPETENCIAS PARENTALES DEL CUIDADOR INFLUYEN EN EL DESARROLLO INFANTIL?

Psic. Bianca Alicia Pons Cabrera 

Dra. Magali Huerta Reyes 

Universidad Veracruzana

Resumen

¿Sabías que la calidad del acompañamiento que los cuidadores proveen a los niños, niñas y adolescentes pronostica su desarrollo? La relación de apego que los menores consolidan con sus cuidadores tiene el potencial de inspirarles seguridad para explorar su entorno, favoreciendo el desarrollo de la autonomía. Ejercer la parentalidad es formar para la vida, proteger ante las amenazas, acompañar con afecto y procurar mejorar como guía y referente del desarrollo de los menores. Si te interesa conocer cómo se construye el vínculo entre padres e hijos (incluso cuando no hay relación biológica), las competencias parentales que fungen como claves para la crianza y cómo influyen en el desarrollo de los menores, este artículo es para ti.

Palabras clave: parentalidad, apego, competencias parentales

Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad Veracruzana
Ayudante de investigación en proyecto dirigido por la investigadora miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNII)
Correo: bpons@uv.mx



Doctora en Educación
Docente de tiempo completo en la Facultad de Psicología, Región Veracruz. Investigadora Nacional Nivel I (SNII)
Correo electrónico: maghuerta@uv.mx



Recibido: 24 de febrero de 2026

Aceptado: 17 de abril de 2026

Cita recomendada:

Pons, B. A. & Huerta, M., (2026). ¿Cómo las competencias parentales del cuidador influyen en el desarrollo infantil? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 30-35.

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.680.30-35>



ANÁLISIS

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.680.30-35>



LA PARENTALIDAD COMO UN ROL

En el contexto de la crianza en México, como en muchas otras culturas, las madres suelen asumir en mayor parte las responsabilidades relacionadas con el cuidado de los hijos, además son quienes pasan más tiempo con ellos brindando atención y sensibilidad a las necesidades que presentan. Cuando la madre no puede estar presente ejerciendo su rol, es común que otros cuidadores cercanos lo asuman, brindando el acompañamiento necesario. Por ello, no resulta extraño que un menor llame “mamá” a una tía o abuela, ya que en esa figura identifica el cuidado, la protección y el vínculo afectivo.

La parentalidad es un proceso de orientación y acompañamiento en el desarrollo de los menores; no es exclusivo de quienes los conciben, aunque quienes lo hacen suelen tener una participación más significativa en su ejercicio, especialmente las madres. Como lo afirma Martín (2005), la importancia de contemplar a los cuidadores, y no limitarnos a los padres biológicos, en el abordaje de las prácticas de crianza radica en que ellos realizan la función parental; de este modo, nos referiremos como “cuidadores” a todo aquel que ejerce un rol parental de manera relativamente permanente.

El ejercicio de la parentalidad positiva, que podemos considerar como aquella que busca

favorecer el bienestar, puede observarse en acciones cotidianas como tomar de la mano a los infantes para cruzar la calle, enseñarles a practicar higiene personal, escucharlos e intercambiar perspectivas, y siempre procurar ser un mejor orientador para ellos. Y, ¿por qué no? También dejarse maquillar o mancharse con plastilina de vez en cuando.

¿CÓMO INFLUYE EL VÍNCULO DEL APEGO EN LA PARENTALIDAD?

Idóneamente los menores recurren al cuidador para sentirse seguros, lo podemos ver cuando un infante busca a sus padres durante la noche porque ha tenido una pesadilla, o cuando un adolescente pide un consejo a su hermano mayor que ha quedado a su cuidado; este vínculo se denomina apego. La calidad de la relación del menor con su cuidador se refleja en su conducta y en la forma en que se relaciona con su entorno, ya que, como señalan Molero et al. (2011), la existencia del vínculo no garantiza que este sea positivo. Esta conexión constituye la base para el desarrollo de sentimientos de confianza y seguridad en los menores, lo que les permite explorar su entorno y adaptarse a él mientras aprenden.

En relación con este vínculo, Molero et al. (2011) presentan los cuatro patrones principales de apego sustentados en la teoría de Bowlby. Estos describen las formas en que los niños establecen y mantienen el vínculo con sus

figuras de apego según su interacción: el apego seguro se caracteriza por un patrón de relación donde el menor percibe al cuidador como una base confiable, lo que favorece la exploración y regulación emocional. El apego evitativo corresponde a un patrón en el que el menor mantiene distancia y limita la búsqueda de contacto con el cuidador. El apego ambivalente se define como un patrón inconsistente, en el que el menor alterna entre la búsqueda de proximidad y la resistencia hacia el cuidador. Finalmente, el apego desorganizado se caracteriza por ser un patrón en el que el menor presenta conductas contradictorias o desorientadas frente al cuidador.

Podemos entender el apego seguro como un ciclo idóneo para la crianza, pues la seguridad que aporta permite que las respuestas del menor sean claras y predecibles, facilitando la tarea parental, esto se observa en cómo los bebés lloran cuando se sienten incómodos, los infantes gritan cuando algo les asusta, y los adolescentes se quejan cuando algo les molesta; dichos comportamientos permiten al cuidador responder predecible y consistentemente a sus necesidades, convirtiendo a esta figura en un refugio seguro para el menor (Cañadadas, 2004).

CLAVES PARA LA CRIANZA: COMPETENCIAS PARENTALES

En la práctica de la crianza, para lograr que un bebé se calme no basta con estar presente y hacerle sentir amado, hay que considerar todas las posibles razones por las que podría estar incómodo: si tiene hambre, es que se ha hecho del baño, o que le ha picado un mosquito... en fin, es indispensable contar con las habilidades prácticas para satisfacer las necesidades de un menor: calentar los biberones, cambiar el pañal, y aplicarle la pomadita adecuada; siempre considerando los derechos humanos y favoreciendo su desarrollo, lo que se ve englobado en las competencias parentales.

Podríamos decir que las competencias parentales son las llaves de dicho escenario idóneo de la parentalidad. Gómez y Contreras (2019) las entienden como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas que se desarrollan a través de procesos de aprendizaje complejos, influenciados por la historia de apego y crianza, así como por las oportunidades presentes en el entorno actual, las cuales son organizadas por los autores en cuatro dimensiones cuya integración promueve el bienestar y desarrollo de los menores.

Figura 1

Interrelación entre las competencias parentales y la parentalidad positiva



Nota. Elaborado a partir de “Escala de Parentalidad Positiva – E2P v.2”, por Gómez y Contreras, 2019.

En la Figura 1 se representa la interrelación de las competencias parentales con la parentalidad positiva, la cual se orienta a favorecer el desarrollo y bienestar del menor, en este sentido, Gómez y Contreras (2019) en la segunda versión de la Escala de Parentalidad Positiva describen que las competencias parentales engloban:

- Las competencias vinculares, refieren a la conexión del menor con el cuidador, e implican: prestar atención a las señales e interpretarlas, como identificar conductas de

riesgo en los adolescentes; también interpretar el comportamiento del menor considerando sus perspectivas; ayudarlo a regular el estrés; darle un trato respetuoso y afectuoso; y, por último, involucrarse en tareas cotidianas, como acompañarlos al hacer su tarea.

- Las competencias formativas se centran en estimular el aprendizaje, estableciendo normas y hábitos a través de la disciplina positiva. Estas comprenden: estructurar un entorno adecuado para los menores, como asegurarse, antes de inscribir al niño en fútbol, de que estará conviviendo con niños de su edad; fomentar la independencia en diversas situaciones cotidianas; manejar de la conducta sin ejercer control sobre esta, como el explicar las razones de las normas en vez de imponerlas como absolutas; y, por último, instruir al menor en los valores y costumbres de la comunidad, por ejemplo, orientarlo a ser cortés con sus vecinos.
- Las competencias protectoras buscan crear condiciones propicias para el desarrollo. Lo que comprende monitorear la actividad en redes sociales de los menores; propiciar ambientes de cuidado y protección, por ejemplo, utilizando un lenguaje respetuoso con el menor; proveer de cuidados cotidianos, como llevarlo al médico para una revisión periódica; aportar predictibilidad a la vida del menor para desarrollar seguridad, por ejemplo, estableciendo y siguiendo rutinas; y, además, utilizar fuentes de soporte para lograr los objetivos de la crianza, ya sea con apoyo emocional o económico.
- Por último, las competencias reflexivas son aquellas que permiten a los cuidadores evaluar sus prácticas de crianza para buscar mejorar en su rol. Estas engloban: organizar expectativas positivas y realistas para la familia; preparar alternativas de crianza ante escenarios desafiantes, como anticiparse a enseñar sobre la menstruación a una hija antes de su primer periodo; realizar un seguimiento de las influencias en los

menores, ya que un adolescente, por ejemplo, tiende a considerar a los influencers como referentes de una realidad idónea para ellos, y el cuidador debe reconocerlo y ser un referente en la cotidianidad del menor; buscar sanar experiencias traumáticas para desarrollar sabiduría parental; y, procurar, adoptar actitudes que favorezcan el bienestar personal con la finalidad de disponer de la energía que le demanda el rol.



¿CÓMO REPERCUTEN LAS COMPETENCIAS PARENTALES EN EL DESARROLLO INFANTIL?

Aprender a ejercer el rol parental no es instintivo en absoluto, de hecho, es un proceso continuo que cambia con la práctica y ejercicio. Márquez et al. (2022), afirman que este se construye desde la interacción de factores hereditarios, aprendizajes influenciados por contextos externos y experiencias previas de buen trato o maltrato.

En lo que respecta al bienestar emocional que es fundamental para el desarrollo infantil, las autoras Pacheco y Osorno (2021) plantean que el desarrollo de las competencias parentales vinculares favorece el apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los menores. Asimismo, contribuye al bienestar psicológico de los menores proporcionándoles un ambiente de apoyo, afecto y seguridad, lo que les permite desarrollar una autoimagen

positiva, afrontar el estrés efectivamente y establecer relaciones interpersonales saludables.

Por otro lado, el desarrollo de la conducta infantil, en particular de los problemas de conducta que suponen un reto común en el desarrollo de los menores, puede estar influido por deficiencias en el conjunto de las competencias parentales. De acuerdo con Lara y Quintana (2022), las fallas en las competencias parentales propician el desarrollo de problemas conductuales en los menores debido a la falta de normas claras, límites inconsistentes y un ambiente familiar disfuncional. Asimismo, estas prácticas parentales carentes de competencias pueden perjudicar el desarrollo cognitivo, afectando su capacidad para concentrarse y aprender adecuadamente.

Otro aspecto del desarrollo que se ve afectado por deficiencias de las competencias parentales es la capacidad de los niños y niñas para establecer relaciones interpersonales saludables, como lo plantean Pacheco y Osorno (2021), las dificultades para la comunicación y problemas de confianza que presentan los menores pueden entenderse como respuestas a su entorno carente de competencias parentales al han intentado adaptarse.



De esta forma nos aventuramos a conocer sobre parentalidad y competencias parentales, ahora es evidente cómo sus elementos se entrelazan en la crianza: un cuidador que responde con

calidez y consistencia a las necesidades del menor a su cuidado cultiva un vínculo de apego seguro que lo protege y permite el aprendizaje, proceso que se fortalece con la integración de competencias parentales. Recordemos que estas competencias son aprendizajes continuos, por lo que acudir a talleres puede apoyar a los cuidadores en el desarrollo de herramientas clave para orientar y acompañar a los niños y niñas hacia la autonomía.



Declaración de originalidad: Por medio del presente documento, las autoras declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Bianca Alicia Pons Cabrera: Conceptualización, curación de datos, investigación, visualización, guion- borrador original. Dra. Magali Huerta Reyes: adquisición de fondos, supervisión, escritura-revisión y edición. Ambas autoras contribuyeron significativamente al manuscrito y aprobaron la versión final que fue enviada a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en Familia y Pareja.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Este estudio fue financiado por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e

Innovación (SECIHTI) mediante el estímulo económico de Ayudante de Investigadora SNI y forma parte de un proyecto registrado en el Sistema de Registro y Evaluación de la Investigación (SIREI) con número 46676202548 de la Universidad Veracruzana.

Consideraciones éticas: Este estudio no involucró la participación directa de seres humanos ni el uso de información identificable.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan este estudio corresponden a información disponible en las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Los autores declaran que no utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa en la elaboración de este manuscrito.

Derechos de autor: Las autoras conservan los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

Márquez, V. M., Morán, K., Merchán, M. L., Márquez, K., & Bravo, D. (2022). *Las competencias parentales: Un recurso para la promoción de estilos de crianza saludable y el desarrollo integral de los niños*. Editorial Grupo Compás. <http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/796/3/libro.pdf>

Martín, C. (2005). La parentalidad: controversias en torno de un problema público (V. Linazasoro, Trad.). *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 3(22), 7–34. <https://revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php?journal=LV&page=issue&op=view&path%5B%5D=84>

Molero, R. J., Sospedra, R., Sabate, Y., & Plá, L. R. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 511–519.

Pacheco, M., & Osorno, G. Y. (2021). Incidencia de competencias parentales en el desarrollo de habilidades sociales en hijos únicos. *Interdisciplinaria*, 38(1), 101–116. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.1.7>

REFERENCIAS

- Cañadas, M. (2024). *Recorrido de la Teoría del Apego y su aplicación en psicoterapia en la edad adulta* [Tesis doctoral, Universidad Internacional de la Rioja]. Re-UNIR. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/17404>
- Gómez, E., & Contreras, L. (2019). *Manual Escala de Parentalidad Positiva E2P- v.2*. Ediciones Fundación América por la Infancia. <https://catalogo.academiafai.com/cl/gratis/descargas.html>
- Lara, Y., & Quintana, L. N. (2022). Fortalecimiento de competencias parentales y apego: Propuesta de programa psicoeducativo para padres y madres de familia en Ciudad Juárez. *Ehquidad: La Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 17, 47–78. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0002>

RETOS Y POSIBILIDADES EN LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M. C. Margarita Félix Gastelum 
Dra. Xolyanetzin Montero Pardo 

Universidad Autónoma de Sinaloa

Resumen

La diabetes tipo 1 es una enfermedad que generalmente aparece en la niñez o en la adolescencia y que requiere cuidados diarios como aplicarse medicamentos, revisar los niveles de azúcar en la sangre y hacer algunos ajustes en la alimentación y en la forma de vivir. En la adolescencia, una etapa en la que los jóvenes buscan ser más independientes y definir quiénes son, llevar este tratamiento puede resultar más complicado. En ese camino, la familia tiene un papel muy importante, ya que no solo ayuda con los cuidados del día a día, sino que también brinda apoyo, comprensión y acompañamiento emocional. Este artículo habla sobre los principales retos que enfrentan los adolescentes con diabetes tipo 1 y sus familias; como los conflictos en casa, las preocupaciones económicas y el desgaste emocional. A su vez, destaca las posibilidades que surgen cuando la familia se convierte en un factor protector.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 1, adolescencia y apoyo familiar.

Maestría en formación docente
Licenciatura en enfermería
Correo electrónico:
margaritafelix@uas.edu.mx



Doctorado en Psicología y salud
Maestría en Psicología
con residencia en Terapia Familiar
Licenciatura en Psicología.
Correo electrónico:
xolyanetzin.montero@uas.edu.mx



Recibido: 17 de marzo de 2026

Aceptado: 23 de abril de 2026

Cita recomendada: Gastelum, M. & Montero, X., (2026). Retos y posibilidades en la familia del adolescente con diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 36-41.
<https://doi.org/10.22402/j.rdcrrfp.unam.8.2.2026.683.36-41>



ANÁLISIS



INTRODUCCIÓN: CUANDO LA DIABETES LLEGA A LA ADOLESCENCIA

La diabetes mellitus tipo 1 (de aquí en adelante DM1) es una enfermedad caracterizada por la destrucción de las células del páncreas y la dependencia permanente de insulina, esta es una hormona necesaria para la regulación del azúcar en la sangre (Asociación América de Diabetes [ADA], 2025). Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2024), la DM1 afecta aproximadamente a 9.2 millones de personas en el mundo (de todos los grupos de edad), donde 1.8 millones pertenecen al grupo de edad de 0-19 años y se proyecta que esta cifra podría aumentar hasta 13.5–17.4 millones en 2040 (IDF, 2024).

Cuando la DM1 aparece en la etapa de la adolescencia o cuando el niño diagnosticado presenta la enfermedad adquiere nuevos significados. La adolescencia no es únicamente una fase que tiene que ver con cuestiones biológicas; es un periodo de transición psicológica y social donde se consolidan la identidad, la autonomía y el sentido de pertenencia (Sawyer et al., 2018). En este contexto, la exigencia de un régimen estricto de autocuidado como lo son; revisión del azúcar, una alimentación sana, ajustes de insulina y la actividad física planificada puede entrar en tensión con el deseo de independencia y normalidad social (Leocadio et al., 2023). La Organización Mundial de la Salud (2023)

reconoce que las enfermedades crónicas en la adolescencia representan un desafío médico y social que exige abordajes integrales.

LA ADOLESCENCIA: UNA ETAPA COMPLEJA EN SÍ MISMA

La adolescencia implica una etapa de separación de los padres y por lo general busca construcción de autonomía. En los adolescentes con DM1 este proceso ocurre simultáneamente con la transición del cuidado realizado principalmente por los padres hacia el autocuidado autónomo. Diversos estudios han señalado que durante esta etapa puede observarse una disminución en el cumplimiento de las recomendaciones médicas y un aumento en la variabilidad del azúcar en sangre. Factores como la presión de grupo, deseo de evitar que los demás los vean diferentes y la experimentación propia de la edad pueden interferir en la constancia en el tratamiento. A su vez, los cambios hormonales propios de la adolescencia influyen en la sensibilidad a la insulina complicando el control de la enfermedad (Azar et al., 2024). Así, el adolescente enfrenta un doble desafío: regular su vida emocional y social, y al mismo tiempo sostener un tratamiento complejo y permanente. Por eso, es muy importante brindar acompañamiento a los adolescentes, ayudándolos a desarrollar habilidades para cuidarse mejor, contando con el apoyo de su

familia y tomando en cuenta cómo se sienten y lo que viven en su día a día.



RETOS QUE ENFRENTA LA FAMILIA

La DM1 no es vivida de manera individual. Se convierte en una experiencia familiar, las rutinas se reorganizan, los roles se redefinen y las emociones se intensifican. La enfermedad se integra al sistema familiar, generando crisis, pero también oportunidades de crecimiento por lo tanto implican superar los siguientes retos:

1. Retos en la dinámica familiar.

La supervisión del tratamiento puede transformarse en una fuente de conflicto. Las discusiones debidas a los niveles alterados del azúcar en sangre, alimentación o uso de tecnología (sensores, bombas de insulina) pueden interpretarse por el adolescente como desconfianza o control excesivo. Cuando la supervisión se vuelve de tipo disciplinaria o centrada exclusivamente en cifras, el adolescente puede responder con resistencia o evitación. Estudios refieren que el conflicto familiar relacionada con la DM1 dificulta el tratamiento y empeora la salud del adolescente asociado con mayores dificultades para seguir su tratamiento y mantener estables los niveles del azúcar en sangre (Fox et al., 2020). De igual manera, los hermanos pueden experimentar sentimientos contradictorios como lo son: celos, preocupación y sensación de desplazamiento

ante la atención que requiere el hermano/a con DM1.

2. Retos económicos y sociales.

El tratamiento de la DM1 implica costos elevados sobre todo en la adquisición de insulina, tiras reactivas, sensores y consultas con el médico especialista. Dependiendo del ingreso familiar, estas demandas pueden representar un estrés adicional. A nivel social persisten mitos y prejuicios asociados a la diabetes. Algunos adolescentes ocultan su enfermedad en la escuela y a los amigos para evitar burlas o bullying, lo que puede comprometer su tratamiento.

3. Retos emocionales.

El diagnóstico y mantenimiento de la DM1 generan en los padres altos niveles de ansiedad, miedo a la hipoglucemia nocturna (baja de azúcar por las noches) y estrés crónico. Investigaciones recientes muestran que el estrés de los padres se asocia con peor control del azúcar en sangre en los adolescentes (Bassi et al., 2021). Son las madres en particular, las que suelen asumir mayor carga de supervisión, lo que puede incrementar el desgaste emocional. A su vez el temor constante a complicaciones agudas o futuras se convierte en un factor que traspasa la dinámica familiar.

Estos retos dejan ver que la DM1 no solo requiere tratamiento médico, sino también un proceso de adaptación de la familia. Entender estas situaciones ayuda a reconocer que el cuidado de la enfermedad no se limita a controlar el azúcar, sino que también depende de cómo la familia se comunica, se organiza y se apoya entre sí.



Posibilidades... cuando la familia se convierte en factor protector

A pesar de los desafíos, la familia puede convertirse en un recurso protector jugando un papel importante en el control de la DM1 en el adolescente. A continuación, se presentan aspectos relevantes para que esto pueda darse.

- Comunicación empática. Escuchar al adolescente con atención, comprender como se siente y hablar con respeto sobre su enfermedad.
- Educación diabetológica continua. Aprender de forma constante sobre la diabetes y cómo manejarla en la vida diaria. Tanto el adolescente como su familia deben conocer aspectos como el uso de la insulina, la alimentación y el chequeo del azúcar en sangre.
- Participación colaborativa. El cuidado de la diabetes es un trabajo en equipo entre el adolescente y su familia. Este apoyo ayuda a que el adolescente desarrolle autonomía sin sentirse solo.
- Apoyo emocional. Brindar acompañamiento, comprensión y cariño ante los retos que implica vivir con diabetes. Saber que cuenta con el respaldo de su familia ayuda al adolescente a enfrentar la enfermedad con mayor seguridad.

En conjunto, estas acciones ayudan a que el adolescente se sienta acompañado, más seguro y capaz de cuidar su salud, logrando un mejor control de su diabetes en su vida diaria.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LAS FAMILIAS

El apoyo de la familia es esencial para que el adolescente con DM1 pueda aprender a cuidar de su salud y a afrontar los retos que implica vivir con esta enfermedad. Algunas acciones sencillas en el entorno familiar pueden favorecer la comunicación, la confianza y la participación activa del adolescente en el



manejo de la enfermedad. A continuación, se detallan algunas sugerencias concretas que pueden favorecer este proceso dentro de la familia:

- Establecer acuerdos claros y realistas sobre la responsabilidad. Ponerse de acuerdo con el adolescente que tareas puede realizar y cuáles requieren apoyo de los padres. Esto ayuda a organizar el cuidado de la diabetes y evita conflictos y confusiones.
- Fomentar la toma de decisiones supervisada. Permitir que el adolescente forme parte de las decisiones relacionadas con su tratamiento, mientras los padres continúan brindando orientación y acompañamiento.
- Validar emociones antes de corregir conductas. Escuchar y reconocer como se siente el adolescente cuando enfrenta dificultades en su tratamiento. Esto implica comprender sus emociones ya que facilitará el dialogo y la búsqueda de soluciones.
- Buscar apoyo profesional cuando existan niveles altos de conflicto. Si el estrés o las discusiones se vuelven muy recurrentes, es recomendable acudir a un profesional de salud.
- Participar en redes de apoyo con otras familias. El compartir experiencias con otras familias que experimentan o viven situaciones similares puede brindar información, apoyo emocional y estrategias útiles para el manejo de la diabetes.
- Incluir al adolescente en la toma de decisiones. Tomar en cuenta la opinión del

adolescente sobre su tratamiento y estilo de vida va a fortalecer su sentido de responsabilidad, compromiso con el cuidado de su salud y sobre todo se sentirá muy bien emocionalmente.

Cuando todo esto se trabaja de forma conjunta, es más probable que el adolescente maneje mejor su salud y que la familia logre llevar la enfermedad con mayor estabilidad y bienestar en su vida diaria.

REFLEXIÓN FINAL

Vivir con DM1 durante la adolescencia va mucho más allá de aprender a medir el nivel de azúcar en sangre o aplicarse insulina. Para el adolescente y su familia significa adaptarse constantemente a una nueva forma de vivir que impacta la rutina diaria, las emociones y la dinámica familiar. Muchas veces cuando llega el diagnóstico aparecen dudas, miedo y un profundo sentimiento de responsabilidad en los padres, especialmente en las madres, quienes con frecuencia asumen gran parte del cuidado diario. Este proceso puede generar desgaste emocional, pero también revela que dentro de las familias existe fortaleza y una gran capacidad de adaptación ante las situaciones complejas de la vida.

A pesar de los retos, la experiencia de vivir con diabetes también puede convertirse en una oportunidad para fortalecer vínculos familiares, cuando existe comunicación, apoyo y acompañamiento, la familia se transforma en un espacio de seguridad desde el cual el adolescente pueda aprender a cuidar de su salud y enfrentar todo lo que conlleva la enfermedad con mayor confianza. El camino hacia el autocuidado no es inmediato y mucho menos sencillo, pero cuando se recorre en conjunto con la familia, permite construir relaciones más cercanas y solidarias.

Entender la DM1 desde el punto de vista de la familia permite ver que no se trata solo de una enfermedad, sino también de una experiencia que involucra a todos los miembros del hogar. El

apoyo y cariño que brinda el sistema familiar son fundamentales para el bienestar del adolescente. Cuando el adolescente se siente respaldado mientras aprende a cuidar su salud, no solo mejora su manejo de la diabetes, sino también se fortalecen los lazos familiares y la capacidad de enfrentar juntos los desafíos que puedan surgir en el proceso de la enfermedad.

Declaración de originalidad: Las autoras declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Margarita Félix Gastelum: Conceptualización, redacción del manuscrito y revisión final del documento. Xolyaneztin Montero Pardo: Conceptualización, redacción del manuscrito y revisión final del documento.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Este estudio no contó con ningún tipo de financiamiento.

Consideraciones éticas: Este estudio no involucró la participación directa de seres humanos ni el uso de información identificable.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan este estudio corresponden a información disponible en las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección gramatical y mejora de la redacción. Los autores revisaron y validaron íntegramente el contenido generado.

Derechos de autor: Los autores conservan los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(1), 283-305. <https://doi.org/10.2337/dc25-S014>
- Azar, S., Maroun Abou Jaoude, N., Kędzia, A., & Niechciał, E. (2024). Barriers to type 1 diabetes adherence in adolescents. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), e5669. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11477045>
- Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2021). Parental stress, anxiety and depression symptoms associated with self-efficacy in paediatric type 1 diabetes: a literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), e152. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/152>
- Fox, D. A., Bone, J. N., Keidar, S., & Amed, S. (2020). Family conflict in type 1 diabetes: Who is at risk?. *Pediatric Diabetes*, 21(8), 1575-1582. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.13116>
- International Diabetes Federation. (2023). *IDF Diabetes Atlas (10th ed.)*. Brussels: IDF. <https://diabetesatlas.org/>
- Leocadio, P., Kelleher, C., Fernandez, E., & Hawkes, C. P. (2023). Adolescents' experiences of transition to self-management of type 1 diabetes: systematic review and future directions. *The Xcience of Diabetes Self-management and Care*, 49(6), 477-492. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30169257/>

¿CÓMO SOSTENER EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO CON MUJERES QUE ENVEJECEN CON VIH?

Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez 
Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López 

Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

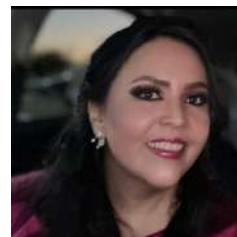
Resumen

El aumento de mujeres que envejecen con VIH exige modelos de atención integrales que articulen comorbilidades, transición menopáusica, salud sexual y bienestar psicosocial. A partir de la práctica clínica en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, analizamos la importancia, retos y limitantes del trabajo interdisciplinario entre ginecología y psicología con mujeres en senectud. Identificamos necesidades interrelacionadas: síntomas genitourinarios y dolor sexual, riesgo óseo temprano, tamizajes oncológicos, depresión/ansiedad, duelos, violencia y estigma. El trabajo conjunto facilita detección oportuna, derivación ágil y planes coherentes con la vida cotidiana, pero enfrenta barreras estructurales como sobrecarga de servicios, escasez de insumos y dificultades para sostener la continuidad. Proponemos componentes mínimos: tamizajes compartidos, agenda integrada en un solo día, sesiones de discusión de casos complejos y acuerdos de comunicación que preserven la confidencialidad. Concluimos que la interdisciplinaria mejora la experiencia de atención y reduce la fragmentación del cuidado. Sin ello, el control virológico es solo insuficiente.

Palabras clave: VIH y envejecimiento; menopausia; interdisciplinaria; estigma; salud mental

Doctora en investigación Psicológica, maestra en Psicología residencia en terapia familiar, licenciada en Psicología

Correo: mivoz3103@gmail.com



Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, colposcopia y patología del tracto genital inferior, Master en VIH.

Correo electrónico:

dra.terecabrera@gmail.com



Recibido: 22 de enero de 2026

Aceptado: 18 de febrero de 2026

Cita recomendada:

Toiber, N.R. & Cabrera, T. J. (2026). ¿Cómo sostener el trabajo interdisciplinario con mujeres que envejecen con VIH? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 42-46.

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.675.42-46>



ANÁLISIS

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.675.42-46>



INTRODUCCIÓN

El VIH se ha transformado en una condición crónica gracias a la terapia antirretroviral, lo que ha incrementado el número de personas que envejecen con el virus. En México, los registros nacionales evidencian cambios en los patrones de mortalidad y la necesidad de fortalecer la continuidad del cuidado, particularmente en contextos de vulnerabilidad (Núñez et al., 2025). En mujeres en senectud, el envejecimiento con VIH se asocia con multimorbilidad, polifarmacia, cambios funcionales y determinantes sociales que condicionan el acceso a servicios.

La menopausia es un punto de inflexión: mujeres que viven con VIH pueden experimentar menopausia más temprana y síntomas vasomotores, anímicos y musculoesqueléticos con mayor intensidad, afectando calidad de vida y vinculación a la atención (Tariq, 2025). Además, algunos síndromes geriátricos —fragilidad, deterioro cognitivo, osteoporosis, incontinencia y aislamiento social— pueden presentarse con mayor carga o trayectorias diferenciadas (Abelman, 2026). En este marco, los modelos integrados y centrados en la persona requieren equipos que articulen saberes y rutas de atención, alineando la atención con prioridades y preferencias de las usuarias (Golob et al., 2025).

JUSTIFICACIÓN

Este artículo de análisis se basa en la experiencia clínica desarrollada en nuestras especialidades

en Psicología y Ginecología, en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (CECI), Ciudad de México, y discute la importancia, retos y limitantes del trabajo conjunto con mujeres en senectud que viven con VIH.

Estas mujeres suelen enfrentar estigmas superpuestos (edadismo, género, seroestatus y pobreza) y trayectorias marcadas por violencia, duelos y cambios en roles familiares. En población mexicana que vive con VIH se han descrito mecanismos de estigma asociados al contexto familiar y al trato en servicios, con efectos en el bienestar psicológico y la búsqueda de cuidados (López et al., 2023). Por ello, una atención que se limite al control virológico resulta insuficiente: deja fuera las experiencias de dolor, sexualidad, seguridad, autonomía y redes de apoyo. A continuación describimos el análisis de cinco categorías: (1) necesidades interrelacionadas en la consulta, (2) aportes del trabajo conjunto y riesgos de la fragmentación, (3) retos y limitantes, (4) estigma, edadismo y desigualdad y (5) componentes mínimos para un modelo centrado en la persona.

DESARROLLO

1) Necesidades interrelacionadas en la consulta

En ginecología, es frecuente el síndrome genitourinario de la menopausia: sequedad vaginal, dispareunia y prurito. La falta intermitente de tratamientos locales (p. ej., estrógenos vaginales) limita la respuesta clínica y afecta calidad de vida.

También se observa riesgo óseo temprano (osteopenia/osteoporosis) y la necesidad de prevención oncológica (mastografía, citología y colposcopia), con referencias a tercer nivel cuando se sospecha cáncer invasor.

En psicología, es frecuente que las usuarias presenten depresión, ansiedad, estrés postraumático complejo, entre otros. Estas condiciones se entrelazan con precariedad laboral, escolaridad limitada y traslados largos, lo que incrementa inasistencias a sus citas. Por ello, sostener el cuidado implica coordinación interna para reprogramar y evitar pérdidas de seguimiento.

2) Aportes del trabajo conjunto y riesgos de la fragmentación

La consulta ginecológica abre conversaciones sobre cuerpo y sexualidad donde emergen señales de depresión, violencia o duelo; la derivación ágil a salud mental reduce tiempos y facilita intervenciones oportunas. Instrumentos breves para síntomas menopáusicos pueden orientar decisiones y derivaciones (Caixas et al., 2024; Tariq, 2025). Desde la salud mental, es importante ampliar el panorama para comprender el contexto de las usuarias, iluminar sus recursos y habilidades; abrir espacio a dudas que tenga y que con ello se favorezca la relación con los profesionales de la salud.

Sin coordinación entre los servicios aumenta el riesgo de que se mantengan invisibilizadas las situaciones de violencia que podrían estar viviendo las usuarias, su salud sexual y que se den explicaciones simplistas a su comportamiento (p.ej. “es por la edad”), además de privilegiar la indetectabilidad como única meta. La literatura subraya que los desafíos del envejecimiento con VIH son médicos y psicosociales, por lo que requieren equipos integrados (Ahmed et al., 2023).

3) Retos y limitantes

Las principales barreras son sobrecarga de servicios, tiempos de espera y escasez intermitente de insumos (estrógenos locales, fármacos psiquiátricos). Coordinar varias citas en un mismo día —estrategia clave para usuarias con pocos recursos— exige flexibilidad institucional. Asimismo, se requieren acuerdos sobre comunicación y confidencialidad para discutir casos complejos sin vulnerar derechos. Persisten brechas de formación y ambigüedad de roles para colaborar de manera sistemática (Cano et al., 2025).

4) Estigma, edadismo y desigualdad

El estigma relacionado con el VIH puede retrasar la búsqueda de atención y debilitar las redes de apoyo. En mujeres mayores, se intersectan género, edad, precariedad, baja escolaridad y experiencias de violencia (Kokorelias et al., 2024). En este contexto, las estrategias clínicas concretas —trato empático, lenguaje claro, negociación de horarios y concentración de citas— disminuyen barreras y fortalecen el vínculo terapéutico.



5) Componentes mínimos para un modelo centrado en la persona

Proponemos: (a) tamizajes compartidos y rutas de derivación (menopausia, salud sexual, violencia, síntomas depresivos / ansiosos,

proceso de duelo); (b) agenda integrada para agrupar servicios el mismo día cuando la usuaria lo prefiera; (c) reuniones breves de casos complejos con medicina general, infectología, ginecología, salud mental, trabajo social, enfermería; (d) acuerdos de comunicación con consentimiento y resguardo de confidencialidad; y (e) indicadores de seguimiento que incluyan continuidad, acceso a insumos y resolución de síntomas prioritarios. Estas acciones se alinean con recomendaciones para escalar la atención centrada en la persona en VIH (Golob et al., 2025; Hafis, et al., 2024).



CONCLUSIONES

El trabajo interdisciplinario entre ginecología y psicología con mujeres en senectud y que viven con VIH permite abordar necesidades clínicas y

psicosociales que, en modelos fragmentados, pueden quedar invisibilizadas. Al articular tamizajes, derivaciones y planes acordes con la vida cotidiana, se mejora la experiencia de atención y se sostiene la continuidad del cuidado.

Sin embargo, la interdisciplinariedad requiere condiciones habilitantes: insumos disponibles, tiempos de consulta suficientes, espacios breves de coordinación y acuerdos de confidencialidad. Fortalecer estos componentes puede reducir inequidades y hacer que el cuidado sea, además de efectivo, digno y centrado en la persona.

Declaración de originalidad: Declaramos que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista o medio editorial.

Contribución de autoría: Participamos en la conceptualización del manuscrito, investigación documental, revisión de literatura, análisis e interpretación de la información, redacción del borrador original, revisión crítica y edición final del documento. Asimismo, aprobamos la versión final del manuscrito y asumimos plena responsabilidad por su contenido.

Conflicto de intereses: Declaramos no tener conflictos de interés relacionados con la presente publicación.

Financiamiento: Declaramos que este trabajo no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas: Este artículo corresponde a un trabajo de reflexión y análisis sustentado en literatura científica y experiencia profesional. No involucró la participación directa de seres humanos, la recolección de datos identificables ni intervenciones sobre participantes.

Disponibilidad de datos: La información que respalda este trabajo corresponde a las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Utilizamos ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección de estilo, mejora de la redacción y organización del contenido. Revisamos, verificamos y aprobamos íntegramente el contenido final, asumiendo plena responsabilidad sobre la exactitud y validez científica del manuscrito.

Derechos de autor: Conservamos los derechos morales de la obra y autorizo a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Abelman, R. (2026). Geriatric syndromes in women living with HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 21(1), 82–88. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000988>
- Ahmed, M. H., Ahmed, F., Abu-Median, A.-B., Panourgia, M., Owles, H., Ochieng, B., Ahamed, H., Wale, J., Dietsch, B., & Mital, D. (2023). HIV and an Ageing Population—What Are the Medical, Psychosocial, and Palliative Care Challenges in Healthcare Provisions. *Microorganisms*, 11(10), 2426. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11102426>
- Caixas, U., Tariq, S., Morello, J., Dragovic, G., Lourida, G., Hachfeld, A. Nwokolo, N., & for the Women Against Viruses in Europe (and WAVE) Working Group (2024). Comorbidities and menopause assessment in women living with HIV: a survey of healthcare providers across the WHO European region. *AIDS Care*, 36(1), 107–114. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2216008>
- Cano, C. M., Suárez-Robles, M., Ryan, P., Hernández-Ruiz, V., Guaraldi, G., Falutz, J., Moreno, S., Sánchez-Conde, M., & Brañas, F. (2025). Advancing integration in the approach to older adults with HIV: perspectives from geriatric and HIV specialists. *BMC Geriatrics*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06593-2>
- Golob, L., Williams, E. L., Bras, M., Clifton, B., Ford, N., Geng, E. H., Green, K. E., Janamnuaysook, R., Katz, I. T., Mworeko, L., Olete, R. A., Pinto, C., Rajasuriar, R., Sikombe, K., Tan, D. H. S., & Grinsztejn, B. (2025). A roadmap to scale up person-centred care in the HIV response: Recommendations from a global consensus-building process. *Journal of the International AIDS Society*, 28, e70071. <https://doi.org/10.1002/jia2.70071>
- Hafiz O, Yin X, Sun S, Yang J, Liu H. (2024). Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services Framework in Research Globally – a Systematic Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 24(2),1–11. <https://doi.org/10.5334/ijic.7754>
- Kokorelias, K., Brown, P., Walmsley, S., Zhabokritsky, A., Su, E., & Sirisegaram, L. (2024). Age-related experiences of diverse older women living with HIV: A scoping review protocol informed by intersectionality. *PLoS ONE*, 19(6), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306225>
- López, A., Rafful, C., Orozco, R., Contreras-Valdez, J. A., Jiménez-Rivagorza, L., & Morales, M. (2023). HIV Stigma Mechanisms Scale: Factor structure, reliability, and validity in Mexican adults. *AIDS and Behavior*, 27(4), 1321–1328. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03868-2>
- Núñez, I., Caro-Vega, Y., Alegre-Díaz, J., Crabtree-Ramírez, B., Ramírez-Reyes, R., Kuri-Morales, P., López-Cervantes, M., Sierra-Madero, J., & Belaunzarán-Zamudio, P. F. (2025). Trends in mortality among people with HIV in Mexico: Analysis of national death registries (1998–2022). *Open Forum Infectious Diseases*, 12(9), 1–9. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaf551>
- Tariq, S. (2025). Menopause: An opportunity to optimize health and well being for people with HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 20(4), 388–395. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000944>

VIH EN MÉXICO 2025: MÁS ALLÁ DE SOLO "TOMAR LA PASTILLA".

Dr. Víctor Rodríguez Pérez



Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia, Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México

Resumen

La salud pública en México está dando un giro de 180 grados. Con la llegada de la nueva Guía de Manejo Antirretroviral 2025 del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida y Hepatitis (CENSIDA), el país deja atrás el viejo modelo que solo se centraba en "controlar el virus", para enfocarse en la persona y su bienestar integral. Este cambio se sostiene sobre tres pilares que buscan transformar la vida de los pacientes. Primero, tratamientos de vanguardia priorizando el uso de medicamentos modernos, mucho más potentes y con menos efectos secundarios. Segundo, prevención combinada para el mundo real como el uso de fármacos preventivos en poblaciones de mayor riesgo. Y, por último, la salud mental sin tabúes, ya que el bienestar emocional se reconoce oficialmente como parte del éxito médico y se dan una serie de lineamientos, para que los profesionales de la salud, no solo personal médico, puedan usar estas herramientas.

Palabras clave: VIH/sida, salud mental, guías de práctica clínica, adherencia al tratamiento, México.

Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia, Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/sida de la Ciudad de México
Correo electrónico: victor.psicologoacademico@gmail.com



Recibido: 31 de enero de 2026
Aceptado: 5 de marzo de 2026

Cita recomendada:

Rodríguez, V. (2026). VIH en México 2025: Más allá de solo "tomar la pastilla". *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 47-52.
<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.673.47-52>



ANÁLISIS



Durante décadas, el éxito en el tratamiento del VIH se midió casi exclusivamente por números: que el virus fuera "invisible" en la sangre (indetectable) y que las defensas estuvieran altas. Sin embargo, estar sano implica mucho más que la ausencia de enfermedad. Con esta premisa, México ha decidido actualizar su brújula médica para adaptarse a una realidad donde los pacientes no solo buscan vivir más años, sino vivirlos con plenitud, dignidad y sin estigmas. En este sentido, la actualización de la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, emitida por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida y Hepatitis (CENSIDA, 2025) brinda aportaciones se pueden resumir en tres grandes áreas clave que se muestran en resumen en la tabla 1.

Tabla 1

Áreas clave del manejo antirretroviral de las personas con VIH

Área clave	Enfoque principal	Objetivo e implicación
Optimización del tratamiento antirretroviral (TAR)	Esquemas potentes y simplificados.	Se priorizan fármacos modernos que son muy potentes contra el virus pero mucho más "amigables" con tu cuerpo, causando menos efectos secundarios en tu peso o tu sueño.
Prevención combinada	Expansión de la Profilaxis pre-	Ahora es más fácil acceder a la PrEP

	Exposición (PrEP) y estrategia Indetectable = intransmisible (I=I).	(una pastilla para prevenir la infección si no tienes el virus) y se refuerza el mensaje de I = I (Indetectable es igual a Intransmisible), lo que significa que, si tu tratamiento funciona, no puedes transmitir el virus a otras personas. De esta manera se reduce el estigma social.
Atención integral	Comorbilidades y Salud Mental.	Vigilancia estrecha de salud cardiovascular, diabetes y bienestar psicosocial (salud mental) como parte del seguimiento de rutina.

Nota: Propuestas principales de la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH 2025, por Víctor Rodríguez Pérez de la Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia

En general, las aportaciones se dirigen hacia una población que cada vez es más añosa y que en este proceso, va sumando enfermedades como las que padece la población general como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Mediante la optimización se busca mantener un perfil de seguridad metabólica y menos medicamentos. Se perfila hacia la erradicación de la pandemia de VIH al utilizar estrategias

universales como la PrEP, cuyos resultados apuntan a una reducción significativa de nuevos casos en países que llevan al menos diez años con la implementación de la prevención combinada (Gandhi et al., 2024).

Este enfoque de optimización de tratamiento se complementa con la atención psicosocial. Por primera vez, se reconoce oficialmente que la salud emocional es tan importante como tu salud física. No podemos hablar de éxito en el tratamiento antirretroviral si ignoramos que la adherencia y la salud mental, están estrechamente relacionados.

En el caso de la atención integral, siempre se ha reconocido la vulnerabilidad de las personas que viven con VIH desde el área metabólica, cardiovascular y la salud mental (European AIDS Clinical Society, 2024). Sin embargo, pese a los esfuerzos por actualizar los documentos normativos y las guías clínicas, no se había hecho una guía clínica con los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental que son mucho más frecuentes en personas mexicanas que viven con VIH (Rodríguez et al., 2022). En la actualización de la guía se define a la salud mental como un derecho humano fundamental y un pilar esencial para la calidad de vida y el éxito del TAR mediante un capítulo y cuyos puntos clave de especifican a continuación.

1. Justificación y prevalencia

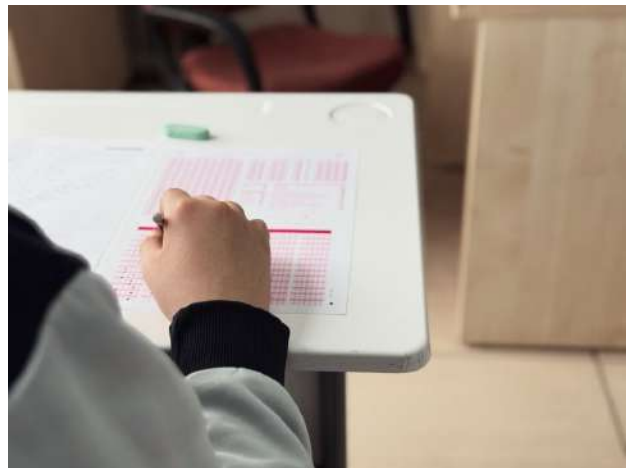
La guía destaca que la salud mental debe evaluarse de manera rutinaria debido a que:

- Las personas que viven con VIH (PVVIH) tienen 4 veces más riesgo de padecer depresión, ansiedad e insomnio, y el riesgo suicida es 8 veces mayor en comparación con la población general.
- Existe una relación directa entre una salud mental comprometida y la baja adherencia al tratamiento antirretroviral a largo plazo.

2. Primera aproximación y ambiente clínico

Se enfatiza la creación de una atmósfera de confianza. La guía sugiere cambiar el abordaje estándar por uno más humano:

- **Identidad:** Preguntar "¿Cómo prefieres que te llame?" o "¿Con qué género te identificas?" en lugar de limitarse a datos de expediente o sexo biológico.
- **Autonomía:** Informar al usuario que tiene derecho a no responder preguntas que le incomoden.



3. Momentos críticos de evaluación

La evaluación no es un evento único, sino un proceso continuo que debe intensificarse en estas cuatro etapas (ver tabla 2):

- Antecedentes en la historia de desarrollo**
Enfoque: Identificar trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, consumo de sustancias) presentes antes del diagnóstico.
Importancia: Estos antecedentes son los mejores predictores de la futura adherencia al tratamiento.
- El Impacto del diagnóstico (Crisis reactiva o duelo)**
Enfoque: Evaluar la reacción emocional inmediata ante la noticia.

Riesgos: Aparición de ideas de autolesión, estigma internalizado y aislamiento social. Es el momento clave para la intervención en crisis.

c) Manifestaciones orgánicas (Efecto directo del VIH)

Enfoque: Detectar síntomas derivados de la acción del virus en el cerebro o infecciones del sistema nervioso central (SNC).

Indicadores: Cambios en la memoria, confusión o alteraciones motoras (Complejo de Demencia asociado al VIH o trastornos neurocognitivos menores).

d) Efectos secundarios del tratamiento (TARV)

Enfoque: Monitorear cambios psicológicos tras iniciar o cambiar la medicación.

Consideración: Algunos antirretrovirales (como el Efavirenz o el Dolutegravir en ciertos perfiles) pueden causar insomnio, sueños vívidos, irritabilidad o síntomas depresivos.

	iniciar antirretrovirales.	inducida por fármacos.
--	----------------------------	------------------------

Nota. Momentos críticos de la evaluación de la salud mental propuestos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH 2025, por Víctor Rodríguez Pérez de la Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia.

4. Áreas de evaluación en la historia clínica

El algoritmo sugerido incluye indagar sobre:

- Trastornos de infancia y adolescencia: Diagnósticos previos, tratamiento recibido y síntomas residuales.
- Estrés postraumático (TEP): Especialmente por violencia sexual, sobrevivientes de desastres naturales, accidentes graves y eventos violetos como secuestros.
- Estigma y discriminación: Evaluar el apoyo social, el autoestigma y si la persona ha "abierto" su diagnóstico con su círculo cercano.
- Estrés de minorías: Considerar el impacto del bullying, racismo u homofobia en la población LGBTTIQ+. Este punto es muy importante en un país con tantos contrastes como en México. La apertura hacia la diversidad sexual y de género es un fenómeno que se observa más en grandes ciudades, que en pequeñas comunidades (Tello et al., 2025). Por lo tanto, el hecho de proporcionar esta información desde ámbito de los derechos humanos tiene una total pertinencia.

Tabla 2

Momentos críticos de evaluación

Etapa de evaluación	Enfoque principal	Riesgos o indicadores clave
A. Antecedentes preexistentes	Diagnósticos previos (ansiedad, depresión, sustancias).	Predictor crítico de la futura adherencia al tratamiento.
B. Impacto del diagnóstico	Reacción emocional inmediata (Crisis reactiva).	Riesgo de autolesión, estigma y aislamiento social.
C. Manifestaciones orgánicas	Efecto del virus en el Sistema Nervioso Central (SNC).	Cambios de memoria, confusión o demencia asociada al VIH.
D. Efectos del TAR	Cambios psicológicos tras	Insomnio, irritabilidad o depresión

5. Manejo de trastornos mentales graves

En casos de sospecha de trastornos graves (como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno obsesivo compulsivo), la guía indica:

- Confirmar el diagnóstico actual y la funcionalidad del paciente.
- Evaluar si el trastorno interfiere con la capacidad de tomar medicamentos (por ejemplo, tomar dosis de más en el TOC o abandono por síntomas psicóticos).

- Seguir un algoritmo de atención específica que asegure que el paciente reciba apoyo psicofarmacológico y psicoterapéutico constante para evitar fallas en la adherencia.

6. Depresión y trastorno de adaptación

Se distingue entre el duelo normal (transitorio, hasta 6 meses) y el trastorno de adaptación, el cual puede requerir intervención si impide las actividades cotidianas o afecta la motivación para el tratamiento.

La inclusión de algoritmos simplificados en la Guía 2025 democratiza la atención primaria. Al incluir los instrumentos de tamizaje para el abordaje inicial, como el Inventario de Depresión de Beck adaptado para personas que viven con VIH, el grado de ansiedad, ideación suicida, y consumo de sustancias y explicar de manera práctica la forma de calificación, permite que el médico tratante o el personal de salud de primer contacto, identifiquen señales de alerta de forma temprana, reservando la referencia a psiquiatría para casos de alta complejidad, optimizando así los saturados recursos del sistema de salud (Bador et al., 2001; García et al., 2010; Gutierrez et al., 2022; Rodríguez et al., 2022).

Esto es de mucha ayuda considerando la saturación de los servicios de salud mental, el estigma que tienen las personas que viven con VIH hacia la salud mental y el estigma que el personal especializado en salud mental pueda tener hacia personas que viven con VIH o personas del colectivo LGBTTIQ+.



En conclusión, la Guía 2025 no solo actualiza moléculas; actualiza el paradigma de atención en México, al situar la salud mental y la autonomía del paciente en el centro, como se ha hecho en las guías de la European AIDS Clinical Society (EACS) desde el 2013 y desde el 2024 en las de la International AIDS Society (IAS). Pasamos de un modelo centrado en el virus a uno centrado en la persona, garantizando que el derecho a la salud sea, por fin, integral y sin estigmas. Esta guía 2025 nos entrega las herramientas; nuestra responsabilidad como clínicos es transformar estos algoritmos en una atención más humana y digna para cada paciente.

Declaración de originalidad: Los autores declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Víctor Rodríguez Pérez: Conceptualización, redacción del manuscrito y revisión final del documento.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Consideraciones éticas: Al ser un estudio de opinión, no requirió autorización de comité de ética.

Disponibilidad de datos: No se usan datos.

Uso de inteligencia artificial: No se utilizó IA.

Derechos de autor: El autor conserva los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria* (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). Organización Mundial de la Salud.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. (2025). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2025*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-manejo-antirretroviral-de-las-personas-con-vih-2025>
- European AIDS Clinical Society. (2024). *EACS Guidelines version 13.0*. <https://eacs.sanfordguide.com/>
- Gandhi, R. T., Landovitz, R. J., Sax, P. E., Smith, D. M., Springer, S. A., Günthard, H. F., Thompson, M. A., Bedimo, R. J., Benson, C. A., Buchbinder, S. P., Crabtree-Ramirez, B. E., Del Rio, C., Eaton, E. F., Eron, J. J., Jr., Hoy, J. F., Lehmann, C., Molina, J.-M., & Saag, M. S. (2024). Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV in adults: 2024 recommendations of the International Antiviral Society–USA panel. *JAMA*, 332(24), 2130-2150. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.24543>
- García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C., & González-Gámez, J. G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública*, 12, 713-721.
- Gutiérrez-Velilla, E., Barrientos-Casarrubias, V., Cruz-Maycott, R., & et al. (2022). Assessment of anxiety in Mexican persons living with HIV using a culturally-adapted version of the GAD-7 test. *Journal of Health Psychology*, 27(13), 2875–2886.
- Rodríguez-Pérez, V., Piñeirúa-Menéndez, A., Ramírez-Rentería, C., & Mata Marín, J. A. (2022). Beck Depression Inventory (BDI-IA) adapted for HIV: Psychometric properties, sensitivity & specificity in depressive episodes, adjustment disorder & without symptomatology. *Salud mental*, 44(6), 287-294.
- Tello-Bello, MAJ, Rosas-Santiago, FJ, Rodríguez-Pérez, V., & Sánchez-Alemán, M. Á. (2025). Exploración cualitativa de experiencias relacionadas con el tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH. *Nuevas tendencias en investigación cualitativa*, 21(2), 1085-1085.

¿VIH EN MUJERES? UNA REALIDAD EN NUESTRO MÉXICO

Mtra. Teresita de Jesús Cabrera López 

Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez 

Clínica Especializada Condesa Iztapalapa

Resumen

Durante muchos años se pensó que el VIH afectaba principalmente a los hombres; sin embargo, miles de mujeres en México viven con el virus y enfrentan desafíos particulares a lo largo de su vida. Gracias al tratamiento antirretroviral, hoy tienen una mayor esperanza de vida, aunque esto no siempre se traduce en una mejor calidad de vida. El estigma, la discriminación, la violencia de género y las barreras para acceder a servicios de salud integrales continúan afectando su bienestar físico, emocional, sexual y reproductivo. Conocer cómo cambian sus necesidades de atención en cada etapa del ciclo de vida es fundamental para ofrecer una atención más oportuna y centrada en la persona. A partir de la experiencia clínica en la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, este artículo analiza las principales necesidades de salud de las mujeres que viven con VIH y destaca la importancia de un abordaje multidisciplinario para favorecer su bienestar y calidad de vida.

Palabras clave: mujeres y VIH; desigualdad de género; tratamiento antirretroviral; salud sexual y reproductiva; envejecimiento con VIH.

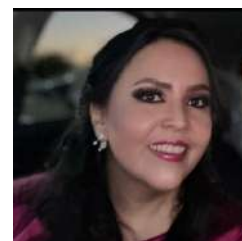
Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, colposcopia y patología del tracto genital inferior, Master en VIH.

Correo electrónico:
dra.terecabrera@gmail.com



Doctora en investigación Psicológica, maestra en Psicología residencia en terapia familiar, licenciada en Psicología

Correo: mivoz3103@gmail.com



Recibido: 14 de febrero de 2026

Aceptado: 18 de marzo de 2026

Cita recomendada:

Cabrera, T. J., & Toiber, N.R. (2026). ¿VIH en mujeres? Una realidad en nuestro México. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 53-59.
<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.675.53-59>



ANÁLISIS

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.675.53-59>



INTRODUCCIÓN

Desde la implementación del tratamiento antirretroviral (medicamentos que controlan el virus), la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha pasado de ser una enfermedad mortal a una condición crónica tratable. Diversos estudios han mostrado el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad relacionada con el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) en personas con acceso sostenido al tratamiento (Marcus et al., 2020; Smiley et al., 2021). Aun así, existen brechas importantes, pues el diagnóstico es tardío o el tratamiento no se inicia y/o no se mantiene de forma oportuna. El indicador de diagnóstico tardío es una cuenta baja de linfocitos CD4 en sangre, menos de 200 células/ μL se considera diagnóstico tardío, pues la persona ya se encuentra en fase de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que se asocia con mayor riesgo de infecciones oportunistas y complicaciones (World Health Organization, 2025).

Estas ganancias médicas, sin embargo, no garantizan equidad. Las mujeres que viven con VIH enfrentan desigualdades que influyen en su salud: inequidad de género, violencia, estigma social y discriminación, incluida la que puede ocurrir en los servicios de salud (Infante et al., 2006). Estas barreras afectan el acceso a pruebas, el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral, la continuidad del cuidado y la salud mental. Además, el VIH en mujeres se entrelaza con otros temas como los derechos sexuales y reproductivos, las decisiones sobre

maternidad, la planificación familiar y la atención prenatal, lo cual obliga a pensar el VIH a lo largo del ciclo de vida de una persona y no solo como un problema infeccioso (UNAIDS, 2024).

En México, los datos oficiales muestran que un alto número de casos notificados se encuentra en el grupo de edad que va de los 20 a los 49 años, lo que indica que muchas mujeres con VIH se encuentran en edad reproductiva (CENSIDA, 2025). Por ello, analizar el VIH en mujeres desde un punto de vista que integre medicina, género y aspectos sociales es importante para comprender la realidad mexicana y orientar el manejo en nuestra clínica, centrado en las necesidades de estas mujeres.

JUSTIFICACIÓN

Además de la evidencia científica disponible, estas reflexiones también se nutren de la experiencia que hemos acumulado como parte de un equipo multidisciplinario conformado por múltiples áreas, pero en estas reflexiones integrado por ginecoobstetricia y psicología en una unidad del sector público la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, perteneciente a los Servicios de Salud de la Ciudad de México. Al ser una unidad especializada para la atención a personas que viven con VIH, hemos observado de forma frecuente el diagnóstico tardío en las mujeres por falta de percepción del riesgo de adquirir el VIH, ya que es considerada una infección propia de hombres que tienen sexo con hombres. Es importante mencionar que cuando hablamos de diagnóstico tardío, nos referimos a un re-

cuento de linfocitos CD4 menores de 200 células/ μ L.

Debido a esto, hablar del VIH en mujeres ayuda a cuestionar un mito aún frecuente: la idea de que el VIH es una enfermedad que afecta principalmente a los hombres. Reconocer la realidad del VIH en mujeres permite dirigir recursos y estrategias para necesidades específicas, como la prevención de la transmisión vertical durante el embarazo (la transmisión vertical se refiere a que una mujer que vive con VIH transmite el virus a su hijo; también se le llama transmisión perinatal o maternoinfantil), la planificación familiar, la detección de cáncer cervicouterino y de mama, la atención a la salud mental y el cuidado de las mujeres que envejecen con VIH y otras enfermedades crónicas.

Este artículo analiza, desde la experiencia clínica en una unidad pública especializada, la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, las necesidades de salud de las mujeres que viven con VIH según la etapa de la vida; además, resalta el valor de la atención multidisciplinaria para mejorar los resultados en la salud de las personas.



DESARROLLO

Las personas que viven con VIH pueden enfrentar diversas barreras, como el estigma social, el diagnóstico tardío y las dificultades para acceder a los servicios de salud.

Estos factores pueden retrasar la búsqueda de atención médica y dificultar la continuidad del tratamiento (Mahajan et al., 2008; Gesesew et al., 2017). En el caso de las mujeres, estas barreras suelen entrelazarse con desigualdades de género, violencia de pareja y discriminación, lo que puede intensificar sus efectos en la salud y en el acceso a la atención.

Aunque durante muchos años el VIH se percibió principalmente como una enfermedad que afectaba a los hombres, en México miles de mujeres viven con el virus. Los datos de vigilancia epidemiológica reportan 29,172 casos de mujeres que viven con VIH; la mayoría se encuentra en el grupo de edad de los 20 a los 49 años, por lo que muchas mujeres se encuentran en edad reproductiva (CENSIDA, 2025). Conocer esta realidad es fundamental para comprender cómo el VIH afecta la vida de las mujeres en distintas etapas del ciclo de vida y para identificar necesidades específicas en salud sexual, reproductiva y mental.

En nuestro país, gracias al tratamiento antirretroviral, muchas personas que viven con VIH tienen una esperanza de vida mayor, alcanzando etapas de la vida como la menopausia y la senectud; sin embargo, “sobrevivir más” no siempre significa vivir con equidad. Diversos estudios han señalado que las mujeres que viven con VIH enfrentan barreras particulares, como el estigma social, la violencia de género, la discriminación y las dificultades para acceder a servicios de salud integrales y continuos. Estas condiciones pueden influir en el diagnóstico oportuno, la continuidad del tratamiento y su bienestar general (Mahajan et al., 2008; Nawfal et al., 2024).

1. Mujeres adolescentes (menores de 19 años) y mujeres en edad reproductiva (20 a 49 años)

En México, la mayor proporción de casos de VIH en mujeres se concentra entre los 20 y 49 años, una etapa que coincide con la vida reproductiva

y con mayor probabilidad de embarazo (CENSIDA, 2025).

Los datos otorgados por el sistema de vigilancia epidemiológica han identificado casos de VIH en mujeres menores de 19 años. Un grupo que requiere atención especializada durante la adolescencia, así como una adecuada transición hacia los servicios de salud para adultos (CENSIDA, 2025). En esta etapa de la vida, la educación en salud sexual y reproductiva debe ser clara, accesible y libre de juicios. Es fundamental promover el uso consistente del preservativo, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y el acompañamiento psicosocial.

Desde la experiencia clínica en nuestra institución, se ha observado que algunas mujeres jóvenes que adquirieron el VIH por transmisión vertical (la transmisión vertical indica que las personas nacen con VIH) enfrentan múltiples desafíos al llegar a la edad reproductiva.

En un estudio de mujeres que viven con VIH y con el antecedente de embarazo, el 38.5% presentó en su primera consulta del embarazo falla virológica con niveles en sangre de carga viral mayor a 200 copias/uL debido al abandono del tratamiento (por ejemplo, mujeres crónicas que sabían su diagnóstico previo al embarazo habían dejado de tomar el tratamiento); sin embargo, al reiniciar el tratamiento antirretroviral o iniciarlo el mismo día en que se confirmaba el diagnóstico de VIH en aquellas embarazadas que acababan de recibir el diagnóstico, tuvo como resultado la disminución del número de virus en sangre (carga viral) antes de la resolución del embarazo, está demostrado que el lograr una carga viral menor a 1000 copias/ml de sangre, disminuye el riesgo de transmisión del VIH al recién nacido, es decir, disminuye el riesgo de transmisión vertical; todo esto se logró mediante un seguimiento continuo y otorgando citas el mismo día a todos los servicios de la clínica, es importante mencionar

que todas las embarazadas el mismo día en que reingresan o el mismo día en el que se les diagnostica VIH reciben consulta por el equipo multidisciplinario, todos les explicamos la importancia del apego al tratamiento antirretroviral al 100%, es decir, la importancia de la toma diaria y en tiempo del tratamiento. En el estudio que realizamos en Clínicas Condesas, de los nacimientos registrados no se documentaron casos de transmisión vertical (Cabrera López et al., 2022).

Con estos datos indicamos por qué es fundamental que la prueba de VIH se realice lo más pronto posible durante el embarazo y que se repita al menos una vez. La detección oportuna permite iniciar tratamiento antirretroviral, proteger la salud de la madre y reducir el riesgo de transmisión vertical (OMS, 2025; UNAIDS, 2024).

En este amplio grupo de edad, la atención integral no solo se debe centrar en el embarazo, sino que debe incluir diversos componentes como la planificación familiar, la consejería antes del embarazo, la detección de violencia de pareja, la evaluación de la salud mental, la detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama.



2. Mujeres mayores (≥50 años)

En el contexto del VIH, muchas investigaciones consideran como “adultos mayores” a las personas de 50 años o más, debido a la mayor frecuencia de enfermedades crónicas y a pro-

cesos de envejecimiento acelerado que se han observado en algunas poblaciones que viven con el virus.

En México, miles de mujeres con VIH se encuentran en este grupo de edad (CENSIDA, 2025). En nuestro análisis local de mujeres de 50 años o más atendidas en Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, se observó una alta frecuencia de comorbilidades (coexistencia de dos o más enfermedades en una persona), 70.2% de 101 mujeres presentaban dos o más comorbilidades, dentro de las más frecuentes: hipertensión arterial sistémica crónica, diabetes mellitus, dislipidemia, depresión y obesidad (Cabrera López et al., 2023).

Estos hallazgos indican la importancia del desarrollo de estrategias de atención integral a las personas, que incluyan la necesidad de crear conciencia en las personas sobre la importancia de la prevención de otras enfermedades, además de la detección temprana y el tratamiento de todas las enfermedades crónicas que presenten. Además, es importante realizar estudios específicos para detectar, por ejemplo, osteoporosis mediante densitometría y la detección de cáncer de mama mediante mastografía. Por lo que desde nuestra perspectiva es importante explicarles a las personas las medidas de prevención de enfermedades y de cómo realizar una detección oportuna.



3. Retos y limitaciones

Uno de los principales retos es mejorar la detección oportuna del VIH en mujeres y reducir la baja percepción de riesgo tanto en la población general como en algunos profesionales de la salud. En un estudio reciente realizado en un instituto nacional de tercer nivel en CDMX se estudiaron a las personas con diagnóstico reciente de VIH y observaron que tenían oportunidades perdidas en 51.6%; esto se refiere a que habían acudido a alguna consulta antes por síntomas pero no se les había hecho la prueba de VIH, además encontraron que las mujeres tuvieron más oportunidades perdidas (67.5%) en comparación con los hombres (50.1%), también se observó que las mujeres tardaron más tiempo en recibir el diagnóstico de VIH (Sierra-Barajas et al., 2026). El mensaje es que el VIH puede permanecer invisible en las mujeres hasta etapas tardías de la infección, como lo describen en este estudio. Esto hace necesario fortalecer el acceso a las pruebas diagnósticas, mejorar la educación sexual y visibilizar las rutas de referencia que permitan una atención oportuna. Debemos trabajar juntos para que esto deje de ser un reto.

Una limitación es contar con equipos de atención multidisciplinarios que integren la atención médica, la atención de la salud mental, la detección de violencia de género y los determinantes sociales de la salud, pues estos equipos podrían no estar disponibles en todas las unidades de atención.

El gran reto es reducir el estigma y la discriminación, pues es un paso esencial para garantizar una atención digna y de calidad para las mujeres que viven con VIH (Infante et al., 2006).

CONCLUSIONES

En México el VIH en mujeres es una realidad que necesita ser visibilizada. Aunque la proporción de casos notificados en mujeres es menor que en hombres, miles de mujeres que viven con VIH en nuestro país, se encuentran entre los 20 y 49 años de edad, una etapa de la vida con importantes implicaciones en la salud sexual y reproductiva.

Los avances en el tratamiento antirretroviral han permitido que muchas personas que viven con VIH tengan una mayor esperanza de vida. Sin embargo, vivir más años no siempre significa vivir mejor. Factores como la desigualdad de género, la violencia y el estigma continúan influyendo en el acceso al diagnóstico oportuno, al tratamiento y a una atención integral.

Comprender el VIH en mujeres nos lleva a reconocer que la experiencia de la enfermedad tiene factores sociales, económicos y culturales que influyen en la evolución de la enfermedad. Por todo esto, es fundamental promover modelos de atención que consideren las distintas etapas de la vida de las personas desde la niñez y adolescencia, la edad reproductiva y el envejecimiento, integrando equipos multidisciplinarios de atención que aborden no solo los aspectos médicos, sino también los aspectos sociales de la enfermedad.

Fortalecer la atención integral puede mejorar los resultados clínicos, así como disminuir el estigma y la discriminación que aún enfrentan muchas personas que viven con VIH en sus familias, en sus comunidades y en los servicios de salud.



Declaración de originalidad: Las autoras declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Marla Naiví Toiber Rodríguez: Conceptualización, redacción del manuscrito y revisión final del documento. Teresita de Jesús Cabrera López: Conceptualización, redacción del manuscrito y revisión final del documento.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Esta investigación no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas: Este estudio no involucró la participación directa de seres humanos ni el uso de información identificable.

Más allá de la víctima: respuestas, resistencias y dignidad frente a la violencia

Dra. Tania Aguirre Solorio

ECOS: Prácticas-Basadas-en-la-Respuesta México

Resumen

En esta conversación, la Dra. Tania Aguirre invita a replantear las formas tradicionales de comprender la violencia y a cuestionar las ideas que presentan a las víctimas como personas pasivas o incapaces de actuar. Desde el enfoque de las prácticas basadas en la respuesta, explica cómo las personas desarrollan múltiples formas de resistencia y cuidado de sí mismas, incluso en contextos donde sus posibilidades de acción son limitadas. A lo largo de la entrevista, reflexiona sobre los riesgos de patologizar el sufrimiento, la importancia de reconocer la responsabilidad de quienes ejercen violencia y el papel fundamental que tienen las respuestas sociales en la construcción de seguridad, dignidad y justicia. Además, plantea la necesidad de escuchar las experiencias concretas de quienes viven violencia, abandonar fórmulas rígidas de intervención y asumir que la prevención y el acompañamiento son responsabilidades compartidas por toda la comunidad.

Palabras clave: violencia, resistencia, dignidad, respuesta social, justicia social.

Dra. Tania Aguirre Solorio
ECOS: Prácticas-Basadas-en-la-Respuesta México
Contacto:
info@ecosss.mx



Entrevista realizada el
29 de mayo del 2026
Por: Mtra. Ligia Esther Torres Burgos



Cita recomendada:

Torres, L. (2026). Más allá de la víctima: respuestas, resistencias y dignidad frente a la violencia [Entrevista a Tania Aguirre Solorio]. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 60-73.
<https://doi.org/10.22402/j.rdcrcfp.unam.8.2.2026.692.60-73>

VOL. 8, NO. 2, 2026 •
MÁS ALLÁ DE LA VÍCTIMA: RESPUESTAS,
RESISTENCIAS Y DIGNIDAD FRENTE A LA VIOLENCIA
ENTREVISTA
Dra. Tania Aguirre Solorio
ECOS: Prácticas-Basadas-en-la-Respuesta México
ISSN: 2992-8214
Entrevista realizada por:
Mtra. Ligia Esther Torres Burgos

<https://youtu.be/D42eF2omfHs>

ENTREVISTA

<https://doi.org/10.22402/j.rdcrcfp.unam.8.2.2026.692.60-73>



Entrevistadora: Bueno, pues buenas tardes, doctora Tania, un gusto estar con usted el día de hoy. Le agradezco mucho el que nos haya concedido este espacio, este tiempo para conversar un poquito. Y bueno, pues entonces, no sé si quiere comentar algo antes de empezar con las preguntas directamente.

Dra. Tania: Pues no, nada más agradecerles también mucho por el interés y la oportunidad de conversar juntas.

Entrevistadora: Muchas gracias, doctora. Bueno, pues vamos a empezar. Igual por ahí van saliendo algunas cosas. Doctora Tania, usted habla de prácticas basadas en la respuesta. Para quienes no conocen este término, ¿por qué es tan importante enfocarnos en cómo responde una persona a la violencia en lugar de solo verla como una víctima pasiva en esto?

Dra. Tania: La idea de... Empezaría igual desde el concepto de prácticas, porque de alguna forma, digo, aunque el lenguaje no necesariamente por sí mismo cambia las realidades, igual hace como una alusión que creo que es importante. Prácticas como que desestabiliza un poco la noción psicologizante de que el trabajo con personas que están siendo... oprimidas de diversas formas como las nociones psicologizantes de que el trabajo tiene que ir sobre la mente las emociones, no porque no sea importante al ratito expandimos más eso pero las prácticas nos sitúan en el nivel de la acción en el nivel de lo que las personas hacen es una práctica, las respuestas y las resistencias, entonces, desde ahí, como que desde mi

perspectiva nos sitúa en una conversación distinta, sí que hace como un guiño a otras ideas que no necesariamente se van a la mente o a las emociones. Nuevamente, no porque no sean importantes, sino como un poco para desestabilizar los marcos comunes sobre los que se hace el trabajo con víctimas o personas que perpetran violencia. Y luego las resistencias o las respuestas justamente tiene que ver con... El concepto de víctima es un concepto inestable en el sentido de que ha recibido muchas críticas porque tiene una sedimentación histórica que la sitúa como pasiva, justamente, como que equipara el ser víctima con una... sí, como con cierta pasividad. Este, entonces, bueno, ha habido críticas que creo que es muy importante que son muy importantes y que es relevante tener siempre presentes. Este, muchas personas no se identifican con ese concepto. Digo, yo nunca me refiero a alguien así, no de forma personal. Pero bueno, es como para tener un lenguaje en común. Y se ha propuesto otros conceptos como sobreviviente. Este, que creo que también son muy importantes, pero de alguna forma tampoco capturan otras realidades. Por ejemplo, ¿qué pasa con todas las víctimas que no sobreviven? O también todas las otras respuestas y acciones que no solo están vinculadas a la sobrevivencia. Bueno, son términos inacabados que creo que vale la pena siempre conversarlos y clarificarlos y continuar cuestionándolos. Pero bueno, justo de las concepciones más comunes que hay, respecto a las víctimas es que son pasivas, que no hacen nada para detener la situación de violencia o que no hacen lo suficiente o que no saben qué hacer o que no saben lo que están viviendo,

como una falta de conocimiento, falta de acción, casi siempre como en la lógica del déficit, cualquier tipo de déficit psicológico, emocional, de conocimiento, de acción, etc. Entonces la idea de las respuestas y las resistencias recuperan justamente lo que las personas hacen para salvaguardar su dignidad e intentar estar lo más posible seguras en contextos donde no tienen el control de lo que está sucediendo y donde las posibilidades de acción son muy limitadas. Y las respuestas justamente recuperan, perdón que sea redundante, pero cómo las personas constantemente responden y resisten. No todas las respuestas son resistencias, no somos nosotros y nosotras quienes podemos definir eso. Algunas respuestas son resistencias, pero esas respuestas reflejan habilidades que las personas tienen para, pues, responder a la violencia. Entonces puede ser, bueno, igual podemos hablar más de eso, pero puede ser desde las respuestas más pequeñas, hasta pues respuestas como coordinadas, planeadas, más grandes. Digo, el nivel de escala nunca es muy útil, ¿no? Las escalas de grande o pequeño no necesariamente son útiles, que no nos toca evaluar, ¿no? Porque las personas responden de una manera u otra. Pero, ya me perdí un poco, pero bueno, las respuestas tienen que ver con recuperar eso, lo que las personas... hacen, piensan, sueñan, recuerdan, recuperan cuando están respondiendo a la violencia.

Entrevistadora: yo creo que justo va de la mano con la siguiente pregunta porque eso pareciera que cuando pensamos en una víctima es como alguien pasivo, que solamente está recibiendo, pero no pensamos como en todo lo que está sucediendo dentro de la persona o bien en algunas acciones, que quizás no son tan poderosas, no sé si sea el término, pero que también contribuyen de alguna manera pues a salvarla un poco no a salvaguardarla. Entonces, la siguiente pregunta dice, a menudo escuchamos que las personas que viven violencia no hacen nada o se quedan calladas.

Desde su experiencia, ¿qué formas de resistencia, incluso las más sutiles, solemos pasar por alto quienes estamos fuera de la situación?

Dra. Tania: Si, esta es una pregunta muy importante porque pone en cuestión varias ideas que se asumen respecto a la violencia. Una de las más importantes que me gustaría como nombrar es la premisa de que el hecho de que no pueda detener la violencia no significa que permita que suceda. Y creo que esa afirmación como una ética y una práctica desde donde trabajar es muy, muy importante porque hay un, como que se colapsan dos ideas ahí, ¿no? Como que si las personas no responden, más bien, perdón, no detienen la violencia, significa que la están permitiendo, ¿no? O significa que están consintiendo a ella o significa, digo, en las versiones más perversas, ¿no? De pulsión de muerte o estas cosas significa que la desean o significa que la provocan, etcétera, ¿no? Entonces creo que eso es algo muy importante, ¿no? Y se puede trasladar a otras cosas, ¿no? El hecho de que alguien no respete mis límites no significa que no los tenga, ¿no? El hecho de que alguien... me lastime o no me valore o me minimice, no significa que no tenga autoestima, ¿no? Que de alguna forma también cambia el foco o cambia la atención, ¿no? Solo de la persona que está resistiendo a la violencia, también a los actos de perpetración de violencia por otra persona, ¿no? Entonces, bueno, eso para empezar. Y luego, las cosas que podemos, por ejemplo, no hacer nada es una habilidad.

Pensemos en un contexto, ¿no?, donde alguien, no solo en términos de incidente, ¿no?, que también esa es una de las cosas problemáticas que hay, ¿no?, como enfocarnos en la violencia solo como incidentes, en lugar de entender la violencia como toda una estructura que incluye incidentes de violencia, ¿no?, pero que abarca la realidad y la cotidianidad de las personas. Pero bueno, este... Si pensamos en un incidente

o en una situación donde alguien me está agrediendo, me está lastimando, me está aterrorizando, me está confundiendo, el poder no hacer nada habla de un montón de habilidades. Pensar que estás en una situación de riesgo o en una situación, pues lo que sea. El no hacer nada es una habilidad y es una habilidad que está conectada a la evaluación de alguna forma dentro de una circunstancia y momento particular ¿Cuáles son las posibilidades que tengo de actuar, de responder, de hacer cosas que pongan lo menos en riesgo posible tanto mi integridad personal como la de las personas o seres que quiero y que dependen de mí? Entonces, es interesante también las resistencias porque desafían estas nociones... pues como de un locus político tradicional que entiende la agencia y la resistencia, como en estos actos como grandilocuentes y enormes, este, o heroicos, ¿no? También desafía mucho la noción de, de heroicidad, que creo que no es en lo absoluto útil, este, para entender las respuestas y las resistencias, sin embargo, es una idea que, que, que está muy, que es muy dominante, eh, como la víctima que sale del lugar, la víctima que dice que no, etc. Entonces desafía como estas nociones tradicionales de agencia, entendiendo que las respuestas y las resistencias de las personas suceden en contextos de opresión, y entonces desde ahí la agencia no es esta agencia de un ser libre, autodeterminado, con un montón de posibilidades y opciones, de 100 opciones, de las cuales escoge dos, ¿no? sino que la resistencia sucede en contextos de opresión, ¿no? que permiten ciertas acciones y posibilidades y no otras. Entonces, pues las resistencias de las personas pueden incluir cualquier acción que pueda estar ligada a su seguridad, su dignidad, y puede ser desde guardar silencio, permanecer inmóvil... podemos no hacer una división absurda, pero solo por darnos una idea podemos entender las respuestas a nivel espiritual, a nivel mental, a nivel emocional, a nivel físico. Entonces, por ejemplo, mover el cuerpo de una manera, tener

un pensamiento, una idea, desconectarse, hacer como que estás de acuerdo, pedir perdón, Todas esas formas de responder que se exploran siempre en las conversaciones con las personas, no de antemano somos nosotras quienes decidimos qué es una respuesta, qué es una resistencia y qué significa, sino que se explora en el contexto de las personas y de la interacción que está sucediendo. Y generalmente las respuestas de las personas revelan que están conectadas a algo, a preservar la dignidad. La dignidad tampoco es un concepto monolítico, es un concepto superpersonal. Puede haber valores compartidos en comunidades, personas, familias, pero bueno, es un concepto también personal y entonces muchas veces las personas hacen alguna acción de resistencia, ¿no? preservando su dignidad. Eso a veces en sacrificio de la seguridad, ¿no? Puede ser que yo te saque la lengua, por ejemplo, ¿no? como una forma de decir no estoy de acuerdo o que haga, por ejemplo, con los ojos así o que me dé la vuelta y te dé la espalda. Y puede ser que eso haga que la persona que me está lastimando, que me está maltratando, responda de una manera más violenta. Bueno, eso no está bien formulado porque pareciera que es mi responsabilidad. Más bien, puede ser que la acción que yo tome de resistencia no vaya alineada con lo que me pone más segura, pero de alguna forma estoy intentando privilegiar mi dignidad por alguna razón, ¿no? o muchas veces también las acciones de resistencia no ponen en riesgo mi dignidad, ¿no? hincarme, pedir perdón por algo que yo no hice, ¿no? pero que de alguna manera eso va a minimizar, ¿no? el daño personal, que sufra más daños, que ponga, que haya más riesgo para mis hijas e hijos e hijes, para mi mascota, para mi familia, para mi trabajo, etcétera. Entonces es importante también eso, ¿no? señalar que la dignidad y la seguridad no siempre van alineadas. Y digo, igual pregúntame más porque creo que dije mucho rollo, pero por lo que es importante para mí señalar esto es porque muchas veces las

respuestas y las resistencias son bizarras, son peligrosas, carecen de sentido desde afuera, pero cuando exploramos la acción y el significado que tiene esa acción en conjunto con las personas, vamos descubriendo cuál es la lógica personal y situacional que las personas utilizaron para responder o no de una manera u otra en contextos limitados de opresión.

Entrevistadora: Sí, pensaba un poco que justo el tema es cómo se mira desde afuera, porque desde afuera podríamos pensarlo como en esta lógica tradicional, que la persona debería, esto que comentaba, hacer algo, sacar su escudo y protegerse, salir de su casa agarrando a sus hijos, por ejemplo, ¿no? Y pensar en que otras cosas también pueden ser resistencia y cuidado de su dignidad es como un concepto diferente, como mirar un poco las cosas desde un lugar distinto a como usualmente se mira. Y creo que justo eso hace la diferencia. Y también, como relacionado a esto, usted menciona que hay que hackear las etiquetas que nos pone la psicología tradicional. ¿Cómo afecta a una persona que ha sufrido violencia el ser etiquetada con un trastorno, por ejemplo, en lugar de entender su malestar como una respuesta lógica a lo que ha vivido?

Dra. Tania: Sí. Y ahí nada más quería puntualizar algo, ¿no? Porque el tema de la mirada es mirar desde afuera. Hay una... O sea, y lo digo porque me interesa este tema, ¿no? Hay una... El concepto de dentro-fuera, cuando se habla de violencia, opera mucho, no solo en la mirada desde fuera, sino también, por ejemplo, en ideas como dejar la violencia, como si hubiera un dentro y un fuera, una dentro y una fuera de la violencia.

Entrevistadora: ¿Y el dentro fuera estar en la violencia?

Dra. Tania: El dentro sería estar en la violencia y el fuera sería salir, ¿no? O sea, yo en los espacios donde trabajo encuentro mucho eso, ¿no?

como que deje la relación, que haga, como si hubiera un fuera total, ¿no? cuando sabemos que hay personas que han dejado la relación, ¿no? y que siguen viviendo los impactos de la persona perpetradora pues 20 años después, ¿no? Entonces, bueno, ese dentro-fuera vale la pena, pero más que nosotros mirar desde fuera, creo que lo que podemos hacer es acompañar a las personas en lo que su mundo significa para ellas. Porque por más que nos compartan parte de su experiencia, nunca vamos a estar en el adentro, ¿no? No podemos como... ser parte de ese adentro. Entonces, creo que lo que podemos hacer es justo acompañar en los significados.

Y luego, lo importante es hackear como en los sistemas psicologizantes, desde mi perspectiva. Aquí es como un espacio en el que yo intento ser muy cuidadosa, porque hay diagnósticos que son muy importantes para las personas o que les hacen mucho sentido para su realidad y que les explican partes de su experiencia. Entonces, yo nunca... o espero que nunca me permitiría como decidir si un diagnóstico es útil o no y cómo, ¿no? Lo que sí es importante para mí en el trabajo cuando hay diagnósticos es entender ese diagnóstico o esas acciones o esas emociones o esos pensamientos como respuestas que tienen sentido. Yo siempre que trabajo con alguien y que me cuenta algo que yo digo, no entiendo, ¿no? No entiendo por qué hacer esto en lugar de esto. Como que me digo a mí misma, esto tiene sentido en su experiencia. Mi trabajo es entender ese sentido, no decidir, ¿no? Si es útil, no, cómo, hacia dónde. Entonces, como con ese compromiso de seguir el sentido, seguir el significado que tienen las acciones para las personas, entiendo que sus respuestas como respuestas que tienen sentido en su propio contexto y realidad, ¿no? Entonces, muchas respuestas que son patologizadas pues tienen mucho sentido, ¿no? Por ejemplo, por poner la depresión y nuevamente respetando que eso a alguien le pueda hacer muchísimo sentido o el trauma complejo, este, o el síndrome por estrés postraumático, este, que a

muchas personas les hace sentido, les permite como, sí, etcétera. Pero tiene sentido para mí decir, si alguien está lastimando tu integridad, tu sentido de pertenencia, tu acceso a la libertad, a los recursos económicos, a tomar decisiones, a lo que quieres hacer con tu vida, pues tiene mucho sentido que estés profundamente triste. Y entonces ahí hay un movimiento interesante porque si entendemos las respuestas de las personas, si entendemos las acciones de las personas como respuestas y no como efectos, entonces no solo vemos a las personas como agentes responsivos o responsivas, sino que también se desarma un poco la idea de que la patología está dentro de la persona y entonces lo que yo tengo que trabajar o lo que tengo que ver es cómo reparar a esa persona para que pueda responder diferente. Entonces me puedo situar para decir, ¿por qué está respondiendo así? Ah, porque alguien la está agrediendo, ¿no? Y entonces eso hace varias cosas. Por un lado, trae a la persona agresora al contexto, que en la mayoría de los casos de las formulaciones de violencia, la persona perpetradora desaparece, ¿no? Y se convierte la persona víctima en el problema a resolver. Y además entiendo sus acciones y sus respuestas como habilidades, más que déficits psicológicos, emocionales, cognitivos, etcétera, ¿no? Y digo, no, esto tiene sentido, ¿no? En un contexto particular de opresión, etcétera, ¿no? Y entonces puedo pues mirar a la persona, no desde la deficiencia, sino desde las habilidades preexistentes para la dignidad, la justicia, la libertad, la seguridad, etc.

Entrevistadora: Entonces, doctora, si entiendo bien, si una persona que ha sufrido violencia llega y le comenta que tiene depresión o que se siente deprimida, ¿no sería un efecto del... de la vivencia de la violencia, sino sería como una respuesta?, así lo estoy entendiendo.

Dra. Tania: Exactamente, exactamente. Y alguien puede decir, tengo depresión. Por darte un ejemplo, una vez conversé con una mujer que llegó conmigo porque le habían diagnosticado un trastorno alimentario. ¿Cómo

se dice ahora ese trastorno? ese diagnóstico, creo que ya avanzó, pero bueno, este, un trastorno alimentario, ¿no? Y entonces, este, entonces cuando empecé a, bueno, cuando empezamos a conversar sobre el tal trastorno, y nuevamente quiero ser muy cuidadosa porque mi trabajo no se enfoca en cuestionar el diagnóstico ni desarmarlo, sino en poder situarlo dentro de la agencia de una respuesta, ¿no? De la, de la infrapolítica de la agencia, no la agencia del ser neoliberal, ¿no? De estas formas de responder. Bueno, entonces como conversando cómo había empezado este trastorno, ¿no? Lo que se fue revelando en la medida que yo la iba siguiendo a ella, en lo que me iba contando, y si quieres ahorita hablamos también algo de revelar, porque eso es también muy problemático, pero fue quedando claro que él quería tener sexo, ¿no? Entre comillas, con ella en las noches y bueno, eran formas de violencia sexualizada. Entonces ella tenía que ser súper cuidadosa, tenía un montón de respuestas y resistencias a hacerse a la dormida, que le dolía la cabeza, etcétera, como un montón de respuestas, pero si ella se despertaba en la noche, él iniciaba como contactos de violencia sexualizada que ella en la noche era mucho más difícil manejar porque había menos pretextos disponibles entonces ella empezó a controlar su ingesta de alimentos y su ingesta de bebidas para no tener que levantarse en las noches al baño y entonces lo que había sido diagnosticado como un trastorno alimentario era una respuesta y una resistencia a la violencia sexualizada de su pareja. Entonces esto no desafía, o sea, a mí lo que menos me importa es, bueno, no lo que menos me importa, pero no desafía el diagnóstico de lo que significa para la persona, pero lo sitúa en contextos más amplios, que trae la responsabilidad de la persona perpetradora al contexto, ¿no? Entonces nos permite ver lo que había sido diagnosticado como un déficit personal o como un diagnóstico o un trastorno personal como una respuesta súper creativa, hábil, por supuesto dolorosa y difícil, porque así

son las respuestas en contextos de violencia, pero esa habilidad, esa creatividad, esa forma de responder y resistir se pudo poner al centro en lugar de pasar como un diagnóstico, que además si ese diagnóstico permanece intocado, pues la violencia va a permanecer oculta. Entonces en ese sentido creo que es importante el trabajo con diagnósticos cuando hay violencia, porque además muchas veces también lo que el diagnóstico hace es que oculta la violencia. Oculta la violencia y transforma la violencia en un déficit personal, lo cual es otra forma de violencia terrible.

Entrevistadora: Claro. Sí, justo pensaba con consultantes que llegan y nos... nos exponen algún diagnóstico de esto que si no hacemos una exploración adecuada y que se conecta con esto que nos decía de revelar, que me gustaría que nos lo pudiera explicar un poco, pues podríamos irnos con esta idea de que, ah, claro, es algo que no está funcionando bien en ella, ¿no? Y no realmente entender, como dice, qué es lo que está sucediendo. Entonces, ¿cómo se conecta esto de revelar? ¿Cómo sería? ¿A qué se refiere específicamente, doctora?

Dra. Tania: También aquí hay una tensión importante, ¿no? Creo que es muy importante que nuestro trabajo y nuestra forma de estar en el mundo nunca silencie o contribuya al silenciamiento de las personas. Pero también vivimos en una política del habla que creo que es súper problemática y se refleja en ideas como, ¿por qué no lo dijiste antes?, Es que si no lo dijiste, yo no tenía manera de saber. Es que si no denunciaste. Es decir, como una invitación constante a que las respuestas sociales a la violencia inician cuando una víctima revela su experiencia. Y eso es súper problemático porque sabemos que por las experiencias vividas que nos han contado las personas, que revelar algo... no necesariamente te pone más segura. Incluso puede funcionar diferente. Puede funcionar que tengas menos seguridad, pero que ahora tengas que manejar las

respuestas de otras personas al que tú hayas revelado tu experiencia. Y también que hay muchas partes de tu experiencia que no quieres revelar. O no con ciertas personas. Con algunas personas revelas algunas cosas, con otras otras. O prefieres no revelar. La INDIRE, que es la Encuesta Nacional de las Relaciones Familiares, la última nos dice que cerca del 80% de las víctimas de violencia nunca van a revelar su experiencia de violencia a nadie. Y que del 20% que lo revela, la mayoría lo revelan con familiares y amistades. Eso nos dice que el enfoque social que tenemos de, por ejemplo, que la mayoría de presupuestos se va, y esto no quiere decir que esas respuestas no sean importantes, pero que la mayoría del presupuesto se vaya a instituciones públicas o gubernamentales que trabajan con violencia o el enfoque de que las víctimas van a psicoterapia y los terapeutas somos muy importantes, no es verdad, porque la mayoría de las víctimas no están revelando su experiencia y si sí, no lo hacen con profesionales. Entonces eso nos dice que las respuestas de todas las personas son súper importantes cuando se trata de responder a la violencia y el abuso. La respuesta de la vecina, la tía, la amiga, el panadero, el de la basura, el del cafecito, ¿no? Si todas las personas en lugar de asumir que la violencia es una excepción, y esta no es una posición, no es una invitación paranoica, pero sí es como un poco menos inocente en pensar que la violencia es una excepción, y más bien si asumiéramos socialmente que las respuestas a la violencia nos incumben a todas y a todos y que todos tenemos un rol que jugar, en lugar de asumir seguridad, asumiríamos que dentro de nuestros ámbitos de violencia, cotidianidad podemos responder de alguna forma entonces si el güey del cafecito dice pues es probable que a mi café diariamente vengan víctimas de violencia y perpetradoras entonces y personas perpetradas entonces si diario vienen víctimas a mi café aunque no revelen nunca nada ¿Cómo puedo diseñar este espacio para que sea un espacio

que contribuya? Porque nunca podemos prometer seguridad, ¿no? La seguridad significa cosas diferentes para cada quien y lo que es más seguro para una persona puede poner en riesgo a otra. Pero ¿cómo puedo contribuir a que este café, ¿no? Contribuya a la seguridad de alguien, ¿no? O por lo menos no perpetúe las excusas a la perpetración de la violencia. ¿Cómo mi vecina puede hacer eso? ¿Cómo el compa de la tiendita? ¿Cómo...? Es decir, entonces, en ese sentido, la sociedad... que no es una sociedad en abstracto, es una sociedad que responde cotidianamente, puede tomar acciones que no impliquen o cuyo prerequisite no sea que las personas revelen algo, sino que activamente estamos cotidianamente asumiendo que estamos en contacto con víctimas y personas perpetradoras y que nos toca hacer algo cotidianamente. Entonces, ya si alguien revela o no, da igual. No da igual porque para esa persona importa, ¿no? Pero yo ya estoy proactivamente, por utilizar un concepto, respondiendo, ¿no? Como... como miembro o miembro de la sociedad, respondiendo a la violencia sin que el prerequisite sea que alguien tenga que revelarme su experiencia. Si yo dentro de mi compañía digo estoy segura y sé que hay víctimas contratadas en este espacio, ¿no? Y yo dejo muy claro, ¿no? En mi política organizacional que no se... que haya apoyos para las víctimas, que si necesitas que tu horario sea flexible, que si necesitas tener acceso a un teléfono privado, si necesitas guardar tus documentos en algún espacio, sin que tengas que revelar la violencia, la compañía te puede ofrecer eso. Entonces es como tomar, pues sí, como proactivamente acciones que no asumen que la violencia es una excepción, sino que está en las personas con las que interactuamos cotidianamente y que podemos tomar acciones. Entonces creo que eso quita la carga de las víctimas para tener que revelar y que lo hagan solo si desean, con quien desean y cuánto desean y lo que desean revelar.

Entrevistadora: Sí, qué interesante. Qué interesante porque no había pensado esto desde ahí y creo que justo se conecta con la siguiente pregunta que es ¿por qué dice usted que la salud mental es también un tema de justicia social? Y cómo influye el entorno, la comunidad, las leyes, el género, en la recuperación de alguien que ha pasado por una situación traumática.

Dra. Tania: Sí, justamente está conectado con eso, ¿no? Como... Si las respuestas sociales que yo recibo me van a... poner en un lugar todavía menos indigno. O sea, por un lado se me pide que revele y luego la fórmula mágica que utiliza todo mundo es la de denuncia, ¿no? Y a veces con las mejores intenciones, pero con un desconocimiento absoluto o una esperanza mal puesta en lo que significa la denuncia, el tiempo que requiere, el dinero que requiere, la indignidad que sucede en los espacios de denuncia y la falta absoluta de resultados que hay, ¿no? Este... Pues muchísimas personas no quieren eso y también muchas víctimas no quieren que haya ese tipo de consecuencias para las personas que las lastimaron, ¿no? Quieren que la violencia se detenga, quieren tener seguridad, quieren tener acceso a vivienda, pero no necesariamente quieren acciones punitivas de ese estilo. Y mandamos, casi siempre suele ser una de las respuestas más comunes, mandar a terapia o mandar a denunciar, ¿no? Este... Pero además, si yo revelo mi experiencia... y las respuestas sociales que recibo es... tienes que aprender a poner límites... tienes un problema de autoestima... porque lo permitiste... o por ejemplo si revelo y de pronto decido... que quiero regresar con mi pareja... que es la persona perpetradora... entonces ahora además de negociar... además de sobrevivir a mi propia experiencia... tengo que... manejar las respuestas sociales... de las demás personas, instituciones, familias, amistades, etc. Entonces, porque además las respuestas sociales son muy prescriptivas, la idea de que la persona tiene que dejar a la

persona que la violenta, y eso no siempre es el caso, y no es a nosotras a quien nos toca decir eso. Entonces, si las respuestas sociales consideraran los matices, las complejidades, los múltiples hilos, que suceden en cualquier realidad, la complejidad de cualquier realidad, creo que podríamos dar respuestas sociales mucho más positivas que de hecho construyeran o contribuyeran a la dignidad, la justicia, la libertad, respetando lo que las personas quieren para sus vidas. Creo que, y nuevamente, si entendiéramos lo que las personas tienen que hacer y dejar de hacer por su seguridad y su dignidad, creo que podríamos acompañar mucho más a las personas en lugar de prescribir lo que tendrían que hacer y de antemano decidir qué es violencia, qué se hace con la violencia, cómo se responde, cuál es el curso de acción, qué es útil o no. Es absurdo. Desde nosotros, como decías, desde afuera decidir eso, es absurdo que pensemos que... Entonces, las respuestas sociales podrían contribuir mucho más a la justicia social, a la dignidad de una persona y, por tanto, salirnos mucho más de arreglar la mente o el corazón de las víctimas y generar espacios de respuesta social mucho más útiles, siguiendo a lo que las víctimas nos dicen que es útil. La víctima tampoco es un concepto monolítico, cada realidad es una experiencia y va cambiando con el tiempo lo que voy necesitando y queriendo, etc. Pero también, perdón, y ya con esto cierro esta pregunta, es ¿A quién estamos escuchando cuando estamos diseñando las respuestas a la violencia? Seguimos escuchando los modelos de hace 60 años del ciclo de la violencia, que es súper problemático, ¿no? El de la indefensión aprendida, ahora el que es súper, ¿no? Conocido por todos lados el violentómetro, que es gravísimo, ¿no? O sea, es una herramienta, entre comillas, súper muerta, ¿no? Toda herramienta que sale del contexto de una persona es una herramienta inútil, ¿no? Entonces yo decidir cuál es el riesgo de una persona... Entonces, bueno, perdón, morris, ¿a quién estamos escuchando cuando estamos

decidiendo cuáles son las herramientas que son útiles, cuáles son los modos? ¿Estamos escuchando lo que las víctimas nos dicen que es útil, que es inútil o que es perjudicial? ¿O estamos reciclando los modelos que desde la teoría, la psicología, las leyes, creemos nosotros que es útil sin escuchar las realidades concretas de las personas que ya nos están diciendo desde su experiencia vivida personal lo que no sirve y lo que sí sirve?

Entrevistadora: Sí, creo que algo que escucho es como que no deberíamos de irnos con las fórmulas, sino como escuchar la experiencia individual de cada una de las personas para entender en su contexto cómo lo vive, pero además qué es grave y qué no es tan grave, ¿no? Y qué puede resistir o con qué puede convivir y con qué no, como no dar por hecho las cosas, ¿no?

Dra. Tania: Absolutamente, ¿no? Esto de la prevención del riesgo, yo tengo muchísimas muchísimos desacuerdos con la noción de prevención y principalmente con las víctimas, porque la prevención es cerrar las excusas que permitan que las personas perpetradoras permanezcan impunes y que la violencia continúe. ¿Cómo puedo yo saber lo que es riesgoso para alguien? Por ejemplo, hay una mujer, Dorothy, que ella sabía que cuando él empezaba a cambiar los pronombres, la situación se iba a poner mal, ¿no? Entonces, en vez de decir nuestros hijos, decía mis hijos, tus hijos. Nuestra casa decía tu casa, ¿no? Entonces, esas acciones, ella, porque es la más experta en conocer el riesgo y la seguridad que existen en la relación, ¿no? Sabía que algún... episodio, es un concepto muy torpe decir episodio, pero por utilizar y va a suceder, ¿no? Entonces, cuando ella le comunica a la policía, es que está cambiando los pronombres, la policía le dice, ¿y eso qué? Pero si te vas al violentómetro, eso, que de eso está hecho la seguridad y el riesgo, si queremos utilizar ese concepto, son las personas las que nos pueden decir acerca de del

riesgo y la seguridad porque conocen los cambios en la respiración, en el tono de voz, en la forma de caminar, en cómo te pasan las cosas, en cómo te habla, en lo que va a pasar en el día. Pero en cambio el violentómetro es un instrumento completamente osificado, ¿no? Que nos dice, esto es más riesgo, esto es menos riesgo, si esto está acá. Entonces, ¿no? Sabemos que una persona perpetradora puede, ahora que estuvimos dando unas sesiones de los riesgos del estrangulamiento, este... puede pasar de un día decirte una palabra violenta, al día siguiente estrangularte, ¿no? Y el violentómetro pone estas, por poner una herramienta, ¿no? O sea, puede haber, pero entonces exactamente esas herramientas no responden a la experiencia vivida, son instrumentos que utilizamos nosotros igual para apaciguar, pues no sé, nuestra propia incertidumbre, ¿no? Porque creo que hay una tendencia, pues sí, de las respuestas incertidumbre, profesionales o profesionalizadas a perseguir la certidumbre. Y eso no es posible en la experiencia vivida. No hay certidumbre. Porque la violencia cambia, las tácticas de violencia cambian, por lo tanto, las respuestas y las resistencias tienen que cambiar.

Entrevistadora: Y eso me hace pensar, doctora, si alguien de nuestros lectores tuviera un familiar, un amigo que sospechara que está sufriendo violencia, ¿cuál sería la mejor manera de acercarse sin juzgar, respetando su dignidad y siguiendo un poco como estos, no sé si decir principios, pero estas ideas que nos está regalando en esta conversación? ¿Qué podría hacer una persona cualquiera que sospecha que su amigo, su vecino, su familiar esté en una situación de violencia?

Dra. Tania: Nuevamente, esa pregunta creo que es súper importante y al mismo tiempo es peligrosa en el sentido de no puede ser prescriptivo, ¿no? ¿Qué hacer? Creo que es muy importante generar las mayores... ¿Cómo decir? Este, Shuby. Perdón, mi perrito está

participando. Este... Las mayores posibilidades que estén a nuestro alcance de ofrecer. Entonces, si es, por ejemplo, desde el silencio, si esa persona no quiere revelar algo, pero dentro de mis posibilidades está, ofrecer posibilidades, ayudarla a citas, llevarla a algún lado, darle un aventón. Yo sé que luego eso parece desconectado de la violencia, pero es que también las nociones que tenemos de lo que es resolver la violencia tiene que ver con resolver lo que sucede en esa interacción, cuando a veces, ¿no? Cuando escuchamos a las víctimas dicen, necesito un paro, necesito que alguien guarde mis documentos, porque él va a destruir las actas de nacimiento, las va a robar, ¿no? Entonces... Como ofrecerte a esas cosas, dar un aventón, ofrecer comida, ¿no? Hacer el súper, no llamarle a horas donde la puedes poner en riesgo porque el perpetrador está ahí. O sea, la mayor cantidad de opciones posibles, ¿no? Digo, aquí no sé si se valga un espacio donde yo trabajo, se llama Inside Exchange y desarrollamos materiales de acceso libre gratuito para todas las personas, y ahí hemos desarrollado materiales, uno se llama Familia y Amistades, que justo tiene que ver desde la experiencia de vida, todos los materiales los hacemos escuchando a la experiencia de vida de víctimas sobrevivientes de violencia, nuevamente sobre lo que es útil, inútil y perjudicial, y ahí nos regalan unas perlas enormes sobre las respuestas sociales de familiares y amistades que han sido útiles o que no han sido tan útiles, o que las han lastimado mucho, ¿no? Y así hay un montón de materiales que más que decidir cómo podemos acercarnos, nos dan ideas de las respuestas que no han sido útiles. Por ejemplo, como es que si no lo dejas yo no puedo seguir siendo tu amiga. Sí, por ejemplo, como ejemplos así. Entonces ahí digo, si lo quieren incluir, y lo comento porque es de libre acceso, es para cualquier persona, los materiales se pueden descargar compartir este etcétera y pues los trabajamos con muchísimo cuidado y dignidad y están basados en la experiencia vivida y vienen muchísimos

materiales de reflexión para porque sí claro entiendo que es una pregunta súper importante decir es que quiero ayudar pero no quiero generar más daño no no quiero entrometerme pero esa sola preocupación para mí es muy importante porque es lo opuesto a estas nociones comunes de pues es que no es mi problema ¿Qué pasa si me meto? Y esta idea súper común, ¿no? Es que yo me metí y me dijo que no me metiera, ¿no? Pues sí, porque a lo mejor no quiere tu respuesta respecto a lo que está pasando en ese momento. Pero a lo mejor sí necesita, ¿no? Que le compres saldo para el celular. Sí necesita que pases por los niños a la guardería. Sí necesita que estés disponible por si pasa algo el fin de semana. Sí necesita que... No sé, ¿no? Como ejemplos así.

Entonces, digo, creo que no de una muy buena respuesta porque es que a veces me preocupa como ser prescriptiva, pero creo que el interés es muy importante, como nunca perder el interés de qué puedo hacer, creo que la desesperanza, decir, pues ese no es mi problema, eso no me está pasando a mí, eso no me incumbe, es pues de las respuestas más chafas, que podemos encontrar. Entonces, no perder el interés y hacerlo abriendo lo más posible posibilidades y siempre siguiendo lo que las personas nos dicen que necesitan. Si no nos quieren contar no puede ser, está bien el silencio, si nos quieren contar solo partes, etc. Para mí es importante dejar eso, como que la persona no tenga que comprometerse a nada conmigo, no tenga que comprometerse a dejarlo, no tenga que comprometerse a ir a terapia, no tenga que comprometerse a tener que seguirme contando, que no haya como que mis expectativas de lo que debe de hacer que no sean las que lideren, sino lo que ella necesita y lo que ella sabe sobre su seguridad, su dignidad y lo que quiere para su vida.

Entrevistadora: Sí, yo creo que es como una respuesta muy amplia, ¿no? Pero a mí me da mucho sentido como saber que más bien es

como estar para lo que la otra persona pueda necesitar, ¿no? Como abrir, como estas opciones y bueno, estar ahí para lo que ella necesite, ¿no? me suena bastante así

Dra. Tania: creo que se conecta con lo que te decía las respuestas sociales por yo como familiar y amigo puedo este preguntarme eso en mis espacios cotidianos de trabajo, ¿cómo puedo? ¿Puedo entrar a estos espacios y leer las experiencias de las personas? Basarme en lo que ya nos dicen que es útil, inútil, ¿no? Si tengo un teléfono de emergencias en mi café, si... No sé, si me va a decir, ah, ya te fuiste de puta con el de la basura. Entonces... Saber que puedo dejar la basura allá afuera sin estar en contacto con él y que la van a recoger. Es decir, ¿cómo podemos ser creativas como respondedoras y respondedores sociales cotidianamente sabiendo que todos los días estamos en contacto con víctimas de violencia y con perpetradores? ¿Cómo como una compañía chiquita puedo dejar claro mi posicionamiento respecto a la dignidad de las víctimas? Sí, como que se conecta con esto que hablábamos de las respuestas sociales.

Entrevistadora: Sí, sí, sí. Doctora, con el tiempo, los años que tiene acompañando casos de violencia, ¿qué es lo que más le ha enseñado el ser humano, no sé si decir la humanidad, sobre la capacidad de preservar la dignidad y reconstruir la vida?

Dra. Tania: Pues yo creo que es... Voy a poner una tensión aquí también importante. Creo que por un lado esa... No sé si lo definiría como una capacidad. Déjame, pienso. O sea, a lo mejor sí como una capacidad. Es que luego lo problemático de capacidad es que pensamos que unas personas tienen más capacidad que otras. Entonces no sé si utilizaría capacidad. Tampoco sé que otro utilizaría, pero... Lo que las personas hacen para preservar su dignidad, y lo han hecho a lo largo de toda la historia, y la dignidad de otras personas, yo creo que es

infinito. Por otro lado, tampoco romantizaría la preservación de la dignidad. A veces preservar la dignidad viene con costos jodidísimos. y también me han enseñado eso mis consultantes, ¿no? alguna vez hice alguna pregunta sobre dignidad y me dijo ¿de qué dignidad estás hablando? o sea, yo me he humillado de las peores maneras, creo que también es importante como no romantizar ningún concepto. Desempacar junto con las personas si ese concepto es relevante o no y cómo y cuándo, ¿no? porque puede ser relevante en una conversación y la próxima semana dejó de serlo. Pero al mismo tiempo en mi trabajo, como que me dicen mucho, ¿no? Pero cómo, sí, un poco cómo encuentras esperanza, cómo sigues trabajando, ¿no? Por un lado, uno, creo que la esperanza no es lo que guía mi trabajo, pero por otro lado, depende lo que escuchas en las conversaciones, ¿no? O sea, escuchamos relatos súper duros, pero también las respuestas y las resistencias y las formas creativas en que las personas responden y resisten. Y eso es muy importante. Es muy importante también recuperar eso, no solo las historias de violencia, sino las formas de resistencia. Mientras al mismo tiempo no las romantizamos y tenemos siempre claro que la resistencia, por más conmovedora e importante que sea, no supe a una vida basada en la dignidad la seguridad, la justicia y la libertad.

Entrevistadora: Yo quisiera preguntarle así para finalizar, porque a mí me parece un tema muy amplio y creo que podríamos platicar muchísimo del tema. Pensando un poco en el público en general a donde puede llegar esta entrevista y que algunos, algunas son estudiantes de psicología, otras seguramente familiares o amigos cercanos. Cuando hablamos de violencia, ¿qué deberíamos de tener muy en mente? Como para no repetir esta mirada muy tradicional sobre la violencia, sobre las víctimas o las personas que la sufren y las personas que la perpetrar. Como profesionales del ámbito de

la psicología, ¿qué deberíamos de tener en mente a la hora de hablar de violencia?

Dra. Tania: Es una pregunta muy chula porque... siempre tenemos marcos, siempre pensamos la violencia de alguna forma. O sea, la pregunta de ¿qué es violencia? Es una pregunta que todos tenemos algunas ideas. Entonces es muy importante preguntarnos ¿cómo estoy pensando la violencia? Y toda una respuesta que parece muy sencilla, pero que a mí me gusta muchísimo. Y es, la violencia es una interacción.

Y esa premisa es súper importante. La violencia no es un concepto mental, no es un tema de personalidad, es una interacción. Es una interacción donde una persona o un grupo de personas deciden lastimar, deciden, la violencia es unilateral, la violencia es una decisión, es una elección, deciden lastimar a otra persona, abusar de otra persona, violentar a otra persona, y esa persona responde y resiste. Si te fijas, es una fórmula, porque es una palabra torpe, parece sencilla, pero no es, porque si partimos de que es una interacción, entonces podemos explorar la interacción. Y no es una interacción solo donde una persona hace algo, sino la persona que está siendo lastimada responde. Y la persona que está violentando a otra se anticipa a esa respuesta para suprimirla y responde a la respuesta de esa persona y esa persona responde. Entonces, y esto sucede en contextos sociales más amplios donde las respuestas de las personas que están alrededor son súper importantes. No sé si esto es útil o si quieres que diga algo, o sea, si quieres que diga más. Pero eso para mí es muy importante, porque por un lado, si es una interacción, no podemos perder de vista a la persona perpetradora que casi siempre, como ya dije, se borra del contexto y entonces se transforma en cómo poner bien la mente de las víctimas o el corazón de las víctimas o lo que sea. No desaparece, pero también incluye las respuestas y las resistencias en contextos, lo que yo lo que llamo la lógica personal y

situacional. Las personas responden a la violencia en su lógica personal, y de la situación en ese contexto particular. Y las respuestas de los demás importan. Entonces es como una, o sea, se van tejiendo un montón de, se van aventando hilos, ¿no? Y tejiendo hilos que van siendo importantes en esa interacción. Entonces creo que eso es útil.

Entrevistadora: Sí, también me parece útil. Sí, sí. Desde dejar de ver a la víctima como alguien pasivo, desde entender esto que es una interacción, la parte de la justicia social me parece muy, muy importante, ¿no? Lo que podemos hacer desde nuestro lugar como simples mortales, ¿no? Y bueno, también como repensarnos quienes estamos en el ámbito de la salud mental, cómo estamos viendo estos... estas situaciones estas circunstancias justo como para estar preparados también para ayudar en la medida de nuestra capacidad y también de lo que la persona requiera eso me queda súper claro de la conversación.

Dra. Tania: Y sabes que acentuar eso, la violencia es una elección. Y esa es otra de las ideas que es súper desafiante en los espacios, es súper desafiante y luego no. ya que la empieza uno como a conversar no tanto, pero es como no, o sea, pero es que se salen de control, pero es que ven todo en rojo, pero es que todas esas ideas, ¿no? Son súper problemáticas porque lo que hacen es posicionar a las personas perpetradoras como estos, si lo ponemos, por ejemplo, en la violencia de los hombres contra las mujeres, pues posicionan a los hombres como estos seres, como víctimas de la biología, víctimas de la cultura, víctimas de lo que sea, que no pueden hacer nada respecto a su uso de la violencia. Y en mi trabajo proponemos que es súper importante trabajar desde la dignidad también con las personas perpetradoras. Y la dignidad tiene que ver con reconocer que pueden decidir diferente y que deciden que la violencia es una decisión dentro de otras posibilidades que tienen de actuar. y de responder. Y eso también pasa prácticamente

desapercibido. Si pensamos en estudiantes de psicología, cuando yo estudié, pues nunca, no se habla de la violencia como una decisión. Entonces creo que eso también puede ser como un espacio muy importante de poner siempre al centro, porque eso empieza a desarticular ya desde entrada un montón de ideas problemáticas que hay alrededor de la violencia.

Entrevistadora: Claro. Sí. Doctora, pues le agradezco muchísimo su tiempo ha sido una conversación muy enriquecedora y bueno, pues le agradecemos todos desde la revista y espero que a todos los lectores les sea útil saber de esto, escuchar de esto que es novedoso, diferente, y que seguro que puede contribuir mucho también, pues justo en la justicia social, en modificar un poco estas ideas que tenemos sobre la violencia, y hacer un poquito un cambio en la medida de lo posible. Le agradezco mucho, doctora.

Dra. Tania: Al contrario, muchísimas gracias, Ligia, y cualquier cosa que necesites que aclare, porque luego me echo rollos me dices y con mucho gusto lo aclaro.

Declaración de originalidad: la autora declara que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Ligia Esther Torres Burgos Realización de entrevista y transcripción de la misma.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés relacionados con la entrevista realizada.

Financiamiento: Esta entrevista no tuvo financiamiento alguno.

Consideraciones éticas: La entrevista se realizó previo acuerdo con la Dra. Tania, siguiendo los principios de respeto y participación voluntaria.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan esta entrevista (grabación de video) fue enviada también al editor de la revista para su resguardo y correcta revisión.

Uso de inteligencia artificial: La autora declara que se utilizó Chatgpt para la elaboración conjunta del resumen de la entrevista, además del uso de herramienta de IA para la transcripción de esta, haciendo el cotejo del video y la transcripción realizada.

Derechos de autor: La autora conserva los derechos morales de la obra y autoriza a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

Liga de acceso a la entrevista:

<https://youtu.be/D42eF2omfHs>



¿ES EFECTIVA LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES EN RIESGO SUICIDA ADOLESCENTE?

Dra. Oralia Espinoza Montiel 

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Lic. Blanca Delia Vázquez Martínez 

Proyecto X-TAB

Resumen

Se presenta el caso de una adolescente de doce años que presentaba al inicio de la evaluación, antecedentes de abuso sexual, intentos previos de suicidio, sintomatología ansiosa e ideación suicida. Se diseñó para su acompañamiento psicológico un plan de intervención de diez sesiones, con duración de 60 minutos cada una, desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), complementada con estrategias de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). La intervención se llevó a cabo en modalidad virtual con un diseño ABA. Al finalizar la intervención, se observaron mejoras significativas en sus síntomas emocionales, habilidades de afrontamiento y percepción de vida, así como una mejor comunicación familiar. Los resultados evidencian el impacto positivo de integrar Terapia Cognitiva Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones y refuerzan la importancia de implementar programas preventivos que protejan la vida e integridad de adolescentes en situación de vulnerabilidad.

Palabras clave: Adolescencia, Riesgo suicida, TCC, TBCS, Ansiedad

Dra. Oralia Espinoza Montiel

Profesora en SUAyED Psicología en FES Iztacala (UNAM) y docente de posgrado en INAEC. Coordinadora del proyecto X-TAB

Contacto:

oralia.espinoza@iztacala.unam.mx

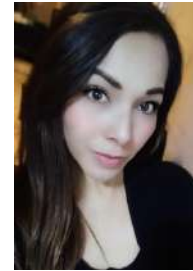


Lic. Blanca Delia Vázquez Martínez

Miembro activo del proyecto X-TAB

Contacto:

vazquezmartinezblancadeli@gmail.com



Recibido: 19 de noviembre de 2025

Aceptado: 31 de marzo de 2026

Cita recomendada:

Espinoza, O. & Vázquez, B. D. (2026). ¿Es efectiva la terapia cognitivo conductual y centrada en soluciones en riesgo suicida adolescente? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 74-79.

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.653.74-79>



ESTUDIO DE CASO

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.653.74-79>



El suicidio no distingue edad ni género, pero se manifiesta con especial frecuencia durante la adolescencia, etapa caracterizada por un incremento en las exigencias personales y sociales. La limitada experiencia vital y el proceso de maduración aún en curso pueden generar estados emocionales intensos como angustia, aislamiento o frustración, que elevan el riesgo de conductas suicidas (Cortés et al., 2019).

La revisión de estadísticas y estudios especializados permite dimensionar con mayor precisión la magnitud del fenómeno. Pedreira (2019) señala que una proporción significativa de suicidios ocurre entre los 13 y 15 años e incluso se han registrado casos antes de los 10 años. Desde 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado sobre la urgencia de implementar estrategias eficaces de prevención, dado que más de 800,000 personas mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. Aunque en algunos países las tasas más elevadas se observan en adultos mayores, en otros el suicidio entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años ha aumentado de forma alarmante, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años, lo que revela su alta vulnerabilidad a nivel global (OMS, 2014).

Desde el ámbito psicológico, se han desarrollado enfoques terapéuticos con evidencia empírica para abordar esta problemática. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz en la modificación de distorsiones cognitivas que conducen a la desesperanza y al vacío

existencial, reduciendo significativamente la ideación suicida y los síntomas depresivos (Alavi et al., 2013). Sus técnicas, que integran componentes cognitivos y conductuales, son fundamentales para generar transformaciones positivas en quienes atraviesan crisis emocionales (Villaroel y González, 2015).

Asimismo, la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), desarrollada por Steve de Shazer, ha mostrado utilidad en la atención de conductas suicidas. Este enfoque se orienta a fortalecer la conciencia del consultante sobre su situación problemática, reconociendo sus capacidades para generar cambios y construir alternativas viables. Además, propone estrategias que potencian dichas fortalezas y facilitan el proceso de transformación (Ruíz de la Fuente, 2023; Hewitt y Gantiva, 2009).

La integración de la TCC y la TBCS ha resultado efectiva en diversos contextos clínicos, a pesar de sus diferencias metodológicas. Mientras la primera se enfoca en el análisis del problema, la segunda privilegia la construcción de soluciones; sin embargo, ambas comparten elementos como la identificación de excepciones, la reestructuración cognitiva y el fortalecimiento del sentido de control personal (Ramírez y Rodríguez, 2012).

En este trabajo se tiene la intención de mostrar la efectividad de la TCC y TBCS en la atención de la conducta suicida en una adolescente.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Este estudio utilizó un diseño A-B-A, estructurado en tres fases: evaluación inicial, intervención terapéutica y evaluación final.

Identificación de la Consultante

Adolescente de 12 años, a quien se le denominará de aquí en adelante como “Vone”, quien es estudiante de segundo grado de secundaria en Nezahualcóyotl, Estado de México.

Motivo de Consulta

A los siete años, “Vone” fue víctima de abuso sexual, situación que recibió atención legal y psicológica. Sin embargo, comenta durante la entrevista que hace algunos meses comenzó a revivir emocionalmente el trauma, desarrollando miedo intenso hacia personas desconocidas y optando por el aislamiento como forma de protección. Al estar sola, experimenta tristeza, ansiedad y pensamientos catastróficos, incluyendo ideación suicida como vía de alivio. Su malestar se intensificó en los últimos dos meses tras un encuentro inesperado con su agresor, lo que agravó notablemente sus síntomas emocionales.

Evaluación inicial

Mediante una entrevista clínica semiestructurada sobre riesgo suicida se identificaron factores relevantes en la consultante: antecedentes de abuso sexual infantil, intento suicida a los siete años, síntomas de ansiedad, baja autoestima, pensamientos esporádicos de muerte, escasa comunicación familiar, débil vínculo con el padre y aislamiento social.

Para evaluar los niveles de ansiedad en “Vone”, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N). En esta prueba, obtuvo 41

puntos en la subescala de ansiedad como rasgo, lo que indica un nivel de ansiedad medio con tendencia a alto, es decir, una predisposición relativamente elevada a experimentar ansiedad de forma habitual. En la subescala de ansiedad como estado, obtuvo 26 puntos, lo que corresponde a un nivel moderado de ansiedad en situaciones específicas o momentáneas.

Plan de intervención

Se diseñó un plan de intervención que integró técnicas de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y estrategias de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Se trabajó el automonitoreo y la identificación de pensamientos disfuncionales, permitiéndole reconocer las situaciones que activaban su malestar y describir sus síntomas con precisión. También se le entrenó en habilidades de afrontamiento mediante estrategias cognitivas, emocionales y conductuales para disminuir el riesgo suicida. Las técnicas de TBCS se enfocaron en valorar sus avances, fortalecer su autoconfianza y promover soluciones. Finalmente, se implementaron estrategias de prevención de recaídas, reforzando el uso consciente de las herramientas adquiridas durante el proceso terapéutico.

La Tabla 1, muestra la descripción de las 10 sesiones que conformaron el proceso de acompañamiento psicológico.



Tabla 1

Descripción de las 10 sesiones del proceso terapéutico

No. de sesión	Objetivo	Técnicas Usadas	Tareas asignadas	Evaluación de avances y retrocesos
1	Obtener información sobre el motivo de consulta.	Entrevista clínica inicial. Preguntas escala.	Collage de metas y objetivos a largo plazo.	Identificación inicial de bienestar percibido.
2	Identificar síntomas ansiosos. Disminuir el malestar físico.	Aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE-N. Técnicas de respiración. Preguntas escala.	Llenado del formato ABC Ejercicios de respiración.	Mantiene cámara encendida
3	Psicoeducar sobre pensamientos disfuncionales.	Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas. Reestructuración cognitiva *Preguntas escala.	Ejercicio "Lo que pienso, lo que siento y lo que hago".	Disminuye malestar con respiración
4	Reestructurar pensamientos negativos.	Reestructuración cognitiva (Diálogo socrático) Técnica de desviación de la atención, "5,4,3,2,1". Preguntas escala.	Practicar técnica de desviación de la atención "5,4,3,2,1". Experimento conductual.	Mejoría al realizar manualidades
5	Psicoeducar sobre gestión de las emociones. Disminuir los síntomas ansiosos.	Psicoeducación sobre gestión de las emociones. Técnica de relajación de Koeppen.	Practicar la técnica de relajación de Koeppen.	Mejoría con técnicas de respiración.
6	Mejorar la comunicación entre la usuaria y su familia.	Ejercicio "La caja fuerte de las emociones" Preguntas escala.	Realizar el ejercicio "la caja fuerte de las emociones" Experimento conductual.	Tolera la cercanía con otros.
7	Orientar en la identificación de soluciones a su problema.	Ejercicio "Buscando posibles soluciones" Preguntas escala.	Analizar las consecuencias de sus posibles soluciones.	Se percibe menos afectada por problemas.
8	Reforzar el aprendizaje de la técnica de solución de problemas.	Solución de problemas. Elaboración del "Frasco de la calma". Preguntas escala.	Usar el frasco de la calma durante la semana. Ejecutar la alternativa de solución seleccionada.	Mejora la comunicación con su mamá.
9	Aumentar las actividades placenteras que le generan bienestar.	Psicoeducación sobre cambio de hábitos y cumplimiento de objetivos. Ejercicio "la escalera peldaño a peldaño". Preguntas escala.	Práctica de "la escalera peldaño a peldaño".	Maneja problemas sin malestar.

10	Evaluar los avances y cambios adquiridos al final del proceso. Prevenir recaídas posteriores al cierre del proceso.	Identificación y evaluación de cambios y herramientas obtenidas. Aplicación pos-test del IDARE-N. Reconocimiento y lista de estrategias para seguir generando cambios.	Ninguna por ser la sesión de cierre.	Indica bienestar y valoración positiva de la vida.
----	--	--	--------------------------------------	--

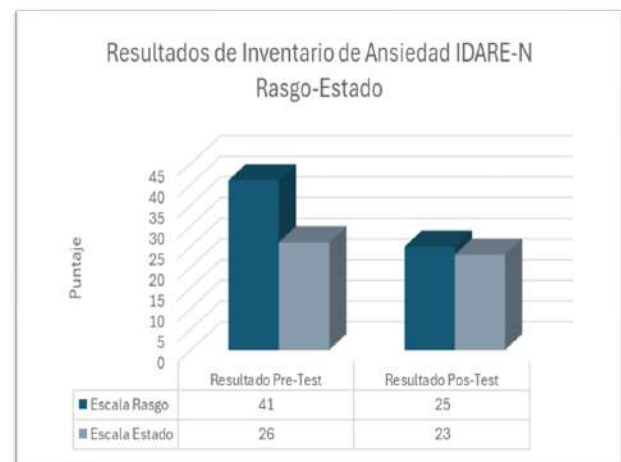
Nota: Tabla elaborada por cuenta propia.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Tal como se muestra en la Figura 1, los resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N) evidencian una disminución significativa en los niveles de ansiedad al concluir el proceso terapéutico. En la evaluación inicial (pre-test), la usuaria tenía 41 puntos en la subescala de ansiedad como rasgo, lo que correspondía a un "nivel medio" y 26 puntos en la subescala de ansiedad como estado, clasificado como "nivel medio". Al finalizar la intervención (pos-test), los puntajes descendieron a 25 puntos en ansiedad como rasgo y 23 puntos en ansiedad como estado, ambos considerados como "nivel bajo". Esta variación representa una reducción de 16 puntos en la ansiedad rasgo y de 3 puntos en la ansiedad estado, lo que indica una mejora clínica relevante en ambas dimensiones evaluadas.

Figura 1

Resultados pre-test y pos-test del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE-N





RESULTADOS CUALITATIVOS

En la última sesión, “Vone” expresó sentirse fortalecida tras el acompañamiento psicológico. Indicó que ya no experimenta síntomas ansiosos, ha aprendido a manejar sus emociones, resolver problemas y confiar más en sí misma. Señaló haber cumplido sus objetivos terapéuticos: controlar el malestar ante personas desconocidas o al estar sola, transformar pensamientos negativos, mejorar la comunicación con su madre y evitar el aislamiento. Además, retomó actividades que le generan bienestar como las manualidades y el basquetbol. Su madre confirmó estos avances. “Vone” también logró resignificar su visión de la vida, reconociendo su valor y descartando cualquier intención de atentar contra sí misma. Identificó herramientas clave que seguirá utilizando: respiración profunda, relajación de Koeppen, reestructuración cognitiva, solución de problemas, descomposición de objetivos, regulación emocional y comunicación asertiva. Al concluir el proceso, se mostró segura de continuar su desarrollo sin apoyo terapéutico, manteniendo los cambios positivos alcanzados.

Conclusiones

A lo largo del proceso terapéutico, la consultante logró superar los síntomas que motivaron su solicitud de apoyo, fortaleciendo su bienestar emocional, su confianza personal y sus habilidades de afrontamiento. La intervención permitió modificar pensamientos disfuncionales, mejorar la comunicación familiar y retomar actividades significativas, generando un entorno más armónico. Al concluir el acompañamiento, la adolescente expresó una visión positiva de la vida y del futuro, descartando por completo ideas suicidas y reconociendo las herramientas adquiridas para enfrentar futuras dificultades. Este caso aporta evidencia valiosa sobre la utilidad de integrar TCC y TBCS en intervenciones con adolescentes en riesgo, reafirmando el papel crucial del psicólogo como agente de esperanza y contención.

Declaración de originalidad: Las autoras declaramos que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Oralia Espinoza Montiel: Administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, revisión y edición del manuscrito. Blanca Delia Vázquez Martínez: Conceptualización, metodología, curación de datos, análisis, redacción del borrador original. Ambas autoras revisaron el manuscrito final.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Esta investigación no recibió ningún tipo de financiamiento específico por organismos públicos ni comerciales o con algún tipo de lucro.

Consideraciones éticas: La investigación se realizó siguiendo los principios éticos de respeto, confidencialidad, beneficencia y participación voluntaria. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes antes de su inclusión en el estudio y se

siguió el protocolo de colaboración del Proyecto Xtab y la institución educativa participante.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio están disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial: Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección gramatical y mejora de la redacción. Las autoras revisaron y validaron íntegramente el contenido generado.

Derechos de autor: Las autoras conservan los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., y Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy in Decreasing Suicidal Ideation and Hopelessness of the Adolescents with Previous Suicidal Attempts. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(4), 467-472.
- Cortés, A., Suárez, R., y Serra, S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1-14.

Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 165-176.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

Pedreira, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3), 217-237.

Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), 610-635.

Ruíz de la Fuente, J. (2023). *Efectividad de la terapia breve centrada en soluciones en contextos clínicos: Una revisión sistemática* [Trabajo de grado de maestría, Universidad de La Laguna].

Villaroel, A. L. y González M. T. (2015). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1363-1387.

¿CÓMO REDUCIR EL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH MEDIANTE ACCIONES COTIDIANAS?

Dr. Francisco Javier Rosas Santiago 

Psic. Ximena Itzel Pucheta Varela 

Universidad Veracruzana

Resumen

El estigma hacia las personas con VIH persiste como un problema de salud pública que afecta la dignidad, el bienestar psicológico y la convivencia social. Más allá de los avances biomédicos, en la vida cotidiana continúan circulando mitos, prejuicios y formas sutiles de discriminación que influyen en la calidad de vida y en la búsqueda oportuna de atención. Este artículo propone comprender el estigma comunitario como un conjunto de creencias y prácticas que se reproducen en espacios familiares, laborales y sociales, generando miedo, silencio y retraso en la detección. Desde una perspectiva basada en evidencia, se presentan acciones cotidianas para reducirlo: uso de lenguaje respetuoso, corrección de mitos, protección de confidencialidad y la respuesta ante comentarios estigmatizantes, se sostiene que pequeñas intervenciones en la vida diaria pueden contribuir a entornos más inclusivos y favorables del cuidado oportuno.

Palabras clave: VIH, reducción estigma, discriminación, salud pública

Dr. Francisco Javier Rosas Santiago
Director del instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana
Correo electrónico: frrosas@uv.mx



P.S.S psicología Ximena Itzel Pucheta Varela
Prestadora de Servicio Social en el Instituto de Investigaciones Psicológicas
Correo electrónico: zS22015284@estudiantes.uv.mx



Recibido: 24 de febrero de 2026

Aceptado: 05 de mayo de 2026

Cita recomendada:

Rosas, F., & Pucheta, X. (2026). ¿Cómo reducir el estigma hacia las personas que viven con VIH mediante acciones cotidianas? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 8(2), 80-84.

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.679.80-84>



RECOMENDACIONES

<https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.8.2.2026.679.80-84>



INTRODUCCIÓN

El estigma hacia las personas que viven con VIH (PVVIH) sigue siendo un problema social y de salud pública. Aunque existen avances importantes en prevención, diagnóstico y tratamiento, en la vida cotidiana persisten prejuicios, mitos y prácticas de discriminación que afectan la dignidad, el bienestar psicológico y la convivencia social (Lombó Fragueiro, 2021; Macías et al., 2025). Estas expresiones pueden aparecer en forma de comentarios, rumores, burlas, rechazo, preguntas invasivas o miedo injustificado al contacto cotidiano.

En México, el VIH continúa siendo un tema prioritario para la salud pública y la vigilancia epidemiológica, por lo que abordar el problema exige no solo información biomédica, sino también acciones orientadas a transformar actitudes y prácticas sociales (Aguirre Quezada, 2024; Morales-Carmona et al., 2026). Desde una perspectiva de investigación aplicada y experiencia profesional, una vía útil de intervención es traducir la evidencia científica en recomendaciones concretas para la población general.

Este trabajo presenta una propuesta divulgativa basada en evidencia para reducir el estigma en la vida diaria, su idea central es que las acciones cotidianas pueden tener un impacto real en la inclusión social de las PVVIH y en la creación de entornos más favorables para la detección y la atención oportuna.

DESARROLLO

El estigma hacia el VIH es un proceso social mediante el cual una persona es juzgada, etiquetada o tratada de forma desigual por vivir con VIH (o por ser asociada con él). Incluye prejuicios (creencias negativas), reacciones emocionales (miedo, rechazo, incomodidad) y conductas discriminatorias (evitación, exclusión, humillación o trato indigno). En la práctica, no siempre aparece como agresión abierta; también puede expresarse en silencios, distancia social innecesaria o “comentarios” aparentemente normales.

La evidencia muestra que el estigma se relaciona con peor calidad de vida, mayor malestar emocional y dificultades para la adherencia al tratamiento (Lombó Fragueiro, 2021; Ortiz-Hernández et al., 2021). Por ello, no es solo un problema moral o de convivencia: también tiene consecuencias en salud.

En este sentido, el estigma comunitario puede definirse como el conjunto de creencias, normas y prácticas de rechazo o trato desigual que circulan en espacios de convivencia (familia, vecindario, escuela, trabajo, grupos sociales, religiosos y redes comunitarias) hacia las personas que se sabe que viven con VIH. Es decir, afecta directamente a quienes son identificados socialmente como PVVIH (Lombó Fragueiro, 2021; Ortiz-Hernández et al., 2021). Sin embargo, su impacto va más allá, el estigma comunitario también crea un clima de miedo, juicio y vergüenza que moldea las actitudes colectivas frente al VIH.

En ese contexto, algunas personas pueden evitar hacerse la prueba, retrasar la búsqueda de atención, ocultar el diagnóstico o alejarse del tratamiento y del apoyo social por temor a ser señaladas, rechazadas o culpabilizadas (ONUSIDA, 2020; Ortiz-Hernández et al., 2021). En este sentido, el estigma comunitario afecta tanto a quienes ya viven con VIH como a quienes podrían beneficiarse de la detección y atención tempranas.

Por otro lado, muchos comportamientos estigmatizantes se sostienen en mitos persistentes, entre los más comunes están creer que el VIH se transmite por compartir utensilios, abrazar, saludar, convivir en el mismo espacio o usar el mismo baño. Estas ideas son incorrectas, pero continúan alimentando miedo y distancia social (Smallwood & Parks, 2024).

Otro mito frecuente es asociar el VIH con “culpa” o con características morales de las personas, este tipo de creencias desplaza el tema del campo de la salud al juicio moral, favoreciendo discriminación y silencio. Además, se mantiene la idea de que hablar del VIH “incita” conductas de riesgo, cuando en realidad la información clara y basada en evidencia ayuda a la prevención, la detección y el cuidado (Magno et al., 2024).

Por ello, reducir el estigma no consiste solo en “dar datos”, sino en desmontar mitos concretos que aparecen en conversaciones cotidianas, reducir el estigma en la vida diaria implica cambiar la forma en que se habla del VIH, cómo se trata a las personas y cómo se responde a la desinformación. Estas acciones son importantes porque no solo protegen la dignidad de quienes viven con VIH, sino que también ayudan a crear comunidades donde sea más fácil buscar atención, realizarse pruebas y hablar del tema sin miedo (ONUSIDA, 2020; Ortiz-Hernández et al., 2021).

Una primera acción es hacer uso del lenguaje respetuoso, alineado a conceptos técnicos y sobre todo centrado en la persona. Expresiones como “persona que vive con VIH”. ayudan a

evitar etiquetas y a reconocer que el diagnóstico no define por completo a la persona, el lenguaje importa porque moldea actitudes y normaliza (o cuestiona) el prejuicio. Así como también, es fundamental evitar rumores, chismes y preguntas invasivas sobre el estado serológico de otras personas. Respetar la confidencialidad reduce daño social y comunica que la información de salud no debe usarse para juzgar ni excluir (ONUSIDA, 2020; Mak et al., 2017).



Otra acción clave es corregir mitos con calma y claridad. En conversaciones familiares, laborales o entre amistades, frases breves pueden ser útiles: “el VIH no se transmite por convivir”, “tener VIH no define el valor de una persona” o “atenderse a tiempo hace diferencia”, corregir sin humillar suele ser más efectivo para cambiar actitudes (ONUSIDA, 2020).

Además, conviene normalizar la prueba y la atención como prácticas de autocuidado, no como señales de “culpa” o “promiscuidad”. Cuando una comunidad reduce la moralización, es más probable que las personas se detecten a tiempo y se vinculen oportunamente a servicios de salud. Desde una perspectiva comunitaria, también es útil intervenir como testigo cuando aparece un comentario estigmatizante. Decir “eso es un mito”, “no es correcto” o “hablemos con respeto” puede parecer pequeño, pero ayuda a cambiar normas de convivencia. (ONUSIDA,2020).

En esta línea, ONUSIDA (2020) presenta intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos comunitarios y documenta experiencias de implementación en distintos contextos. En la Figura 1 se muestran los países donde se han llevado a cabo con éxito algunas de estas intervenciones comunitarias, lo que refuerza que la comunidad es un espacio estratégico para transformar conocimientos, actitudes y prácticas sociales. Esta evidencia es relevante porque muestra que la reducción del estigma no depende únicamente del sistema de salud; también requiere acciones sostenidas en la vida cotidiana y en los espacios comunitarios (ONUSIDA, 2020).

Reducir el estigma comunitario mejora la convivencia y puede favorecer mejores trayectorias de salud. Cuando disminuyen el miedo, la vergüenza y la culpabilización, aumentan las condiciones para la detección oportuna, la búsqueda de atención, el apoyo social y la continuidad del tratamiento. Además, las intervenciones de reducción de estigma han mostrado efectos positivos en actitudes y calidad de vida, especialmente cuando combinan información, contacto social y acciones en varios niveles (Andersson et al., 2020; Mak et al., 2017).

Figura 1

Países con intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos comunitarios.



Nota. Elaboración propia con base en ONUSIDA (2020).

CONCLUSIONES

El estigma hacia las personas que viven con VIH sigue siendo un problema de salud y convivencia que se reproduce en la vida diaria mediante mitos, juicios morales y prácticas de exclusión. Definir y visibilizar el estigma comunitario es clave, porque permite entender que no solo afecta a quienes se sabe que viven con VIH, sino que también crea un entorno social que puede retrasar la prueba, la atención y la comunicación del diagnóstico.

La evidencia y la experiencia aplicada muestran que la población general sí puede participar en la solución. Es imperativo destacar que las acciones cotidianas aquí propuestas no solo benefician a la persona con el diagnóstico, sino que extienden su impacto positivo hacia su entorno cercano (familiares, amigos y cuidadores). Usar lenguaje respetuoso, proteger la confidencialidad, corregir mitos, normalizar la prueba y responder ante comentarios discriminatorios son acciones concretas, factibles y socialmente relevantes. Estas prácticas no sustituyen las políticas públicas ni la atención profesional, pero son un componente indispensable para construir comunidades más informadas, empáticas y favorables al cuidado oportuno.

Declaración de originalidad: Los autores declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido publicado previamente y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra revista.

Contribución de autoría: Francisco Javier Rosas Santiago: Conceptualización, administración del proyecto, supervisión, redacción del borrador original. Ximena Itzel Pucheta Varela: Curación de datos, validación, visualización, revisión y edición del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

Financiamiento: Esta investigación no recibió financiamiento específico de organismos públicos, comerciales o sin fines de lucro.

Consideraciones éticas: Este estudio no involucró la participación directa de seres humanos (pacientes o sujetos experimentales) ni el uso de información clínica identificable, tratándose de un artículo de divulgación basado en revisión de literatura científica existente.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan este estudio corresponden a información disponible en las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Uso de inteligencia artificial: Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la corrección gramatical y mejora de la redacción. Los autores revisaron y validaron íntegramente el contenido generado.

Derechos de autor: Los autores conservan los derechos morales de la obra y autorizan a la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja la publicación del manuscrito conforme a la licencia Creative Commons vigente de la revista.

REFERENCIAS

- Aguirre Quezada, J. P. (2024). *Situación del VIH/SIDA en México*. Senado de la República. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/6206>
- Andersson, G. Z., Reinius, M., Eriksson, L. E., Svedhem, V., Esfahani, F. M., Deuba, K., Rao, D., Lyatuu, G. W., Giovenco, D., & Ekström, A. M. (2020). Stigma

reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. *The Lancet HIV*, 7(2), e129–e140. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30343-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30343-1)

- Lombó Fragueiro, C. (2021). Impact of stigma on the quality of life of adults with HIV/AIDS: A systematic review. *MLS Psychology Research*, 4(1), 23–38. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.606>
- Macías, J. V., Andrade, N. J., Saltos, G. N., Vélez, M. J., Soledispa, D. S., Párraga, M. T., & Galarza, J. (2025). Estigma asociado a personas con VIH en Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 150–161. <https://doi.org/10.36097/rgcs.v2i1.3119>
- Magno, L., Terto, V., & Parker, R. (2024). Stigmatisation and resistance processes: Reflections on the field of HIV research and an agenda for contemporary stigma studies. *Global Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2371390>
- Mak, W. W., Mo, P. K., Ma, G. Y., & Lam, M. Y. (2017). Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Social Science & Medicine*, 188, 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.045>
- Morales-Carmona, E., Román-Pérez, S., Santos-Luna, R., Cahuana-Hurtado, L., & Espín-Arellano, L. I. (2026). El subregistro de mortalidad por VIH/sida en México: Implicaciones para la vigilancia epidemiológica. *Salud Pública de México*, 68(1), 6–7.
- ONUSIDA. (2020). *Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH: Orientaciones para que los países implementen programas efectivos que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos*. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance>
- Ortiz-Hernández, L., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, G., & Compeán-Dardón, S. (2021). Estigma percibido por VIH y adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH en la Ciudad de México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 15–27. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65188>
- Smallwood, S. W., & Parks, F. M. (2024). The more things change, the more they stay the same: HIV/AIDS myths and misinformation in the rural United States. *Health Promotion Practice*, 25(4), 707–716. <https://doi.org/10.1177/15248399231180592>

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México



Revista de Divulgación

Crisis y Retos en la Familia y Pareja

REVISTA DE DIVULGACIÓN CRISIS Y RETOS EN LA FAMILIA Y PAREJA, Año 8, No.2, julio-diciembre 2026, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS) y Residencia en Terapia Familiar, Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México, México, Tel. 56231333 ext. 39855, <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/RRDCR/index>, revistaredes.unam@gmail.com. Editor responsable: Dr. Ricardo Sánchez-Medina. Certificado de Reserva de Derechos de Autor número: 04-2022-071315295100-102, ISSN: 2992-8214, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Dr. Ricardo Sánchez-Medina, Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México, México fecha de la última modificación, 1 de julio de 2026.

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores y no refleja el punto de vista de los árbitros, del Editor o de la UNAM.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

