

Número especial | Marzo 2025

**EN ESTE
NÚMERO**

Artículos de:

Estomatología

Psicología Clínica

Dirección Académica y
de Investigación

Escuela de Medicina

DÍA
Internacional de la
MUJER



ÍNDICE

Este número especial conmemorativo del Día Internacional de la Mujer está integrado por dos artículos inéditos y tres reproducciones de artículos previamente publicados, dos de ellos en números anteriores de ECOS desde las fronteras del conocimiento y uno presentado en la XIV Jornada Nacional de Investigadores en Educación y Valores.

3 REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS HORMONALES EN EL PH SALIVAL EN PACIENTES NO GESTANTANTES

Autoría: Ma. Magdalena Soto Flores

Adscripción: Escuela de Estomatología

Fecha de recepción: 02 diciembre 2017

Fecha de aceptación: 18 diciembre 2017

Artículo publicado originalmente en: Revista Ecos desde las fronteras del conocimiento en el número de diciembre 2017 Vol. 6. Año 13, Número 20

15 AFECCIONES BUCODENTALES EN MUJERES CON DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

Autoría: Ma. Magdalena Soto Flores y Michelle Nolasco Díaz

Adscripción: Escuela de Estomatología

Fecha de recepción: 27 febrero 2025

Fecha de aceptación: 03 marzo 2025

Artículo publicado originalmente en: Revista Odontología Actual en junio de 2019 194(16).44-48. ISSN 1870-5871

25 APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO UN ABORTO QUIRÚRGICO

Autoría: Verónica Herrera Carrillo

Adscripción: Psicología Clínica

Fecha de recepción: 02 diciembre 2024

Fecha de aceptación: 28 febrero 2025

54

DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN TORNO AL GÉNERO EN LA UJS: UNA EVALUACIÓN DE IMPACTO

Autoría: María Esther Chamosa Sandoval, Ivette Esperanza Corzas García, Luz María Gómez Pichardo

Adscripción: Dirección Académica y de Investigación

Fecha de recepción: 09 febrero 2025

Fecha de aceptación: 28 febrero 2025

Artículo presentado originalmente en: XIV Jornada Nacional de Investigadores en Educación y Valores, en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (25 de septiembre 2024).

67

PERCEPCIÓN DE FUTURAS MÉDICAS SOBRE VOCACIÓN, DESEMPEÑO ACADÉMICO Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL

Autoría: Claudia Dorado Martínez y María Esther Chamosa Sandoval.

Adscripción: Médico Cirujano y Dirección Académica y de Investigación

Fecha de recepción: 26 febrero 2025

Fecha de aceptación: 06 marzo 2025

Año 20. Marzo 2025. Edición especial Día Internacional de la Mujer. Ecos desde las fronteras del conocimiento es una publicación semestral editada por Centro Cultural Universitario Justo Sierra, A.C. a través de la Dirección Académica y de Investigación, Av. Acueducto de Guadalupe 914, Colonia La Laguna Ticomán, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07340. Tel. 57479254, 57479255. Editores responsables: Director General: Dr. Cruz Edgardo Becerra González. Editora: Dra. María Esther Chamosa Sandoval. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-041208314400-102. Número de ISSN 2007-2848, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Dr. Cruz Edgardo Becerra González. Eje Central Lázaro Cárdenas 1150, Col. Nueva Industrial Vallejo, México, D.F., Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P.07700. Las opiniones expresadas por las y los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de Centro Cultural Universitario Justo Sierra, A.C.

REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS HORMONALES EN EL PH SALIVAL EN PACIENTES NO GESTANTANTES

ARTÍCULO



ECOS DESDE LAS FRONTERAS DEL CONOCIMIENTO
ISSN: 2007-2848

Autoría: Ma. Magdalena Soto Flores

Adscripción: Escuela de Estomatología

Fecha de recepción: 02 diciembre 2017

Fecha de aceptación: 18 diciembre 2017

Artículo publicado originalmente en: Revista
*Ecos desde las fronteras del conocimiento en
el número de diciembre 2017 Vol. 6. Año
13, Número 20*

RESUMEN

La saliva es una secreción compleja proveniente de las glándulas salivales mayores, que producen el 93% de su volumen, y de las menores, que producen el 7% restante. La composición de la saliva varía entre cada individuo de acuerdo con diferentes situaciones, como la hora del día, la proximidad a las horas de ingesta de alimentos, el nivel de

hidratación, la dieta diaria, el consumo de alimentos, los cambios hormonales en mujeres y el compromiso general sistémico del individuo.

El objetivo de este artículo es mostrar el resultado de un trabajo de investigación de tipo cualitativo, descriptivo, longitudinal, prospectivo de campo, que consistió en determinar los cambios de pH de la saliva de un grupo de 15 mujeres sanas que tienen entre 19 y 30 años de edad. En el estudio se tomaron muestras de saliva total sin estimular, recogidas por salivación directa durante 5 minutos en vasos desechables. Se realizaron determinaciones cuantitativas de pH en dos momentos diferentes: el primer registro fue el primer día del último periodo de menstruación, y la segunda medición se hizo en los días próximos a la ovulación. Mediante el uso de un medidor de pH digital calibrado, se registraron los datos obtenidos.

Los resultados obtenidos en todas las muestras sugieren que, en las fechas cercanas a la ovulación, el pH salival se encuentra ligeramente alcalino,

mientras que las muestras obtenidas cercanas al periodo menstrual o durante la menstruación muestran una tendencia distinta.

Los hallazgos del presente estudio muestran que, en poblaciones con características particulares como la estudiada, el pH salival se puede considerar como un factor de riesgo que, sumado a otros como la mala higiene y la dieta, convierte a las mujeres en una población susceptible a tener más lesiones cariosas.

ABSTRACT

Saliva is a complex secretion that comes from major salivary glands and produces 93% of its volume, while minor salivary glands produce the remaining 7%. Saliva's composition varies from person to person according to different situations such as time of the day, proximity to meal times, hydration level, daily diet, food consumption, hormonal changes in women, and the general systemic status of the individual.

The objective of this paper is to show the result of research of a qualitative, descriptive, and longitudinal prospective fieldwork consisting of determining saliva pH changes among 15 healthy women between 19 and 30 years of age. During the study, samples of total saliva without stimulation were taken and gathered in disposable cups through direct salivation for 5 minutes. pH quantitative determinations were taken at two different times.

The first measurement was performed during the first day of the last menstruation period, and the second measurement was taken two days before ovulation. Measurements were taken with a calibrated digital pH meter and recorded in a log.

Results in all samples suggest that saliva's pH is slightly alkaline in the days before ovulation, while during menstruation, it turns slightly acidic. These results are similar to the research performed by Cornejo in 2008, where he states that women have an added risk factor that makes them more prone to developing more carious lesions.

Findings of the present study show that in populations with characteristics like the one studied, salivary pH is considered to be a risk factor that, added to others like bad hygiene and dietary habits, makes women more susceptible to developing carious lesions.

Palabras clave: Saliva, caries, pH, ovulación, menstruación, ácido, alcalino.

Key Words: Saliva, caries, pH, ovulation, menstruation, acid, alkaline.

INTRODUCCIÓN

La saliva es una secreción compleja proveniente de las glándulas salivales mayores en el 93% de su volumen y de las menores en el 7% restante, las cuales se extienden por todas las regiones de la boca

excepto en la encía y en la porción anterior del paladar duro. Es estéril cuando sale de las glándulas salivales, pero deja de serlo inmediatamente cuando se mezcla con el fluido crevicular, restos de menstruación o la ovulación y disminuye durante la menopausia (Walsh, L. 2008).

El objetivo de este artículo es mostrar el resultado de un trabajo de investigación de tipo cualitativo, descriptivo, longitudinal de campo, que consistió en determinar los posibles cambios de pH de la saliva durante el periodo de ovulación en una población de pacientes de género femenino sin compromiso sistémico que tienen entre 19 y 30 años de edad.

DESARROLLO

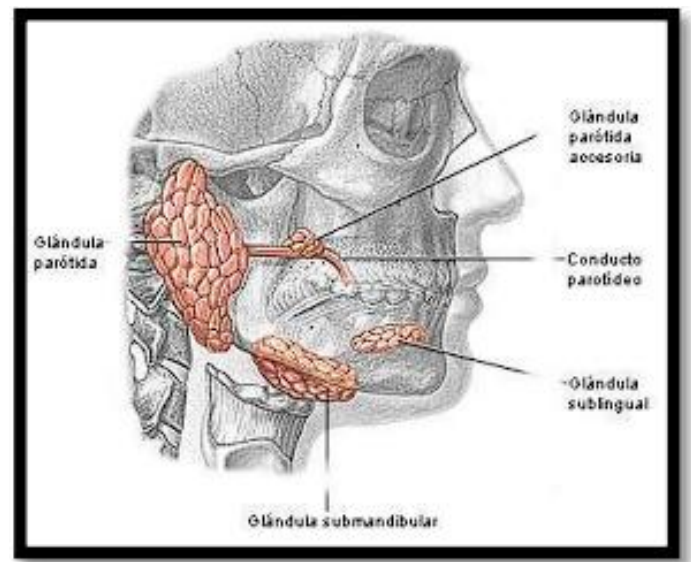
La saliva es una secreción compleja proveniente de las glándulas salivales mayores en el 93% de su volumen y de las menores en el 7% restante, las cuales se extienden por todas las regiones de la boca, excepto en la encía y en la porción anterior del paladar duro. Es estéril cuando sale de las glándulas salivales, pero deja de serlo inmediatamente al mezclarse con el fluido crevicular, restos de alimentos, microorganismos y células descamadas de la mucosa oral.

Las glándulas salivales están formadas por células acinares y ductales. Las células acinares de la

parótida producen una secreción esencialmente serosa y en ella se sintetiza mayoritariamente la alfa amilasa. Esta glándula produce menos calcio que la submandibular. Las mucinas proceden sobre todo de las glándulas submandibular y sublingual, mientras que las proteínas ricas en prolina e histamina provienen de la parótida y de la submandibular. Las glándulas salivales menores son esencialmente mucosas.

Figura 1

Glándulas salivales



La hora del día tiene una influencia considerable sobre la proporción del flujo salival en reposo. La tasa del flujo en reposo disminuye durante el sueño y aumenta durante las horas en que se está despierto. La proporción máxima del flujo salival en reposo ocurre a mediados de la tarde. Es esencial

comprender este patrón al evaluar el flujo salival en reposo en el marco clínico (Walsh, L. 2008).

La secreción diaria oscila entre 500 y 700 ml, con un volumen medio en la boca de 1,1 ml. El mayor volumen salival se produce antes, durante y después de las comidas, alcanza su pico máximo alrededor de las 12 del mediodía y disminuye de forma considerable por la noche, durante el sueño (Llena, C. 2006).

Con un flujo en reposo típico que oscila entre 0,25 y 0,35 ml/minuto, la cantidad total de saliva secretada procede sobre todo de las glándulas submandibulares y sublinguales. Durante 8 horas de sueño será solo de 15 ml, mientras que en las dos horas de flujo estimulado durante las comidas y 14 horas adicionales al estar despiertos, el flujo que se produce puede ser de unos 700 a 1000 ml adicionales. Los nervios autónomos parasimpáticos y simpáticos regulan la actividad de secreción de la glándula salival.

Para el sentido del gusto, estímulos táctiles de la lengua y mucosa oral, y estímulos propioceptivos de los músculos masticadores y del ligamento periodontal incitan a los núcleos salivales inferiores y superiores dentro del cerebro. Estos núcleos están también influenciados por la corteza cerebral. Estas influencias neurológicas secundan el efecto del

estado psicológico en la tasa del flujo salival en reposo.

La estimulación de los nervios parasimpáticos causa la liberación de agua e iones, pero no de proteínas, mientras que la estimulación de los nervios simpáticos produce la liberación de proteínas empaquetadas dentro de las células acinares. Estos mecanismos funcionan conjuntamente en el control del flujo salival.

La estimulación mecánica directa dentro y alrededor de la boca es un método eficaz para incitar la salivación. Por esta razón, es esencial evaluar el flujo salival en reposo al inicio de una consulta y antes de realizar cualquier procedimiento odontológico.

Una variedad de hormonas pueden influir en el flujo salival (y por ende su composición) al actuar directamente sobre elementos acinares o ductales dentro de las glándulas salivales. Estos mecanismos ahorradores de agua secundan los grandes efectos de hidratación del cuerpo durante el flujo salival en reposo. Un equilibrio negativo de fluido y la deshidratación sistémica disminuyen el flujo salival en reposo.

Como consecuencia, un volumen reducido y el aumento en la viscosidad de la saliva en el piso anterior de la boca contribuyen a una sensación de

sed. No obstante, la sed misma es un indicador imperfecto del equilibrio de fluido en el cuerpo.

Las hormonas del sexo femenino pueden aumentar también el flujo salival en reposo. Esto explica por qué el flujo salival en reposo a menudo aumenta durante el embarazo y disminuye durante la menopausia. Igualmente, se sabe que la hormona del sexo masculino, la testosterona, también aumenta el flujo salival en reposo (Walsh, L. 2008).

La saliva como fluido es un compuesto de las secreciones de las glándulas salivares mayores y menores. La saliva contiene también material proveniente del surco gingival, de importancia diagnóstica en lo referente a marcadores de destrucción periodontal. La composición de la saliva varía de sitio a sitio dentro de la boca de cada individuo de acuerdo con diferentes situaciones y cambia según la hora del día y la proximidad a las horas de las comidas. Sus propiedades son afectadas por el nivel de hidratación y la salud general del individuo.

La saliva puede ser considerada como un filtrado del suero, puesto que se deriva de la sangre. El proceso de producción de saliva está unido al equilibrio del fluido corporal en su totalidad, y el flujo de sangre a través de los tejidos de las glándulas salivares (de ramas de las arterias maxilares y otras) tiene un

efecto mayor sobre la producción de saliva. El 99% del volumen de la saliva es agua y sirve como solvente para otros componentes que la forman.

La saliva es un fluido biológico tan complejo que es casi imposible reproducirlo a partir de componentes individuales. No es de sorprender que la mayoría de sus componentes sean hidrofílicos (afines al agua); sin embargo, también se presentan algunos componentes hidrofóbicos. El más notable de estos es la enzima lipasa, que se secreta de las glándulas de von Ebner, localizadas en el dorso de la lengua. La lipasa, al ser hidrofóbica, puede introducir glóbulos de grasa en donde descompone los ácidos grasos. La función predigestiva de la saliva está mediada por un número de enzimas, incluyendo la amilasa, la lipasa y una gama de proteasas y nucleasas. La amilasa puede descomponer féculas y glicógenos en componentes más pequeños, como las dextrinas límite y la maltosa. Al descomponer carbohidratos complejos, que pueden adherirse a los dientes, la amilasa puede tener un papel protector limitado.

Las mucinas de la saliva son glicoproteínas con varios residuos de oligosacáridos cortos en cada molécula. Por interacciones hidrofílicas, enlazan agua, esencial para mantener la hidratación de la mucosa oral. Las mucinas salivales existen en ambas formas: de peso molecular bajo y alto. Las

sulfomucinas de peso molecular bajo ayudan a limpiar la cavidad oral de bacterias al unirse con microorganismos y al aglutinarlos. Los niveles de mucinas de peso molecular bajo (como MG2) en la saliva en reposo disminuyen con la edad.

La interacción entre el agua y las mucinas tiene un gran efecto sobre la viscosidad de la saliva, particularmente en las secreciones de la glándula salival submandibular. La reducción de agua resulta en un aumento relativo de la concentración de mucinas, haciendo que la saliva tenga una consistencia más viscosa y de naturaleza pegajosa.

Las mucinas son esenciales para las funciones de lubricación de la saliva. Cuando la proporción del flujo salival es baja, el uso de dentaduras mandibulares se transforma en un gran problema debido al trauma de la mucosa que soporta la dentadura. Con una dentadura superior completa, son comunes la falta de retención (debido a la pérdida de cohesión) y las infecciones crónicas fúngicas.

Además de lubricar la cavidad oral y prevenir la deshidratación de la mucosa oral, las mucinas salivales cumplen otras funciones. Protegen la superficie mucosa y limitan el alcance de abrasión de las células epiteliales de la mucosa oral causada por una función masticadora normal. Una capa uniforme

de mucinas da también una superficie más lisa para el flujo de aire al hablar.

La saliva contiene una gran variedad de agentes antibacterianos. La inmunoglobulina A (IgA) es un componente importante de las proteínas salivales y es capaz de aglutinar bacterias e impedir la adhesión. IgG y otras inmunoglobulinas derivadas del surco gingival están también presentes en la saliva; sin embargo, es poca la fijación de complemento en la saliva, puesto que los niveles de componentes clave complementarios son demasiado bajos. La contribución del flujo gingival del surco al flujo salival en reposo es muy baja, del orden de 10-100 $\mu\text{L/h}$.

La enzima amilasa puede restringir el crecimiento de algunas especies de bacterias. La lisozima descompone el peptidoglicano en la pared celular de algunas bacterias Gram positivas, incluido *Streptococcus mutans*. La lactoperoxidasa cataliza la oxidación de tiocianato salival por peróxido de hidrógeno a la molécula tóxica hipotiocianato, que desactiva las enzimas bacterianas. Las histatinas son proteínas ricas en histidina que inhiben el crecimiento de *Candida albicans* y *Streptococcus mutans*.

La lactoferrina une iones férricos e impide que las bacterias obtengan el nutriente esencial del hierro.

Puede ser degradada por algunas proteasas bacterianas. La molécula afín, apolactoferrina, ejerce también efectos antimicrobianos sobre una variedad de microorganismos, incluido *Streptococcus mutans*.

En estado saludable, el pH de la saliva en reposo se mantiene en un estrecho rango entre 6.7 y 7.4. El principal sistema amortiguador presente en la saliva es el bicarbonato (HCO_3^-). Como en la sangre periférica, la combinación de bicarbonato sódico, ácido carbónico y dióxido de carbono gaseoso es un medio eficaz para eliminar protones (iones hidrógeno) del sistema. Al considerar la dinámica de este sistema amortiguador, debe recordarse que la saliva tiene un nivel más alto de dióxido de carbono disuelto que el aire normal en una habitación (5% en comparación con menos del 1%), y este contiene bicarbonato ($\text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2 \rightarrow \text{H}_2\text{CO}_3 \rightarrow \text{HCO}_3^- + \text{H}^+$) y gas CO_2 disuelto.

La concentración de iones bicarbonato en la saliva en reposo es de aproximadamente 1 mmol/L, y bajo estímulo, esta aumenta a más de 50 mmol/L. Al aumentar la concentración de bicarbonato, también se incrementan el pH y la capacidad amortiguadora de la saliva. Este es un punto clave para interpretar las pruebas de diagnóstico salival. Debido a variaciones diurnas en la proporción del flujo en reposo, se presentan variaciones correspondientes en

los niveles de bicarbonato y, por ende, en el pH y la capacidad amortiguadora. El pH en reposo será más bajo al dormir e inmediatamente al despertar, aumentando durante las horas en que se está despierto.

El aumento de los niveles de bicarbonato en la saliva no solo incrementará el pH salival y la capacidad amortiguadora, facilitando la remineralización, sino que también ejercerá efectos ecológicos sobre la flora oral. Un mayor pH salival eliminará la tendencia al crecimiento de microorganismos acidúricos (tolerantes al ácido), en particular los *Streptococcus mutans* cariogénicos y *Candida albicans*.

La masticación de alimentos y chicle es un fuerte estímulo para la secreción de bicarbonato sódico en la saliva parótida. Los ácidos fuertes son importantes estímulos gustatorios de secreción salival, como se puede ver clínicamente cuando residuos de ácido fosfórico o productos de fluoruro acidulado entran en contacto con la lengua.

Los componentes salados, dulces y amargos son estimulantes de secreción salival menos efectivos que los ácidos. Mientras que el aumento del flujo salival como respuesta refleja a los ácidos tiene una función protectora en individuos normales, el efecto

estimulador de los ácidos tiene poco valor terapéutico, si acaso alguno, en el cuidado de los pacientes. De hecho, el uso frecuente de gotas o golosinas que contienen ácido cítrico, como base para estimular el flujo salival, está contraindicado en pacientes con disfunción de la glándula salival debido a la limitada capacidad amortiguadora de la saliva resultante.

El fosfato también contribuye a las capacidades amortiguadoras de la saliva, particularmente en situaciones de saliva en reposo. Una variedad de proteínas en la saliva desempeñan un papel amortiguador menor. Además de estas proteínas, los péptidos, como la sialina, ayudan a promover la producción de aminas (que ejercen un efecto alcalinizador) a partir de la descomposición enzimática de proteínas salivales y bacterias orales. De manera similar, la urea en la saliva puede descomponerse en amoníaco (Walsh, L. 2008).

Funciones de la saliva

- Lubricar los tejidos orales para facilitar la deglución y el habla.
- Ayudar al sentido del gusto al actuar como solvente para iones y a través de proteínas como la gustina.
- Mantener la salud de la mucosa oral mediante factores de crecimiento que fomentan la

cicatrización de heridas y cistatinas que inhiben las enzimas destructivas, como las cisteína proteasas.

- Contribuir a la digestión mediante amilasa y la lipasa.
- Diluir y limpiar material de la cavidad oral.
- Amortiguar los ácidos de la placa dental, alimentos y bebidas ingeridos, previniendo la erosión causada por episodios de exposición prolongada a ácidos débiles (como vinos y refrescos de cola), y exposición a corto plazo a ácidos fuertes (como reflujo y vómito).
- Servir como depósito de iones (calcio, fósforo y fluoruro) para la remineralización dental.
- Controlar la microflora oral mediante mediadores inmunológicos (IgA), enzimáticos, péptidos y químicos (Walsh, L. 2008).

Figura 2

Funciones



Relación de la saliva con el mantenimiento de la salud bucal

Si bien la cantidad de saliva es importante, también lo es la calidad de la misma, ya que cada uno de sus componentes desempeña una serie de funciones específicas.

La cantidad normal de saliva puede verse disminuida, se habla entonces de hiposalivación, esta disminución afecta de manera muy significativa a la calidad de vida de un individuo así como a su salud bucal.

Los principales síntomas asociados a la hipofunción salival son:

- Sensación de boca seca o xerostomía
- Sed frecuente
- Dificultad para tragar
- Dificultad para hablar
- Dificultad para comer alimentos secos
- Necesidad de beber agua frecuentemente
- Dificultad para llevar prótesis
- Dolor e irritación de las mucosas
- Sensación de quemazón en la lengua
- Disgeusia.

Los signos más frecuentemente encontrados son:

- Pérdida del brillo de la mucosa oral

- Sequedad de las mucosas que se vuelven finas y friables
- Fisuras en el dorso de la lengua
- Queilitis angular
- Saliva espesa
- Aumento de la frecuencia de infecciones orales, especialmente por *Candida*
- Presencia de caries en lugares atípicos
- Aumento de tamaño de las glándulas salivales mayores.

El diagnóstico de la hipofunción de las glándulas salivales se basa en datos derivados de la sintomatología que refiere el paciente, de la exploración clínica, mediante la constatación de los signos clínicos expuestos y de la medición del flujo salival o sialometría cuantitativa. La determinación etiológica de dicha hipofunción requiere, en ocasiones, de exploraciones complementarias de diagnóstico por imagen, hoy por hoy básicamente la resonancia magnética (RM) o de la realización de un estudio histológico precedido por una biopsia.

Aunque con menor frecuencia, la secreción salival puede verse aumentada. A esta situación se le denomina hipersialia, sialorrea o ptialismo y puede ser fisiológica o patológica. El diagnóstico se realiza por la sintomatología que refiere el paciente, el cual experimenta la incomodidad de tener que deglutir

constantemente la saliva o bien, en los paralíticos cerebrales o pacientes que presentan otros trastornos neurológicos graves, se produce un babeo constante que ocasiona frecuentes lesiones erosivas en los labios y en la piel de la cara y del cuello, que pueden sobreinfectarse.

Materiales y Métodos

El presente trabajo es un trabajo de investigación descriptivo, longitudinal de campo.

El universo de trabajo fueron 15 alumnas de entre 19 y 30 años de edad que dieron su consentimiento para utilizar la información obtenida de sus registros. Los criterios de inclusión fueron que fuera mujer, que tuviera entre 19 y 30 años, sin compromiso sistémico.

Para la recolección de muestras se emplearon medidas de control de infecciones. Se pidió a las pacientes colaboradoras que se lavaran los dientes con la pasta de dientes que se les distribuyó para que el ambiente bucal fuera el mismo, con la técnica de Stillman modificado. Se solicitó que no consumieran ni líquidos ni alimentos durante los siguientes 10 minutos.

La toma de muestra se realizó con las pacientes sentadas en posición cómoda. Se les pidió que vertieran la saliva producida durante los siguientes 6

minutos, sin ningún tipo de estímulo, en un vaso desechable.

Los materiales que se utilizaron para la obtención de saliva fueron los siguientes:

- Guantes
- Medidor de pH
- Vasos para recolección de muestra

Se eliminó la espuma de la muestra obtenida y se hizo la lectura.

Figura 3

Toma de lectura con medidor de pH digital



Figura 4
Escala de PH para interpretación del resultado



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1
Resultados obtenidos

Registro	1era lectura pH 1er día de menstruación	2da lectura pH Días próximos a ovulación
1	6	8
2	5	9
3	5	9
4	5	8
5	4	10
6	6	9
7	5	9
8	6	8
9	5	8
10	4	7
11	5	10
12	6	9
13	6	8
14	6	8
15	5	8

En las muestras obtenidas se observó que, al llegar o estar cerca del periodo de ovulación, el pH salival se encontraba en su mayoría ligeramente alcalino o neutro de acuerdo con la escala de pH (Figura 6) y ligeramente ácido al llegar al periodo de menstruación.

Si bien es conocido que la enfermedad de caries es multifactorial y depende en gran medida de las condiciones socioculturales, también resulta de gran importancia la influencia de la saliva en el inicio y la evolución de esta enfermedad.

González, en 2001, publicó que los cambios presentes en la composición de la saliva de las gestantes posiblemente coadyuven a la severidad en las alteraciones presentes en la cavidad bucal de estas pacientes, ya que, al existir una alteración en la

composición de la misma, la función homeostática de la saliva se ve mermada.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos obtenidos, podemos concluir que, cercana a la fecha de ovulación, el pH salival se encuentra ligeramente alcalino. Por el contrario, al estar cerca de la fecha de menstruación, el pH es ligeramente ácido, lo cual lo hace un factor de riesgo para las mujeres si no se toman las medidas necesarias durante este periodo.

Los hallazgos del presente estudio muestran que, en poblaciones con características particulares como la estudiada, el pH salival se puede considerar como un factor de riesgo que, sumado a otros como la mala higiene y la dieta, convierte a las mujeres en una población susceptible a tener más lesiones cariosas.

REFERENCIAS

- Astudillo, M., Chinchilla, D., Sarabia, L. (2015). Mala praxis odontológica. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica*, 3(2), 146-170.
- Barriga, A., Hernández, E. (2016). Utilidad de las muestras de saliva en el diagnóstico. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*, 63(1), 13-18.
- Blasco, S. (2009). Estudio sobre los factores de riesgo de caries y evaluación de un test indicador del pH y revelado de la placa y la capacidad tampón de la saliva. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 11, 33-47.
- Colatra, L. (2014). La saliva: una ventana para el diagnóstico. *Revista Venezolana*, 2(2), 67-74.
- Cornejo, L., Brunotto, M., Hilas, E. (2008). Factores salivales asociados a prevalencia e incremento de caries dental en escolares rurales. *Revista Saude Publica*, 42(1), 19-25.
- Díaz, S. (2014). Odontología con enfoque en salud familiar. *Rev. Cubana Salud Pública*, 40(3), 397-405.
- González, M., Montes de Oca, L. (2001). Cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes. *Perinatol Reproduc Hum*, 15(1), 195-201.
- Llena, C. (2006). La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. *Revista Medicina Oral*, 11, 449-455.
- Martínez, M. (2014). Características fisicoquímicas y microbiológicas de la saliva durante y después del embarazo. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 128-138.
- Muñoz, L., Marvaez, C. (2012). pH salival, capacidad buffer, proteínas totales y flujo salival en el paciente hipertenso controlado. *Revista Int. J. Odontostomat*, 6(1), 11-17.
- Sánchez, P. (2013). La saliva como fluido diagnóstico. *Educación Continuada en el Laboratorio Clínico Comité de Educación*, 4(1), 1-16.
- Walsh, L. (2008). Aspectos clínicos de biología salival para el clínico dental. *Revista de Mínima Intervención en Odontología*.

AFECCIONES BUCODENTALES EN MUJERES CON DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

ARTÍCULO



ECOS DESDE LAS FRONTERAS DEL CONOCIMIENTO
ISSN: 2007-2848

Autoría: Ma. Magdalena Soto Flores y
Michelle Nolasco Díaz

Adscripción: Escuela de Estomatología

Fecha de recepción: 27 febrero 2025

Fecha de aceptación: 03 marzo 2025

Artículo publicado originalmente en: Revista
Odontología Actual en junio de 2019
194(16).44-48. ISSN 1870-5871

RESUMEN

Introducción: los trastornos mentales más comunes de la población que se analizó en este estudio incluyen la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la demencia. Las lesiones en tejidos blandos que se encontraron se relacionan con los efectos no deseables de algunos medicamentos, erosiones por fricción en la mucosa de revestimiento, lesiones de tipo traumático en lengua y carrillos

debido a las mordeduras por hábitos parafuncionales como bruxismo y crisis maniaco-depresivas. Objetivo: mostrar las lesiones de la mucosa bucal que se encontraron en un grupo de mujeres con desórdenes psiquiátricos con el fin de dar a conocer los cambios anatomopatológicos que presenta este grupo de pacientes que por su situación de vulnerabilidad requieren atención especializada. Material y método: estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y de campo en una población que se encuentran en un albergue comunitario que atiende a mujeres en situación de calle con desórdenes psiquiátricos, se seleccionó una muestra de conveniencia que constó de 23 pacientes, durante la evaluación de cavidad oral se les realizó profilaxis, instrucción sobre higiene oral y evaluación de tejidos blandos para detectar modificaciones anatomopatológicas, así como detección preventiva de lesiones potencialmente malignas y cáncer oral. Resultados: las patologías orales de los tejidos blandos que se observaron, en orden de mayor a

menor frecuencia, fueron: enfermedad periodontal, infección por candida albicans, xerostomía por efecto secundario al consumo de medicamentos, úlceras traumáticas, hiperpigmentación postraumática en zonas con hábitos parafuncionales, hiperplasia gingival generalizada como efecto del uso prolongado de fenitoína y mala higiene, hiperplasia fibrosa por efecto de traumatismo crónico autoinfligido debido a la ansiedad que padecen algunas de las pacientes, erosiones de mucosa de revestimiento. Conclusiones: todo profesional de la salud debe de reconocer la importancia del manejo de lesiones en cavidad oral de pacientes con desórdenes psiquiátricos para ofrecer alternativas de tratamiento que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: the most common mental disorders of the population that was analyzed in this study include depression, anxiety, schizophrenia, bipolar disorder and dementia. The soft tissue injuries that were found are related to the undesirable effects of some medications, erosions due to friction in the lining mucosa, traumatic lesions in the tongue and cheeks due to biting due to parafunctional habits such as bruxism and manic-depressive crises. Objective: to show the lesions of the buccal mucosa that were found in a group of women with

psychiatric disorders in order to make known the anatomopathological changes that this group of patients presents that due to their situation of vulnerability require specialized attention. Material and method: quantitative, cross-sectional, descriptive and field study in a population that is in a community shelter that attends street women with psychiatric disorders, a sample of convenience was selected that consisted of 23 patients, during the evaluation In the oral cavity, prophylaxis, oral hygiene instruction and soft tissue evaluation were performed to detect anatomopathological changes, as well as preventive detection of potentially malignant lesions and oral cancer. Results: the oral soft tissue pathologies that were observed, in order of highest to least frequent, were: periodontal disease, candida albicans infection, xerostomia secondary to drug use, traumatic ulcers, posttraumatic hyperpigmentation in areas with parafunctional habits , generalized gingival hyperplasia as an effect of the prolonged use of phenytoin and poor hygiene, fibrous hyperplasia due to the effect of chronic self-inflicted trauma due to the anxiety suffered by some of the patients, mucosal erosions of the lining. Conclusions: every health professional should recognize the importance of the management of injuries in the oral cavity of patients with psychiatric disorders to offer treatment alternatives that contribute to improve their quality of life.

Palabras clave: : Trastornos mentales, Depresión, Ansiedad, Esquizofrenia, Desorden bipolar, Demencia, Bruxismo, Candidiasis oral, Xerostomía, Hiperpigmentación postraumática, Patologías orales, Enfermedad periodontal, Erosiones de mucosa.

Key Words: Mental disorders, Depression, Anxiety, Schizophrenia, Bipolar disorder, Dementia, Bruxism, Oral candidiasis, Xerostomia, Posttraumatic hyperpigmentation, Oral pathologies, Periodontal disease, Erosions of mucosa.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con desórdenes psiquiátricos están sometidos a un mayor número de factores de riesgo de enfermedades bucodentales, la mayoría de estos debido a los efectos secundarios de los medicamentos que consumen, la condición oral de estos pacientes se determina por la ausencia de autocuidado, la dificultad para acceder a la atención de calidad, la actitud de los profesionales de la salud por falta de conocimiento y la poca cooperación para seguir los tratamientos dentales por parte de familiares y cuidadores, estos factores determinan la mala salud oral de los pacientes con trastornos mentales.

Los trastornos mentales más comunes en la población analizada incluyen a la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la demencia y van de leves a severos y por lo general presentan disminución de habilidades motoras, desorientación, pérdida de la memoria, problemas cognitivos, dificultades para expresar sus sensaciones, incluido el dolor, y el aislamiento social en muchos de los casos.

Es importante destacar que los desórdenes psiquiátricos no causan por si mismos cambios morfológicos en la cavidad oral, sino que lo que se observa en este grupo de pacientes vulnerables son los cambios adaptativos que sufre la mucosa bucal como parte de los efectos no deseables de los medicamentos empleados para la terapéutica de control.

Las lesiones en tejidos blandos que se encuentran en la población de estudio se relacionan con los efectos no deseables de algunos medicamentos, entre los que se encuentra la xerostomía que favorece la presencia de infecciones micóticas, erosiones por fricción en la mucosa de revestimiento, lesiones de tipo traumático en lengua y carrillos debido a las mordeduras por hábitos parafuncionales incluido bruxismo y crisis maniacodepresivas. (Tabla 1)

Tabla 1.
Medicamentos de uso psiquiátrico y sus efectos secundarios en la cavidad bucal

Componente activo	Indicaciones terapéuticas	Mecanismo de acción	Efectos adversos en la cavidad oral
Haloperidol	Psicosis aguda, psicosis crónica, estados confusionales y conducta agresiva, síntomas positivos de esquizofrenia.	Inhibición del mecanismo de transporte de monoaminas cerebrales.	Hiposalivación
Ácido valproico	Cubre el espectro terapéutico de las crisis epilépticas, crisis de ausencia simple y compleja, trastornos del estado de ánimo, trastorno bipolar y episodios maníacos	Se disocia a ion valproato en el tracto gastrointestinal. El mecanismo de acción es un aumento de los niveles cerebrales de ácido gamaminobutírico (GABA)	Parestesia, disgeusia, xerostomía y estomatitis acompañada de ulceración.
Fenitoína sódica	Monoterapia para crisis convulsivas, crisis focales corticales, control de crisis tónicas o tónico clónicas generalizadas	Inhibición de la potenciación postetánica, limita el desarrollo de la actividad convulsiva máxima, su sitio de acción es la corteza cerebral, reduce el paso de iones de sodio y calcio a través de las células.	Hiperplasia gingival generalizada, hirsutismo facial.
Risperidona	Indicado en el tratamiento de la esquizofrenia y esquizoafectivos, trastorno bipolar	Antagonista monoaminérgico con afinidad con los receptores serotoninérgicos 5 H-T2 y dopaminérgicos D2	Queilitis, edema de lengua, rigidez de articulación , en casos aislados puede causar discontinuidad de las fases oral y faríngea de la deglución

DESARROLLO

Atención odontológica de pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas

Se ve limitada en muchos casos por la falta de acceso a los servicios de salud para esta población, por el miedo que los pacientes experimentan hacia los tratamientos dentales y por la falta de autocuidado personal.

Objetivo

El propósito de este artículo es mostrar las lesiones de la mucosa bucal encontradas en un grupo de mujeres con desórdenes psiquiátricos con el fin de dar a conocer los cambios anatomopatológicos que presenta este grupo de pacientes que por su situación de vulnerabilidad requieren atención especializada. Las publicaciones sobre las manifestaciones orales en pacientes con trastornos mentales son pocas, es por eso que este artículo pretende ser una contribución al área de la salud bucal al mostrar un reporte de lo encontrado en una evaluación de tejidos orales de pacientes con trastornos mentales que se encuentran en una institución que da apoyo a mujeres en situación de calle.

Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y de campo.

Universo de trabajo

Población de mujeres que se encuentran en un albergue comunitario que atiende a mujeres en situación de calle con desórdenes psiquiátricos.

Criterios de inclusión

Se seleccionó una muestra de conveniencia que constó de 23 pacientes que de manera voluntaria, previa autorización de su médico tratante y de ellas, decidieron participar en el presente estudio, su condición médica estable optimizó su atención ya que fueron capaces de recibir y comprender información sobre hábitos higiénicos orales de manera personalizada, durante la evaluación de la cavidad oral se les realizó profilaxis, se les dio instrucción sobre higiene oral y se evaluaron los tejidos blandos para detectar modificaciones anatomopatológicas y hacer una detección preventiva de lesiones potencialmente malignas y cáncer oral.

Procedimiento

La información que se obtuvo se registró en una ficha de recolección de datos que contenía las siguientes variables:

- Género
- Edad
- Diagnóstico psiquiátrico
- Medicamento administrado por el médico tratante

Descripción de características de tejidos blandos así como sus modificaciones funcionales y cambios anatomopatológicos. El 100 % de la población estudiada pertenecía al género femenino, todas se encontraban bajo supervisión médica especializada y tratamiento farmacológico para el control del desorden psiquiátrico diagnosticado por su médico tratante.

Resultados

La atención especializada con la que se cuenta en este centro es eficiente pero tal vez insuficiente, las condiciones de vida de este grupo vulnerable potencializa los factores de riesgo para padecer enfermedades que deterioran su calidad de vida. Dentro de las patologías orales de los tejidos blandos de cavidad oral que se observaron con mayor frecuencia en la población estudiada fueron:

- Enfermedad periodontal
- Infección por candida albicans
- Ulceras traumáticas
- Hiperpigmentación postraumática en zonas con hábitos parafuncionales
- Hiperplasia gingival generalizada como efecto del uso prolongado de fenitoína y mala higiene
- Hiperplasia fibrosa por efecto de traumatismo crónico autoinfringido debido a la ansiedad que padecen algunas de las pacientes
- Erosiones de mucosa de revestimiento
- Xerostomía por efecto secundario al consumo de medicamentos (Figs. 1, 2, 3 y 4)

Figura 1 (Xerostomía, candidiasis oral, hirsutismo) y **Figura 2** (Xerostomía, candidiasis oral, queilitis comisural)

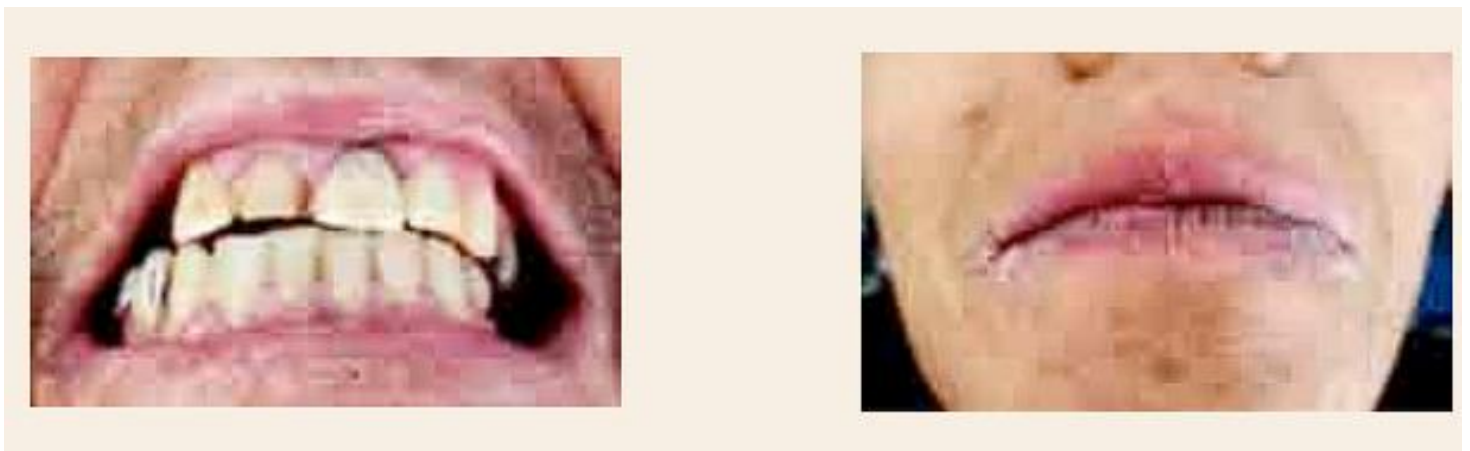


Figura 3 (Xerostomía, candidiasis oral, erosión en paladar) y **Figura 4** (Xerostomía, candidiasis oral, lengua fisurada)

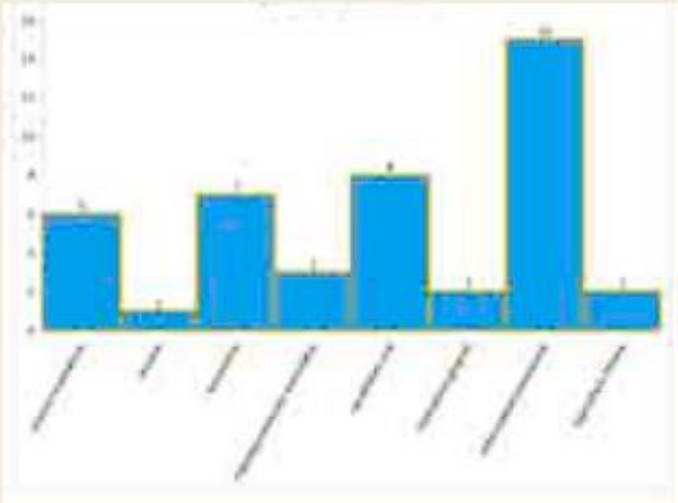


Efecto de los medicamentos

El uso de algunos medicamentos como el haloperidol y al ácido valproico son agentes externos capaces de producir efectos nocivos sobre la cavidad oral como la disminución del flujo salival que causa un déficit de inmunoglobulinas circundantes que desprotegen la mucosa bucal que en conjunto con otros factores locales y sistémicos aparecen infecciones micóticas que van de leves a severas que requieren de atención integral. (Tabla 2 y Gráfica 1)

Tabla 2. Frecuencia registrada por el tipo de medicamento y diagnóstico de cada uno de las pacientes estudiadas.

Componente activo de los medicamentos por prescripción médica en la población estudiada	Número de casos Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)	Diagnóstico psiquiátrico
Haloperidol	9	39.1 %	Esquizofrenia
Ácido valproico	9	39.1 %	Episodios maníacos
Fenitoína sódica	2	8.6 %	Trastornos convulsivos
Risperidona	3	13.0 %	Trastorno bipolar



Gráfica 1 . Patologías encontradas en tejidos blandos de la cavidad oral de mujeres con padecimientos mentales bajo control farmacológico.

Las pacientes que durante la evaluación de tejidos blandos presentaban infección micótica, recibieron de manera gratuita el tratamiento indicado para erradicar la infección. A continuación se muestran algunas acciones como administración de algunos compuestos e implementación de medidas de higiene, para mitigar los efectos secundarios sobre cavidad oral de los medicamentos de mayor uso en pacientes psiquiátricos. (Tabla 3)

Tabla 3

Acciones para contrarrestar o prevenir efectos adversos de los medicamentos que se usan

Componente activo	Terapéutica odontológica de soporte para mejorar condiciones orales
Haloperidol	Incremento en el consumo de agua, uso de sialogogos, sustitutos de saliva. Profilaxis y educación para la salud.
Ácido valproico	Incremento en el consumo de agua, uso de sialogogos, sustitutos de saliva, colutorios paliativos que contengan antihistaminico, protectores de la mucosa y anestésico local bajo estricta vigilancia. Profilaxis y educación para la salud.
Fenitoína sódica	Mejorar la higiene, colutorios con antisépticos. Profilaxis y educación para la salud.
Risperidona	Incremento en el consumo de agua, uso de sialogogos, sustitutos de saliva, antifúngicos locales o sistémicos dependiendo de la severidad. Profilaxis y educación para la salud.

La media estadística de la edad de las participantes fue de 37 años, ningún paciente evaluado en este estudio mostró evidencia clínica de cambios antopatológicos que sugiriera presencia de lesiones potencialmente premalignas en el momento de la evaluación.

DISCUSIÓN

La falta de aceptación de la enfermedad y de interés en el autocuidado de la salud oral, así como de conciencia general sobre los problemas de salud oral en estos pacientes, agravados aún más por los efectos secundarios de los medicamentos, pueden complicar el tratamiento dental en pacientes esquizofrénicos, con epilepsia, trastorno bipolar etc. La actitud de los profesionales dentales y el conocimiento limitado de las causas y los efectos de las enfermedades bucales en este grupo especial de pacientes son otros problemas que provocan retrasos en la provisión de tratamiento. Muchos autores coinciden que al incrementar la población con trastornos mentales que van de severos a graves también deben incrementar los especialistas en la salud oral que tengan la capacidad y experiencia para atenderlos de manera adecuada y contribuir a mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los desórdenes psiquiátricos no causan por sí mismos cambios morfológicos en la cavidad oral, los cambios adaptativos que sufre la mucosa bucal como parte de los efectos no deseables de los medicamentos empleados para la terapéutica de control son unos de los responsables de las lesiones bucales. Los pacientes con trastornos psiquiátricos suelen ser más vulnerables a padecer cambios en los tejidos orales debido a su inestabilidad sistémica y emocional que influye en la deficiencia en el aseo bucal. A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades las acciones de prevención son las más activas para conseguir una vida sana y digna que todo ser humano merece por

eso todo profesional de la salud debe de reconocer la importancia del manejo de lesiones en cavidad oral de pacientes con desórdenes psiquiátricos para ofrecer alternativas de tratamiento que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

- . Crouse E, Alastanos J, Bozyski K, Toscano R .Dysphagia with second generation antipsychotics: A case report and review of the literature.Ment Health Clin. 2018;756-64.
- Orozco, U. Manejo odontológico del paciente con alteraciones neuropsiquiátricas. Universidad Inca Garcilaso de la

- Vega. Facultad de odontología. Tesis doctoral. 2017.
- PLM . Diccionario de especialidades farmacéuticas Tomo 1 y 2 . Edición DEF 63.2017.
- Rodríguez, J. Xerostomía y uso de medicamentos en adultos. Revista cubana de Estomatología.2008;45(3).
- Rojas, G. Depresión Mayor y Salud Oral: Rol de los Fármacos Antidepresivos. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2000;38(2):126-130.
- Ruvira,C.Tratamiento de agrandamiento gingival inducido por fenitoina asociado a placa bacteriana.Duazary.2008; 8.226-231
- Samuel Keith. Use of long-acting risperidone in psychiatric disorders: focus on efficacy, safety and cost–effectiveness, Expert Review of Neurotherapeutics.2009;9-31
- Torales J. Problemáticas de salud bucodental en personas con trastornos mentales. Práctica clínica. 2017;17:sp
- Velazco E. Los trastornos temporomandibulares en pacientes esquizofrénicos. Un estudio de casos controles. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2005;10:sp
- Verónica M. Tratamiento de a mucositis oral en pacientes oncológicos. Revisión de la literatura y experiencia en el hospital General de México. Int.J.Odontostomat.2015; 9:289-294

APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA EN MUJERES QUE HAN VIVIDO UN ABORTO QUIRÚRGICO

ARTÍCULO



ECOS DESDE LAS FRONTERAS DEL CONOCIMIENTO
ISSN: 2007-2848

Autoría: Verónica Herrera Carrillo

Adscripción: Psicología Clínica

Fecha de recepción: 02 diciembre 2024

Fecha de aceptación: 28 febrero 2025

RESUMEN

Introducción: los trastornos mentales más comunes d
Se presenta un estudio de corte cualitativo, con enfoque explicativo y deductivo enfocado en la recolección y análisis de dos entrevistas directas a profundidad con dos mujeres que experimentaron un aborto quirúrgico. El abordaje se llevó a cabo desde el enfoque teórico epistemológico del Psicoanálisis de Freud. Se buscó responder el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo influyen, desde una perspectiva psicoanalítica, los mecanismos de defensa, las características de las funciones del yo, el tipo de apego y el proceso de duelo en mujeres solteras entre 35 y 40 años, que han vivido al menos un aborto

quirúrgico? Los hallazgos sugieren que los mecanismos de defensa más frecuentes incluyen la represión, la racionalización y la proyección, los cuales pueden facilitar la adaptación a la realidad o, por el contrario, dificultar la elaboración del duelo. Se observó que la presencia de un superyó punitivo y un apego inseguro pueden intensificar la culpa y el estancamiento en el proceso de duelo, mientras que un apego más seguro favorece una mayor capacidad de resignificación emocional. Se concluye que el impacto psíquico del aborto quirúrgico en estas mujeres está determinado por una interacción entre factores individuales e interpersonales, lo que resalta la necesidad de enfoques terapéuticos que consideren tanto la dinámica inconsciente como el papel del entorno la manera en que se vive el duelo.

ABSTRACT

A qualitative study with an explanatory and deductive approach is presented, focusing on the collection and analysis of two in-depth direct interviews with two women who experienced a surgical abortion. The study was conducted from the epistemological theoretical

framework of Freud's Psychoanalysis. It sought to answer the following question: How do defense mechanisms, the characteristics of ego functions, attachment type, and the grieving process influence single women between 35 and 40 years old who have experienced at least one surgical abortion from a psychoanalytic perspective? The findings suggest that the most frequent defense mechanisms include repression, rationalization, and projection, which can either facilitate adaptation to reality or, conversely, hinder the grief process. It was observed that the presence of a punitive superego and an insecure attachment can intensify guilt and stagnation in the grieving process, whereas a more secure attachment fosters a greater capacity for emotional re-signification. It is concluded that the psychological impact of surgical abortion in these women is determined by an interaction between individual and interpersonal factors, highlighting the need for therapeutic approaches that consider both the unconscious dynamics and the role of the environment in shaping the grieving experience.

Palabras clave: psicoanálisis, mecanismos de defensa, apego, duelo, funciones del yo, aborto.

Key Words: psychoanalysis, defense mechanisms, attachment, grief, ego functions, abortion.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la teoría psicoanalítica desarrollada por Sigmund Freud a finales del siglo XIX podría parecer rebasada en el contexto del siglo XXI, varios de sus

aportes siguen siendo considerados como referente teórico importante para el estudio de los procesos inconscientes que constituyen la mente humana. Inicialmente, Freud adoptó técnicas como la hipnosis y la sugestión directa, pero pronto abandonó estos métodos en favor de un enfoque más centrado en la escucha activa del paciente, lo que le permitió acceder a pensamientos, deseos y recuerdos inconscientes.

Este cambio metodológico dio lugar a una teoría que sostiene que todas las personas son poseedoras de contenidos psíquicos fuera de la conciencia, los cuales pueden influir en su comportamiento, emociones y relaciones interpersonales. Uno de los temas abordados por Freud desde la teoría psicoanalítica es el estudio del duelo. En su obra *Duelo y melancolía* (1917/2004), Freud describe el duelo como un proceso que involucra un trabajo psíquico para desprender la libido del objeto perdido. Este proceso es inconsciente, y requiere tiempo y energía para llevar a cabo la tarea de desligar emocionalmente al individuo del objeto de su afecto.

La idea central de Freud respecto al tema del duelo es que la realidad exige un desprendimiento, puesto que el objeto perdido ya no existe. Freud señala la conexión entre el examen de la realidad y el trabajo de duelo como una forma de proceso que ayuda al sujeto a abandonar la posición libidinal hacia el objeto perdido (Freud, 1926/2006). Además, Freud destaca que el duelo requiere tiempo y mucha energía psíquica, ya que el sujeto debe enfrentarse la pérdida y desvincularse emocionalmente del objeto de apego. La dificultad de este proceso es que

la persona debe enfrentarse a la realidad de que el objeto ya no existe y, por tanto, debe abandonar la posición libidinal hacia él, lo que puede generar resistencias psíquicas.

Freud también señala que el duelo se convierte en melancolía cuando el proceso no se lleva a cabo adecuadamente, es decir, cuando la persona no logra desprenderse del objeto perdido y queda atrapada en una fijación patológica. En este sentido, la capacidad para realizar el trabajo de duelo, que implica una liberación gradual del objeto, es esencial para evitar que el sujeto quede estancado en un sufrimiento prolongado que se convierte en patológico.

Las teorías psicoanalíticas posteriores, como la psicología del yo, representada por Hartmann, Kris y Loewenstein, y las teorías de Melanie Klein y John Bowlby sobre el apego, ampliaron la comprensión del duelo. Estas corrientes sugieren que el proceso de duelo es una experiencia interna relacionada con la pérdida de un objeto, que está influido por las relaciones interpersonales y los vínculos afectivos que el individuo establece con los demás. Además, se plantea que el duelo también implica un proceso de reconfiguración emocional y psíquica dentro del mundo interno del individuo.

Entre las diversas formas de pérdida, una de especial relevancia en la experiencia de las mujeres es la derivada de un aborto, el cual representa una vivencia de pérdida con características particulares. Al revisar el estado del arte de esta temática, encontramos que existe

relativamente poca literatura que aborde el aborto desde el enfoque psicoanalítico. Se considera de importancia acceder al tema desde este enfoque debido a que de esta manera podemos comprender algunos de los procesos inconscientes relacionados con la pérdida.

En el caso de las mujeres que atraviesan por un aborto, el duelo involucra en principio la pérdida del embarazo, y además supone la reconfiguración de la identidad personal, las expectativas sobre la maternidad y las relaciones afectivas. Este proceso de duelo es único, pues las mujeres deben enfrentar una pérdida que, aunque además de ser posiblemente muy significativa, puede no ser reconocida o validada socialmente de la misma manera que otras formas de pérdida. Por lo tanto, en el presente trabajo se plantea que el duelo post-aborto puede involucrar complejos mecanismos de defensa, alteraciones en las funciones del yo, y evidenciar un tipo de apego que debe ser comprendido desde una perspectiva psicoanalítica.

Por lo anterior, la pregunta de investigación que guio este artículo fue: ¿Cómo influyen, desde una perspectiva psicoanalítica, los mecanismos de defensa, las características de las funciones del yo, el tipo de apego y el proceso de duelo en mujeres solteras entre 35 y 40 años, que han vivido al menos un aborto quirúrgico? En consecuencia, el objetivo general fue comprender, desde una perspectiva psicoanalítica, la relación entre los mecanismos de defensa, las características de las funciones del yo, el tipo de apego y el proceso de duelo

en mujeres solteras entre 35 y 40 años, que hayan experimentado al menos un aborto quirúrgico.

La metodología empleada en esta investigación fue de tipo inductiva y cualitativa. La técnica de recolección de datos se basó en entrevistas directas con un muestreo por conveniencia. La muestra estuvo conformada por dos mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión

establecidos, a saber, ser solteras, tener entre 35 y 40 años, y haber experimentado al menos un aborto quirúrgico. Las participantes fueron seleccionadas también por su disposición para compartir de manera abierta y detallada sus experiencias.

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La teoría que Freud propone sobre el aparato psíquico comienza en 1915 con la primera tópica, en la cual mencionaba que el aparato psíquico se divide en tres niveles: consciente, inconsciente y preconsciente. En 1923, presenta la segunda tópica, donde menciona que la mente o aparato psíquico consta de tres instancias; el ello, el yo y el superyó.

Primera Tópica: consciente, preconsciente e inconsciente

El término “tópico” significa teoría de los lugares (del griego ΤΟΠΟΙ) y ha sido parte del lenguaje filosófico desde la antigüedad griega (Laplanche, año, p.455). Freud lo utiliza porque menciona que el psiquismo se conforma metafóricamente por “lugares psíquicos” (sistemas con características y localizaciones cerebrales diferentes que interactúan dinámicamente).

Durante el II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, en Buenos Aires (Laznik et al., 2010), se mencionó que la primera tópica buscaba fundamentar la manera en que se constituía y funcionaba un aparato que producía los fenómenos abordados por el método psicoanalítico. Se centra en entender que ciertos sentimientos, deseos y fantasías inconscientes producen síntomas y que hacer consciente lo inconsciente es clave para resolver la problemática de la persona.

En esta primera tópica, se distinguen tres sistemas: consciente, preconsciente e inconsciente. Cada uno tiene una función, y el yo es el encargado de poner censuras que inhiben y controlan el paso del material de un sistema al otro. Freud señala que la consciencia no es una base adecuada para diferenciar los contenidos y procesos psíquicos, mencionando dos tipos de procesos no conscientes (Cueli et al., 2008):

1. Procesos similares a los de la conciencia, que pueden volverse conscientes con un esfuerzo de atención.
2. Procesos reprimidos, que no pueden acceder a la conciencia debido a una fuerza interna de la mente.

Inconsciente

El inconsciente es una de las instancias psíquicas a las que no se puede acceder de forma voluntaria; no se sabe que existe y solo se puede conocer a través de un proceso terapéutico. Fernández (2017) menciona que está constituido por contenidos reprimidos y formado por núcleos de representaciones unidas a las pulsiones. Estas representaciones no están sujetas a la duda ni organizadas cronológicamente y se vinculan por el principio de placer mediante dos procesos: a) El desplazamiento (supone la carga emocional de un objeto redirigida a otro) y b) La condensación (que es la unión de varios fenómenos y fantasías inconscientes en una sola representación mental).

Por su parte, Assoun (2003) señala que el sistema inconsciente se caracteriza por: a) Proceso primario (supone la libre circulación de energía, a diferencia del consciente, que sigue el proceso secundario), b) Ausencia de negación (sugiere que el contenido inconsciente es pura afirmación), c) Atemporalidad (no está sujeto a la ley temporal propia de lo consciente); d) Indiferencia a la realidad material (se regula únicamente por el principio del placer y el proceso primario).

Preconsciente

Se sitúa entre el inconsciente y el consciente. Sus contenidos pueden hacerse conscientes sin esfuerzo y no están sujetos a condensación ni desplazamiento. En el preconsciente, las ideas e imágenes tienen siempre una representación verbal correspondiente (Fernández, 2017). El preconsciente contiene sentimientos, pensamientos y fantasías que no están presentes en la conciencia porque se han olvidado transitoriamente, pero pueden hacerse presentes voluntaria e involuntariamente en cualquier momento.

Consciente

El consciente es la función fugaz y discontinua del sistema percepción-conciencia (Freud, 1981). Fernández (2015) menciona que Freud lo describe como la parte del aparato psíquico ubicada entre el mundo exterior y la memoria, cuya función es registrar todo lo que se percibe del interior y exterior.

El consciente está conectado con el principio de realidad y permite captar la diferencia entre interior y exterior, entender que no siempre es posible satisfacer los deseos de inmediato y postergarlos cuando es necesario. De esta manera, el consciente permite que el sujeto se adapte a la realidad y respete la temporalidad, respondiendo al proceso secundario.

Según Analytike ediciones (2018), la necesidad de un nuevo modelo del aparato psíquico (segunda tópica) surgió de dificultades en la clínica psicoanalítica, especialmente al descubrir aspectos inconscientes en el yo que impiden hacer consciente lo inconsciente, así como sentimientos inconscientes de culpa que se oponen a la cura. Esto dio paso a la necesidad de la segunda tópica.

Segunda Tópica: ello, yo y superyó

Freud concibió la personalidad como una estructura integrada por tres sistemas: el ello, el yo y el superyó.” Estos sistemas deben trabajar armónicamente para satisfacer las necesidades del individuo, y cuando entran en conflicto la persona se vuelve inadaptada” (Hall, 2012, p.25). La energía psíquica, “que permite las funciones psicológicas como pensar y recordar, se distribuye entre estos tres sistemas, siendo crucial para su funcionamiento” (Hall, 2012, p.41).

El ello se rige por el principio del placer, busca la gratificación inmediata y persigue evitar el dolor. El ello no tolera la tensión y se descarga mediante acciones instintivas o reflejas, como comer o tener orgasmos. A pesar de ser atemporal e inconsciente, el ello es controlado por el yo (Hall, 2012). Según Freud, el ello no cambia con el tiempo, y sus deseos pueden ser desplazados hacia otros objetos (justamente mediante el desplazamiento).

El yo, regido por el principio de realidad, tiene la tarea de mediar entre el ello y el superyó, así como con la realidad. Se estructura a partir de experiencias reales y tiene partes conscientes, preconscientes e inconscientes. A través de procesos secundarios, el yo organiza y resuelve los deseos del ello mediante planes de acción y razonamiento. Además, el yo recurre a mecanismos de defensa, los cuales son herramientas o estrategias para resolver situaciones a las que se enfrenta. Un yo bien estructurado va a hacer uso de mayores mecanismos de defensa; un yo de una fortaleza menor va a utilizarlos de forma rígida y automática. Las defensas que actúan frente al ello son inconscientes y sus actividades no son visibles. Las actividades defensivas se vuelven visibles cuando el conflicto entre el ello y el yo se vuelve consciente.

Una de las funciones del yo es enfrentar las amenazas que acechan a las personas y ocasionan que aparezca la angustia. El yo trata de disminuir la angustia por dos vías: a) adoptando métodos realistas para resolver el problema, y b) utilizando métodos que la nieguen, los cuales son llamados mecanismos de defensa del yo (Hall, 2012).

Los mecanismos de defensa en el duelo juegan un papel muy importante, ya que van a servir para poder sobrellevar los efectos de la pérdida, ya sea de manera adaptativa o desadaptativa. El yo va a luchar contra ideas y afectos dolorosos e insoportables de la pérdida.

Entre los mecanismos de defensa, la represión expulsa de la conciencia pensamientos y deseos inaceptables del ello (Álava, 2018). La negación consiste en rechazar la realidad de una situación para evitar la angustia (Cameron, 1990). El desplazamiento redirige impulsos hacia un objeto menos amenazante, mientras que la introyección incorpora características de otros en el yo. Por su parte, la proyección es el mecanismo de atribuir los propios deseos o fallas a otros, y la formación reactiva sustituye impulsos inaceptables por comportamientos opuestos. La regresión implica un retorno a comportamientos más primitivos, y la identificación permite incorporar cualidades de otros a la personalidad, como en la identificación con un objeto perdido.

Por su parte, el superyó se forma a través de la internalización de las normas y valores de los padres, dividiéndose en el ideal del yo y la conciencia moral. El ideal del yo busca la perfección, mientras que la conciencia moral castiga los actos contrarios a los valores internalizados. Estos sistemas trabajan para regular la energía psíquica y equilibrar las demandas del ello y el yo.

La angustia, otro concepto que podemos encontrar en la teoría psicoanalítica, se experimenta en el conflicto entre el ello, el yo y el superyó. Puede manifestarse como angustia real (por amenazas externas), neurótica (temores irracionales relacionados con el ello) o moral (relacionada con la conciencia moral y la culpa). Freud distingue varios tipos de angustia, incluidos los relacionados con la ansiedad por separación y la pérdida de amor; ambos afectan tanto a adultos como a niños.

El estudio del duelo

La palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor. La Real Academia de la Lengua Española (2017) lo define como dolor, lástima, aflicción o como la demostración que se hace para manifestar el sentimiento que se siente por la muerte de alguien.

Cuando muere un ser amado, el duelo aparece como una respuesta natural al ser humano. La mayor parte de las personas que han experimentado un duelo importante en sus vidas, pese al intenso sufrimiento, a través del tiempo y con la ayuda de amigos y familiares son capaces de sobrevivir y adaptarse a la nueva situación sin la persona. Pero otras veces no son capaces de salir adelante, debido a que no existen redes de apoyo. Es el caso del aborto inducido, ya que en ocasiones al considerarse una acción moralmente cuestionable, e incluso en algunos casos ilegal, la mujer que lo enfrenta no puede compartir lo que siente y suele haber carencia de red de apoyo.

Algunos autores también han proporcionado acepciones sobre la palabra duelo. Por ejemplo, O'Connor (en Bustos, 2013) definió al duelo como: "Los cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales y cognitivas que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida (psicológica) por la pérdida de un ser querido, mismos que pueden presentarse ante el conocimiento de la propia muerte u otras pérdidas importantes en la vida" (p.4).

Diferentes teóricos como Kubler Ross, Bowlby y Worden, entre otros, hablan acerca de este tema y coinciden que el duelo es una reacción normal que se genera ante la pérdida de un ser querido. Slaikeu, (1984) menciona que entre las pérdidas más difíciles de superar se encuentran el fallecimiento de un hijo/a y la de un cónyuge.

La duración e intensidad del duelo es diferente para cada una de las personas y depende de muchos factores, por lo que a continuación se mencionarán las características más frecuentes que suele mostrar una persona que pasa por este proceso.

Características del duelo

Los tanatólogos hacen mención de que el duelo siempre será individual, único, temporal y activo; siempre se va a manifestar de forma diferente en cada individuo y va a influir la edad del doliente y de la persona fallecida. También, se pueden considerar algunos factores como la madurez, antecedentes, tipo de pérdida, situación económica, cultura, religión, redes de apoyo y tipo de relación con el fallecido.

Díaz, (2016) menciona algunas características del duelo:

1. El duelo, al ser un proceso, se distingue por no ser inmediato, ya que requiere de tiempo; por lo que no será resuelto de forma inmediata.
2. Es dinámico y está sujeto a variaciones puesto que es algo activo, lo que permite tener cierto control.
3. Es normal, lo que significa que ante la pérdida de alguien significativo es común que aparezca el duelo y que existan reacciones emocionales.
4. Es único, por lo que cada una de las personas pasa por un proceso de duelo diferente, basado en las herramientas (los recursos personales, redes de apoyo, etc.) que tiene para sobrellevarlo.
5. Implica un trabajo personal, por lo que se debe de atravesar por una serie de tareas.

Condicionantes del Duelo

Existen diferentes sensaciones que se pueden desarrollar ante la pérdida de un ser querido, ya que esto va a depender de varios factores, entre ellos se encuentran las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, por lo que en la siguiente tabla

se muestran los factores que condicionan la evolución del duelo, según Yáñez, en donde se enfoca esta autora en la muerte perinatal.

Tabla 1
Factores que condicionan la evolución del duelo

Factores psicológicos	Personalidad. Salud mental. Inteligencia. Capacidad de afrontamiento ante situaciones altamente estresantes. Capacidad de establecer vínculos afectivos.
Factores del doliente	Experiencias pasadas de duelo. Pérdidas secundarias. Otras crisis y estresores concurrentes. Percepción de la realización del bebé en la vida. Creencias religioso-filosóficas y valores.
Factores de la relación con el bebé	Deseos de ser madre o padre. Expectativas en el rol. Asuntos pendientes.
Factores de la muerte	Circunstancias particulares. Súbita o esperada. Existencia o no de duelo anticipado.
Factores sociales	Apoyo social con el que se cuenta. Existencia o no de pareja y calidad de la relación. Estatus educacional y económico. Rituales funerarios.
Factores fisiológicos	Drogas y sedantes. Salud física. Nutrición y ejercicios. Descanso y sueño.

(Yáñez, 2015, p.50)

Yáñez (2015) al igual que Slaikeu (1984) destacan la importancia que tiene el tiempo para la elaboración del duelo en los padres de un bebé, ya que esto depende de las herramientas que tienen para su elaboración y afrontamiento. Si el proceso es exitoso podrán convivir con su dolor, pero esto no implica que olvidarán a su hijo.

En el caso del duelo en el aborto, es importante destacar que se trata de pérdidas poco reconocidas en algunos entornos sociales, esta pérdida puede ser experimentada como una cuestión interior que puede ocasionar temor a futuros embarazos o complicaciones.

O'Connor (2007) menciona que el duelo en el aborto, incluso cuando la mujer decide inducirlo, es similar al que se experimenta por la muerte de un hijo ya nacido. En el caso del aborto, el proceso puede parecer más fácil, ya que gran parte del duelo ocurre antes del procedimiento y durante la toma de decisión. La parte más difícil es tomar la decisión del aborto, porque, generalmente esa decisión implica un conflicto. Por ejemplo, si existe una presión a abortar contra los propios deseos; dichas presiones pueden vivirse a través de amenazas por parte del padre “si tienes al niño, se acaba la relación”, soborno “yo correré con los gastos” o apelando al sentimiento de vergüenza “que dirán las personas”; en estos casos será mucho más complicado elaborar el duelo.

Por lo anterior, podemos decir que con base a lo que dice O'Connor (2007), el duelo comienza mucho antes de realizar el aborto, ya que la decisión juega un papel muy importante, por lo cual también podría llamarse un duelo anticipatorio.

Elisabeth Kübler Ross y su trabajo sobre el duelo

Elisabeth Kübler Ross ha sido una de las autoras más destacadas que han trabajado en torno al proceso de duelo. Nació en 1926 en Zurich (Suiza) y murió el 24 de agosto de 2004. Fue una reconocida psiquiatra y una de las pioneras en realizar estudios sobre la muerte. En 1969 comienza a realizar las primeras discusiones de su modelo, en donde señaló que las personas que estaban próximas a la muerte pasaban por cinco etapas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) y observó que su duración se daba en diferentes periodos de tiempo y mencionaba que no todas las personas atravesaban por todas las etapas.

En su libro *Sobre el duelo y el dolor*, Elisabeth Kübler Ross, menciona que un duelo anticipatorio es generalmente más silencioso que el duelo después de una pérdida, ya que usualmente no se habla de él, porque es un duelo que no se revela a nadie. Esto nos hace ver que el duelo por un aborto inducido entra dentro de los duelos anticipatorios, ya que se está consciente de que va a existir una pérdida y al ser socialmente poco aceptado es más difícil de sobrellevar.

Para efectos de esta investigación, es importante mencionar que Kübler Ross pasó también por dos abortos. Ella misma destacaba la importancia de haber vivido esta experiencia, ya que, en sus palabras, parte de su trabajo “no habría sido posible de no ser por estos tristes virajes del destino” (Kübler-Ross y Kessler, 2004). Su experiencia personal y profesional le permitió identificar las etapas del duelo.

Las etapas que destaca Kübler Ross están basadas en reacciones que las personas tienen ante las pérdidas, por lo que no hay una reacción a la pérdida típica, ni tampoco existe una pérdida típica. La negación, ira, negociación, depresión y aceptación forman parte del marco en el que se aprende a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos que ayudan a la identificación del sentir de la persona, no todo el mundo atraviesa todas etapas y no los hace en el orden

establecido, simplemente con estas etapas que propone Kübler, se puede conocer un poco el proceso de duelo, lo cual ayudará a una preparación para poder vivir y afrontar las pérdidas.

Por último, esta autora recalca que no se entra ni se sale de cada etapa concreta de una forma lineal. Se puede atravesar una, luego otra.

Apuntes sobre el apego

Diversos autores han trabajado sobre la relación entre el duelo y el apego. Uno de los autores que estudió durante varias décadas las relaciones entre ambos fenómenos es Bowlby, debido a que en su trabajo evidencia la relación entre los vínculos afectivos y el duelo relacionándoles con una persistencia interior que proporciona seguridad y confianza (Bowlby, 1963, p. 11), es que se retoman para este trabajo algunos de sus aportes.

Bowlby comprendió el carácter primario del apego como un sistema de motivación arraigado a la necesidad del bebé para mantener la proximidad física del cuidador, no sólo para obtener seguridad emocional sino para lograr su supervivencia. Desde la teoría del apego de Bowlby se explica la tendencia de los seres humanos por establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos; y cómo la alteración o la amenaza de alteración de esos vínculos puede causar fuertes emociones, y finalmente psicopatología.

Mary Ainsworth, quien colaboró con Bowlby durante 4 años, es la autora que estableció una de las tipologías de apego más aceptadas a la fecha (apego seguro, inseguro-evitativo, seguro-ambivalente y desorganizado). Para efectos de este trabajo se definen los siguientes:

Apego seguro

Un niño con apego seguro puede ser capaz de mostrar un grado óptimo de iniciativa a la hora de buscar y mantener contacto físico y proximidad con el cuidador. Se puede experimentar malestar y disgusto ante las separaciones de las figuras de apego, pero se desarrollan capacidades para poder regular el malestar y encontrar consuelo de forma autónoma.

Estos niños se van a convertir en adultos que se van a sentir seguros y bien en sus relaciones interpersonales, serán capaces de identificar quien, y que le afecta, así como quien y que le genera bienestar para poder acercarse. Serán personas que se sentirán queridas y por tanto seguras para poder dedicarse a aprender, descubrir, en lugar de tener que dedicarse a buscar ser queridas para poder contar con seguridad. Los adultos con este tipo de apego reconocerán cuando están angustiados y acudirán a los demás en busca de consuelo y apoyo (Barroso, 2011)

Apego inseguro evitativo

Las figuras de apego son rígidas e inflexibles, los niños que han experimentado diversas formas y grados de abandono, rechazo, abuso o cuidado inconsciente son clasificados con este tipo de apego. Tienden a mostrar menos sociabilidad, mayores manifestaciones de rabia, relaciones más pobres con los pares y peor control sobre los impulsos en la vida posterior (Marrone, 2001). Los niños tendrán presentes a sus figuras de apego, pero para distanciarse de ellas, sobre todo íntimamente, ya que han aprendido que si expresan sus necesidades serán rechazados y por tanto no tendrán ningún tipo de seguridad.

También aprenden que pueden evitar este rechazo y sentir seguridad, si no expresan sus necesidades. Al inhibir la expresión de sus necesidades, maximizan la cercanía de sus figuras de apego y minimizan el rechazo. Estos niños se convertirán en adultos que restringen o inhiben el deseo de reconocer sus estados emocionales, mucho más si estos son negativos, que, por tanto, inhibirán el poder reconocer su angustia, miedo o malestar y el buscar apoyo ante estos estados.

Breve aproximación al concepto de aborto

La palabra "aborto" proviene del latín *abortus*, que se forma a partir del prefijo *ab-* (que significa privación o separación) y *ortus* (nacimiento). Por lo tanto, se puede interpretar como la “privación del nacimiento”. La Organización Mundial de la salud (OMS, 2014) define al aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Desde el punto de vista médico, puede establecerse que se trata de cualquier proceso espontáneo o inducido que termina un embarazo de menos de 20 semanas de gestación o con un peso del producto de la gestación inferior a 500gr.

Dado que el aborto es un tema poco discutido socialmente, las mujeres pueden verse impulsadas a tomar decisiones que pongan en riesgo su vida. En este sentido, la despenalización del aborto en diversas entidades podría contribuir a la prevención de muertes maternas derivadas de abortos inseguros.

Ramos y Fernández (2020) mencionan que la evidencia científica y las sistematizaciones de datos disponibles muestran que no es posible identificar motivos específicos, ya que esto puede depender de condiciones socioeconómicas, recursos materiales, nivel educativo, etapa de vida, la edad, la situación de pareja sexualidad, religión, entre otros. Ante esto puede existir una combinación subjetiva o personal, que pueden estar presentes como: la pareja, familia o la sociedad.

Entre las cuestiones subjetivas, se encuentra el deseo de ser o no ser madre. En ocasiones, la maternidad no se desea como parte del proyecto de vida definitivo, o bien podría no ser un proyecto a corto plazo, pero sí a futuro. Este deseo puede

estar relacionado con las condiciones de vida, que a veces resultan insuficientes para afrontar la maternidad, ya que implica responsabilidades, compromiso, disponibilidad de tiempo y recursos económicos. La pareja también es fundamental, ya que puede referir a este si se está o no, así como el tipo de relación que se mantiene.

Cunningham FG, et al. (2015) clasifican el aborto como: espontáneo, recurrente e inducido de la siguiente manera:

Aborto espontaneo

Este tipo de aborto se clasifica en:

- Amenaza de aborto: Se presenta sangrado vaginal, un orificio cervical cerrado
- Aborto inevitable: Sucede cuando se rompe la fuente y se tiene apertura del orificio cervical, contracciones y sangrado vaginal.
- Aborto incompleto: Se separa la placenta del útero y se abre el orificio cervical, produciendo sangrado vaginal. El feto y la placenta pueden salir parcialmente o permanecer dentro del útero.
- Aborto diferido: Sucede cuando el embrión o feto muere dentro del útero sin causar sangrados, cólicos o dilatación cervical.
- Aborto séptico: Este término se utiliza para referirse a cualquiera de los casos anteriores, que además se complican con una infección.
- Aborto incompleto: Ocurre cuando se expulsa por completo el feto o embrión y la placenta antes de acudir al hospital.

Aborto recurrente

Son mujeres que han presentado 3 o más abortos espontáneos consecutivos. Existen numerosas causas, pero solo 3 se aceptan de forma definitiva:

- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (el sistema de defensa ataca a proteínas de la propia sangre).
- Anomalías cromosómicas en los padres.
- Anomalías del útero.

Aborto inducido

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define al aborto inducido como el resultado de maniobras practicadas, deliberadamente, con ánimo de interrumpir el embarazo. Dichas maniobras pueden ser realizadas por un especialista o por la misma mujer. El aborto inducido se clasifica en:

- Aborto electivo o voluntario: Es la interrupción del embarazo a petición de la mujer sin razones médicas.
- Aborto terapéutico: Se realiza cuando la vida de la madre está en riesgo o el feto o el embrión presentan ciertas enfermedades. También en los casos de violación o incesto.

De acuerdo con la Fundación Redmadre (s.f.), los métodos de aborto inducido se dividen en: productos químicos y en los que se realiza una intervención quirúrgica:

- Succión: Por medio de un tubo aspirador hueco que es introducido en el útero, se succiona el feto y la placenta. Luego se eliminan los restos que queden por medio de una pinza. Aproximadamente en el 95% de los abortos realizados, en los países del primer mundo, se recurre a esta técnica.
- Por envenenamiento salino: Mediante un procedimiento se extrae el líquido amniótico del útero y en su lugar se inyecta una solución salina que, al ser ingerida por el feto, produce su muerte en un máximo de 12 horas. Lo que ocasiona que la madre comience con una especie de trabajo de parto, eliminando al feto muerto. Este método es utilizado luego de las 16 semanas de gestación.
- Por dilatación o Curetaje: Este método es utilizado a partir de las 12 semanas de gestación, cuando el feto ya es muy grande para la succión. A través de la dilatación y el raspado, se van realizando cortes para hacer más fácil la extracción, luego se eliminan los restos con fórceps. No es un método recomendable según la OMS, por ser extremadamente riesgoso
- Pastilla RU – 486: Es efectivo solamente durante la primera y tercera semana, luego de la ausencia del período menstrual. Impide el desarrollo del embrión, al privarlo de la progesterona, una hormona imprescindible para su desarrollo
- Prostaglandinas: Es un fármaco que produce el aborto en cualquier período del embarazo. Generalmente se utiliza a mitad del embarazo o al término de este. Algunas veces se utiliza combinado con la pastilla RU-486 y es sumamente riesgoso para la salud materna.

METODOLOGÍA

La metodología para recolectar la información recabada en la investigación que aquí se presenta fue cualitativa. El método fue deductivo y se trabajó con la técnica de entrevista directa mediante un muestreo por conveniencia. Los criterios de selección fueron los siguientes.

Criterios de Inclusión

- Mujeres que al momento de la entrevista cuenten entre 35 y 40 años, que sean solteras y que hayan vivido al menos un aborto quirúrgico inducido.
- Mujeres que además de cumplir con los requisitos de investigación estén en la posibilidad y disposición de compartir abiertamente su experiencia

Criterios de exclusión

- Mujeres que al momento de la entrevista no cumplan con el rango de edad de 35 a 40, aun cuando sean solteras o hayan vivido al menos un aborto quirúrgico inducido.
- Mujeres que aun cumpliendo con el rango de edad de 35 a 40 años hayan vivido otro tipo de aborto distinto al quirúrgico
- Mujeres que aun cumpliendo con todos los requisitos no estén en posibilidades de compartir abiertamente su experiencia

Diseño de entrevista

Dado que la entrevista fue semiestructurada, se elaboró una guía para orientar los cuestionamientos hacia las dimensiones conceptuales que se buscaba explorar. Una vez formulada la propuesta de preguntas, se consultó a un grupo de 3 personas del área de la psicología familiarizadas con el uso del psicoanálisis, quienes, mediante la técnica de juicio de expertos, emitieron una serie de recomendaciones. A partir de las sugerencias del cuerpo de expertos, se realizaron ajustes a la guía de preguntas, entre los cuales destacaron:

- Se añadió un proceso de revisión para evitar posibles malinterpretaciones que pudieran generar una percepción negativa hacia la entrevistada.
- Se simplificó el lenguaje técnico en algunas preguntas, adaptándolas a un nivel más accesible y coloquial para facilitar su comprensión.
- Se reformularon ciertas preguntas para promover un tono más empático, con el objetivo de que la entrevista fuera percibida como un espacio de confianza y no como un proceso excesivamente rígido o distante.

La versión definitiva de la guía de entrevista semiestructurada que sirvió para llevar a cabo el acercamiento a las informantes se incluye a continuación.

Tabla 2

Diseño de guía de entrevista semiestructurada

DIMENSIÓN POR EXPLORAR	PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
Mecanismos de defensa	¿Alguien se enteró del aborto que tuviste?
Características de las funciones del yo	• ¿Hace cuánto tiempo ocurrió tu aborto? • Durante y después de tomar tu decisión, ¿te resultó difícil afrontarla? ¿En los pensamientos que tenías en ese momento, consideraste las posibles consecuencias de tu decisión? ¿Investigaste acerca del procedimiento que te iban a realizar? • ¿Consultaste con alguien más antes de tomar la decisión de realizarte el procedimiento? • En relación con tu historia de vida, ¿cómo describirías tu relación con tus padres y tu cercanía con ellos?
Tipo de apego	• ¿Alguien te acompañó cuando te realizaste el procedimiento? • ¿Alguna vez has experimentado una pérdida significativa?
Primera tópica: consciente, preconsciente e inconsciente	• Desde que te enteraste de tu embarazo hasta después del procedimiento, ¿cómo te sentiste y qué pensamientos tuviste? Por favor, cuéntame todo lo que puedas recordar. • Cuando piensas en tu experiencia y en el proceso de tomar la decisión de interrumpir tu embarazo, ¿podrías contarme cómo fueron tus pensamientos y sentimientos en ese momento? Me interesa entender qué fue lo que más influyó en tu decisión y cómo te sentiste después de haberla tomado. • ¿Qué pensabas en ese momento y qué has pensado después?
Segunda tópica: Ello, yo y superyó	• ¿Cuánto tiempo te llevó tomar la decisión? • ¿Hubo factores que influyeron en tu decisión, como aspectos sociales, familiares o culturales? • ¿En qué te basaste para tomar la decisión? • Ahora que ha pasado [X] años, ¿ha cambiado tu forma de ver el aborto?

DIMENSIÓN POR EXPLORAR	PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
Duelo	• ¿Cómo te sentiste después del procedimiento quirúrgico? • ¿Experimentaste cambios significativos en tu vida? • ¿Notaste algún cambio en tu estado de ánimo? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo duró? • Ahora que han pasado [X] años, ¿ha cambiado tu forma de ver el aborto?

Una vez delimitada la guía de entrevista y habiendo contactado con dos participantes que cumplieron completamente con los criterios de inclusión antes reportados, se procedió a llevar a cabo las reuniones en las que, generando un espacio seguro y de confianza, ambas mujeres compartieron sus experiencias. Una vez realizadas las entrevistas, se procesaron las respuestas a fin de encontrar patrones recurrentes o narrativas que coincidieran con lo expuesto en los conceptos explicados en la sección anterior de este artículo.

Informante 1

Descripción general

- Edad 36 años
- Trabaja como contadora
- Mamá soltera (hijo de 5 años)
- Vive con su mamá

Relación con la familia

- Mamá: Relación distante, conflictos por temas de comida, pero se apoyan mutuamente. Las muestras de cariño no incluyen abrazos.
- Papá: Infidelidad por parte de él hacia su madre. Relación distante, sin muestras afectivas.
- Hermana: Relación cercana, aunque conflictiva debido a la carga de responsabilidad por el cuidado de su sobrina sin apoyo económico.
- Hijo: Relación cercana y amorosa con muestras de cariño.
- Tía: Relación cercana, existen muestras de cariño por medio de abrazos y palabras

- Abuela paterna: estuvo a su cuidado hasta los 33 años junto con su hermana. La describe como crítica y agresiva en su trato.
- Buena relación, visto como una figura paterna, ya que lo describe como alguien atento y pendiente de ella, justo e imparcial.
- Bisabuelos: Tenía una buena relación, existían muestras de cariño y atención cuando era pequeña.

Nota: A toda la familia las llama por su nombre. No recuerda su infancia.

Relación de pareja

- Primer novio: A los 16 años. Duración 4 a 5 meses. Buena relación.
- Segunda relación: A los 15 años, con un amigo de la familia mayor que ella. No asumió la responsabilidad del embarazo, ya que dejó embarazada a otra chica y tuvo que casarse. Fue una relación esporádica, sin vínculo emocional.
- Tercera relación: Mantuvo contacto esporádico con él durante aproximadamente tres años. Era vendedor de drogas.
- Cuarta relación: Duró siete años con él, es el padre de su hijo. Él no asumió la responsabilidad porque no quería tener más hijos. La relación fue buena hasta que ocurrió el embarazo.

Nota: Después del primer novio no desarrolló relaciones formales.

Duelos

- Bisabuela: Falleció cuando tenía 16 años, justo en el momento en que sus padres se separaron.
- Abuelo Paterno: Falleció cuando tenía 18 años; menciona que aún lo extraña.
- Aborto: Ocurrió cuando tenía 15 años. Duelo no procesado, vivido en silencio y solo acompañado por su tía. Experimentó dificultades para dormir, sensación de ser asustada, llanto frecuente, sentimientos de culpa y la percepción de ser señalada.

Nota: Tres duelos significativos

Exploración preliminar sobre el aborto

- Edad y contexto: A los 15 años, mientras cursaba la preparatoria, se sometió al procedimiento por recomendación de una doctora.
- Tipo de aborto: Inducido.
- Procedimiento: Legrado, debido a que se trataba de un embarazo extrauterino.
- Tiempo de embarazo: 3-4 semanas.
- Responsabilidad de la pareja: La pareja no asumió ninguna responsabilidad.
- Factores de influencia: Su madre tuvo una fuerte influencia en la decisión.
- Red de apoyo: Recibió apoyo incondicional por parte de su tía.
- Impacto emocional: Experimentó sentimientos de culpa y vacío, que ha intentado procesar sin éxito.
- Pensamientos previos al aborto: No reflexionó profundamente sobre la decisión, solo tenía claro que debía realizarse el aborto para evitar un problema mayor.

Pensamientos posteriores al aborto:

- *"A lo mejor fue lo mejor."*
- *"¿Qué hubiera pasado si yo le hubiera dicho a mi abuelo? Falleció sin saberlo."*
- *"Pero qué bien fuiste a abrir las patas, ahora arregla tus chingaderas."*

A continuación se incluye una síntesis de las narrativas examinadas tras la entrevista, tomando en consideración como guía de análisis los conceptos relacionados con: primera tópica, segunda tópica, mecanismos de defensa, tipo de apego y duelo. Para poder identificar los rasgos de cada concepto se incluyen entrecomillados en las tablas fragmentos literales de las entrevistas.

Tabla 3

Análisis de la información obtenida en la entrevista 1

MECANISMOS DE DEFENSA

TOMA DE DECISIÓN:

Represión: Oculta y pone en el inconsciente los sentimientos de angustia, miedo y culpa que le genera el aborto, como una forma de protegerse emocionalmente.

Racionalización: Se ubicó la mención reiterada de razones para justificar el aborto y poder hacer frente a la situación.

ANTES DE LA DECISIÓN:

“En ese momento me empecé a sentir como vacía, como algo que flotaba y solo me dejaba llevar con lo que se tenía que hacer... de algo estaba segura es algo que se tenía que hacer para evitar un problema mayor”

DESPUÉS DE LA DECISIÓN:

“A lo mejor fue lo mejor”

Proyección: La sensación de ser “señalada” después del aborto, ya que puede ser una proyección de sus propios sentimientos de culpa hacia los demás.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FUNCIONES DEL YO

Prueba de realidad: La función de prueba de realidad del yo se observa por la dificultad para distinguir entre la culpa real y la impuesta por el superyó en relación con el aborto.

Regulación y control de impulsos: Muestra deficiencia en esta función, presente en las relaciones esporádicas y el inicio temprano de la sexualidad sin pensar en las consecuencias.

Relaciones objetales: Existen afectaciones, por los patrones de apego inseguro y la dificultad de mantener relaciones estables y satisfactorias.

Procesos de pensamiento: Se muestra rigidez y tendencia a la autocrítica lo que afecta a la resolución de conflictos internos y el correcto procesamiento del duelo.

TIPO DE APEGO

La informante presenta apego inseguro-evitativo, ya que se manifiesta en la dificultad para establecer intimidad emocional y por la elección de relaciones esporádicas sin vínculos profundos. Así mismo, se refleja en sus relaciones adultas y en la forma que nombra a sus familiares por su nombre, manteniendo una distancia emocional.

PRIMERA TÓPICA: CONSCIENTE, PRECONSCIENTE E INCONSCIENTE

Consciente: La informante expresa racionalizaciones como: *“a lo mejor fue lo mejor”*, intentando justificar la decisión del aborto. Esto se ve reflejado como un intento consciente de manejar la culpa y el arrepentimiento.

Preconsciente: La informante tiene pensamientos recurrentes sobre: *“qué hubiera pasado si...”*, lo cual indica un procesamiento preconsciente del evento, donde la fantasía de un final alternativo surge como un intento de resolver el conflicto interno.

Inconsciente: En esta instancia se identifica un superyó punitivo que está internalizado, ya que entre sus verbalizaciones están muy marcadas: *“pero que bien fuiste a abrir las patas, ahora arregla tus chingaderas”*, posiblemente derivado de las figuras primarias críticas. El cual puede influir en sus relaciones y en su autoimagen.

SEGUNDA TÓPICA: ELLO, YO Y SUPERYÓ

ELLO: Impulsa a la informante a querer deshacerse del embarazo de manera rápida sin pensar en las consecuencias (deseo primitivo de eliminar la fuente de la angustia predomina sin considerar la realidad).

Búsqueda de placer y evitación del dolor. El ello busca satisfacer sus impulsos y evitar el sufrimiento a toda costa. La informante percibe el aborto como una solución inmediata para poner fin al embarazo y a la angustia que este le generaba.

Falta de autocontrol. No tuvo la capacidad de autocontrol y de regular emociones. Cede ante la presión de la mamá sin poder imponer sus propios deseos y necesidades.

YO: siente culpa por haber obedecido a su madre y haber abortado, a pesar de que no estaba segura de su decisión.

Tiene miedo a las consecuencias de sus acciones y del juicio de sus familiares. Por lo tanto, en la decisión de enfrentar a su mamá y a sus sentimientos.

SUPERYÓ: Las normas y valores internalizados que ejercen presión sobre la informante y generan sentimientos de culpa y obligación, ya que el superyó está formado por las normas y valores morales impuestos por la mamá, le dicta que debe obedecer y abortar, a pesar de los deseos del yo.

La mamá ejerce influencia sobre el superyó de la informante, que interioriza la obligación de complacer a la figura materna autoritaria.

DUELO

Los duelos de la informante son duelos complicados y no procesados. En el caso del duelo por el aborto se estancó en la

etapa de negación y culpa, ya que tienen elementos de trauma no procesado.

Entre los síntomas que presenta la informante es el insomnio, lo cual se representa como una resistencia a enfrentar contenido reprimido que surge en el estado del sueño, por lo que su incapacidad para dormir puede interpretarse como una manifestación de ansiedad no resuelta y culpa inconsciente.

La sensación de ser “espantada” se puede interpretar como una manifestación del retorno de lo reprimido. La sensación de ser perseguida por espíritus podría simbolizar el feto abortado o partes no integradas del self, lo cual busca reconocimiento y elaboración psíquica.

El llanto frecuente ayuda a su descarga el cual podría ser visto como un intento del aparato psíquico de procesar el duelo no resuelto.

Negación y aislamiento: La informante menciona haber experimentado una fase inicial de negación tras el aborto, por un duelo en silencio y la falta de procesamiento emocional inmediato.

Ira y culpa: Actualmente, la informante se encuentra estancada en esta etapa. Los pensamientos autocríticos y los sentimientos de culpa siguen presentes, lo que indica que no ha logrado avanzar en el proceso de duelo.

Hasta aquí con la información procesada respecto a la primera informante. A continuación se integra la información relacionada con la recolección de información de la segunda informante.

Informante 2

Descripción general

- Edad 36 años
- Trabaja como abogada
- Soltera
- Vive con su familia (papá, mamá y hermana menor)

Relación con la familia

- Mamá: Relación cercana, con muestras de afecto expresadas a través de abrazos, besos, palabras y tiempo compartido. Existe confianza en la relación.

- Papá: Relación distante, ya que lo recuerda como un padre ausente debido a su trabajo. Lo describe como serio y estricto.
- Hermana: Relación cercana, basada en la confianza.

Relación de pareja

- Primer novio: Durante la universidad, duración 5 años.
- Segundo novio: 4 años y medio (2017). Relación más significativa.

Nota: Ha tenido relaciones largas.

Duelos

- Abuelas: No las recuerda con claridad, pero menciona que sintió tristeza al saber que no las volvería a ver.
- Casa: Perdió su hogar debido a un procedimiento civil y fueron desalojados.
- Tía: La considera la figura más significativa en su vida. Siente culpa por no haberse despedido de ella ni haberle agradecido.
- Aborto: Duelo no procesado; aún tiene pensamientos sobre la edad y el sexo que tendría el bebé. Vivió el aborto sin la presencia de su pareja y continuó con sus actividades habituales.

Nota: Actualmente, racionaliza el duelo del aborto con pensamientos positivos.

Exploración preliminar sobre el aborto

- Edad y contexto: A los 31 años, con su segundo novio (en 2018).
- Tipo de aborto: Espontáneo.
- Procedimiento: Legrado, debido a que porque el corazón del feto dejó de latir.
- Tiempo de embarazo: 6 semanas.
- Responsabilidad de la pareja: La decisión fue tomada por ella y su pareja, ya que era un procedimiento necesario. Ella fue quien buscó las opciones para el legrado y él cubrió todos los gastos del procedimiento. Fue acompañada por su mamá y su pareja.

- Contexto: No estaba dentro de sus planes el embarazo, ya que llevaban poco tiempo de relación. Con el tiempo, esto ocasionó conflictos, ya que ambos se echaban la culpa, lo que fracturó la relación.
- Red de apoyo: Recibió apoyo de su madre.
- Impacto emocional: Fue enfocado en lo social, en lo que debería ser una pareja para tener hijos, estar casados, con casa, etc.
- Pensamientos previos al aborto: “Si fui muy egoísta y si me costó mucho trabajo aceptarlo, porque toda mi vida de soltera y de lujos se iba a terminar.”

Pensamientos posteriores al aborto:

- *“¿Por qué habían pasado las cosas? Quizás si había sido mi culpa porque desde el primer momento rechacé ese embarazo, no quería tenerlo.”*
- *“A lo mejor hubiera sido diferente si se lo hubiéramos compartido a la familia.”*
- *“Considero que fue parte de mi inconsciencia, porque andábamos en moto y nos caímos. Considero que todo eso tuvo algo que ver para que el bebé dejara de crecer.”*

Nota: Solo su mamá y su hermana saben sobre el aborto. Menciona sentir tristeza por la pérdida y tiene recuerdos bloqueados sobre el aborto.

A continuación se incluye la tabla que integra el análisis posterior al procesamiento de las narraciones obtenidas tras entrevistar a la segunda informante.

Tabla 3

Análisis de la información obtenida en la entrevista 2

MECANISMOS DE DEFENSA

El yo de la paciente emplea varios mecanismos de defensas para lidiar con el trauma del aborto.

Represión: Reprimió los recuerdos y las emociones asociadas al aborto, evitando así confrontarlas.

Negación: Este mecanismo de defensa le permitió mantener una aparente normalidad, ya que continuó con sus actividades normales.

Racionalización: Racionalizó el aborto con pensamientos positivos. Mencionando que fue lo mejor.

Intelectualización: Intelectualiza la experiencia, enfocándose en los aspectos médicos y prácticos del aborto en lugar de procesar las emociones asociadas con la pérdida.

CARACTERISTICAS DE LAS FUNCIONES DEL YO

Prueba de realidad: Esta función se manifiesta en la aceptación de la informante respecto a la necesidad médica del legado, a pesar de sus conflictos emocionales. Pero se debilita en momentos de estrés y se muestra en sus pensamientos mágicos sobre cómo el “rechazo” inicial hacia el embarazo podría haber causado el aborto.

Regulación y control de impulsos: La función de regulación y control del yo se observa en la capacidad de la informante para manejar los aspectos prácticos del procedimiento al buscar opciones, lo cual demuestra la habilidad de su yo para funcionar inclusive en situaciones de estrés emocional.

Procesos de pensamiento: El yo de la informante lucha por integrar la experiencia del aborto en ella. Lo cual se observa en sus intentos de dar sentido a la experiencia a través de pensamientos sobre edad y el sexo del bebé, así como en sus reflexiones sobre cómo las cosas podrían haber sido diferentes.

TIPO DE APEGO

La informante muestra un apego seguro con su mamá y hermana, debido a su relación cercana, pero con su papá muestra un apego evitativo, ya que lo describe como ausente, serio y “cuadrado”.

En sus relaciones de pareja muestra tendencias hacia un apego ansioso, ya que las relaciones largas de 5 y 4.5 años sugieren una búsqueda de estabilidad, pero la ruptura tras el aborto muestra dificultades para manejar el estrés en la relación, lo cual es característico del apego ansioso.

PRIMERA TÓPICA: CONSCIENTE, PRECONSCIENTE E INCONSCIENTE

Consciente: La informante, a nivel consciente, racionaliza el aborto como una necesidad médica debido a la falta de latido cardíaco. “*fue un procedimiento que se tenía que hacer*” refleja un intento de mantener el control emocional.

También reconoce la tristeza por la pérdida y la necesidad del procedimiento médico. Es consciente de los pensamientos recurrentes sobre la edad y el sexo del bebé, así como las circunstancias que rodearon el aborto, como fue la caída de una moto.

Preconsciente: Surgen pensamientos de la informante sobre la edad y el sexo del bebé, así como cuestionamientos sobre las causas del aborto.

Inconsciente: En este nivel la culpa y el rechazo inicial hacia el embarazo se manifiesta en pensamientos como: “*quizás si había sido mi culpa porque desde el primer momento rechacé ese embarazo*”. Estos sentimientos revelan conflictos con la maternidad y la autoimagen.

SEGUNDA TÓPICA: ELLO, YO Y SUPERYÓ

ELLO: Se manifiestan deseos inconscientes de mantener su estilo de vida y libertad. “*toda mi vida de soltera y de lujos se iba a terminar*”. Estos impulsos entran en conflicto con las expectativas sociales y personales de maternidad. El ello también se muestra en la culpa inconsciente que siente por haber “rechazado” inicialmente el embarazo, reflejando deseos reprimidos de maternidad.

YO: El yo de la informante intenta mediar entre los deseos del ello y las demandas del superyó, buscando soluciones prácticas como organizar el procedimiento de legado. Así mismo el yo es debilitado por el acontecimiento, lo que provoca que aparezca la racionalización.

SUPERYÓ: Es manifestado en los sentimientos de culpa y en la preocupación por las expectativas sociales de como “debería ser una pareja preparada para tener hijos”. Lo cual genera un conflicto interno significativo ya que estos ideales son interiorizados.

También existe autocrítica por considerar que ha sido “egoísta” al no aceptar inicialmente el embarazo reflejando nuevamente las normas morales.

DUELO

Negación y aislamiento: La informante muestra signos de negación al continuar con sus actividades normales después del aborto y al racionalizar el duelo con pensamientos positivos.

Ira y culpa: Se observa ira y culpa en los pensamientos recurrentes sobre el aborto, cuestionando si fue su culpa por rechazar inicialmente el embarazo y la caída de la moto.

Negociación: Por lo que se identifica en esta etapa, ya que se ha realizado preguntas sobre “¿*Qué hubiera pasado sí...?*” Lo cual refleja en sus pensamientos sobre como las cosas podrían haber sido diferentes si hubieran compartido la noticia del embarazo con la familia.

Depresión y aceptación: Aunque es capaz de reconocer la tristeza por la pérdida, no parece haber alcanzado una aceptación completa. Los recuerdos bloqueados sobre el aborto muestran que aún no ha procesado completamente la experiencia, mostrando que el proceso de duelo está en curso.

CONCLUSIONES

Las dos experiencias que se han analizado sugieren que podría existir interrelación entre los mecanismos de defensa, las funciones del yo, el tipo de apego y el proceso de duelo en mujeres que han vivido un aborto quirúrgico. Desde una perspectiva psicoanalítica, se observa que los mecanismos de defensa predominantes incluyen la represión, la racionalización y la proyección, los cuales cumplen la función de atenuar la angustia generada por el conflicto psíquico que puede llegar a provocar la interrupción del embarazo.

Dichos mecanismos, en algunos casos, contribuyen a la adaptación a la realidad, pero en otros dificultan la elaboración del duelo, lo que puede llegar a generar estados de culpa y malestar a largo plazo. En el caso de la primera entrevistada, los mecanismos de defensa han dificultado la elaboración del duelo, la proyección y la culpa han generado un estado de malestar extenso, lo que ha impedido que la entrevistada logre una integración emocional saludable tras la experiencia. La influencia de un superyó punitivo y la falta de un entorno de apoyo han contribuido a que permanezca en una fase de estancamiento, con dificultades para resignificar la pérdida.

Por su parte, para la segunda entrevistada los mecanismos de defensa han contribuido en cierta medida a su adaptación a la realidad. A través de la racionalización y la represión, ha logrado continuar con su vida cotidiana sin enfrentar de manera abierta el impacto emocional del aborto. Sin embargo, esto no significa que el duelo esté resuelto, sino que ha quedado en un estado de latencia, posiblemente manifestándose en otros aspectos de su vida psíquica y emocional.

En cuanto a las funciones del yo, se evidencia que la prueba de realidad puede verse afectada en la medida en que el superyó ejerce una influencia punitiva (sobre todo en la primera entrevistada), incrementando la culpa y distorsionando la percepción de la propia decisión. Asimismo, la calidad de sus relaciones objetales parece estar mediada por su tipo de apego, lo que sugiere que la entrevistada con apego inseguro enfrenta mayores obstáculos en el proceso de duelo, mientras que la segunda, que presenta un apego más seguro, muestra mayor capacidad de elaboración y resignificación de la pérdida.

Respecto al proceso de duelo, se identifica que en ambas entrevistadas este se encuentra interrumpido o estancado en fases como la negación y la culpa. Hagman (1995, en Yoffe, 2013) plantea que el modelo freudiano dejó de lado la importancia del rol que juegan los otros en el duelo, así como los factores sociales que pueden facilitar o impedir la recuperación de quienes han sufrido una pérdida. Desde esta perspectiva, el duelo supone un proceso intersubjetivo que implica la reestructuración del apego hacia la persona o entidad perdida. En este sentido, la falta de espacios de contención y comprensión social (sobre todo en el caso de la primera entrevistada) puede contribuir al bloqueo del duelo.

Tras el análisis de estas experiencias a partir de las categorías psicoanalíticas de Freud, se sugiere que el considerar aspectos como la primera y la segunda tópica ayudan a explorar en aspectos del duelo más allá de la racionalidad y el aparente proceso de avance tras los años que han pasado después de las experiencias de aborto. Tomar en consideración la dinámica inconsciente que articula los mecanismos de defensa, las funciones del yo y las configuraciones de apego, desde la lógica psicoanalítica evidencia que el impacto psíquico del aborto está determinado por una combinación de factores individuales e interpersonales, en los que los mecanismos de defensa pueden operar tanto como formas de protección como de obstáculos para la elaboración emocional. Además, el tipo de apego influye en la capacidad para afrontar la pérdida, y el contexto social juega un papel clave en la validación o negación de la experiencia. Esto resalta la necesidad de enfoques

terapéuticos que consideren tanto al aparato psíquico individual como el fortalecimiento de los lazos interpersonales y la influencia del entorno en la elaboración del duelo por el aborto.

REFERENCIAS

- Analytike ediciones. (9 de marzo de 2018). Presentación del libro: S. Freud. El yo y el ello. La Segunda tópica y sus desarrollos. *Centro Eleia*. <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/presentacion-del-libro-s-freud-el-yo-y-el-ello-la-segunda-topica-y-sus-desarrollos/>
- Assoun, P. (2003). *El vocabulario de Freud*. Nueva Visión
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 500-541.
- Bustos, M. (2013). El duelo (Tesis de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología, Veracruz, México.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (2008). *Teorías de la personalidad*. Trillas.
- Díaz, P. (2016). Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes. España: Fundación Mario Losantos del campo.
- Fernández, L. (2017). Sigmund Freud. *Praxis filosófica Nueva Serie*, (46), 11-41. DOI:10.25100/pfilosofica.v0i46.6201.

- Freud, S. (1915/1981). *Lo inconsciente*. En Obras completas (Vol. 14). Alianza Editorial. (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.)
- Freud, A. (1954). *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós.
- Freud, S. (1917/2004). *Duelo y melancolía*. En Obras completas (Vol. XIV). Amorrortu.
- Freud, S. (1926/2006). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras completas (Vol. XX). Amorrortu.
- Hall, C. S. (2012). *Compendio de Psicología Freudiana*, España: Paidós.
- Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2004). *Sobre el duelo y el dolor*. Editorial Luciérnaga.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). Diccionario de psicoanálisis. En *Trabajo del Duelo* (pp. 435-436). Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado 1968)
- Laznik, David, Lubián, Elena Carmen y Kligmann, Leopoldo (2010). Hacia una clínica de la segunda tópica freudiana. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Editorial Prismática.
- https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. Editorial Trillas.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Unifé*, 21(2), 129-153.

DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN TORNO AL GÉNERO EN LA UJS: UNA EVALUACIÓN DE IMPACTO

ARTÍCULO



Autoría: *María Esther Chamosa Sandoval, Ivette Esperanza Corzas García, Luz María Gómez Pichardo*

Adscripción: *Dirección Académica y de Investigación*

Fecha de recepción: *09 febrero 2025*

Fecha de aceptación: *28 febrero 2025*

Artículo presentado originalmente en: *XIV Jornada Nacional de Investigadores en Educación y Valores, en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (25 de septiembre 2024).*

RESUMEN

En el marco del "Programa CEIBA de Integridad Profesional y Académica" de la UJS, la Dirección Académica y de Investigación impulsa, con fines preventivos, acciones de divulgación sobre género a fin

de sensibilizar y promover la reflexión crítica entre la comunidad académica para fomentar la igualdad de género en un entorno universitario libre de violencia y discriminación. La iniciativa de divulgación está enmarcada en el paradigma sociocrítico y el enfoque de la investigación-acción. Se evaluó la relevancia e impacto de estas acciones mediante un cuestionario de opción múltiple, completado por 134 estudiantes, cuyos resultados fueron analizados mediante cálculos de media y mediana. Los hallazgos revelaron un alto nivel de conocimiento sobre la diferencia entre sexo y género, así como una amplia conciencia respecto a la disparidad de género, con una clara oposición a esta situación. Además, se observó un consenso sobre la importancia de divulgar información relacionada con estas temáticas y una favorable percepción hacia las actividades de sensibilización. Estos hallazgos indican una comprensión elevada de la problemática y una actitud crítica, lo que sugiere la pertinencia de las acciones. Se sugiere complementar la difusión de los materiales con dinámicas colectivas que promuevan la reflexión y acción comunitaria transformadora.

ABSTRACT

Within the framework of the "Programa CEIBA de Integridad Profesional y Académica" at Universidad Justo Sierra, the **Dirección Académica y de Investigación** promotes dissemination actions on gender with preventive purposes to raise awareness and encourage critical reflection among the academic community to foster gender equality in a university environment free of violence and discrimination. The dissemination initiative is framed within the socio-critical paradigm and the action-research approach. The relevance and impact of these actions were assessed through a multiple-choice questionnaire completed by 134 students, whose results were analyzed using mean and median calculations. The findings revealed a high level of knowledge regarding the difference between sex and gender, as well as a broad awareness of gender disparity, with clear opposition to this situation. Additionally, a consensus was observed regarding the importance of disseminating information related to these topics, along with a favorable perception of awareness-raising activities. These findings indicate a high level of understanding of the issue and a critical attitude, suggesting the relevance of the actions taken. It is recommended to complement the dissemination of materials with collective dynamics that promote reflection and transformative community action.

Palabras clave: Programa CEIBA, género, sensibilización, divulgación, investigación-acción

Key Words: Programa CEIBA, gender, awareness-raising, dissemination, action-research.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prohíbe todo tipo de discriminación que pueda atentar contra la dignidad humana, la persistencia de la violencia y desigualdad de género en diversos ámbitos del país son realidades que impactan significativamente la vida cotidiana. Según el Boletín Estadístico de 2019 del INMUJERES, el 23.7% de la población adulta reportó que entre 2014 y 2019 se le negó injustificadamente al menos un derecho básico. Adicionalmente, en dicho Boletín se reporta mayor vulneración de los derechos de las mujeres, con un 24.9%, en comparación con el 22.4% de los hombres (INMUJERES, 2019).

Por otro lado, en cuanto a la violencia se refiere, de acuerdo con el INEGI y ONU Mujeres, hay 61.5 millones de mujeres en México de las cuales el 63% de 15 años o más han experimentado un evento violento en algún momento de su vida; 1 de cada 4 mujeres ha reportado haber sufrido discriminación en su lugar de trabajo y 36.7% de mujeres se encuentran en una situación de pobreza moderada y 9.6% en pobreza extrema (INEGI y ONU, en Gobierno de México, 2023).

Ante este escenario, es que las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad de promover valores como el respeto, la igualdad y el derecho a la no discriminación, que contribuyan activamente a la formación de ciudadanías comprometidas con su entorno y con la construcción de sociedades más equitativas e incluyentes.

La Universidad Justo Sierra (UJS), a través de su Dirección Académica y de Investigación (DAI), ha impulsado algunas iniciativas orientadas a promover una "Universidad libre de violencias y discriminación, con igualdad de género." En este contexto, destaca el "Programa CEIBA de Integridad Profesional y Académica", el cual tiene como objetivo principal fomentar la ética y la honestidad en los ámbitos académico y profesional. Derivado de dicho programa se han establecido las "Pautas para la prevención, atención y sanción de actos de discriminación, acoso y violencias de género", y entre las acciones para la prevención se llevan a cabo actividades de sensibilización y divulgación.

Por lo tanto, el propósito de este artículo es informar sobre la evaluación del impacto de los materiales que se comparten periódicamente dentro de la comunidad académica, con el fin de abordar preventivamente temas relacionados con género, violencia y discriminación. Esta evaluación busca identificar áreas de mejora para la

iniciativa y fortalecer las acciones de sensibilización y divulgación en estos ámbitos.

La metodología de la iniciativa de divulgación está enmarcada en el paradigma sociocrítico que busca entender las estructuras sociales y culturales desde una perspectiva crítica, destacando las relaciones de poder, las injusticias y las desigualdades; promoviendo la reflexión y acción transformadora. La intervención escolar se realizó siguiendo el enfoque de la investigación-acción, el cual implica la participación activa de las y los actores escolares en la identificación de problemas, la formulación de soluciones y la implementación de acciones para abordar dichos problemas en un contexto específico.

DESARROLLO

Marco de referencia y problematización

A nivel global, las mujeres tienen una menor presencia en el mercado laboral y la igualdad de género en el empleo sigue representando un gran reto. Según datos del Centro de Investigación en Política Pública (IMCO, 2024), México se ubica como el cuarto país con menor participación económica femenina en América Latina. Si bien se han implementado políticas y programas para promover la igualdad de oportunidades laborales entre hombres y mujeres, aún persisten disparidades en términos de salarios, acceso a puestos de liderazgo y equilibrio entre el trabajo y la vida personal, además de otros aspectos.

En la década de 1980, surgió el término "techo de cristal" para describir aquellas barreras sutiles que limitan el acceso de las mujeres a puestos de alto rango con la misma frecuencia que los hombres, lo que genera una limitada representación de mujeres en roles de liderazgo dentro de las organizaciones (Martí Reyes y Cervera Delgado, 2021).

En 2014, Guil Bozal se refirió al “techo de cristal blindado”, destacando cómo los mecanismos patriarcales se ajustan para mantener el poder en las esferas más altas, incluso ante intentos de equilibrar la representación de género. La autora subrayaba que “el acceso a la docencia y a la investigación, sobre todo a los niveles más masculinizados que conforman la cúpula del sistema de ciencia y tecnología, continúa siendo un coto privado masculino” (2014, p. 130). A pesar de las acciones afirmativas que se aplican cada vez con mayor frecuencia en instancias públicas y privadas respecto a la paridad de género, el techo de cristal sigue siendo una realidad problemática para las mujeres profesionistas, universitarias y docentes en Iberoamérica (Gaete Quezada, 2015; Puente Esparza, et al., 2020; Quiroga-López, et al., 2020; Segivia-Saiz, et al., 2020).

Esta problemática evidencia que las estructuras patriarcales perpetúan la discriminación de género al limitar el acceso de las mujeres a roles de liderazgo y reconocimiento en ámbitos como la academia y la investigación. Adicionalmente, esta discriminación contribuye a un ambiente que puede propiciar la aparición o aumento de violencias de género que refuerzan estereotipos y desigualdades, dificultando la igualdad de oportunidades y el pleno desarrollo profesional de las mujeres.

Marco conceptual

En términos generales, la discriminación implica tratar de manera desigual y menos favorable a determinadas personas o grupos basándose en características específicas, ya sean autodefinidas o asignadas. Las prácticas discriminatorias se fundamentan en estereotipos, prejuicios negativos y estigmas, los cuales llegan a ejercer influencia en las relaciones humanas y las acciones públicas; actuando como motores culturales y simbólicos que generan un sistema de dominación y violación de las libertades fundamentales (Rodríguez, 2011, en Pereda, 2022, p. 238).

La discriminación de género puede contribuir directamente a la desigualdad de género, ya que refuerza las disparidades existentes entre hombres y mujeres en áreas como la educación, el empleo, la participación política, entre otras. De acuerdo con el Diccionario de Injusticias, la desigualdad de género puede ser entendida como “...la desventaja comparativa de las mujeres para acceder a recursos y oportunidades en todos los ámbitos de la vida social...” (Pereda, 2022, p. 206). En el contexto universitario, la desigualdad de género puede llegar a manifestarse de diversas maneras. Por ejemplo, el uso sexista del lenguaje por parte de docentes y administrativos puede reforzar estereotipos y perpetuar la

discriminación. Asimismo, algunas estrategias pedagógicas pueden ser violentas y discriminatorias, ya sea por ignorar las necesidades específicas de género o por reproducir normas de género tradicionales que excluyen a ciertos grupos.

Como categoría de análisis, en el marco de las ciencias sociales y humanidades, el término desigualdad de género se utiliza enfáticamente para describir la desigualdad en diversos contextos:

...la desigualdad laboral (la división del trabajo, la brecha salarial), la desigualdad económica (propiedad), la desigualdad de oportunidades (en el ámbito laboral, educativo, científico, académico), la desigualdad en el acceso a los servicios (salud), la desigualdad política (la subrepresentación política de las mujeres), la desigualdad de valores y percepciones sociales en torno a lo masculino y lo femenino, entre otros. (Pereda, 2022, p. 207).

Así, los estereotipos de género presentes en las dinámicas laborales pueden influir en la manera en que los y las docentes distribuyen las oportunidades y recursos entre los miembros de la comunidad universitaria; lo que puede llegar a limitar el acceso de las mujeres a roles de liderazgo y reconocimiento académico.

Por otro lado, es importante destacar que la discriminación y las desigualdades de género pueden ser tanto causas como consecuencias de las violencias de género. Las violencias de género abarcan cualquier forma de abuso ejercida contra alguien debido a las expectativas sociales de género. Dichas violencias afectan a mujeres principalmente y pueden manifestarse de diversas maneras, como física, psicológica o sexual, en diferentes contextos como el familiar o laboral; siendo el feminicidio su forma más extrema (CNDH, 2020). Se trata de violencias funcionales que suelen mantener la subordinación de la posición femenina en la estructura social (Pereda, 2022).

Marco epistemológico y pedagógico

El proyecto que aquí se comparte, está fundamentado epistemológicamente en el paradigma sociocrítico, el cual se basa en la lógica dialéctica, el marxismo y el pensamiento crítico. Este paradigma supone que el conocimiento y la realidad social se interrelacionan intrínsecamente, lo que implica que las estructuras y dinámicas sociales influyen en la producción y validación del conocimiento.

En esta lógica, el paradigma sociocrítico aboga por la cohesión de la teoría con la práctica para generar conocimiento, así “...este paradigma pretende involucrar de manera activa a los sujetos a investigar, pretendiendo siempre enlazar la teoría

con la práctica dando protagonismo al investigador y reflexionando sobre la relevancia de la investigación a favor de la comunidad” (Loza Ticona, et al., 2020, p. 37).

Como sustento metodológico en la educación, el paradigma sociocrítico supone la necesidad de integrar el conocimiento teórico con la práctica educativa, cuestionando la supuesta neutralidad de la ciencia y la investigación (Colunga Santos, et al., 2013). Además, promueve la comprensión de la realidad como praxis y busca utilizar el conocimiento para alcanzar la libertad del individuo, implicando al investigador en la solución de problemas mediante la autorreflexión (Colunga Santos, et al., 2013). Desde este enfoque, la experiencia educativa se basa en el análisis crítico de la sociedad, y la reflexión sobre las prácticas educativas es fundamental para fomentar una educación liberadora y contribuir a la construcción de una sociedad más justa.

Ahora bien, desde el punto de vista pedagógico, la iniciativa ha sido guiada por las principales características de la investigación-acción. Según Latorre (2005, p. 24), ésta se define como una forma de investigación reflexiva llevada a cabo por las personas involucradas en situaciones sociales, con el propósito de mejorar la racionalidad y justicia de: a) sus propias acciones sociales o educativas; b) su comprensión de estas acciones; y c) las situaciones e instituciones donde estas acciones se desarrollan, como aulas o escuelas.

La investigación-acción se encuentra íntimamente relacionada con el paradigma sociocrítico, ya que “exige del investigador una incesante reflexión acción-reflexión-acción, el cual implica la responsabilidad del investigador/a desde la práctica para realizar el cambio y la liberación de todos aquellos actos que forjen la transformación social” (Ricoy, 2006, en Loza Ticona, et al, 2020, p. 32). Según la teoría crítica, la investigación-acción consta de tres etapas: observación (identificación del problema y recolección de datos), reflexión (análisis e interpretación de la información) y acción (implementación de soluciones). Se diferencia de otros enfoques metodológicos por su enfoque en resolver problemas mediante mejoras concretas (Creswell, 2013, en Loza Ticona, et al, 2020, p. 32).

Adicionalmente, las iniciativas de divulgación y sensibilización de género llevadas a cabo por la Dirección Académica y de Investigación de la UJS, también se han fortalecido con algunas rutas propuestas por las pedagogías feministas restaurativas de Cruz Cruz et al. (2022). Estas pedagogías buscan restaurar la universidad, el tejido social y las relaciones, así como abordar los daños causados por prácticas violentas.

Las pedagogías restaurativas son una combinación de prácticas, herramientas y métodos que buscan prevenir o resolver pacíficamente conflictos y violencias, privilegiando el diálogo y la escucha. Se orientan hacia la prevención del conflicto mediante la creación de disposiciones favorables al diálogo y la comunicación abierta (Cruz Cruz, et al., 2022).

En este sentido, estas pedagogías se alinean con los principios del paradigma sociocrítico y la investigación-acción al promover una reflexión crítica sobre las estructuras de poder y las desigualdades de género en la universidad, así como al proponer acciones concretas para transformar las dinámicas educativas y sociales hacia una mayor equidad y justicia de género (Cruz Cruz, et al., 2022).

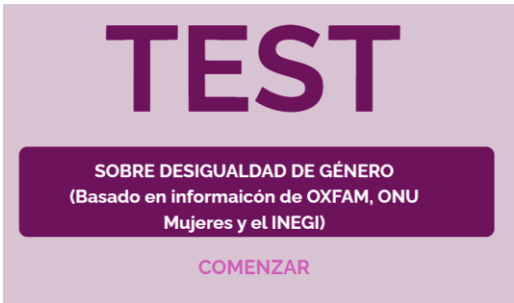
Descripción de la experiencia

Como parte del "Programa CEIBA de Integridad Profesional y Académica", promovido por la DAI de la UJS, se realizan acciones periódicas de divulgación sobre temáticas de género, compartidas a través de los canales de comunicación institucionales. El propósito principal de estas dinámicas es sensibilizar y fomentar la reflexión crítica entre la comunidad universitaria, para promover la igualdad de género y contribuir a un entorno universitario libre de violencia y discriminación.

Los materiales divulgados abarcan tres aspectos: a) la esfera conceptual, que consiste en una presentación digital en línea que ofrece información sobre la temática abordada; b) la esfera estadística contextual, que se muestra a través de infografías que ilustran datos estadísticos sobre discriminación, violencia, entre otras temáticas; y c) la esfera actitudinal-reflexiva, que incluye un test para que la comunidad universitaria explore su conocimiento respecto a los temas y reflexione sobre sus percepciones y posturas.

El corpus de análisis estuvo integrado por el primer paquete de divulgación enviado, titulado "Introducción al género" y tuvo como objetivo: proporcionar a la comunidad universitaria una base conceptual sobre los aspectos básicos relacionados con el género, a fin de crear conciencia y promover la reflexión crítica mediante información verificada. Este material contó con la siguiente estructura:

Tabla 1
Esfera conceptual, estadística contextual y actitudinal-reflexiva del material

Esfera conceptual	 
Esfera estadística contextual	 
Esfera actitudinal-reflexiva	 

A fin de apreciar la pertinencia de esta iniciativa, se buscó evaluar el impacto de los materiales. En consecuencia, el objetivo general fue identificar áreas de mejora y fortalecer las acciones de sensibilización y divulgación. Para cumplir con esto se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de comprensión sobre conceptos básicos sobre género y discriminación.
- Examinar las percepciones y experiencias de las y los estudiantes respecto a la violencia y discriminación de género.

- Identificar las actitudes y opiniones de los y las estudiantes respecto a la igualdad de género y la necesidad de iniciativas de sensibilización y divulgación en la universidad.
- Explorar la percepción sobre la importancia de las acciones de divulgación en la promoción de la sensibilización y reflexión crítica sobre temas de género y discriminación.

Para concretar lo anterior, se diseñó un cuestionario de opción múltiple, en escala de Likert, que exploró 4 dimensiones distribuidas en 7 ítems.

Tabla 2
Matriz de categorización de preguntas por dimensiones de investigación

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Conocimiento sobre la temática	• ¿Tienes clara la diferencia entre sexo y género? • ¿Te has cuestionado sobre los roles, características y oportunidades que se consideran apropiadas para hombres, mujeres, niñas, niños, o personas no binarias?
Experiencias relacionadas con la temática	• ¿Alguna vez te han ofendido, intimidado o desvalorado por recibir algún comentario o actitud a razón de tu identidad sexo genérica? Ya sea porque eres mujer, hombre o parte de la comunidad LGBTTIQ+
Conciencia sobre el impacto de la problemática	• ¿Sabías que (de acuerdo con ONU Mujeres) las mujeres suelen ganar 16% menos que los varones (aun realizando el mismo trabajo)? • ¿Estás de acuerdo con que sigan ocurriendo este tipo de diferencias?
Percepción sobre la iniciativa de sensibilización y divulgación	• ¿Consideras importante que la Universidad difunda información sobre estas temáticas? • ¿Consideras pertinente o necesario realizar actividades como esta?

El instrumento fue completado voluntariamente, entre noviembre de 2023 y mayo de 2024, por 134 estudiantes, con una distribución de 69% mujeres y 31% varones (0% se identificó en la categoría “otro”). La muestra incluyó estudiantes de diversos programas académicos, como Ciencias de la Comunicación, Derecho, Estomatología, Gastronomía, Propedéutico de Medicina, Médico Cirujano, Nutrición, Pedagogía del Deporte, Psicología y Relaciones Internacionales. Para la evaluación de las respuestas, se empleó una escala de Likert de 5 puntos, donde el valor 5 indicaba acuerdo o aceptación y el valor 1 indicaba desacuerdo o no aceptación. Se calcularon tanto la media como la mediana de las respuestas para cada dimensión.

Tabla 3
Matriz de resultados obtenidos

ÍTEMS	1	2	3	4	5	Media	Mediana
¿Tienes clara la diferencia entre sexo y género?	0	0	5	45	84	4.10	4
¿Te has cuestionado sobre los roles, características y oportunidades que se consideran apropiadas para hombres, mujeres, niñas, niños, o personas no binarias?	9	16	28	43	38	3.72	4
¿Alguna vez te han ofendido, intimidado o desvalorado por recibir algún comentario o actitud a razón de tu identidad sexo genérica? Ya sea porque eres mujer, hombre o parte de la comunidad LGBTTIQ+	45	31	30	16	12	2.99	3
¿Sabías que (de acuerdo con ONU Mujeres) las mujeres suelen ganar 16% menos que los varones (aun realizando el mismo trabajo)?	4	2	15	43	70	4.17	4
¿Estás de acuerdo con que sigan ocurriendo este tipo de diferencias?	7	4	6	8	109	4.68	5
¿Consideras importante que la Universidad difunda información sobre estas temáticas?	3	1	2	22	106	4.69	5
¿Consideras pertinente o necesario realizar actividades como esta?	2	0	7	41	84	4.38	4

Los resultados revelan alto nivel de conocimiento sobre la diferencia entre sexo y género, así como un nivel de reflexión significativo sobre los roles de género y las expectativas sociales asociadas, con una media de 4.10 y una mediana de 4 para la dimensión de “Conocimiento sobre la temática”. Esto sugiere una comprensión elevada en esta área por parte de los y las participantes. Sin embargo, también se observa la presencia de experiencias de discriminación basadas en la identidad de género entre algunas personas.

En el rubro “Experiencias relacionadas con la temática”, cabe enfatizar que 12% de las personas encuestadas declararon haberse sentido ofendidas, intimidadas o desvalorizadas al recibir comentarios o actitudes discriminatorias debido a su identidad sexogenérica. El 16% declaró haberlo experimentado de manera frecuente, el 30% ocasionalmente y el 31% raramente; únicamente el 45% indicó no haberlo experimentado jamás.

En términos de conciencia sobre la problemática, se destaca un reconocimiento generalizado de la disparidad salarial de género, así como un claro rechazo hacia la continuación de estas diferencias en el ámbito laboral, con una media de 4.42 y una mediana de 4 para la dimensión de “Conciencia sobre el impacto de la problemática”. Estos hallazgos indican que hay entendimiento y actitud crítica hacia esta problemática.

Respecto a la percepción sobre la iniciativa de sensibilización y divulgación, los resultados reflejan que hay consenso en cuanto a la importancia de divulgar información sobre género, violencias y discriminación dentro de la comunidad universitaria, así como una percepción favorable hacia la realización de actividades de sensibilización y divulgación, esto es con una media de 4.54 y una mediana de 5 para la dimensión de “Percepción sobre la iniciativa de sensibilización y divulgación”.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta primera evaluación se percibe que, en la práctica, el uso de metodologías sociocríticas, implementadas a través de la investigación-acción y las pedagogías restaurativas, puede ser un auxiliar pertinente para llevar a cabo las labores de divulgación y sensibilización derivadas del “Programa CEIBA de integridad profesional y académica” y que forman parte de las “Pautas para la prevención, atención y sanción de actos de discriminación, acoso y violencias de género”.

Los resultados de esta primera evaluación entre la comunidad estudiantil indican recepción positiva y disposición abierta por parte del estudiantado hacia las temáticas abordadas. No obstante, es fundamental considerar la necesidad de explorar las percepciones y posturas de docentes, personal directivo, administrativo y de apoyo. En caso de ser necesario, se deberán

implementar acciones focalizadas para prevenir la aparición de problemáticas derivadas de estereotipos o prácticas tradicionales.

Uno de los desafíos identificados en este estudio es la percepción de incidencia, reportada por el 55% de participantes, en el ámbito de "Experiencias relacionadas con la temática". Estas personas declararon que alguna vez en su vida se han sentido ofendidas, intimidadas o desvalorizadas debido a comentarios o actitudes discriminatorias relacionadas con su identidad sexogenérica (16% frecuentemente, 30% ocasionalmente, 31% raramente). Esto subraya la importancia de abordar este aspecto con especial atención. En caso de que se identifique que algunas personas presentan secuelas o problemáticas socio afectivas derivadas de eventos de discriminación a razón de género, sin importar el momento de su vida en que lo hayan experimentado, la

UJS canalizará a las o los estudiantes al Departamento de Psicopedagógico y, de ser necesario, a la Clínica Universitaria de Psicología para poderles apoyar puntual.

Desde la lógica de Eréndira Cruz Cruz, et al., (2022), las aulas deben ser “El espacio en potencia que puede activarse a través de un colectivo que piensa, siente, disiente y dialoga” (p. 19). La UJS puede contribuir a esta idea creando espacios que fomenten el diálogo, la reflexión crítica y la participación activa de toda la comunidad universitaria. Esto implica promover actividades que estimulen el pensamiento crítico, el intercambio de ideas y el respeto por la diversidad de opiniones, lo que concuerda con la filosofía humanista de la UJS. Acciones como estas pueden coadyuvar a la promoción de una “Universidad libre de violencias y discriminación, con igualdad de género”, lo que contribuye a cristalizar el compromiso de la universidad de “educar para la vida”.

REFERENCIAS

- CNDH. (2020). Política de igualdad de género, no discriminación, inclusión, diversidad y acceso a una vida libre de violencia 2020-2024. CNDH México. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-11/Politica_Igualdad_Genero_2020-2024.pdf
- Colunga Santos, S., García Ruiz, J., Blanco Colunga, C. (2013). El docente como investigador y transformador de sus propias prácticas. La investigación-acción en educación. *Revista Transformación*. 9(1). pp. 14-23. <https://core.ac.uk/download/pdf/268093426.pdf>
- Cruz Cruz, E., González Juárez, M., Sánchez Ramírez, K., Pérez Díaz, J. (2022). *Pedagogías restaurativas*. UNAM, CIEG.
- Gaete Quezada, R. (2015). *El techo de cristal en las universidades estatales chilenas. Un análisis exploratorio*. *Revista iberoam. educ.* 6(17). pp.3-20. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-28722015000300003&script=sci_abstract
- Gobierno de México. (2023). ¿Conoce algunas estadísticas sobre las modalidades de la violencia contra las mujeres? Gobierno de México. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/conoce-algunas-estadisticas-sobre-las-modalidades-de-la-violencia-contra-las-mujeres#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20Inegi,de%20mujeres%20se%20encuentra n%20en>
- Guil Bozal, A. (2014). Techos de cristal blindado. *INFAD Revista de Psicología*, 6(1). pp.129-134. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851790014.pdf>
- IMCO (2024). Datos y propuestas por la igualdad. Centro de investigación en política pública. <https://imco.org.mx/datos-y-propuestas-por-la-igualdad/>
- Latorre, A. (2005). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. GAÓ.

-
- Loza Ticona, R., Mamani Condori, J., Mariaca Mamani, J., Yanqui Santos, F. (2020). Paradigma sociocrítico en investigación. *Psique Mag.* 9(2). <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/216>
- Martí Reyes, M., Cervera Delgado, C. (2021). Mujeres académicas frente al techo de cristal. Un estudio de caso en educación superior. *South Florida Journal of Development.* 2 (2). pp. 1853-1861. <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/download/284/279/901>
- Pereda, C. (Ed.). (2022). *Diccionario de Injusticias*. Siglo XXI Editores y UNAM.
- Puente Esparza, M., Briano Turrent, G., Ramírez Flores, E. (2020). El Techo de Cristal en Universidades Públicas de México. Un Análisis Exploratorio. *Revista ACACIA.* 2(16). <https://cienciasadmvastyp.uat.edu.mx/index.php/ACACIA/article/view/263>
- Quiroga-López, M., Poaquiza-Poaquiza, Á., Altamirano-Altamirano, S. (2020). Techos de cristal en la docencia femenina universitaria. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora.* 3(6). <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/207>
- Sánchez de los Monteros Arriaga, A. (2020). La violencia de género en México, ¿en qué vamos? *Revista Digital Universitaria.* 21(4). 1-10. https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/a1_v21n4.pdf
- Segovia-Saiz, C., Briones-Vozmediano, E., Pastells-Peiró, R., González-María, E. y Gea-Sánchez, M. (2020). Techo de cristal y desigualdades de género en la carrera profesional de las mujeres académicas e investigadoras en ciencias biomédicas. *Grac Sanit,* 34(4). Pp. 403-410. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv34n4/0213-9111-gs-34-04-403.pdf>

PERCEPCIÓN DE FUTURAS MÉDICAS SOBRE VOCACIÓN, DESEMPEÑO ACADÉMICO Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL

ARTÍCULO



Autoría: Claudia Dorado Martínez y María Esther Chamosa Sandoval.

Adscripción: Médico Cirujano y Dirección Académica y de Investigación

Fecha de recepción: 26 febrero 2025

Fecha de aceptación: 06 marzo 2025

RESUMEN

Diversos estudios han documentado que, a pesar de la evidente feminización de la formación médica, persisten sesgos de género en el ejercicio profesional y en la percepción social de la profesión. En el ámbito académico, estas desigualdades pueden influir en la construcción de la identidad profesional y en las expectativas de desarrollo de las estudiantes de Medicina. El objetivo del presente estudio fue explorar las percepciones de una muestra de universitarias que cursan los ciclos básicos de la Licenciatura en Médico Cirujano

de la Universidad Justo Sierra, con el fin de conocer su vocación médica, percepción del propio desempeño académico, claridad respecto al proyecto profesional e inquietudes en torno a la perspectiva de género en el ámbito profesional; así como identificar si estos aspectos varían conforme avanzan en los semestres. Para ello, se empleó un diseño metodológico cuantitativo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 103 estudiantes de los primeros cuatro semestres de la licenciatura en Médico Cirujano, quienes respondieron un cuestionario autoadministrado de 10 ítems. Los resultados evidencian un cambio progresivo en la percepción de las estudiantes a lo largo de su formación, caracterizado por una reducción de la influencia familiar en la elección de la carrera y un incremento en la preocupación por la legitimación de su autoridad profesional y las condiciones laborales. A medida que avanzan en los semestres, se observa una postura más crítica frente a las desigualdades de género en el ámbito académico y profesional, acompañada de inquietudes persistentes respecto a la seguridad en el ejercicio clínico y la conciliación entre la vida personal y la trayectoria médica. Los hallazgos subrayan la necesidad de establecer políticas laborales

que promuevan condiciones equitativas en el acceso a oportunidades de especialización, liderazgo y desarrollo profesional dentro del sector salud.

ABSTRACT

Several studies have indicated that, despite the increasing feminization of medical training, gender biases persist in professional practice and the societal perception of the field. Within the academic sphere, these inequalities can influence the development of professional identities, and the expectations placed on medical students. The aim of this study was to examine the perceptions of a group of university women enrolled in the foundational courses of the Bachelor's Degree in Medicine at Universidad Justo Sierra. The research focused on understanding their medical vocation, their views on academic performance, their clarity regarding professional aspirations, and their concerns related to gender perspectives in the medical field. Furthermore, it sought to determine whether these aspects evolve as they advance in their formation. In order to achieve this, a quantitative, cross-sectional, and descriptive methodological design was employed. The sample consisted of 103 female students from the first four semesters of medical education who completed a self-administered questionnaire containing 10 items. The findings indicate a gradual shift in the views of female students throughout their education. This shift is characterized by a diminishing influence of family on career choices and an increased emphasis on the legitimacy of their professional authority and working conditions. As these students progress in their studies, they cultivate a more critical perspective on gender

inequalities in both academic and professional settings. Additionally, they express ongoing concerns regarding safety in clinical practice and the challenge of balancing personal life with a medical career. These findings underscore the importance of implementing labor policies that ensure equitable access to opportunities for specialization, leadership, and professional development within the health sector.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, la Medicina ha sido una profesión preponderantemente masculina que excluyó sistemáticamente a las mujeres durante siglos, en algunos casos reservándoles la posición de parteras o matronas. De acuerdo con los registros más aceptados, fue a partir del siglo XVIII que se conocieron los primeros casos de mujeres que ingresaron al ámbito médico. Por ejemplo, Dorothea Christiane Erxleben obtuvo la acreditación médica en 1754 tras superar en la Universidad de Halle, Alemania, un riguroso examen en latín en un contexto en el que las normas institucionales restringían la participación femenina. En el siglo XIX, Elizabeth Blackwell se convirtió en la primera mujer en titularse como médica en Estados Unidos, lo que permitió la fundación de instituciones de salud dirigidas por profesionales femeninas. Asimismo, en México, Matilde Montoya logró graduarse de la Escuela Nacional de Medicina en 1882, a pesar de enfrentar múltiples obstáculos institucionales y sociales (Jaramillo-Tallabs, 2009).

A veinticinco años de haberse inaugurado el siglo XXI, la presencia de las mujeres en las escuelas de Medicina, y en la Educación Superior en general, está tomando mayor protagonismo en nuestro país. Según información publicada en el anuario 2022-2023 de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), se observa una clara curva demográfica en la que la matrícula femenina supera a la masculina. Durante el ciclo 2022-2023, a nivel pregrado, las mujeres constituyeron aproximadamente el 53.2% de la matrícula total, en comparación con el 46.8% de los hombres; es decir, en términos relativos, la matrícula femenina fue un 13.8% mayor que la masculina. En el caso de las Maestrías, para el periodo 2022-2023, la matrícula femenina fue de 177,560 frente a 126,593 de los hombres, lo que indica que las mujeres superaron a los hombres en aproximadamente un 40%. A nivel Doctorado, las mujeres rebasaron, en el mismo periodo, a sus homólogos masculinos por alrededor del 10%.

De acuerdo con la Gaceta de la Facultad de Medicina de la UNAM, para 2018 la matrícula de mujeres en el pregrado representaba el 64% (UNAM, 2018). Para febrero del 2024 se reportó un aumento de tres puntos porcentuales, con una presencia femenina de pregrado de 67% (UNAM, 2024). Esta curva demográfica que evidencia el aumento de las mujeres en las facultades y escuelas de Medicina evidencia una tendencia nacional.

Concretamente, en la Escuela de Medicina de la Universidad Justo Sierra, población objetivo de este estudio, se observó la siguiente distribución por género al

inicio del ciclo 25-2 en los ciclos básicos (primer y segundo año de la licenciatura): a) en el primer semestre se registraron 59 mujeres y 38 hombres, lo que representa un 60.82% de mujeres, b) en el segundo semestre, 30 mujeres y 19 hombres, equivalente a un 61.22% de presencia femenina, c) en el tercer semestre, 48 mujeres y 43 hombres, con una participación de mujeres del 52.74%; d) en el cuarto semestre, hubo 29 mujeres y 28 hombres, lo que equivale a un 50.87% de representación femenina. En conjunto, las mujeres constituyen el 56% de la matrícula en estos ciclos, confirmando el fenómeno de feminización en la profesión médica, aunque en menor medida que en la Facultad de Medicina de la UNAM, donde la presencia femenina casi alcanza el 70%.

A pesar de las estadísticas, en el mundo laboral y en las narrativas de la opinión pública se mantienen ciertos patrones que reflejan concepciones tradicionales sobre la profesión. Por ejemplo, en el habla cotidiana se suele preguntar "¿Ya fuiste al doctor?" o "¿Qué dijo el doctor?", lo que sugiere, de forma implícita, que en el imaginario social mexicano se espera que la persona proveedora del servicio sanitario sea un varón.

El ejemplo anterior ilustra cómo ciertas convenciones culturales pueden influir en la percepción de la identidad profesional y en las expectativas sociales sobre los roles de género. Ahora bien, durante los ciclos básicos de la carrera de Medicina se construye la identidad profesional y se establecen las bases en cuanto a las actitudes hacia la ciencia y el conocimiento. En este contexto, se consideró pertinente plantear la siguiente cuestión: ¿Cuáles son las

percepciones de las universitarias de los ciclos básicos de la Licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad Justo Sierra (UJS) respecto a su vocación médica, desempeño académico, proyecto profesional e inquietudes relacionadas con su futuro de cara a un ámbito masculinizado?

Para responder la pregunta de investigación se empleó un diseño transversal, descriptivo y cuantitativo. La muestra total se conformó por 103 universitarias, divididas en tres grupos correspondientes a los semestres: primero, tercero y cuarto que respondieron un cuestionario de opción múltiple integrado por 10 ítems.

El objetivo del estudio fue explorar las percepciones de una muestra de universitarias que cursan los ciclos básicos de la Licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad Justo Sierra, con el fin de conocer su vocación médica, percepción del propio desempeño académico, claridad respecto al proyecto profesional e inquietudes en torno a la perspectiva de género en el ámbito profesional; así como identificar si estos aspectos varían conforme avanzan en los semestres.

DESARROLLO

Marco contextual

A dos décadas de haber iniciado el siglo XXI, se mantiene la prevalencia de sesgos de género en el mundo de las ciencias exactas. Se han documentado diversos casos donde altos directivos masculinos (tanto de espacios académicos como profesionales) menosprecian el valor científico de las mujeres. Durante la gestión Lawrence Summers como rector de la Universidad de Harvard, las contrataciones de mujeres disminuyeron aproximadamente un 23%. Summers saltó a la fama tras afirmar que los hombres son biológicamente superiores a las mujeres en matemáticas y ciencias, según sus declaraciones "...las diferencias obedecían a causas genéticas a las cuales se les sumaba una falta de compromiso por parte de las mujeres, ya que estas temían ser incapaces de cuidar a sus hijos apropiadamente si tenían largas jornadas de trabajo" (Goldenberg, 2005, en Guerrero McManus, en Moreno y Alcántara, 2019a, p. 33).

Argumentos como los expresados por Lawrence Summers podrían estar sostenidos de las tradiciones sociales derivadas de la división sexual del trabajo, donde más allá de una mera distinción de funciones se evidencian desigualdades e injusticias que mantienen la subordinación femenina en procesos tanto sociales, culturales, económicos y (en este caso) científicos; lo que propicia dinámicas jerárquicas muy desiguales (Brito Domínguez, en Moreno y Alcántara, 2019a).

La división binaria de los géneros ha llevado a asociar la masculinidad con lo social, científico y tecnológico, mientras que lo femenino se ha vinculado con lo natural, lo familiar y los cuidados. Esta estructuración “... en forma binaria, produce significaciones y asociaciones simbólicas jerárquicas, desiguales y excluyentes que colocan a lo femenino y las mujeres en condiciones sociales de inferioridad y subordinación respecto de lo masculino y los varones... (Brito Domínguez, en Moreno y Alcántara, 2019a, p. 65).

Cada año, los informes públicos reflejan el aumento de la presencia femenina en los ámbitos laborales y académicos de México. Sin embargo, a pesar del incremento estadístico, persisten debates conceptuales que se intensifican con la evidencia de las desigualdades jerárquicas; las cuales subsisten incluso frente a una marcada tendencia demográfica que muestra, por ejemplo, una mayor presencia de mujeres en la matrícula universitaria. A pesar de los amplios esfuerzos por superar las desigualdades de género, diversos estudiosos y estudiosas han demostrado que aún es visible una “fuerte presencia de sesgos de género al interior de las ciencias, en concreto en las exactas y naturales” (Guerrero McManus, en Moreno y Alcántara, 2019a, p. 36).

Concretamente en las áreas de la salud persisten notoriamente tratos diferenciados a razón de género, donde las mujeres tradicionalmente han ocupado sitios subordinados ante las altas jerarquías masculinas. Actualmente, la feminización de la Medicina es un fenómeno visible en diversas regiones del mundo. De acuerdo con el libro "Perspectiva de género en la formación de profesionales de la medicina", si bien el aumento de la presencia femenina en las áreas médicas ha sido global, su impulso se aprecia de manera heterogénea. En Estados Unidos, el aumento de las mujeres en el área comenzó a ser más evidente a partir de 2017, mientras que en México la paridad en la matrícula universitaria de Medicina se logró en 1999. A partir de ese momento, la presencia femenina ha venido experimentando un crecimiento significativo, de manera tal que en este momento ha superado el 60% a nivel nacional (Fernández Altuna, et al., 2024).

De manera particular, en la Facultad de Medicina de la UNAM, esta paridad en la matrícula en los estudios de pregrado ocurrió en 1990. En lo que respecta al posgrado (especializaciones médicas) la paridad se alcanzó aproximadamente dos décadas después, en 2010. El aumento de la matrícula femenina en los programas del área de la salud se refleja en el 67% de los puestos ocupados por mujeres en el sector salud en México

(Observatorio Económico México cómo vamos, 2022), sin embargo hay una serie de cifras que ponen al descubierto que aún falta mucho por hacer para lograr una paridad de género verdaderamente consistente.

Las brechas salariales por sexo son persistentes en el sector salud. En casi todas las ocupaciones, a excepción de enfermería, los hombres tienen una mayor percepción salarial que las mujeres, sobre todo en puestos directivos, donde la magnitud de la brecha es en promedio de 18.33%: por cada 100 pesos que un hombre gana en puestos directivos las mujeres ganan 81.67, y solo 6% de las mujeres en el sector salud ocupan posiciones directivas. (Observatorio Económico México cómo vamos, 2022, p. 3).

Pese a todo lo anterior que manifiesta una tendencia demográfica hacia la feminización de la Medicina, todavía podemos identificar tendencias que podrían guardar relación con variables de género. Un “análisis de caudal” del periodo 2022-2023 revela un patrón decreciente en la proporción de mujeres a medida que avanza la formación médica: representaron el 70% de los nuevos ingresos a la facultad, mantuvieron un 69% de presencia durante los seis años de carrera, constituyeron el 55% en especialidades médicas y disminuyeron al 44% en programas de alta especialidad (Fernández Altuna, et al., 2024).

Estado del arte

La identificación de sesgos de género ha sido, desde hace algunos años, una de las estrategias para aproximarse a la problemática de las desigualdades en la educación médica y la práctica profesional en el contexto de la investigación con enfoque de género. Específicamente, el concepto de “sesgo de género en la atención sanitaria” surgió en 1991 y hace referencia a la desigualdad en oportunidades, recursos y alcance de objetivos entre hombres y mujeres que se desempeñan en dicha área profesional (Lenhart, 1993).

Trabajar con perspectiva de género en el área de los servicios de salud ayuda en diversos niveles: permite una atención más equitativa y efectiva, contribuye a corregir desequilibrios entre hombres y mujeres a nivel profesional, y desde la educación médica favorece que las y los estudiantes conozcan y apliquen el enfoque de género en el ámbito asistencial y la investigación sociosanitaria (UNAM, 2021).

Entre los estudios de educación médica con enfoque de género, destaca el de Ampuero Llanos et al. (2023) que revela en Chile un déficit en las prácticas docentes con enfoque de género y se sugiere la necesidad de aumentar la oferta de cursos que aborden las cuestiones de género. Por su parte, en México, Martínez-González et al. (2012) demostraron que la evaluación del desempeño entre el estudiantado de distintas facultades de Medicina mexicanas presenta una importante dependencia ante variables como: percepción de los roles de género respecto a tipos de materias y especialidades masculinizadas o feminizadas.

Ana Buquet Corleto (en Moreno y Alcántara, 2019b), reflexiona sobre las diferencias conceptuales y sociales entre la igualdad y la equidad y concluye que:

El concepto de equidad aparece como una herramienta en el ámbito de las políticas públicas, cuya principal función es la de atender al hecho incuestionable de que, para ciertas personas y ciertos grupos, la vida social presenta, genera y reproduce condiciones de desventaja que impiden la consecución del ideal igualitario por el que propugna una democracia moderna. (p. 81).

Valenzuela y Cartes (2019) enfatizan la necesidad de incluir la perspectiva de género en la enseñanza médica, ya que la ausencia de este enfoque acrecienta los obstáculos que enfrentan tanto las mujeres como las personas de la comunidad LGBTQ+ para su inserción y desarrollo profesional.

Trabajos como el de la médica colombiana, residente de pediatría, Catalina Vargas-Acevedo (2021), evidencian que, aún con los avances que se aprecian en nuestros países, la discriminación hacia las mujeres en el área de la medicina se ha normalizado, y enfatizan que “el sesgo de género no afecta únicamente el clima laboral ni discrimina únicamente a las mujeres médicas, sino que también afecta la atención a pacientes y, por ende, los desenlaces en salud” (p. 3).

Cabanillas-Montferrer y Giménez-Bonafé (2022) realizaron una minuciosa revisión documental sobre los sesgos de género en el ámbito sanitario. Entre las principales causas identificadas en profesionales de la salud se destaca la sobrecarga inequitativa que enfrentan las mujeres durante la segunda y tercera jornada laboral. Adicionalmente, las investigadoras determinaron que los motivos por los cuales se presenta sesgo en las investigaciones sanitarias (como la ausencia o menor representación de mujeres en las muestras de ensayos

clínicos) se relacionan con las obligaciones impuestas a estas por los roles y mandatos de género. Cabanillas-Montferrer y Giménez-Bonafé concluyen que:

Algunos de los ítems que preocupan más a las mujeres reciben menos financiación y estudio. El enfoque excesivo en la investigación con sujetos de sexo masculino y la definición de ciertas patologías como «masculinas» da lugar a un infradiagnóstico y subtratamiento de estas en las mujeres. Este hecho también se puede observar a la inversa en algunos casos. El género del investigador puede influir en la elección del problema a resolver... (2022, p. 117).

La misma problemática ha sido documentada en el sector sanitario mexicano. A pesar del aumento de la presencia femenina en los espacios profesionales nacionales, sigue prevaleciendo una brecha salarial que afecta más a las mujeres que ejercen funciones médicas de manera independiente, así además del reducido acceso a puestos de mayor toma de decisión.

Además de la brecha salarial y de la baja presencia de mujeres en posiciones de toma de decisión, también se identifica una brecha muy significativa en el trabajo del hogar y de cuidados no remunerados entre hombres y mujeres ocupados en el sector salud. Las mujeres dedican casi el triple de horas a este tipo de labores de las que dedican los hombres, con independencia de sus ocupaciones remuneradas (Observatorio Económico México cómo vamos, 2022, p. 5).

Tal como se puede observar, la discriminación y los sesgos en la representatividad y el desarrollo de las mujeres que se dedican a la Medicina traen consigo numerosos problemas que afectan, como ya se dijo, su crecimiento profesional, pero también la prestación del servicio y el cumplimiento de la misión de todo profesional del área médica que supone contribuir a mejorar la calidad y la esperanza de vida de la población en general.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un instrumento conformado por 10 ítems de cuestionamiento cerrado con cuatro opciones de respuesta cada uno. Las dimensiones que se exploraron son se aprecian en la siguiente tabla.

Tabla 1
Dimensiones de los cuestionamientos

DIMENSIÓN ABORDADA	ÍTEM
Vocación médica	• ¿Cuál fue la principal motivación que te llevó a elegir la carrera de Medicina? • Como mujer que se prepara para ser médica, ¿qué aspecto te parece más importante desarrollar?
Percepción del propio desempeño académico	• En relación con tu desempeño académico actual, ¿cómo te sientes principalmente?
Claridad respecto al proyecto profesional	• ¿Cuál consideras que será tu principal área de desarrollo profesional en el futuro? • En relación con tu proyecto de vida, ¿qué tan clara tienes tu trayectoria profesional? • En el contexto de las especialidades médicas, ¿qué factor influye más en tu elección?
Inquietudes en torno a la perspectiva de género en el ámbito profesional	• ¿Qué aspecto de la práctica médica te genera mayor inquietud? • ¿Qué estrategias consideras más importantes para enfrentar el sesgo de género en Medicina? • Como futura médica, ¿qué aspecto de la práctica profesional te genera mayor inquietud? • ¿Qué tipo de cambio te gustaría impulsar en la cultura médica como mujer profesional?

El cuestionario se aplicó de manera autoadministrada mediante la entrega de un código QR. La muestra total estuvo compuesta por 103 estudiantes universitarias, organizadas en tres grupos correspondientes a los semestres primero, tercero y cuarto.

Tabla 2

Dimensión Vocación médica

Ítem 1: ¿Cuál fue la principal motivación que te llevó a elegir la carrera de Medicina?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
El deseo de ayudar a otros y contribuir a la sociedad	59%	50%	62%
La influencia familiar o tradición	31%	7%	12%
Las perspectivas económicas y de estabilidad laboral	6%	11%	0%
El interés por la ciencia y la investigación médica	4%	33%	25%
Ítem 2: Como mujer que se prepara para ser médica, ¿qué aspecto te parece más importante desarrollar?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
Capacidad para establecer límites claros en el ambiente profesional	39%	48%	25%
Destreza para conciliar roles personales y profesionales	29%	17%	12%
Competencia para defender tus decisiones clínicas	22%	26%	50%
Habilidad para manejar situaciones de discriminación de género	10%	9%	12%

Se observa que, en el ítem 1, la opción “el deseo de ayudar a otros y contribuir a la sociedad” se mantiene predominante, con un 59 % en el primer semestre, una leve disminución al 50 % en el tercer semestre y un repunte al 62 % en el cuarto semestre. Esto sugiere que, pese a ciertas fluctuaciones, la vocación humanista se reafirma a lo largo del avance académico. En contraste, la influencia familiar se reduce drásticamente (del 31 % al 7 % y luego al 12 %), mientras que el interés por la ciencia y la investigación aumenta notablemente en el tercer semestre (33 %) para luego moderarse en el cuarto (25 %).

Respecto al ítem 2, la tendencia muestra un incremento en la valoración de la “capacidad para establecer límites claros en el ambiente profesional” en el tercer semestre (48 %), que se reduce en el cuarto (25 %), mientras que la “competencia para defender las decisiones clínicas” experimenta un marcado aumento en el cuarto semestre (50 %, frente al 22 % y 26 % en los semestres anteriores). Estos patrones reflejan una evolución en la construcción de la identidad profesional y la internalización de retos propios del ejercicio médico, lo cual podría evidenciar la persistencia de sesgos y desigualdades de género (Goldenberg, 2005; Guerrero McManus, en Moreno y Alcántara, 2019a; Brito Domínguez, en Moreno y Alcántara, 2019a).

De aquí deriva la necesidad de fortalecer competencias específicas para enfrentar dichos desafíos, tal como se menciona en el trabajo de Ampuero Llanos et al. (2023) y Martínez-González et al. (2012).

Tabla 3
Dimensión Percepción del propio desempeño académico

Ítem 3: En relación con tu desempeño académico actual, ¿cómo te sientes principalmente?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
Satisfecha y cumpliendo mis expectativas	8%	0%	12%
Abrumada por la cantidad de información	6%	4%	12%
Preocupada por no alcanzar el nivel esperado	49%	33%	38%
Motivada a mejorar constantemente	37%	63%	38%

En cuanto a la percepción del propio desempeño académico, se evidencia un cambio significativo en la percepción de las estudiantes a lo largo de los semestres. En el primer semestre, una alta proporción se siente “preocupada por no alcanzar el nivel esperado” (49 %), y un 37 % se declara “motivada a mejorar”, mientras que en el tercer semestre la motivación crece sustancialmente (63 %) y la preocupación disminuye (33 %). Esto podría indicar una fase de consolidación en la autoeficacia académica.

Sin embargo, en el cuarto semestre se observa un ligero rebote en la preocupación (38 %), junto con un aumento en la satisfacción (12 %), lo que podría sugerir la aparición de mayores exigencias académicas y la percepción de retos más complejos en la formación médica.

Estos hallazgos pueden interpretarse en el contexto de las tensiones inherentes a la carrera médica, donde las expectativas y la autoevaluación se ven influenciadas por la creciente presión y el reconocimiento de las desigualdades de género, tal como lo plantean estudios previos (Martínez-González et al., 2012; UNAM, 2021).

Tabla 4

Dimensión Claridad respecto al proyecto profesional

Ítem 4: ¿Cuál consideras que será tu principal área de desarrollo profesional en el futuro?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
Práctica clínica en hospital o consultorio privado	71%	72%	62%
Investigación médica y desarrollo científico	10%	4%	0%
Medicina social y trabajo comunitario	2%	2%	0%
Aún no lo tengo definido	16%	22%	38%
Ítem 5: En relación con tu proyecto de vida, ¿qué tan clara tienes tu trayectoria profesional?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
Tengo un plan detallado con objetivos y plazos	29%	41%	25%
Tengo una idea general pero flexible	59%	48%	25%
Estoy explorando diferentes opciones	8%	7%	38%
No he pensado mucho en ello todavía	4%	4%	12%
Ítem 6: En el contexto de las especialidades médicas, ¿qué factor influye más en tu elección?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
La posibilidad de romper estereotipos en especialidades tradicionalmente masculinas	6%	13%	12%
La flexibilidad para combinar la práctica médica con la maternidad futura	31%	13%	25%
El potencial de desarrollo profesional y académico	45%	67%	50%
La oportunidad de servir como referente para otras mujeres	18%	7%	12%

En lo que respecta a la claridad sobre el proyecto profesional de las entrevistadas, se encontró una tendencia creciente hacia la incertidumbre conforme avanzan los semestres. En el ítem 4, aunque la mayoría de las estudiantes opta por la “práctica clínica en hospital o consultorio privado”, su preferencia se reduce en el cuarto semestre (del 71–72 % al 62 %), mientras que la opción “aún no lo tengo definido” aumenta progresivamente, alcanzando un 38 % en el último semestre.

Por otro lado, este comportamiento se refuerza en el ítem 5, donde se observa un descenso en la claridad del plan profesional (del 29–59 % en los semestres iniciales al 25 % en el cuarto semestre) y un aumento en la exploración de opciones (del 8 % en el primer semestre al 38 % en el cuarto). En cuanto al ítem 6, si bien el

“potencial de desarrollo profesional y académico” es el factor predominante en el tercer semestre (67 %), en el cuarto semestre se modera (50 %), acompañado de un comportamiento oscilante en otros factores.

En este sentido, la creciente ambigüedad podría estar relacionada con la complejidad del entorno profesional y la incertidumbre respecto a la inserción laboral en un contexto donde se debate la incorporación de la perspectiva de género en la medicina (Observatorio Económico México ¿Cómo Vamos?, 2022; Fernández Altuna et al., 2024). Asimismo, resulta evidente la necesidad de estrategias institucionales que favorezcan una planificación profesional más clara (Cabanillas-Montferrer y Giménez-Bonafé, 2022).

Tabla 5
Dimensión Inquietudes en torno a la perspectiva de género en el ámbito profesional

Ítem 7: ¿Qué aspecto de la práctica médica te genera mayor inquietud?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
La responsabilidad sobre la vida de los pacientes	24%	43%	62%
La extensa duración de la carrera y especialización	18%	9%	0%
El balance entre vida personal y profesional	39%	17%	25%
La competitividad en el campo laboral	18%	30%	12%
Ítem 8: ¿Qué estrategias consideras más importantes para enfrentar el sesgo de género en Medicina?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
Formar alianzas con otras mujeres médicas y estudiantes	31%	17%	12%
Documentar y denunciar situaciones de discriminación	20%	20%	25%
Mantener un desempeño académico y profesional sobresaliente	45%	57%	50%
Participar activamente en grupos de equidad de género	4%	7%	12%
Ítem 9: Como futura médica, ¿qué aspecto de la práctica profesional te genera mayor inquietud?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
El manejo de comentarios sexistas de pacientes o colegas	18%	28%	25%
La validación de tu autoridad médica frente a otros profesionales	37%	26%	38%
El desarrollo de una carrera sin renunciar a proyectos personales	33%	30%	12%
La seguridad en guardias y horarios nocturnos	12%	15%	25%

Ítem 10: ¿Qué tipo de cambio te gustaría impulsar en la cultura médica como mujer profesional?			
	1 semestre	3 semestre	4 semestre
Mayor representación femenina en puestos de liderazgo médico	39%	41%	50%
Políticas que apoyen la maternidad durante la residencia	14%	4%	0%
Protocolos contra el acoso y la discriminación	8%	22%	12%
Reconocimiento equitativo del trabajo médico femenino	39%	33%	38%

En relación con la exploración de la perspectiva de género en el ámbito profesional, se observa una serie de preocupaciones recurrentes entre las futuras médicas. En el ítem 7, la inquietud relacionada con “la responsabilidad sobre la vida de los pacientes” muestra un ascenso progresivo (del 24 % al 43 % y, finalmente llega al 62 %), lo que podría indicar una mayor conciencia sobre las implicaciones éticas y la presión inherente al ejercicio clínico. Mientras tanto, la preocupación por la “extensa duración de la carrera” desaparece en el cuarto semestre.

Por otro lado, en el ítem 8, la estrategia de “mantener un desempeño académico y profesional sobresaliente” se intensifica en el tercer semestre (57 %) y luego se mantiene alta en el cuarto. Esto sugiere que la excelencia académica es percibida como un factor determinante para contrarrestar el sesgo de género, tal como lo advierten estudios en el ámbito sanitario (Catalina Vargas-Acevedo, 2021; Cabanillas-Montferrer y Giménez-Bonafé, 2022).

Además, en el ítem 9, se perciben fluctuaciones en las inquietudes, destacándose la “validación de la autoridad médica”, que incrementa en el cuarto semestre (38 %). En el ítem 10, se constata una tendencia ascendente en la demanda de una mayor representación femenina en puestos de liderazgo (del 39 % al 50 %).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos tras la interpretación de resultados demuestran que, conforme avanzan en sus estudios, las futuras médicas desarrollan una postura más crítica frente a los roles de género, lo que les lleva a alejarse de modelos tradicionales basados en la influencia familiar. Se observa una notable reducción de esta

influencia (31% en el primer semestre, 7% en el tercero y 12% en el cuarto), lo que podría sugerir un distanciamiento de decisiones fundamentadas en tradiciones heredadas.

La transformación en la percepción del rol profesional se enmarca en lo que Brito Domínguez describe como "la división binaria de los géneros [que] produce significaciones y asociaciones simbólicas jerárquicas, desiguales y excluyentes" (en Moreno y Alcántara, 2019a, p. 65). Si bien en los semestres iniciales se manifiestan respuestas que sugieren una inclinación hacia ideales tradicionales, a medida que avanzan en su formación, se aprecian cambios en la construcción de su identidad profesional y en la integración de estrategias para enfrentar las desigualdades de género.

Un aspecto a destacar es la fluctuación en la valoración de "la flexibilidad para combinar la práctica médica con la maternidad futura", que pasa del 31% en el primer semestre a un 13% en el tercero, para incrementarse nuevamente al 25% en el cuarto semestre. Este comportamiento sugiere que, a medida que las estudiantes adquieren una visión más crítica y realista de su futuro profesional, se reactivan preocupaciones sobre la compatibilidad entre carrera médica y maternidad. Esto podría reflejar la persistencia de expectativas sociales tradicionales sobre el rol femenino en las integrantes de la muestra que aquí se reporta.

Paralelamente, la preocupación por la seguridad en guardias y horarios nocturnos aumenta progresivamente (12% en el primer semestre, 15% en el tercero y 25% en el cuarto). Dichas inquietudes connotan una creciente sensibilidad ante las condiciones laborales y la vulnerabilidad en contextos de alto riesgo femenino. Esta preocupación podría interpretarse tanto desde la

perspectiva de género, como desde los efectos negativos sobre la salud y calidad de vida de quienes realizan turnos nocturnos regulares (Arias, 2012; Fernández Moreno, 2007).

El análisis comparativo entre semestres revela que la formación académica y la consolidación de una identidad profesional están marcadas por la necesidad de enfrentar directamente los sesgos y estereotipos heredados de tradiciones sociales. Las futuras médicas están conscientes de la importancia de cultivar y mejorar sus competencias clínicas, pero también tienen presente que requerirán estrategias para desafiar y transformar ciertos patrones culturales derivados de los roles y mandatos de género que aún persisten en el ámbito laboral sanitario y en el imaginario social mismo.

Cabe destacar que a medida que las estudiantes avanzan en su formación, adquieren mayor conciencia respecto al compromiso ético y la presión intrínseca asociada a la práctica clínica, por lo que la duración de la carrera deja de ser una preocupación. En cuarto semestre desaparece la preocupación por la "extensa duración de la carrera", lo que evidencia un proceso de consolidación y madurez progresiva de la identidad profesional.

Los hallazgos revelan una moderada preocupación por los sesgos de género en el sector sanitario, lo que evidencia la necesidad de adoptar enfoques de equidad y estrategias institucionales que promuevan ambientes laborales seguros y equitativos. Diversas fuentes (UNAM, 2021; Valenzuela y Cartes, 2019; Observatorio Económico

México Cómo Vamos, 2022) indican que, en el plano laboral actual, las oportunidades de crecimiento profesional son limitadas, lo que requiere la implementación de ajustes concretos en las estructuras y políticas internas.

Aunque la incorporación de mujeres en la formación médica es elevada, su representación disminuye en niveles avanzados de especialización y en puestos de liderazgo. La persistencia de brechas salariales y las oportunidades restringidas de ascenso agravan esta situación, de ahí la necesidad de impulsar mejoras en los entornos laborales para ofrecer condiciones más equitativas y propicias para el desarrollo profesional de las futuras médicas.

REFERENCIAS

- Ampuero Llanos, S., Quijada, D., Cartens, C., Cornejo, C., Eguiguren, P., Quiroz, J., & Rebolledo, J. (2023). Percepción de estudiantes de las carreras de Salud sobre la incorporación de la perspectiva de género en la formación de pregrado en la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Congreso De Docencia En Educación Superior CODES, 5. <https://doi.org/10.15443/codes2034>
- Arias, C. F. (2011). Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes: Consecuencias para la salud y afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 12(2), 205-217. <http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/articulo-24-205.pdf>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). (2023). *Anuario estadístico de educación superior 2022-2023*. <https://www.anui.es.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Cabanillas-Montferrer, T. y Giménez-Bonafé, P. (2022). El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. *Musas*, 7(1). <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/download/38325/36743/98373>
- Dorantes Gómez, M. A. y Torres Velázquez, L. E. (2015). Perspectiva de género en las áreas de la salud y la educación. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Fernández Altuna, M., Gutiérrez Rayón, D., Ramírez Reséndiz, M. (2024). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la medicina. Programa Universitario de Bioética.
- Observatorio Económico México cómo vamos. (2022). El sector salud: un ambiente dispar para las mujeres. Grupo SOHIN. <https://mexicocomovamos.mx/wp-content/uploads/2022/06/mujeres-en-el-sector-salud-mexicocomovamos.pdf>
- Gaceta de la Facultad de Medicina. (2018). El 64% de la matrícula de pregrado en la FM son mujeres. UNAM. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/20>

[18/03/06/el-64-de-la-matricula-de-pregrado-la-facultad-de-medicina-son-mujeres/](https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/03/06/el-64-de-la-matricula-de-pregrado-la-facultad-de-medicina-son-mujeres/)

Gaceta de la Facultad de Medicina. (2024). Se fortalecerá la igualdad de género en la Facultad de Medicina. UNAM. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/03/06/el-64-de-la-matricula-de-pregrado-la-facultad-de-medicina-son-mujeres/>

Guadarrama Sánchez, G. J. y Aguilar Pinto, E. (2020). Deshilando la madeja. Algunos hilos en la trama de la institucionalización de la investigación académica sobre mujeres en México. El Colegio Mexiquense.

Fernández Moreno, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: Afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 59-76. Pontificia Universidad Javeriana. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54561202.pdf>

Flores Hernández, Fernando, Contreras Michel, Nancy, & Martínez González, Adrián. (2012). Jaramillo-Tallabs, S. (2009). Historias de vida. La mujer en la medicina. Elsevier Medicina Universitaria. 70-78. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-historias-vida-la-mujer-medicina-X1665579610504708>

Evaluación del aprendizaje en la educación médica. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 55(3), 42-48. Recuperado en 01 de marzo de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300008&lng=es&tlng=es.

Lenhart SH. (1993). Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc*. 1993;(48). 155-9.

Moreno, H. y Alcántara, E. (2019a). Conceptos clave en los estudios de género. Volumen 1. CIEG UNAM.

Moreno, H. y Alcántara, E. (2019b). Conceptos clave en los estudios de género. Volumen 2. CIEG UNAM.

Ríos Castillo, A. C. (2022). Normatividad para la evaluación del aprendizaje durante la pandemia, ¿efectiva o afectiva? En J. A. Trujillo Holguín, J. L. García Leos, A. C. Ríos Castillo y T. de J. García Cortés (coords.), *Desarrollo profesional docente: la evaluación de los aprendizajes escolares durante y después de la pandemia* <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/08/19/perspectiva-de-genero-en-la-formacion-de-estudiantes-del-area-de-la-salud/>

Valenzuela V., A. y Cartes V., R. (2019). Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(1), 82-88. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100082>

Vargas-Acevedo, C. (2021). La mujer en medicina: la normalización de una discriminación oculta. *Universidad de Medellín*. 62(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-4.muje>