



udp Escuela de Psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INVESTIGACIONES DE ESTUDIANTES DE PREGRADO DE PSICOLOGÍA UDP2024 **Cuidados, vínculos e inclusión**

EVELYN PALMA FLORES Y SUSSANNE REYES GARCÍA



ISBN: 978-956-314-640-0

Corrección de Estilo: Silvia Sandra Guajardo

Diseño y Diagramación: Paulina Carrasco Rebolledo

Contenido

03	Prólogo
06	Introducción
12	La Vida en Pausa: Estudio Cualitativo sobre el Duelo Perinatal en Mujeres tras un Tratamiento de Reproducción Asistida
46	Sentidos de la Violencia Obstétrica en el Parto según Personas que Colaboran en Organizaciones de Apoyo a Víctimas
71	Motivaciones para la Postergación de la Maternidad en Mujeres Santiaguinas: Una Aproximación Inicial
94	Estilos de Apego y Actitudes ante la Muerte de los Profesionales de la Salud
115	El Impacto del Maltrato Infantil en la Confianza Interpersonal: Un Enfoque Experimental a través del “Trust Game” en la Adulthood Joven

- 133** Desvelando el Impacto de la Religiosidad Familiar: ¿Cómo se relaciona con los Niveles de Sexismo entre Estudiantes de Ciencias Sociales y Carreras STEM?
- 164** ¿Swipe? Motivación y Uso de Tinder en Jóvenes Universitarios de la Región Metropolitana
- 189** La Relación de Cuidado entre Cuidadora Informal Familiar y Persona Adulta con TEA
- 213** Comparación de la Calidad de Sueño entre Personas dentro del Espectro Autista y Personas Neurotípicas
- 230** Inclusión Laboral: Un Análisis de la Calidad de Vida Laboral de Trabajadores en Situación de Discapacidad Física en Chile
- 262** La Identidad de Vendedores Ambulantes en el Espacio Urbano: Un Estudio Etnográfico en Santiago, Chile



Prólogo

La tesis “el lenguaje construye realidad” es sostenida desde diferentes corrientes de pensamiento y frecuentemente circula por nuestras aulas. Más, podemos decir que ella se verifica, en nuestro caso, cuando los y las académicas que —hace algo más de cinco años— integraban la Coordinación de la Línea de Investigación, discutían estrategias que potenciaran la formación de nuestro estudiantado. En esas conversaciones suele suceder que nos permitimos imaginar, construir mundos posibles, que por momentos parecen lejanos. Así nació la idea de publicar un libro con el trabajo de los y las estudiantes que transitan por los cursos de Investigación de nuestra Escuela.

¿Cómo nace una idea que por momentos parece algo difícil, compleja e inalcanzable? Como todo acto social, una idea surge siempre contextualizada. Tiene su origen en una Escuela de Psicología que, por allá por los años 1980, tan pronto como nuevas formas de investigar se comenzaban a poner en práctica en contextos diferentes a las universidades, se incorporaron en las tesis, luego en el currículum electivo y finalmente en el currículum obligatorio. Estas nuevas formas de investigar prontamente fueron también puestas en acción por la incipiente Psicología Comunitaria de aquellos años, que se fue consolidando gracias al trabajo de algunos y algunas destacados/as académicos/as de nuestra Escuela y otros/as colegas chilenos/as y latinoamericanos/as. Así se fue haciendo evidente la necesidad de producir conocimiento sobre nuestras realidades chilenas y latinoamericanas, lo que en esos años no era nada evidente. Pero no solo eso, también era necesario producir saberes desde epistemologías que la ciencia oficial aún no reconocía, pero que, en nuestra Escuela, se fueron validando. De este modo, nuevos y nuevas colegas con su diversidad de saberes, se incorporaron a nuestra comunidad académica. Así el valor de la investigación se expandió y se oficializó en lo que guía la formación del estudiantado, la malla curricular. Con el paso de los años, los cursos fueron cambiando de nombre y sus contenidos se fueron

incrementando y diversificando. Así, junto al nuevo siglo, las asignaturas que hoy se denominan Investigación comenzaron a tomar forma, y estas se constituyeron en la actual Línea Formativa de Investigación. Se trata de un espacio de trabajo colaborativo de docentes que año a año organiza el Congreso de Investigación de Estudiantes de Psicología, la Jornada de Ética en Investigación y el Libro digital de la Escuela, al tiempo que se ocupa de potenciar las prácticas docentes.

Entonces, el año 2020 la idea de publicar un libro nacía en un contexto en el que ya contábamos con estudiantes que por varios años estaban ejecutando investigaciones que yo suelo llamar “reales”, porque no son meros ejercicios pedagógicos, sino que se producía conocimiento, como lo hacen hasta ahora, cumpliendo todas las reglas metodológicas y éticas de campo académico. Era necesario valorizar y visibilizar este nuevo conocimiento y con ello también reconocer a quienes responden cuestionarios o participan de entrevistas sin más interés que colaborar en la formación de los futuros psicólogos y/o en la producción de un nuevo conocimiento que puede aportar a la sociedad.

En este contexto, la idea que parecía difícil, compleja o inalcanzable se convirtió en realidad. Previa a ello, sin duda, hubo un trabajo tras la escena, que nunca es menor y que solo es posible cuando el trabajo colaborativo se pone en acción. Así, los y las docentes de esos años, nos pusimos la tarea de definir normas de publicación, solicitar recursos, definir criterios de selección y también, y lo más importante, involucrar a los estudiantes en esta tarea. También había que encontrar aliados y aliadas que nos ayudaran, que nos apoyaran en la corrección de estilo y edición de los artículos y en su diseño y publicación. Y, por cierto, necesitábamos editores, de ahí que, a partir de ese momento, cada año dos colegas que imparten alguno de los cursos de Investigación asuman la tarea de editar el libro. Así nuestro primer libro digital fue publicado en el año 2021 y año tras año un nuevo libro se ha sumado a nuestra historia.

Hoy, tras cinco libros publicados, hemos compartido con la comunidad académica y la ciudadanía toda más de 50 investigaciones. Medio centenar de temas

estudiados. Todas las investigaciones originales, teóricamente fundadas, que tienen el propósito de aportar, de una u otra manera, al mejoramiento de la salud mental, la calidad de vida y/o el desarrollo humano del país.

Diversas en sus epistemologías y también en sus metodologías, son el resultado de un esfuerzo sostenido de estudiantes y académicos por un año académico. Tiempo que por momentos se hace largo y la tarea algo tediosa. Más de alguna de una noche pasada en vela para cumplir las fechas que deben cumplirse y algún conflicto entre investigadores y, sin duda, algún enojo con él o la docente que marca correcciones. Pero al final del proceso, cuando el artículo escrito día tras día se completa y adquiere una existencia propia, la tarea está cumplida. Los aprendizajes alcanzados y el aporte a la disciplina y a la sociedad logrado.

Cinco libros no son para nada una meta. Son solo una celebración que anuncia un segundo quinquenio, que ya está en marcha. Los y las estudiantes de las nuevas generaciones ya se encuentran recolectando la información que dará origen a los próximos casi 100 nuevos artículos producidos cada año en nuestra Escuela. Otros y otras colegas pronto asumirán la tarea de editores y editoras del sexto libro y así continuaremos construyendo nuestra historia como una comunidad que cultiva el pensamiento crítico, reconoce y valora el pluralismo y la diversidad con una clara orientación pública.

María Isabel Toledo

Coordinadora

Línea Formativa de Investigación



Introducción

La investigación en ciencias sociales y en psicología constituye un esfuerzo intelectual creativo y riguroso en la construcción de problemas relevantes a ser indagados, así como la participación de seres humanos en la elaboración del saber científico. La producción de investigaciones empíricas desde el pregrado es fundamental para el fortalecimiento de la disciplina psicológica en cuanto a sus reflexiones conceptuales e intervenciones profesionales. Este libro representa la quinta versión de la publicación que reúne las investigaciones de estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales y constituye una consolidación de la línea formativa referida a generar conocimiento situado y reflexivo que contribuya al mejoramiento del bienestar psicosocial, la salud mental y el desarrollo humano en nuestro país.

En la primera sección se presentan tres estudios que abordan desde perspectivas cualitativas y cuantitativas la *“Salud reproductiva”*. Estas investigaciones comparten una mirada crítica y desde una perspectiva de derechos la preocupación por las experiencias de mujeres adultas en torno a la maternidad, así como la violencia asociada al parto. Por un lado, el trabajo *“La Vida en Pausa: Estudio Cualitativo sobre el Duelo Perinatal en Mujeres tras un Tratamiento de Reproducción Asistida”* Romina Camus Sánchez, Lorena Cancino Espinoza, Paulina Cerda Woldarsky, Baltazar Chuaqui Fadel, Carla Guzmán Vega y Francisca Leiva Bruce, con la dirección de la Profesora Alemka Tomicic, caracterizó las experiencias de duelo perinatal en mujeres que han recurrido a tratamientos de reproducción asistida (TRA). Por medio de entrevistas a seis mujeres mayores de 18 años que experimentaron una pérdida perinatal tras haber acudido a TRA identificaron fenómenos como el duelo múltiple y la reconfiguración de la maternidad. Las autoras concluyeron que el duelo perinatal tras este tratamiento es un proceso ligado a la identidad y marcado por emociones de estigmatización y desautorización social, relevando la importancia de la comunidad para ofrecer un apoyo psicológico adecuado, promoviendo una validación social que alivie el sufrimiento de las mujeres.

Por su parte, el artículo “Sentidos de la violencia obstétrica en el parto según personas que colaboran en organizaciones de apoyo a víctimas” de las estudiantes Matilda Carvajal Gallegos, Esperanza Ibaceta Riquelme, Macarena Jara Hermosilla, Gabriela Quintero Molina y Martina Vendrell Romero, con la guía de la Profesora Evelyn Palma abordó el fenómeno de la violencia obstétrica a través de entrevistas a cinco mujeres pertenecientes a organizaciones y acompañantes de víctimas sobre la violencia obstétrica en el parto en Chile. En la investigación se apreciaron diferentes percepciones de las participantes sobre la violencia obstétrica, la presencia de una marcada cadena de intervenciones, la jerarquización entre profesionales y propuestas de prevención de la violencia obstétrica de las entrevistadas para un parto humanizado. La investigación destaca la importancia de crear legislaciones preventivas, punitivas y formación humanizada de los profesionales de salud para poder romper el ciclo de la violencia obstétrica en el parto.

El último trabajo de esta sección *“Motivaciones para la Postergación de la Maternidad en Mujeres Santiaguinas: una Aproximación Inicial”* de Fernanda Morales Méndez, Darleth Puelles Carrasco, Valentina Schaad Carvajal, Javiera Vergara Guerrero y Leonor Videla Solar, con la tutoría del Profesor José Conejeros, indagó en los motivos por los cuales mujeres santiaguinas deciden o decidirán postergar su maternidad. Desde una metodología cuantitativa, de tipo no experimental y transversal, con un cuestionario web autoaplicado analizaron las respuestas de 100 mujeres mayores de 18 años, residentes de la ciudad de Santiago. Los hallazgos evidenciaron una motivación predominante entre las encuestadas, y una concordancia entre las creencias sobre la edad en que una mujer debería ser madre versus la edad que las mujeres prefieren ser madres por primera vez, por lo que las autoras concluyen que la postergación de la maternidad no puede ser atribuida a una única motivación predominante, aun cuando sugieren una relación entre factores sociales y personales que influyen en esta decisión.

En la sección *“Vínculos Afectivos y Creencias”* se presentan cuatro artículos desarrollados con un enfoque cuantitativo, los cuales exploran cómo las experiencias tempranas, las creencias y las relaciones interpersonales se asocian

con la forma en que las personas se vinculan con otro/as. Todos comparten el interés común de contribuir a la comprensión de estos factores y su efecto en las conductas y decisiones en distintos ámbitos, incluyendo el entorno digital.

El primero de ellos, *“Estilos de Apego y Actitudes ante la Muerte de los Profesionales de la Salud”*, fue elaborado por Martín Arias Alfaro, Francisca Benavides Berna, Amanda Fuentes Manríquez, Marla Kurte Canales y Andy Toro Bermúdez, con la guía de la Profesora Stefanella Costa. El principal objetivo de este trabajo fue explorar la relación entre los estilos de apego y las actitudes ante la muerte de las/ los profesionales de la salud. Los principales resultados indicaron que el personal de salud con altos niveles de preocupación familiar, menor percepción de seguridad y apoyo familiar, así como un mayor grado de rechazo e indisponibilidad parental, tiende a ser más vulnerables emocionalmente ante el fallecimiento de un paciente.

La siguiente investigación *“El Impacto del Maltrato Infantil en la Confianza Interpersonal: un Enfoque Experimental a través del “Trust Game” en la Adulthood Joven”* fue desarrollada por Laura Solar Romero, María de los Ángeles Sotta Cifuentes, Camila Medel Van Der Meer, Tania Basualto Zúñiga y Boris Espinoza Pino, con la tutoría de la Profesora Pilar Veas. El principal interés de este trabajo fue determinar cómo la experiencia de maltrato en la infancia afectaba la confianza interpersonal en adultos y adultas jóvenes en Chile. Se evidenció que los niveles de maltrato infantil influyen en dicha confianza. Estos resultados refuerzan la importancia de considerar el impacto de las experiencias tempranas en la construcción de vínculos interpersonales, incluso en la adultez joven.

Asimismo, el artículo *“Desvelando el Impacto de la Religiosidad Familiar: ¿Cómo se Relaciona con los Niveles de Sexismo entre Estudiantes de Ciencias Sociales y Carreras STEM (Ciencias, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas)?”* fue realizado por Valentina Vicencio Aguilar, Francisca Morales Gaete, Sofía Rodríguez Ortiz y Antonio Arenas Quintana, con la orientación docente del profesor Jesús Guzmán. El principal propósito fue identificar si las enseñanzas religiosas transmitidas en el entorno familiar se relacionaban con los niveles de sexismo desarrollados por sus integrantes.

Los hallazgos obtenidos mostraron que la influencia familiar y religiosidad no se asociaron directamente con el sexismo. Sin embargo, se encontraron niveles ligeramente más altos de sexismo en estudiantes de carreras STEM.

Cerrando esta sección, el estudio *“¿Swipe? Motivación y uso de Tinder en Jóvenes Universitarios de la Región Metropolitana”* fue desarrollado por Francisca Aguirre Poirot, Dominga Castro Sola, Carlos Díaz Morales y Francisco González Villaseca, bajo la supervisión de la profesora Camila Jara. El principal interés de este trabajo fue analizar cómo los factores individuales y psicológicos, basados en el modelo de los «Cinco Grandes” (Big Five), influyen en la motivación para el uso de Tinder entre jóvenes universitarios de la Región Metropolitana. Entre los hallazgos más relevantes se destacan que el entretenimiento fue la motivación más reportada para el uso de esta aplicación. Además, factores como la extroversión y la apertura a nuevas experiencias fueron características recurrentes entre sus usuarios.

El siguiente eje, *“Salud y Neurodivergencias”*, reúne dos investigaciones: una con enfoque cualitativo y la otra cuantitativo. Sin embargo, ambos trabajos abordan experiencias relacionadas con el trastorno del espectro autista (TEA) y comparten el interés por comprender cómo la neurodivergencia impacta el bienestar y la salud, tanto de ellos mismos como de sus cuidadores.

Por un lado, la investigación *“La Relación de Cuidado entre Cuidadora Informal Familiar y Persona Adulta con TEA”* fue elaborada por Clara Vega Vidal, Javiera Galaz Otárola, Javiera Contreras Bahamondes, Nicole Leal Beltrán, Joaquín Melero Pinto y Danae Rohahelis Budnevich, con la guía del profesor Ernesto Bouey. El objetivo de esta investigación fue explorar la relación de cuidado entre las cuidadoras familiares y los adultos con TEA en la Región Metropolitana de Chile. Los resultados revelaron la complejidad de cumplir el rol de cuidadora, identificando sentimientos de responsabilidad, crecimiento personal, miedo e incertidumbre respecto al futuro de su hijo/a, y destacaron la relevancia del apoyo social y económico en el ejercicio de ese rol. Este trabajo contribuye a visibilizar la labor de las personas cuidadoras informales y a fomentar un cambio en la percepción social.

El trabajo de investigación con un enfoque cuantitativo *“Comparación de la Calidad de Sueño entre Personas dentro del Espectro Autista y Personas Neurotípicas”*, fue desarrollado por Yaret Montenegro Lagos, Pedro Ahumada Rioseco, Constanza Mella Cofré y Javiera Rojas Fuentes, con la dirección de la profesora Sussanne Reyes. El propósito de esta investigación fue comparar la calidad de sueño entre personas dentro del espectro autista y personas neurotípicas, entre 18 a 25 años, residentes en el territorio chileno. Se encontró que quienes tienen un diagnóstico dentro del espectro autista tienen una calidad de sueño significativamente más deficiente en comparación con sus pares neurotípicos, destacando la importancia de considerar e incorporar la dimensión del sueño en investigaciones o intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de este grupo.

Por último, dos investigaciones desde metodologías cualitativas de investigación abordan los desafíos de la *“Inclusión y la Identidad en Espacios Laborales”* con trabajadores/as pocas veces abordados en la investigación psicosocial. Por una parte, el trabajo *“Inclusión Laboral: un Análisis de la Calidad de Vida Laboral de Trabajadores en Situación de Discapacidad Física en Chile”* elaborado por Sofía Gutiérrez Fuentealba, Felipe Calderón Álvarez, Nicolás Carrasco Anabalón, Martina Gutiérrez Rodríguez y Denise Hernández Franco, con la dirección de la Profesora Lorena Godoy, describió y analizó la percepción de calidad de vida laboral de las personas en situación de discapacidad desde una perspectiva biopsicosocial a través de entrevistas individuales en profundidad a cinco personas, las que fueron analizadas desde la teoría fundamentada. Los hallazgos de la investigación permiten señalar que la percepción de la calidad de vida laboral está relacionada positivamente con la percepción de apoyo social dentro del espacio laboral, el que combina aspectos positivos, relacionados a la dimensión subjetiva, con elementos negativos relacionados al área objetiva.

Finalmente, el trabajo *“La Identidad de Vendedores Ambulantes en el Espacio Urbano: un Estudio Etnográfico en Santiago, Chile”* elaborado por Oscar Albornoz Acevedo, María Paz Cangas González, Ignacio Manquehual Vera, Bastián Nilo Quezada y Catalina Oyarzo Pedreros, con la dirección de la Profesora María Isabel Toledo, aborda desde una perspectiva etnográfica la descripción de la identidad

de cinco vendedores/as ambulantes. Los resultados de la indagación exponen los prejuicios sobre vendedores ambulantes, como la informalidad, la delincuencia o la falta de higiene, que contrastan con la autoimagen de los vendedores, que se perciben como trabajadores autónomos, organizados, y preocupados por asegurar una atención de buena calidad a transeúntes.

En síntesis, este libro reúne una selección de investigaciones desarrolladas por estudiantes de pregrado de Psicología de la Universidad Diego Portales, organizadas en torno a cuatro ejes temáticos. Cada uno de ellos integra y aborda problemáticas contemporáneas desde enfoques cuantitativos y cualitativos, con un interés común por comprender fenómenos complejos relacionados con el bienestar, las relaciones interpersonales y la diversidad. Si bien este ejercicio investigativo genera evidencia acotada, contribuye a aportar elementos novedosos para el análisis, la comprensión y el abordaje de estos temas desde otras perspectivas. Además, con este tipo de experiencias académicas se fortalece en los y las estudiantes competencias clave para su formación profesional, como el pensamiento crítico, el rigor metodológico, el compromiso ético y la capacidad para producir conocimiento.

A modo de cierre, agradecemos a las y los estudiantes que aceptaron el desafío de participar con sus investigaciones en esta publicación, demostrando responsabilidad y compromiso por contribuir al desarrollo y difusión del conocimiento científico. Extendemos también nuestro reconocimiento a los profesores y profesoras guía, quienes acompañaron con dedicación y rigurosidad académica a las y los estudiantes en cada etapa del proceso, así como al cuerpo docente de la línea de investigación de la Facultad de Psicología por su constante apoyo. Además, valoramos la colaboración de quienes, de una u otra forma, hicieron posible concretar este trabajo colectivo.

Editoras

Evelyn Palma Flores
Sussanne Reyes García



La Vida en Pausa: Estudio Cualitativo sobre el Duelo Perinatal en Mujeres tras un Tratamiento de Reproducción Asistida¹

Romina Camus Sánchez, Lorena Cancino Espinoza, Paulina Cerda Woldarsky, Baltazar Chuaqui Fadel, Carla Guzmán Vega, Francisca Leiva Bruce

Resumen

El duelo perinatal tras tratamientos de reproducción asistida (TRA) representa una de las experiencias más dolorosas para las mujeres, ya que no solo implica el dolor por la muerte de el/la no nacido/a, sino también una crisis de identidad femenina vinculada a la infertilidad y a las expectativas sociales sobre la maternidad. En este contexto, el acceso limitado y costoso a TRA agrava el estrés emocional, aumentando el sentimiento de injusticia por el esfuerzo físico y económico invertido. El estudio tuvo como objetivo caracterizar las experiencias de duelo perinatal en mujeres que han recurrido a TRA. Los principales conceptos teóricos incluyeron el duelo perinatal y desautorizado, la infertilidad como una crisis vital, y la identidad femenina y materna influenciada por expectativas sociales/patriarcales. Se empleó una metodología cualitativa de alcance exploratorio-descriptivo y con una temporalidad longitudinal retrospectiva. Se entrevistó a seis mujeres mayores de 18 años que experimentaron una pérdida perinatal tras haber acudido a TRA. Las entrevistas semiestructuradas se analizaron bajo el modelo de la Teoría Fundada, aplicando codificación abierta y axial. Los resultados identificaron cuatro categorías principales: infertilidad, reproducción asistida, duelo, y maternidad, donde destacaron fenómenos como el duelo múltiple y la reconfiguración de la maternidad. Se concluye que el duelo perinatal post TRA

¹ Este artículo fue escrito durante la realización del Curso Investigación IV, impartido por la profesora Alemka Tomicic y la ayudantía de Maité Aedo, Paula Valdés y Laura Villar. Cabe destacar el apoyo de la profesora Katherine Guerrero en el Curso de Investigación III.

es un proceso profundamente ligado a la identidad y marcado por emociones de estigmatización y desautorización social. Es crucial que la comunidad reconozca estas dinámicas para ofrecer un apoyo psicológico adecuado, promoviendo una validación social que alivie el sufrimiento de las mujeres.

Palabras clave: duelo desautorizado, duelo perinatal, infertilidad, maternidad, TRA.

Introducción

El duelo perinatal representa una experiencia única y dolorosa que se distingue de otros tipos de duelo por la proximidad temporal entre el nacimiento y la muerte de el/la bebé; la falta de alguien físico para llorar, así como por la pérdida simbólica que implica para los padres (Martos-López et al., 2016). Debido a dichas características, esta vivencia a menudo es desautorizada por la sociedad, provocando que quienes la experimentan se sientan incomprendidos y no reconocidos en su proceso (Fernández-Sola et al., 2020). Y, como plantea la Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.), tales escollos pueden generar graves consecuencias psicológicas. En este contexto, en Chile la tasa de mortalidad perinatal es de aproximadamente 8,8 por cada 1.000 nacidos vivos (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2016), subrayando la relevancia de abordar este fenómeno desde una perspectiva integral.

Para las mujeres, el duelo perinatal se agrava al tener que lidiar con la ruptura de expectativas asociadas al rol maternal, además de enfrentar la muerte de su hijo/a, impactando su identidad femenina (Mota et al., 2021). También ocurre cuando las mujeres enfrentan la infertilidad, debido a que esta condición es tomada como una crisis vital e identitaria por no poder cumplir con los mandatos sociales arquetípicos, lo que a menudo las lleva, entre otras razones, a acudir a TRA (Oliva y Batista, 2019; OMS, 2023).

En esta línea, actualmente existen estudios que han ampliado el concepto de duelo perinatal para incluir diversas formas de pérdida vinculadas a la paternidad

y maternidad; no limitándose a la muerte perinatal, sino que incluyendo la infertilidad y las pérdidas o intentos fallidos tras TRA (Martínez y Martínez, 2024).

En el año 2016, en Chile se realizaron 246 ciclos de TRA por millón de habitantes, cifra que representa solo el 16,4% de la disponibilidad ideal, limitando el acceso a este tipo de tratamientos y teniendo en cuenta que menos del 15% de los procedimientos son cubiertos por el sistema de salud pública (Céspedes y Correa, 2021).

A pesar de los avances tecnológicos en reproducción asistida, los TRA no siempre resultan en un embarazo a término. Las tasas de éxito varían considerablemente: en mujeres menores de 31 años, la probabilidad de parto tras una transferencia embrionaria es de un 40%, mientras que en mujeres mayores de 42 años se reduce a solo un 9% (Clínica Las Condes, s.f.). Esta realidad subraya que el duelo perinatal ocasionado por fallos en los TRA es un fenómeno común y no aislado.

Estudios internacionales sugieren, además, que las mujeres que experimentan una pérdida perinatal tras un TRA suelen percibir esta experiencia con sentimientos de injusticia, que se suman al duelo en sí y al esfuerzo emocional y económico invertido en el proceso (Enzinger, 2014; Harris y Daniluk, 2010; Mesquita et al., 2021). En el caso de Chile, no se encontraron estudios que aborden la experiencia de duelo perinatal post TRA.

Duelo e Identidad: Pérdida de la Identidad Femenina y Materna

El duelo es la reacción natural y subjetiva ante la pérdida de algo valioso, y su manifestación depende de diversos aspectos: el vínculo anterior a la pérdida, apoyo social, personalidad, etc. (García, 2010; Reales, 2023). Además, la experiencia de duelo genera un quiebre en la identidad, ya que implica la pérdida de un aspecto personal tras la disolución del vínculo, ya sea simbólico o real, construido con el/la otro/a (Varela, 2023).

Aunque enfoques contemporáneos ofrecen definiciones diversas de la identidad femenina, esta sigue influenciada por el patriarcado, que impone la

maternidad como ideal de realización para las mujeres (Kukla, 2020). En este marco, el “ser mujer” se construye en torno a la expectativa de ser madre, provocando que la identidad femenina y la identidad materna tiendan a entrelazarse. Así, muchas mujeres desarrollan su identidad femenina a partir de su rol como madres, que se transforma a lo largo del ciclo vital del hijo/a (Rossen et al., 2023). Para quienes han vivido una pérdida perinatal, este proceso se vuelve especialmente complejo, ya que deben resignificar una identidad que permanece fragmentada por la falta de reconocimiento social (Rubin, 1984).

Duelo Perinatal, un Duelo Desautorizado

El duelo perinatal, aunque es tradicionalmente limitado a la muerte gestacional, nuevas concepciones proponen abarcar el duelo por infertilidad, la pérdida de embriones en TRA, y la renuncia a los proyectos de vida familiares, puesto que todos estos incluyen la pérdida de el/la hijo/a proyectado/a, la plenitud de la pareja, la imaginada composición familiar, de un sueño y de la posibilidad de trascendencia, produciendo sentimientos de ansiedad, frustración, culpa, tristeza, miedo y ambivalencia emocional (Martínez y Martínez, 2024).

Este duelo presenta características particulares, tales como la ausencia de una persona visible por la que llorar; sentimientos de culpa, injusticia y preocupación por el/la hijo/a muerto/a, y la frustración de no poder encontrar alivio compartiendo recuerdos. (Mota et al., 2021; Pinilla y Hermosillo, 2021). Implica, además, múltiples pérdidas para las madres y padres, como las expectativas hacia el/la no nacido/a, la confianza en la seguridad de futuros/as hijos/as, entre otras. (Rodríguez et al., 2019).

En el caso de la mujer, se añaden pérdidas identitarias específicas: Se experimenta una fusión biológica-emocional con el feto durante el embarazo, proceso donde la madre deposita parte de su satisfacción personal, por lo tanto, la muerte de el/la bebé implica perder gran parte de la identidad materna, llegando a experimentar sensaciones de inadecuación, desamparo y una marcada baja de autoestima (Mota et al., 2021).

El duelo perinatal es también un duelo desautorizado (Martos-López et al., 2016) debido a la falta de comprensión y reconocimiento social sobre la pérdida de el/la hijo/a, por lo que el sentir de el/la doliente es desvalorizado y deslegitimado (Sánchez, 2022), generando sentimientos de culpa y vergüenza frente al proceso (Martínez et al., 2012). Esta falta de validación social puede expresarse a través de indiferencia o comentarios que banalizan la situación, lo que puede llevar al aislamiento social y deserción laboral (Fernández-Sola et al., 2020).

Infertilidad y TRA

La infertilidad es la incapacidad de concebir tras un año de relaciones sexuales sin anticonceptivos, afectando significativamente a hombres y mujeres que desean tener hijos/as (OMS, 2023). Es una condición que genera dilemas identitarios y crisis vitales, especialmente en las mujeres, afectando su autoestima por no cumplir con las expectativas sociales de maternidad (Oliva y Batista, 2019). Los TRA son una alternativa para personas con esta dificultad, pero su alta exigencia física, emocional y económica genera un impacto psicológico significativo, marcado por el estrés, baja autoestima, ansiedad y depresión, especialmente frente a fracasos del tratamiento (Alesi, 2005; Bryson et al., 2000; Lee et al., 2010; Merari et al., 1992).

En este contexto, el duelo perinatal en mujeres que han pasado por TRA se exagera debido a la inversión emocional, financiera y la presión social para tener éxito (Harris y Daniluk, 2010). El duelo desautorizado puede agravarse por la falta de comprensión social sobre la infertilidad, incrementando la percepción de aislamiento (McBain y Reeves, 2019).

Por ello, lo expuesto resalta la importancia de reconocer la vivencia de las mujeres que han atravesado un TRA como una intersección de duelos que impactan su experiencia vital (Oliva y Batista, 2019). Por lo tanto, se planteó como objetivo caracterizar la experiencia de duelo perinatal en mujeres luego de un TRA.

Marco Metodológico

Diseño

Se realizó una investigación cualitativa, de alcance exploratorio-descriptivo, temporalidad longitudinal retrospectiva y con la Teoría Fundada como modelo de análisis (Charmaz, 2014). Dicha aproximación resultó pertinente para el objeto y objetivo del estudio, puesto que permitió explorar fenómenos psicosociales complejos y subjetivos (Perera et al., 2023), como lo es la manera en que las mujeres que han acudido a TRA experimentaron la pérdida perinatal. Además, el estudio fue de un alcance exploratorio-descriptivo: exploratorio porque el tema no ha sido previamente investigado en Chile, según la revisión bibliográfica realizada, y descriptivo porque se buscó detallar las experiencias y representaciones subjetivas de estas mujeres a partir de la información disponible sobre experiencias similares en otros países (Aytton, 2023; George, 2021). Finalmente, se utilizó un diseño longitudinal retrospectivo, lo que implicó recoger la narración de eventos pasados para entender cómo han influido en la situación actual de las mujeres (Argimon y Jiménez, 2013). Este enfoque permitió obtener una comprensión profunda de los cambios y desarrollos a lo largo del tiempo, proporcionando una visión detallada de la evolución de sus experiencias y perspectivas.

Participantes

La muestra se conformó por seis mujeres mayores de 18 años que experimentaron una pérdida perinatal tras haber acudido a TRA (Ver Tabla 1). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: identificarse como mujer, ser mayor de 18 años y haber sufrido una pérdida en el embarazo que haya sido producto de un TRA.

Tabla 1*Caracterización de Participantes*

Título entrevista	Inicial	Edad	Hijos vivos	Vive con	Tipo de TRA	Tipo de financiación	Motivo de acudir a TRA
“Duelo en todas partes, al mismo tiempo”	D.E	35	1	Pareja e hijo	Seguimiento de ovulación y fecundación in vitro	Pública y privada	Síndrome de ovarios poliquísticos
“A la primera”	M.T	56	2	Esposo y segundo hijo	Fecundación in vitro e inseminación artificial	Privada	Infertilidad por causas desconocidas
“Vida en pausa”	F.S	37	2	Esposo y dos hijos	Fecundación in vitro, coito programado e inseminación artificial	Pública (en otro país)	Endometriosis
“La isla”	S.H	53	3	Esposo y tres hijos	Fecundación in vitro y transferencias embrionarias	Privada	Endometriosis severa y pólipos uterinos
“Porotito”	D.M	35	1	Esposo e hija	Fecundación In vitro	Privada	Infertilidad de su esposo por cáncer
“Paren la poesía”	M.L	40	3	Tres hijos	Inseminación intrauterina e Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides	Privada	Infertilidad de su exesposo y ovarios poliquísticos

Para la elección de las participantes se utilizó una estrategia de muestreo homogénea (Ulin et al., 2006), puesto que se las seleccionó en función de una característica o experiencia específica común, considerada relevante para el estudio, para garantizar una comprensión más profunda y específica sobre el duelo perinatal tras haber recurrido a un TRA.

Como estrategia de reclutamiento se empleó la denominada “en bola de nieve” (Martín-Crespo y Salamanca, 2007). Inicialmente, se seleccionó a una informante clave por medio de un contacto de los/as investigadores/as, a quien se le solicitó que recomendara a otras posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, quienes posteriormente fueron contactadas vía WhatsApp y/o teléfono y reclutadas vía correo electrónico.

Para garantizar la participación informada de las participantes, se les remitió, a través de correo electrónico, una carta de consentimiento informado que debieron firmar digitalmente en caso de estar de acuerdo. En el documento se detalla el carácter anónimo, confidencial y voluntario del estudio.

Con el propósito de mantener la confidencialidad de las participantes, el consentimiento y el material de campo fue almacenado en una carpeta Drive de acceso restringido a las/os investigadoras/es.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales para asegurar el cumplimiento de las normas correspondientes.

Producción de Datos

Para la recolección de información sobre las experiencias de duelo perinatal en mujeres que recurrieron a TRA, se realizaron entrevistas semiestructuradas de carácter cualitativo, lo que permitió obtener una mayor comprensión de sus vivencias y cómo se vieron afectadas diversas áreas de sus vidas. Estas entrevistas contemplaron un guion temático como guía para estructurar la conversación sin

comprometer su flexibilidad, lo que permitió profundizar en temas emergentes según la subjetividad de cada participante (Salomão, 2023). Los ejes principales del guion fueron: (1) Duelo perinatal, (2) Duelo desautorizado, (3) Infertilidad (4) Acceso a TRA, e (5) Identidad Femenina y su relación con la maternidad y los ejes anteriores.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos y fueron realizadas a través de la plataforma *Google Meet*. Tras otorgar su consentimiento, la llamada fue grabada, para luego realizar una transcripción y análisis de la entrevista.

Análisis de Datos

Se empleó la Teoría Fundada como modelo de análisis, debido a su utilidad para generar modelos comprensivos mediante recolección y análisis de los datos a través de una amplia consideración del contexto sociocultural de las entrevistadas, enfocada en procesos y acciones por sobre asuntos estructurales (Charmaz, 2014). El empleo de este modelo permitió estudiar en profundidad la vivencia de duelo perinatal en mujeres que han acudido a TRA. Se realizó un proceso de inducción a partir de la recolección, codificación y análisis de datos, con el fin de construir una teoría acorde y pertinente para comprender las diversas experiencias del duelo perinatal en el contexto de la reproducción asistida (Charmaz, 2014).

Durante la codificación de datos se implementaron las fases de codificación abierta y axial propuestas en la Teoría Fundada (Charmaz, 2014). La codificación abierta permitió fragmentar los datos en unidades significativas y asignar etiquetas descriptivas que capturaron los conceptos emergentes, mientras que la codificación axial ayudó a relacionar las categorías identificadas durante la codificación abierta para construir una estructura más comprensiva de la experiencia de duelo perinatal de las participantes (Charmaz, 2014).

Resultados

A continuación, se exponen los resultados del análisis descriptivo y relacional de las entrevistas (codificación abierta y axial, respectivamente). Para ello, se construyó un paradigma de codificación que ilustró las relaciones entre las categorías desarrolladas en torno a la experiencia de duelo perinatal en mujeres que han acudido a TRA.

Análisis Descriptivo

A partir de la codificación abierta emergieron cuatro categorías en torno a la experiencia de duelo perinatal en mujeres luego de un TRA: Experiencia de Infertilidad (1), Reproducción Asistida (2), Duelo (3) y Maternidad (4). Cada una de estas categorías cuenta con propiedades identificadas durante las entrevistas, correspondientes a subcategorías (Ver Tabla 2).

Tabla 2*Principales Categorías Emergentes de la Codificación Abierta*

	Subcategorías	Descripción
Experiencia de Infertilidad	Recepción del Diagnóstico Impacto Emocional Impacto Cognitivo Autopercepción	Explora cómo las participantes viven la infertilidad en un contexto donde la maternidad es altamente valorada. Contempla el impacto del diagnóstico a nivel emocional, auto perceptivo, cognitivo y social, además de las dificultades que enfrentaron para aceptar el diagnóstico.
Reproducción Asistida	Búsqueda del Embarazo Trato Médico y Emocional Impacto en la vida cotidiana y las relaciones Ciclo de Vida y Estancamiento Acceso y Barreras Económicas Alternativas a los Tratamientos Médicos Expectativas y Desgaste Emocional	Analiza las vivencias asociadas a los TRA, desde la búsqueda del embarazo hasta el trato médico, considerando el impacto que los tratamientos tienen en la vida cotidiana, afectando las dinámicas interpersonales y el ciclo vital.
Duelo	Duelo Múltiple Incomprensión y Estigma Social Manejo del Duelo Reconocimiento Social	Explora el duelo perinatal como una experiencia emocional compleja y múltiple, que incluye pérdidas gestacionales, expectativas incumplidas y un sentimiento de incomprensión social.
Maternidad	Logro del Embarazo Expectativas vs. Realidad Reconfiguración de la Identidad	Caracteriza la percepción de la maternidad antes y después de los TRA, destacando su importancia como parte central de la identidad, junto con las emociones complejas y reconfiguraciones que trae el logro del embarazo.

Experiencia de Infertilidad

Contempla las vivencias emocionales y cognitivas al enfrentarse a la infertilidad. Esta afecta profundamente la identidad y el bienestar, provocando una serie de emociones y reacciones difíciles de afrontar; no solo desafía el anhelo de ser madre sino que también influye en el modo en que las mujeres perciben su autoestima y su sentido de pertenencia en contextos donde la maternidad tiene un alto valor social. A continuación, se describen cuatro subcategorías emergentes: recepción del diagnóstico, impacto emocional, impacto cognitivo, y autopercepción.

La recepción del diagnóstico de infertilidad fue descrita por las participantes como un momento abrumador que generó tristeza, incredulidad e incluso desesperanza. Esto se relaciona con la pérdida de la expectativa de cumplir un rol maternal, afectando profundamente sus vidas e identidad: “[...] el diagnóstico fue como el balde de agua fría en el que nos dimos cuenta de que realmente era difícil” (Párrafo 48, S.H).

La experiencia del diagnóstico de infertilidad representa un punto de inflexión en las expectativas sobre la maternidad, generando un choque entre las aspiraciones de lograr un embarazo y la realidad de la infertilidad, lo que conduce a un proceso de elaboración diverso. En este proceso, la aceptación del diagnóstico emerge como un factor crucial, ya que algunas participantes destacaron que el asumir la infertilidad es un primer paso hacia la búsqueda de soluciones: “Y después ya fue como asumiendo, ya, soy infértil, ¿qué puedo hacer? Voy a buscar la solución. Así fue” (Párrafo 75, S.H).

Por el contrario, otras participantes enfrentaron dificultades significativas en aceptar esta realidad: “Cuando no te dan un diagnóstico claro y te dicen, mire, usted es así, te quedas con esa incertidumbre diciendo, pucha si es causa desconocida en algún momento puede resultar y uno sigue pensando y teniendo expectativas” (Párrafo 57, M.T).

El impacto de la infertilidad puede manifestarse en sentimientos recurrentes

de frustración y tristeza, y en un proceso de reorganización que puede incluir incredulidad, rabia y sensación de injusticia: “Hay gente que no quiere quedar embarazada y queda... Yo sí quiero, ¿por qué esto me pasa? Primero fue como un cuestionamiento y después como una rabia” (Párrafo 75, S.H).

Tras recibir el diagnóstico, las participantes experimentan un cambio profundo en su autopercepción, tanto de manera individual como en relación con otros/as. Este proceso suele estar marcado por una disminución de la autoestima y por comparaciones sociales. Dichas percepciones suelen estar influenciadas por expectativas sociales sobre la maternidad como una función esencial de las mujeres: “La autoestima se afecta porque en el fondo es triste, porque yo sé que no debería ser así, pero uno siente que está fallando como mujer porque básicamente estamos hechas para concebir y yo no soy capaz de hacerlo” (Párrafo 83, D.E).

Además, el compararse con otras mujeres que son madres, exagera el dolor emocional y refuerza la sensación de no ser capaz de cumplir con el rol socialmente esperado: “...porque... a estas alturas todas son mamás, tú no erí'h mamá, ¿qué erí'h?” (Párrafo 76, F.S).

Reproducción Asistida

Las mujeres enfrentan múltiples experiencias y desafíos al someterse a TRA en la búsqueda de la maternidad. Para mayor comprensión al respecto, se desarrollaron siete subcategorías principales: búsqueda del embarazo, trato médico y emocional, impacto en la vida cotidiana y las relaciones, ciclo de vida y estancamiento, acceso y barreras económicas, alternativas a los tratamientos médicos, y expectativas y desgaste emocional.

Frente a la aceptación más o menos lograda del diagnóstico de infertilidad, es que las participantes deciden comenzar la búsqueda de la maternidad por medio de los TRA: “Nos hicieron muchos exámenes [...] Ahí hubo un replanteamiento de todo, porque efectivamente la única posibilidad de ser papás era con un tratamiento de fertilización asistida [...]” (Párrafo 11, M.L).

En este contexto, la búsqueda del embarazo conlleva preparar el cuerpo para ser intervenido, lo que se vive como una experiencia que oscila entre la sensación de tener un “cuerpo que no funciona” adecuadamente y el impacto de las numerosas intervenciones médicas asociadas con los TRA. Estas constantes intervenciones llevan a algunas mujeres a interpretar su cuerpo en función de los resultados obtenidos durante los tratamientos: “El cuerpo como que deja de ser tuyo, lo pones a disposición de tanta cosa, porque no es solamente el tratamiento, todos los exámenes, biopsias [...] se siente como que uno prestó el cuerpo” (Párrafo 164, D.E).

El trato recibido por el personal médico influye profundamente en la experiencia emocional de las participantes. Si bien algunas relatan experiencias satisfactorias, es frecuente encontrar relatos de insensibilidad y negligencia por parte de los profesionales. En algunos casos, estas experiencias negativas han llevado a las mujeres a cambiar de clínica o de médico:

[...] Entonces fue como mantenerse ahí, como, ¿qué está pasando, va o no va esta cuestión? [...] tenía el brazo morado, lleno de piquetes porque me iban a hacer betas² a cada rato. Y ya la última, que fue como... no sé, ponte tú la número cinco de beta que me hacía, y allí bajó, ahí ya como que no había nada más que hacer... y claro, y la tercera, bueno, la tercera ya es mi hijo que fue en la otra clínica, donde fue todo un proceso nuevo y diferente, otra cosa (Párrafo 101, D.E).

El impacto de los TRA y la infertilidad en la vida cotidiana lleva a las participantes a enfrentar diversos desafíos en sus relaciones, los que son resueltos bajo diferentes estrategias que pueden afectar la relación tanto positiva como negativamente. Este proceso exige una inversión emocional y física que impacta tanto la intimidad como la comunicación, y a menudo genera conflictos difíciles de resolver. Las participantes relatan cómo el carácter programado del proceso y la presión por obtener resultados exitosos afectan la espontaneidad en la relación, especialmente en lo que respecta a la sexualidad:

² Hormona detectable en la sangre que se produce durante el embarazo.

Hay mucha intervención en el cuerpo y eso en la relación de pareja e intimidad también afecta [...] siempre le decía a mi esposo, que es como que el médico está en medio de la cama [...] está ahí mirando (Párrafo 163-164, D.E).

[...] yo creo que eso a nosotros nos gatilló el término del matrimonio con mi exmarido, porque al final uno se enfoca mucho en sacar adelante y lograr el embarazo y su término, y eso al final hace que tú dejes de lado otras cosas (Párrafo 17, M.T).

Sin embargo, aunque los TRA pueden generar tensiones, constituyen una oportunidad para fortalecer la relación en aquellos casos donde las parejas enfrentan los desafíos de manera colaborativa:

[...] en el fondo es un tratamiento de pareja: el que no lo ve así y parte haciéndolo porque “el otro” es infértil, yo creo que parte mal [...] echarse la culpa es súper dañino para continuar y procesar el tema (Párrafo 139, S.H).

La infertilidad y los TRA generan un impacto transversal en el ciclo vital de las participantes. En ese sentido, algunas expresan que sienten sus vidas suspendidas, al postergar metas profesionales y personales en favor del proceso de tratamiento, provocando conflictos internos, donde el deseo de ser madres compite con la necesidad de avanzar en otras áreas:

[...] Tus decisiones de trabajo [...] no te cambiái o buscai porque vai a estar embarazada mañana —si es que resulta—. No cambiái el auto, no cambiái la casa, no te vai de viaje, no haci’ nada, estai todo el rato en espera, y cuando lo haci’... te da culpa (Párrafo 72, F.S).

Por otra parte, la infertilidad y búsqueda de la maternidad constituyen una vivencia tan significativa que en ocasiones las mujeres experimentan un cambio vocacional a raíz del proceso:

Entonces [...] me obligó a definirme, como “ya, ¿qué, quién soy, aparte de esta búsqueda? Pero por mucho tiempo fui solo esa búsqueda, cachai, y trabajo en esto, o sea imagínate, lo mucho que me marcó que yo trabajara en educación antes de esto, entonces di un vuelco totalmente en mi carrera por esta cuestión (Párrafo 77, F.S).

Las participantes también mencionan que los TRA implican barreras económicas significativas debido al alto costo de estos tratamientos y la cobertura limitada o nula en muchos casos otorgada por el sistema público. Para algunas, el acceso a los tratamientos implica hacer sacrificios financieros importantes, lo que aumenta el estrés y la presión sobre los resultados y, además, conlleva una frustración por la desigualdad en el acceso a distintos TRA y la calidad de atención médica, generando un sentimiento de injusticia al depender de recursos que no siempre son accesibles:

[...] yo creo que también hay que considerar el tema del costo económico de todos los tratamientos, porque el acceso en el sistema público es bajísimo. Yo lo intenté donde había un programa, pero imagínate, nos presentábamos cincuenta parejas y había dos cupos. Entonces, si no es particular, es imposible (Párrafo 45, M.T).

En este contexto, la adopción se presenta como una alternativa para cumplir el deseo de ser madres. No obstante, las mujeres destacan las numerosas dificultades para acceder a esta opción, describiéndola como un proceso complejo y lleno de barreras. Además, implica un alto desgaste emocional, lo que en muchos casos las lleva a optar por soportar las exigencias de los TRA: “Estamos buscando un hijo desde que nos casamos [...] pensamos también en la adopción, pero... es un trámite burocrático, si bien estuvimos en el sistema por tres años, uno se agota mentalmente” (Párrafo 11, D.M).

A medida que el proceso de los TRA avanza y se acumulan intentos fallidos o resultados inciertos, las expectativas se ven afectadas, y las participantes

comienzan a experimentar un desgaste emocional considerable, lo que incluso lleva a un agotamiento físico. Aquellas deben equilibrar el deseo de continuar intentando, con la necesidad de proteger su bienestar mental, lo que representa un conflicto constante: “saber que me iba a demorar mucho tiempo, como [que] me acuerdo estar poniéndome el primer pinchazo y decir: esta cuestión... esto van a ser los próximos años de mi vida” (Párrafo 70, F.S).

Duelo

El duelo perinatal es descrito como una experiencia compleja y multifacética que afecta en distintos niveles. Para comprender esta experiencia, se desarrollaron cuatro subcategorías: duelo múltiple, incomprensión y estigma social, manejo del duelo y reconocimiento social.

Las participantes enfatizan que los tratamientos están caracterizados por una sucesión de experiencias de duelo, que comienza con la idea de que el embarazo no cursará de manera tradicional, a lo que se le suman pérdidas gestacionales, expectativas frustradas y diversos factores socioemocionales implicados en el proceso, que emergen cuando las condiciones que estas mujeres consideran como ideales no se cumplen:

[...] el tratamiento trae consigo muchos duelos ... las pérdidas perinatales no es el único duelo que uno vive [...] El primer duelo que tuve que vivir fue que no voy a poder concebir a mi hijo de la manera natural (Párrafo 79-80, D.E).

La pérdida de un embarazo se describe como una vivencia compleja en términos emocionales, pues significa una serie de emociones difíciles de comunicar y entender para quienes no la han vivido: “Es una cosa que te bota al suelo cada vez que ocurre, y no es fácil salir, despegarse de eso” (Párrafo 140, D.E). A diferencia de otras pérdidas que tienen una dimensión concreta o visible, la pérdida de un embarazo implica un duelo particular por algo que no se materializó visiblemente, dificultando que el entorno empatice: “es algo que no es concreto, no se ve... es como que no existe para las personas, pero... para uno existe, estuvo, uno sintió todo lo que ocurrió dentro de uno, entonces... sí es un duelo totalmente” (Párrafo 145, D.E).

Esta experiencia implica también una pérdida de tiempo, esfuerzo y expectativas: “[...] hay cosas que tú pierdes con la infertilidad, como la inocencia: yo, nunca me pude enterar cómo, solo hacer pipí, y decir “AAAhh!”, como en las películas: “¡Honey! ¡Estoy embarazada!”... Siempre he envidiado profundamente a esas mujeres” (Párrafo 97, F.S).

Por otro lado, muchas de las participantes experimentan incompreensión y estigma social respecto a su experiencia de duelo, lo que genera un sentimiento de aislamiento:

“...es un tema tan desconocido para muchas personas [...] como que nosotros éramos una isla. Fue mucho desconocimiento. A los que les hablábamos, les contábamos, nadie decía nada, o realmente no lo habían vivido. Entonces partimos con mucha fuerza comentando a la gente que nos rodeaba y después nos fuimos aislando para no sentir otros comentarios (Párrafo 52, S.H).

Para algunas mujeres, la fe y espiritualidad representan un soporte fundamental, ayudándoles a comprender la experiencia desde una perspectiva trascendental. Para otras, las creencias simbólicas —como sepultar o conmemorar a los embriones perdidos— constituyen una opción que consideran significativa: “[...] nosotros con mi marido hicimos un ritual, plantamos un árbol... en honor a la lentejita que le decíamos [...] Lo plantamos para ir viendo su crecimiento y recordarlo, de alguna manera uno tiene que vivir el duelo”. (Párrafo 120, D.M).

Asimismo, algunas encuentran consuelo en la creación y participación en comunidades de apoyo, donde comparten sus experiencias con otras mujeres que han vivido situaciones similares:

...es como un salvavidas para todas nosotras la comunidad X. Es una cosa super linda porque fue creada por dos pacientes que vivieron muchos años en la infertilidad, y saben súper bien de qué se trata y nos hemos ido uniendo entre mujeres que hemos vivido lo mismo [...] son un soporte emocional súper grande (Párrafo 106 y 108, D.E).

El reconocimiento social juega un rol fundamental para las participantes, pues las redes de apoyo efectivas representan un espacio donde pueden expresar sus emociones sin temor al juicio: "...Ojalá, que sientas que te acompañan, no que te den consejos y también ojalá apoyarse y abrirse a un equipo multidisciplinario [...] hay que abrirse y recibir el apoyo cuando uno está hundido [...] no quedarse solo". (Párrafo 156, S.H).

Además, se valora en especial el apoyo de personas que han experimentado lo mismo: "[...] pero es distinto cuando te apoya alguien que está viviendo lo mismo. Sabe qué sientes... te entiende..." (Párrafo 118, D.E). A partir de ello, las participantes identifican características específicas para el tipo de apoyo que consideran ideal. Por ejemplo, mencionan que el acompañamiento es más efectivo cuando está libre de exigencias o presiones.

El apoyo social recibido, si bien es valioso, puede ser percibido de diversas formas según el impacto emocional que genera. Las participantes encuentran un apoyo significativo en personas cercanas que muestran compasión por ellas y les brindan un espacio para compartir su experiencia: "[...] Mi mamá ha sido fundamental, desde el inicio [...] apoyó desde el lado médico y desde el lado de la contención de mamá, obviamente, ha estado durante todo este proceso...". (Párrafo 117, D.E). Sin embargo, también se relatan situaciones de apoyo que, aunque se reconocen como bienintencionadas, resultan una invalidación. En estos casos, las mujeres experimentan comentarios insensibles que cuestionan o minimizan su duelo, lo que puede llevar a un proceso de autoculpabilización:

[...] esa gente que a una le rodea dice cosas que no corresponden, por eso preferí dejar los tratamientos para el núcleo familiar que éramos mi marido y yo en ese momento. [...] El comentario más frecuente era: "es que estás muy nerviosa, es que te preocupas mucho, es porque trabajas, es porque tienes que estar más tranquila..." (Párrafo 60, S.H).

En esta línea, algunas mujeres relatan experiencias de un apoyo emocional desmesurado, que se convierte en una fuente de incomodidad, llevándolas a tomar cautela al expresarse:

[...] las que me incomodan mucho eran las que se ponían más tristes que tú [...] o la sobre empatía también, ... como “¡No, si estoy bien, tranquila! [...] “ay, pero es que lo encuentro terrible, qué injusto que te haya pasado”, y es como... (Párrafo 111, F.S).

Maternidad

La maternidad, ya sea antes o después de la experiencia de TRA, es percibida como un componente clave de la identidad y el sentido de realización personal de las participantes. A continuación, se presentan tres subcategorías emergentes: logro del embarazo, expectativas vs. realidad, y reconfiguración de la identidad.

El logro del embarazo representa un hito crucial: las mujeres relatan haber experimentado una mezcla de emociones donde la alegría, el amor y el alivio temporal coexisten con el miedo y contención de la alegría, al ser conscientes de la vulnerabilidad del proceso y las posibilidades de pérdida; es como el duelo de la inocencia.

[...] de no vivir nunca un embarazo... tranquila. O sea, en mi primer embarazo yo les pedí que me hicieran el babyshower a los 8 meses, no antes. Y mi hija nació a las 38 semanas, [...] no quería celebrar... tenía susto. (Párrafo 99, F.S).

Al enfrentarse a la maternidad tras el proceso de TRA, muchas participantes reflexionaron sobre sus expectativas idealizadas en torno al rol maternal:

[...] yo pensaba que era una cosa tan bonita, así como fantasiosa, pero nadie me había contado que las mujeres teníamos tantos problemas, o sea, increíble la falta de información en la vida. Alguien debería informarnos en el colegio, prepararnos para estas situaciones. Creo que son muy difíciles estas instancias donde uno aprende, así como a golpe. (Párrafo 141, S.H).

Cuando la maternidad es alcanzada, se vive a menudo bajo una intensa autoexigencia de “hacer todo bien” y demostrar gratitud por haber logrado ser madre, lo que genera una presión adicional por encajar en el ideal de “buena madre”. En este ámbito, la culpa está presente como un sentimiento recurrente, especialmente al experimentar emociones negativas o agotamiento, que se perciben como contradictorias con el esfuerzo invertido para alcanzar la maternidad:

También hay hartazgo sentimiento de culpa por lo mismo, yo siento que una ya viene de un desgaste emocional grande. Entonces, recibir a tu hijo con todo lo que significa, con todo el tema hormonal y el cambio de vida... claro, a una igual la pilla, así como... oh qué heavy, o sea de repente estai cansada, como que no te sientes saltando en una pata todo el día, y uno dice: ah, nada que ver po, si a mí me costó tanto esto (Párrafo 158, D.E).

Sin embargo, también reconocen una evolución emocional en la percepción de la maternidad, pues pasa a ser una vivencia más flexible y realista con el tiempo:

Sí... ha ido cambiando [...] los primeros años, viviendo esta maternidad un poco media culposa y además, superexigida porque “traje a estos niños al mundo, cómo voy a ser una mamá penca, poh”... versus “ahora que son niños más grandes, que uno ya está más resuelta, más terapiada” vas dejando las exigencias de lado (Párrafo 207, F.S).

Se devela, por tanto, que la maternidad es una meta profundamente ligada a la identidad personal, y la experiencia del TRA redefine esta identidad. Para algunas participantes, la maternidad representa un logro de autorrealización que trasciende los desafíos, y este proceso las impulsa a reconfigurar su sentido de identidad y propósito personal:

Entonces, durante dos años vivía en función de estos tratamientos; después llegó la guagua y obviamente había que parar porque, ¡la guagua es de oro! y... mi hijo estaba cumpliendo un año y yo no sabía qué quería hacer con mi vida [...] estaba super perdida, me había desdibujado tres años, entonces... es heavy (Párrafo 191, F.S).

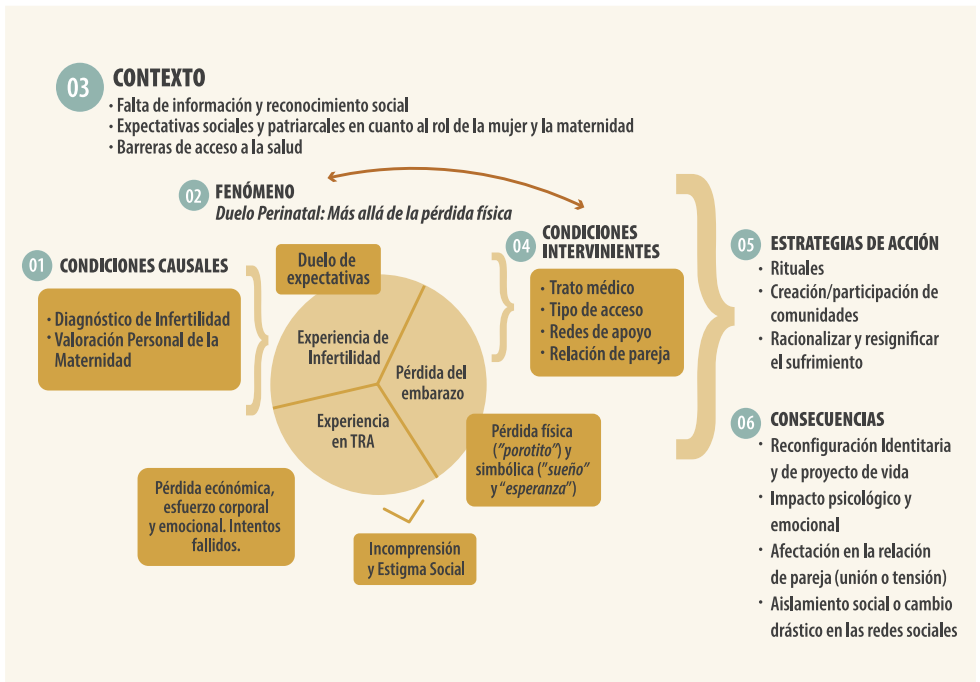
Análisis Relacional

Basándose en el análisis anterior presentado, se exponen los resultados de la codificación axial, que permitió establecer múltiples relaciones entre las categorías identificadas. Este proceso dio lugar a la identificación de dos fenómenos

emergentes: “Duelo perinatal: Más allá de la pérdida física” y “Maternidad reconfigurada”. A continuación, se incluyen esquemas visuales que ilustran las conexiones entre estas categorías (Ver Figura 1 y 2).

Figura 1

Fenómeno “Duelo Perinatal: Más Allá de la Pérdida Física”



El duelo perinatal trasciende la pérdida física y surge a partir de un diagnóstico que desafía el deseo de maternidad y la identidad personal, al confrontar los mandatos culturales que asocian la maternidad con la realización femenina. Este diagnóstico marca el inicio de un proceso emocional doloroso, caracterizado por la “pérdida de un sueño” y una disminución en la autoestima, a la que se suma el acceso restringido a los TRA debido a su elevado costo y la limitada cobertura del sistema público de salud. Estas barreras refuerzan la percepción de inequidad y los sentimientos de injusticia, incrementando la carga emocional de las mujeres que buscan ser madres. El duelo perinatal también se manifiesta en las pérdidas simbólicas de expectativas y esperanzas, pues los intentos fallidos de TRA implican un desgaste emocional, físico y económico que refuerzan la sensación de fracaso. La incompreensión hacia estas experiencias, sumadas a los estigmas que rodean la infertilidad, convierten este duelo en una vivencia desautorizada. En este contexto, las mujeres enfrentan la pérdida del embarazo y la invisibilidad de su dolor, lo que complica el proceso de afrontamiento.

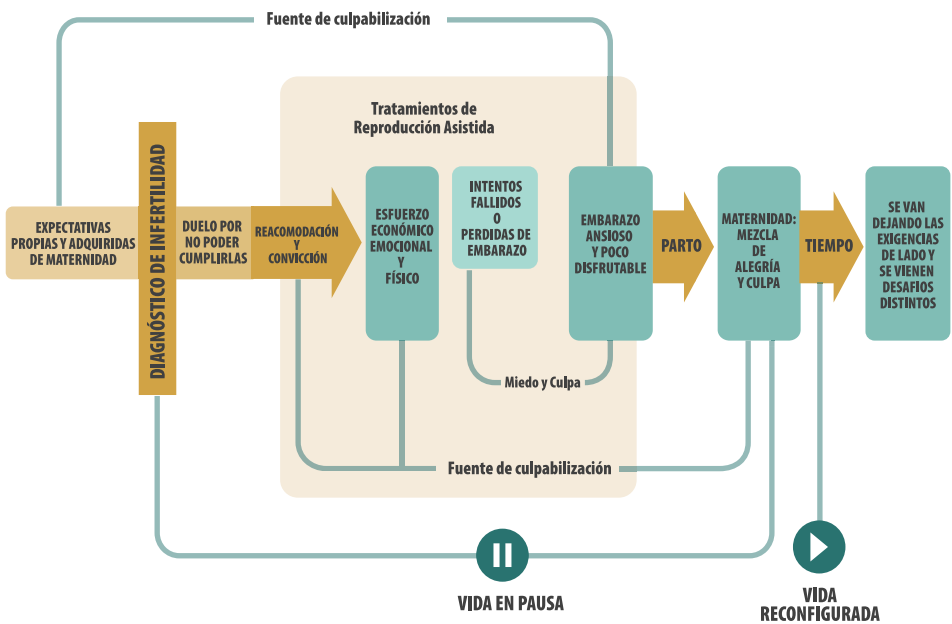
El duelo perinatal se desarrolla en un entorno que refuerza la maternidad como eje central de la identidad femenina, mientras las mujeres enfrentan un sistema médico percibido como insensible a sus necesidades emocionales. Aunque algunas participantes reciben apoyo de familiares y parejas, este no siempre es adecuado, contribuyendo al sentimiento de desamparo. Al mismo tiempo, la reproducción asistida añade desafíos interpersonales, generando tensiones en la pareja y un “ciclo de vida en pausa” que implica postergar proyectos personales y profesionales.

A pesar de estas adversidades, las mujeres implementan estrategias como rituales simbólicos que resignifican su experiencia, otorgándole un sentido trascendental.

Las consecuencias del duelo perinatal abarcan lo personal, donde ocurre una reconfiguración identitaria y vital; lo relacional, con vínculos que oscilan entre fortalecimiento y ruptura; y lo social, marcado por aislamiento y falta de validación.

Figura 2

Fenómeno “Maternidad Reconfigurada”



La maternidad reconfigurada emerge como una transformación vital para mujeres que atraviesan TRA. El diagnóstico de infertilidad marca un duelo inicial seguido por un proceso de convicción para superar barreras físicas, emocionales y sociales, comprometiéndose con los TRA. Este camino implica múltiples costos, donde los intentos fallidos y pérdidas generan culpa y miedo, reforzando la sensación de vulnerabilidad.

Los embarazos logrados mediante TRA se viven con ansiedad y temor, limitando la capacidad de disfrutar plenamente esta etapa, pues la alegría se mezcla con la presión interna y social de justificar el esfuerzo realizado, por lo que, tras el parto, las mujeres enfrentan emociones de felicidad y autoexigencia. Sin embargo, este estado inicial comienza a evolucionar a medida que las mujeres resignifican sus experiencias y ajustan sus expectativas, transitando hacia una reconfiguración al dejar de lado las exigencias extremas, aceptando los desafíos propios de la crianza. La maternidad se convierte en un espacio de aprendizaje y transformación, logrando una nueva narrativa de realización personal donde los proyectos de vida que habían quedado “en pausa” se retoman.

Discusión

Con el objetivo de caracterizar las experiencias de duelo perinatal en mujeres luego de un tratamiento de reproducción asistida (TRA), en esta investigación se planteó como pregunta: ¿De qué manera experimentan el duelo perinatal las mujeres luego de un proceso de reproducción asistida? Sobre la base de los resultados, es posible responder a la pregunta de investigación, ya que tras las entrevistas realizadas se revela la complejidad y multidimensionalidad del duelo perinatal y su impacto en la experiencia de maternidad tras haber acudido a TRA.

Los hallazgos ponen de manifiesto que este duelo es vivido como un duelo múltiple (Sánchez-Nebreda, 2018). Esto, consistente con otras investigaciones (Martínez y Martínez, 2024; Rujas et al., 2021) comienza con el diagnóstico de infertilidad, que marca un punto de inflexión en la trayectoria vital de las mujeres,

desencadenando un proceso de duelo que abarca la pérdida de la capacidad reproductiva sin intervención médica o “natural” (como refieren las participantes) y la ruptura de un proyecto de vida cargado de expectativas personales e impuestas. El proceso de TRA, lejos de ser únicamente un recurso médico, se presenta como un espacio de acumulación de experiencias de pérdidas y desgastes. Las participantes describen cómo cada intento fallido incrementa el peso del duelo, mientras que el entorno médico, a menudo percibido como insensible, refuerza sentimientos de alienación y culpabilidad. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Martínez y Martínez, (2024) y Harris y Daniluk (2010), quienes enfatizan el impacto psicológico de los TRA en las mujeres. En cuanto a la pérdida física, los intentos fallidos de implantación son percibidos de manera diversa: algunas participantes los consideran una pérdida en sí misma, mientras que otras los ven como parte del proceso, dependiendo de su concepción sobre el inicio de la vida. Sin embargo, las pérdidas gestacionales, independientemente del mes de gestación, son descritas como algo real, aunque pequeño—“porotito” (D.M), “lentejita” (D.E)—y su pérdida genera sentimientos de tristeza, abatimiento y desesperanza. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que analizan las experiencias de mujeres que han pasado TRA y han enfrentado pérdidas gestacionales. Por ejemplo, Harris y Daniluk (2010) encontraron que, independiente del mes de la pérdida, se reportaron sentimientos profundos de dolor y tristeza.

Por otro lado, el segundo fenómeno identificado, maternidad reconfigurada, aporta una perspectiva única sobre la transformación de la experiencia maternal en este contexto. A diferencia de la gestación espontánea, las mujeres que logran concebir después de los TRA enfrentan una mezcla de emociones que incluyen alegría, ansiedad y culpa. El embarazo es vivido con una sensación constante de fragilidad, mientras que la maternidad inicial está marcada por una autoexigencia que refleja el costo emocional del camino recorrido. Sin embargo, con el tiempo, esta vivencia evoluciona hacia una resignificación más equilibrada, donde las mujeres logran integrar sus experiencias pasadas y aceptar los desafíos de la maternidad desde una perspectiva más flexible. Este proceso de transformación coincide con

estudios de duelo perinatal —sin TRA de por medio— sobre la resiliencia y la reconstrucción identitaria tras experiencias adversas (Rossen et al., 2023), donde se destacan las capacidades de las mujeres para resignificar el sufrimiento en un marco de aprendizaje y crecimiento personal. Sin embargo, en la literatura existente sobre TRA y duelo perinatal, no se ha abordado de manera explícita la transformación emocional ni la reconfiguración del sentido de la maternidad que experimentan las mujeres una vez que logran concebir. Aunque diversos estudios exploran sentimientos de culpa y tristeza en momentos específicos del duelo (Abdishahshani et al., 2020; Antón, 2024; Martínez y Martínez, 2024), estos se presentan como emociones transitorias que “desaparecerían” con el inicio de la maternidad y la crianza.

El presente estudio también resalta la importancia del manejo del duelo, donde la participación y creación de comunidades destaca como un elemento esencial en la experiencia de las participantes. Para algunas, estas comunidades representaron un pilar de apoyo en su proceso de resignificación, y en el caso de algunas fundadoras, formar parte de su construcción fue clave en la reconfiguración de sus vidas tras las experiencias de infertilidad y duelo perinatal. Este tipo de redes, no solo ofreció apoyo emocional, sino que contribuyó también a resolver la falta de información pública y accesible sobre infertilidad y duelo perinatal, un tema aún poco abordado socialmente, que coincide con los hallazgos de Grunberg et al. (2018) sobre el rol de las redes de pares y la búsqueda de información en internet para afrontar la infertilidad y el duelo.

Además, algunas participantes encontraron consuelo en rituales funerarios simbólicos para los embriones o fetos perdidos. Este tipo de prácticas surge como una respuesta ante la ausencia de rituales formales para las pérdidas perinatales, especialmente en casos de embarazos que no llegaron a término. Según Layne (2003), el duelo perinatal no suele incluir rituales funerarios tradicionales debido a la naturaleza intangible de la pérdida, lo que lleva a las mujeres a crear sus propias formas de procesar y enfrentar el duelo.

Finalmente, los resultados reflejan las implicancias más amplias de la experiencia del duelo perinatal y los TRA. Las expectativas de género y los valores patriarcales que posicionan a la maternidad como un eje central de la identidad femenina siguen ejerciendo una presión significativa sobre las mujeres, intensificando los sentimientos de insuficiencia y el aislamiento social. Esto subraya la necesidad de avanzar hacia una sociedad que reconozca y valide las múltiples formas de experimentar la maternidad y el duelo, promoviendo una mayor equidad y empatía en el ámbito social, cultural y médico.

Uno de los aspectos por considerar en este estudio es que todas las participantes seleccionadas tienen hijos/as vivos/as, ya sea antes de someterse a los TRA o como resultado de ellos. Esto representa un sesgo que podría influir en la comprensión del duelo perinatal, ya que las vivencias emocionales y psicológicas pueden diferir en contextos donde la imposibilidad de tener hijos/as no ha sido resuelta. En futuras investigaciones sería relevante incluir una muestra que excluya a mujeres con hijos/as vivos/as para explorar estas diferencias.

Una limitación importante es que todos los TRA de las participantes del presente estudio fueron realizados en el contexto de parejas heterosexuales. Esto restringe la comprensión de otras expresiones del objeto de estudio en configuraciones familiares diversas, como parejas del mismo sexo o personas solteras, cuyas experiencias podrían diferir significativamente en términos emocionales, sociales y culturales. En este sentido, se sugiere que en próximas investigaciones se incluya a una muestra más diversa, para así explorar cómo la orientación sexual y estructura familiar influyen en el duelo perinatal, la maternidad y las barreras de acceso a los TRA, ampliando así la comprensión de este fenómeno.

Conclusiones

Este estudio se propuso explorar las experiencias de duelo perinatal de mujeres que han recurrido a TRA, con el objetivo de comprender cómo se configura este tipo de duelo y sus implicancias emocionales, sociales y culturales. A través de entrevistas semiestructuradas, se identificaron múltiples dimensiones del duelo, que no se limitan únicamente a la pérdida gestacional, sino que incluyen la pérdida

de expectativas relacionadas con la maternidad, el impacto en la identidad materna y las tensiones derivadas de normativas de género que asocian la maternidad como un componente central de la identidad femenina. En este contexto, uno de los hallazgos principales refiere a la caracterización del duelo perinatal como una experiencia compleja que abarca dimensiones simbólicas, emocionales y económicas. Además, las barreras de acceso a los TRA y la carga cultural asociada a la maternidad intensifican estas vivencias, en un contexto en el que prevalece la falta de reconocimiento social y el estigma hacia estas mujeres.

Otro hallazgo relevante refiere a la experiencia de una maternidad reconfigurada en las mujeres que lograron concebir tras un TRA. Inicialmente, tanto la gestación como el ejercicio de la maternidad estuvieron marcados por sentimientos de autoexigencia y culpa, derivados del alto costo emocional, físico y económico asociado a los tratamientos. Sin embargo, con el tiempo, muchas de las participantes lograron resignificar su experiencia, adaptando sus expectativas iniciales y asumiendo los desafíos que implica esta nueva etapa de vida. Lo que evidencia la necesidad de fomentar un acompañamiento emocional durante y después de los TRA, con el fin de ampliar su comprensión al integrar no solo los aspectos médicos, sino también las dimensiones emocionales y sociales que impactan a las mujeres. Asimismo, a nivel social, se destaca la importancia de reconocer y validar las diversas formas en que las mujeres experimentan tanto la maternidad como el duelo, desafiando las construcciones normativas vinculadas al rol de género.

Desde una perspectiva académica, este trabajo contribuye al campo de la psicología perinatal y los estudios de género, al ofrecer una visión más integral sobre los efectos emocionales y sociales de la infertilidad y los TRA. Además, representa un punto de partida para futuras investigaciones que exploren temáticas como la experiencia de infertilidad. En este sentido, los resultados destacan la importancia de desarrollar intervenciones terapéuticas que ofrezcan apoyo multidimensional a las mujeres, sus parejas y familias, priorizando su bienestar emocional en un proceso que, aunque complejo, puede ser transformador.

Referencias

- Abdishahshahani, M., Torabi, M., & Kazemi, A. (2020). Investigating related factors to psychological symptoms of infertile couples undergoing assisted reproductive treatment. *Journal of Education and Health Promotion, 9*(21), 1-5. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_412_19
- Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment--an emotional roller coaster. *Australian family physician, 34*(3), 135-138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15799659/>
- Antón, M. (2024). *Emociones y síntomas experimentados por las mujeres durante un embarazo posterior a la pérdida perinatal* [Tesis de Grado, Universidad de Alicante]. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/143239>
- Argimon, J., & Jiménez, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiología*. Elsevier. https://postgrado.medicina.usac.edu.gt/sites/default/files/documentos/investigacion_clinica_y_epidemiologica_1.pdf
- Ayton, D. (2023). Chapter 5: Qualitative descriptive research. In D. Ayton, T. Tsindos & D. Berkovic (Eds.), *Qualitative research - a practical guide for health and social care researchers and practitioners* (pp. 49-54). Monash University.
- Bryson, C. A., Sykes, D. H., & Traub, A. I. (2000). In vitro fertilization: A long-term follow-up after treatment failure. *Human Fertility, 3*(3), 214-220. <https://doi.org/10.1080/1464727002000199011>
- Céspedes, P., & Correa, E. (2021). Reproducción asistida en Chile: Una mirada global para el desafío de ofrecer un acceso oportuno. *Revista Médica Clínica Las Condes, 32*(2), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.09.002>
- Charmaz, K. (2014). Grounded theory in global perspective: Reviews by international researchers. *Qualitative Inquiry, 20*(9), 1074-1084. <https://doi.org/10.1177/1077800414545235>
- Clínica Las Condes. (s.f.). *Resultados de FIV e ICSI*. <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Ginecologia-Obstetricia/Unidad-de-Medicina-Reproductiva/Programa-Reproduccion-Asistida/resultados-fiv-icsi>

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2016). *Indicadores básicos de salud Chile 2016*. <https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/10/IBS%202016.pdf>
- Enzminger, M. (2014). *Mother's caregiving representations related to assisted reproductive technology: Influences of mental distress, partner support, and grief* [Master's thesis, Mills College]. Mills College ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/openview/286826cf8cd682488d7cd35d18f8865d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J., Fernández-Medina, I., Jiménez-López, F., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M., & Granero-Molina, J. (2020). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>
- García, J. (2010). *Análisis comparativo del proceso de duelo desde dos perspectivas psicológicas: El psicoanálisis y el humanismo* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Buenaventura]. <https://www.yumpu.com/es/document/read/14869456/1060155-analisis-comparativo-del-proceso-de-duelo-desde-dos->
- George, T. (6 de diciembre de 2021). *Exploratory Research | Definition, Guide, & Examples*. Scribbr. <https://www.scribbr.com/methodology/exploratory-research/>
- Grunberg, P., Dennis, C. L., Da Costa, D., & Zelkowitz, P. (2018). Infertility patient's need and preferences for online peer support. *Reproductive Biomedicine & Society*, 15(6), 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.10.016>
- Harris, D. L., & Daniluk, J. C. (2010). The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, 25(3), 714-720. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep445>
- Kukla, Q.R. (2020). Misogyny and ideological Logic. *Philosophy and Phenomenological Research*, 101(1), 230-235. <https://doi.org/10.1111/phpr.12698>
- Layne, L. (2003). *Motherhood lost: A feminist account of pregnancy loss in America*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203948040>
- Lee, S., Wang, S., Kuo, C., Kuo, P., Lee, M., & Lee, M. (2010). Grief responses and coping

- strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 507-513. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x>
- Martín-Crespo, M., & Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, (27), 1-4. <http://www.sc.ehu.es/plwlmuj/ebalECTS/praktikak/muestreo>
- Martínez, N., Quesada, S., Subiza, I., Torrea, I., & Urtasun, I. (2012). *El duelo desautorizado: Muerte perinatal. Pechos llenos, brazos vacíos*. Consejo General de la Psicología en España. <https://www.cop.es/uploads/PDF/DUELO-DESAUTORIZADO-MUERTE-PERINATAL.pdf>
- Martínez, T., & Martínez, M. (2024). Infertilidad y duelo perinatal. *Musas*, 9(1), 5-26 <https://doi.org/0.1344/musas2024.vol9.num1.1>
- Martos-López, I., Sánchez-Guisado, M., & Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
- McBain, T., & Reeves, P. (2019). Women's experience of infertility and disenfranchised grief. *The Family Journal*, 27(2), 156-166. <https://doi.org/10.1177/1066480719833418>
- Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J., & Modan, B. (1992). Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 9(2), 161-169. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01203757>
- Mesquita, M., Rodrigues, C., Noll, M., de Abreu, F., & Naves, W. (2021). Psychosocial aspects of gestational grief in women undergoing infertility treatment: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 131-143. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413143>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal: Afrontamiento y duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v13.n1.27822>

- Oliva, K., & Batista, Y. (2019). Infertilidad femenina y modos de subjetivación: Cuando el yo se percibe fallido. *Integración Académica en Psicología*, 7(21), 96-110. <https://integracion-academica.org/attachments/article/254/08%20Infertilidad%20femenina%20KOliva%20YBatista.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de abril de 2023). *La OMS alerta de que una de cada seis personas padece esterilidad*. <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Muerte prenatal*. https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
- Perera, E., Chou, S., Cousins, N., Mota, N., & Reynolds, K. (2023). Women's experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(197), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05509-5>
- Pinilla, R., & Hermosillo, R. (2021). Perinatal grief characteristics. *European Psychiatry*, 64(29). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1609>
- Reales, L. (25 de mayo de 2023). *Cada persona vive el duelo de manera distinta*. TopDoctors España. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/cada-persona-vive-el-duelo-de-manera-distinta>
- Rodríguez, R., Alba, C., Gutiérrez, S., Cobos, Á., & Sánchez, J. (2019). Duelo perinatal. Revisión Sistemática. *Parainfo Digital*, 13(29), 1-3. https://www.researchgate.net/publication/337022366_Duelo_Perinatal_Revision_Sistematica
- Rossen, L., Opie, J. E., & O'Dea, G. (2023). A mother's voice: The construction of maternal identity following perinatal loss. *Omega - Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-23. <https://doi.org/10.1177/00302228231209769>
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. Springer.
- Rujas, S., Serrano, P., & Martínez, M. (2021). Descubrir la Infertilidad: La experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Revista Española de Salud Pública*, 95(12), 1-13. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/524>
- Salomão, A. (20 de diciembre de 2023). *Entrevistas semiestructuradas en la investigación cualitativa*. Mind the Graph. <https://mindthegraph.com/blog/es/nitel-arastirmalarda-yari-yapisal-gorusmeler/>

- Sánchez, R. (2022). Los duelos desautorizados: *Qué son y cómo afrontarlos*. Fundación Mario Losantos del Campo. <https://www.fundacionmlc.org/los-duelos-desautorizados-que-son-y-como-afrontarlos-i/>
- Sánchez-Nebreda, V. (2018). *Intervención Psicológica en Problemas de Fertilidad* [Tesis de Grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/22336>
- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf>
- Varela, M. (2023). Narrar la pérdida. Reconstrucción narrativa de la identidad durante el duelo. *Debate público. Reflexión de Trabajo Social*, 13(26), 59-64. <https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/0135a3900f49c3596743002b-5050ff4d.pdf>



Sentidos de la Violencia Obstétrica en el Parto según Personas que Colaboran en Organizaciones de Apoyo a Víctimas³

**Matilda Carvajal Gallegos, Esperanza Ibaceta Riquelme,
Macarena Jara Hermosilla,
Gabriela Quintero Molina, Martina Vendrell Romero**

Resumen

La violencia obstétrica en el parto es una problemática persistente en Chile, y se encuentra normalizada debido a la invisibilización cultural por parte del sistema de salud, el Estado y la falta de información para las pacientes. En respuesta a esto, han surgido organizaciones y personas independientes encargadas de sostener esta problemática sanitaria y social. El objetivo general de la investigación fue comprender la percepción de personas pertenecientes a organizaciones y acompañantes de víctimas en Chile sobre la violencia obstétrica en el parto. Los conceptos teóricos utilizados fueron: naturalización, medicalización del cuerpo, violencia obstétrica en el parto y humanización del parto. Esta investigación fue de tipo exploratoria, desde la teoría fundamentada y analizada mediante codificación teórica. Para producir la información se reclutaron, mediante muestreo intencional y “bola de nieve”, a cinco mujeres pertenecientes a organizaciones de apoyo y también, mujeres independientes que apoyan a víctimas de la problemática. A las participantes se les realizó entrevistas presenciales de tipo semiestructuradas. Respecto a los resultados, se observaron diferentes percepciones de las participantes sobre la violencia obstétrica, la presencia de una marcada cadena

³ Este artículo fue escrito durante la realización del Curso Investigación IV impartido por la profesora Evelyn Palma y la ayudantía de Maximiliano Díaz y Martina Santis.

de intervenciones, la jerarquización entre profesionales y propuestas de prevención de la violencia obstétrica de las entrevistadas, donde mencionan la importancia de un parto humanizado. Asimismo, se destaca la importancia de la creación de legislaciones preventivas, punitivas y formación humanizada de los profesionales de salud para poder romper el ciclo de la violencia obstétrica en el parto. En conclusión, la violencia obstétrica es una problemática estructural que requiere cambios culturales, educativos y legislativos para garantizar un parto digno y respetuoso.

Palabras clave: invisibilización, medicalización del parto, organizaciones de apoyo a víctimas de violencia obstétrica, parto respetado, violencia obstétrica en el parto.

Introducción

El problema de la presente investigación consistió en comprender los sentidos de la violencia obstétrica en el parto que otorgan las personas que asisten a mujeres víctimas de esta violencia —en Chile— tanto desde organizaciones como de forma independiente. Para profundizar en la comprensión de esta problemática social se definirá la violencia obstétrica como el maltrato psicológico, físico y sexual a las mujeres por medio de la apropiación, patologización y medicalización del cuerpo. Pueden ser amenazas, uso desmedido de fuerza, acelerar el parto usando medicamentos, entre otros, teniendo diversas consecuencias en la mujer, como problemas físicos o psicológicos (Cárdenas y Salinero, 2021; Henriques et al., 2024; Tijoux y Ambiado, 2023).

Esta violencia transgrede los derechos humanos de las mujeres, que incluyen los derechos sexuales donde se estipula el poder de control sobre su sexualidad, incluyendo su salud sexual y reproductiva, de manera que las mujeres puedan decidir libremente sobre estos aspectos sin verse sujetas a discriminación, violencia y/o coerción (López y Pérez, 2020). A la vez son vulnerados los derechos reproductivos, los que se sustentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente respecto a diversos ámbitos de su sexualidad (López y Pérez, 2020).

Según Castro y Frías (2022) este tipo de violencia es de las menos visibilizadas en comparación con algunas, tales como violencia intrafamiliar, violencia sexual, entre otras, debido a que en el imaginario del personal de salud y las pacientes existe la creencia que aquellas prácticas son normales y/o apropiadas como parte del proceso de atención médica, o un modo de protección a ellas y a las/los recién nacidos. Aquello se puede explicar por la fuerte naturalización de la violencia obstétrica en el parto. El proceso cognitivo de la naturalización, según Caponi (2018), se refiere a una instancia, técnica que genera una creencia de aceptación en los sujetos sobre una conducta, regla, norma de la sociedad, etc. En cuanto a la naturalización de fenómenos sociales, se genera una creencia colectiva en la que ciertos hechos y creencias se consideran normales, necesarios y definitivos, llevando a una resignación y aceptación de dicho fenómeno por parte de los individuos (Caponi, 2018).

De esta forma, la naturalización de la violencia obstétrica es considerar normales y necesarias las prácticas y tratos violentos que el equipo médico realiza al momento del parto y puerperio. Las personas gestantes en el trabajo de parto pierden confianza en el equipo médico tratante, sobre todo al momento en que les realizan intervenciones drásticas, debido a la “privación de información o falta de consentimiento informado, cuidado irrespetuoso y restricciones innecesarias impuestas por médicos” (Tsakmakis et al., 2023, p. 368). Esto tiene como consecuencia que las personas gestantes perciban una falta de elección en cuanto a su cuerpo, desembocando en una experiencia negativa del proceso de parto (Tsakmakis et al., 2023).

Esta asimetría existente en los roles de médico-paciente es parte de prácticas sociales que provienen de un modelo médico consolidado que funciona como un saber hegemónico en la sociedad. Esta dinámica ha demostrado el desplazamiento de mujeres gestantes ante la autoridad del saber médico (Castro, 2014, citado en Salgado y Díaz, 2017). A la vez, ha influido en la medicalización del cuerpo, que se refiere a la “excesiva intervención médica durante la gestación, parto y posparto” (Cárdenas y Salinero, 2021, p. 210) patologizando distintos procedimientos ginecológicos, convirtiendo al “cuerpo materno y el parto-nacimiento en una enfermedad de alto riesgo” (Cárdenas y Salinero, 2021, p. 210).

En suma, la complejidad de esta violencia responde a un entramado de procesos sociopolíticos, desigualdad de género y a la apropiación de los cuerpos gestantes en las sociedades patriarcales que, junto a la supremacía del saber gineco-obstetra, resultan en la concepción del proceso de parto como patológico, y en una pérdida progresiva de la agencia de las mujeres ante sus propios procesos reproductivos (Annborn y Finnbogadóttir, 2022; Arguedas, 2014; Davis-Floyd, 2001; Villanueva et al., 2016). De esta manera, y sumado a las complejidades del contexto y organización política sanitaria de cada país, es que se da lugar a la violencia obstétrica, naturalizando aquellas prácticas y transgrediendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de las personas gestantes (Villanueva et al., 2016).

De este modo, el objetivo general de la investigación fue comprender los sentidos de la violencia obstétrica en el parto desde la perspectiva de las personas pertenecientes a organizaciones de apoyo a víctimas y de quienes acompañan estos casos de forma independiente.

Marco Metodológico

Diseño

Para lograr el objetivo de la investigación se utilizó un enfoque metodológico cualitativo no probabilístico en base a la Teoría Fundamentada. Se utilizó la estrategia de muestreo intencionado y de “bola de nieve” para contactar a la última participante.

Participantes

Para asegurar que las y los participantes dieran respuestas informadas, claras y se ajustaran a los objetivos de la investigación, los criterios iniciales de exclusión e inclusión fueron los siguientes: se aceptarían miembros de organizaciones de apoyo a víctimas de violencia obstétrica en el parto en Chile, fueran o no profesionales que realizan atención directa, contención y trabajo terapéutico con las víctimas de violencia obstétrica en el parto, con un mínimo de cinco años

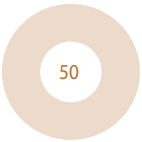
trabajando con dichas personas y que se encontraran ejerciendo actualmente. No podrían participar personas que trabajaran en el sistema público atendiendo partos o en el mundo gineco- obstetra, con el fin de evitar doble rol, personas que hubiesen sufrido violencia obstétrica en el parto y/o que estuvieran en un proceso de demanda en contra de una persona o centro de salud debido a la experiencia de violencia obstétrica en el parto u otra forma de violencia gineco obstetra. Lo anterior, para evitar revictimización.

Posteriormente, algunos de estos criterios tuvieron que ser flexibilizados puesto que el proceso de reclutamiento de participantes estaba siendo obstaculizado por los mismos. Finalmente se reclutaron cinco participantes mujeres, dos directoras de diferentes organizaciones de apoyo a víctimas de violencia obstétrica en Chile. Las demás no pertenecían a alguna organización y, por otro lado, tenían diferentes profesiones: dos eran matronas, una era periodista, otra antropóloga e investigadora y, por último, una que trabaja como doula⁴.

Tabla 1
Caracterización de Participantes

Participantes	Género	Estilo de acompañamiento
B	Femenino	Independiente y personal de salud pública
C	Femenino	Organización 1 y voluntaria en Organización 2
J	Femenino	Organización 2
M	Femenino	Organización 2
I	Femenino	Independiente

⁴ Acompañante no médica que brinda apoyo emocional, físico e informativo durante el embarazo, parto y posparto.



Producción de Datos

Se usó la entrevista semiestructurada presencial para poder obtener información clara y profundizar en distintos puntos que surgieran en medio de la conversación. Este tipo de técnica se caracteriza por ser flexible atribuyendo al entrevistador/a la libertad de añadir preguntas a las que ya han sido planteadas, así como modificarlas, cambiar el orden, poder puntualizar ciertos aspectos que no se comprendieron bien, de manera que sea posible profundizar ideas en el curso del diálogo, priorizando siempre el ritmo del entrevistado/a. Esta herramienta cualitativa se recomienda para estudiar fenómenos que no se pueden observar o que son de carácter sensible y complejos. Es por ello que su principal objetivo es propiciar un espacio en el que la o el entrevistado se sienta segura/o de desplegar, en sus propias palabras, su punto de vista, experiencias, sentimientos, valores o creencias. En consecuencia, es importante que la actitud de quien entrevista sea respetuosa, genuina, atenta al lenguaje verbal y no verbal y demostrando interés (Hernández et al., 2014).

Análisis de Datos

Para analizar los datos, ya que la investigación se basa en la Teoría Fundamentada, de forma conjunta e individual se realizó codificación abierta (Flick, 2007) para generar códigos basados en la transcripción de las entrevistas. Posteriormente, cada una de las integrantes hizo "codificación línea por línea" (Flick, 2007, p. 195) en la que se realizó mediante microanálisis; se determinó usar códigos para cada línea y se apoyó con memorandos. De forma conjunta se hizo codificación axial y selectiva para relacionar códigos entre sí y obtener mejores resultados, además de encontrar la categoría que le diera sentido y significado a toda la investigación (Flick, 2007).

Criterios de Rigor

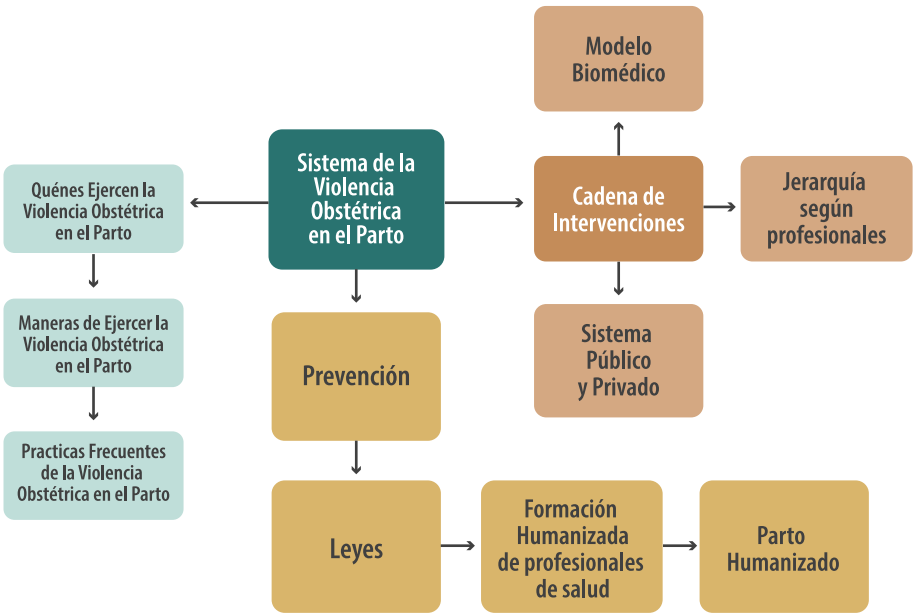
Debido al proceso de transcripción, microanálisis y memorandos se cumple con la credibilidad, validez y confirmabilidad expuestos por Noreña (2012). En esta misma línea, gracias a la entrevista y métodos para reclutar participantes, se

cumple con la transferibilidad y consistencia (Noreña, 2012). Por otro lado, gracias a las técnicas de decodificación se cumple con la adecuación teórico-epistemológica y, por último, debido a que algunos resultados fueron novedosos en comparación con investigaciones anteriores, se cumple con la relevancia (Noreña, 2012). Respecto a los criterios éticos, se obtuvo el consentimiento firmado de cada una de las participantes; se mantuvo la confidencialidad de los datos, es decir, nombres y organizaciones a las que pertenecen. También se analizaron y manejaron los riesgos de la investigación (Noreña, 2012), los que podían provocar una posible revictimización a las/os trabajadoras/es de las organizaciones de apoyo a víctimas de violencia obstétrica en el parto. Este trabajo fue posible al ahondar en temáticas sensibles acerca de lo que otras mujeres han vivenciado, y a la exposición de las organizaciones a posibles represalias por parte de instituciones médicas que pudieran sentirse aludidas en la inflexión de violencia. No obstante, gracias a la confidencialidad y debido a que no se flexibilizó el criterio de exclusión de haber vivido violencia obstétrica en el parto, es que no se corrió ninguno de estos riesgos.

Resultados

Se presentarán los resultados de la investigación desglosados en cuatro pilares fundamentales: 1.-la violencia obstétrica y las formas en que se expresa, 2.- una lectura de estas prácticas denominada “cadenas de intervenciones”, en la que se integra al patriarcado y al modelo biomédico como causas de esta violencia, 3.- las formas de jerarquización entre profesionales en Chile relativas a la violencia obstétrica relativas a la violencia obstétrica y sus consecuencias y, por último, 4.- las formas de prevención de la violencia obstétrica en el parto.

Figura 1
Esquema de Categorías



La Violencia Obstétrica, sus Formas, sus Causas y sus Víctimas

La violencia obstétrica en el parto puede comprenderse como una serie de prácticas violentas que se realizan hacia las mujeres gestantes en el momento del parto, tanto en el ámbito físico como en el verbal y psicológico, que actúa de forma sistemática, es decir, por parte de todo el sistema médico que se involucra en el parto. El ejercicio de este tipo de violencia proviene de la falta de concientización en la formación de profesionales de la salud relativos al momento del parto, como médicos ginecólogos, enfermeras/os, técnicos/as en enfermería (TENS), matronas/es, etc., y se agrupa en tres dimensiones:

En primer lugar, la dimensión *física*, que consiste en apresurar a las mujeres embarazadas a parir para adelantar el proceso; hacer tacto sin consultar previamente si es conveniente hacerlo; y realizar episiotomía (cesárea innecesaria) —sin justificación médica real—. La incorporación de intervenciones rutinarias innecesarias, hacer mal uso de fórceps, inducción injustificada, rotura de membrana y realizar maniobra de Kristeller.

Sobre la dimensión emocional/psicológica, se aprecia la negación de la anestesia que somete a la mujer a un parto traumático, hacerle creer que no es capaz de parir, generando culpa y desconfianza; asustar a las mujeres respecto del proceso de parto; infantilizarla, usar malas palabras en su trato; cambios de turno entre el equipo de salud sin una información clara respecto al proceso de parto que se debe atender; sobremedicalización del parto, humillaciones, amenazas, y discriminación en algunos casos.

En cuanto a la dimensión *vital*, esta consiste en la vulneración o negación de necesidades vitales o básicas. Estas prácticas serían el no respeto de los derechos humanos durante el trabajo de parto: por ejemplo, impedir el consumo de agua o alimentos.

Causas de la Violencia Obstétrica en el Parto

Respecto a estos acontecimientos, existen diversas posturas entre las entrevistadas, quienes mencionan que este tipo de violencia puede relacionarse con el lugar de ocurrencia (hospital o clínica), o con un estado de ignorancia donde las personas que se encargan de asistir partos deciden no actualizar sus conocimientos basados en situaciones de maltrato, por unos donde el respeto y la no invasión a la mujer parturienta sea imperante. Así también, persiste la existencia de la percepción del parto como instancia de la cual se puede lucrar, como sería mediante la práctica excesiva de cesáreas. En cuanto a las vivencias de violencia obstétrica en el parto, es posible decir, a partir de las entrevistas realizadas, que ocurre en un ámbito “invisible”, pasando entonces a ser un suceso normalizado, tanto entre quienes participan del equipo médico como entre quienes son víctimas:

Para ellos es tan rutinario, normal, a todo el mundo se le hace y creen que está bien, y cuando empiezan a indagar y a leer estos relatos se dan cuenta de que no era normal, que no estaba bien, y que también fueron víctimas del abuso (C, Organización 1, p. 54).

Falta de Educación

Respecto al tema de la educación sobre violencia obstétrica en el parto, una postura revela que la importancia de salir de la ignorancia radica en poder eliminar este suceso, tanto por parte de las mujeres parturientas en cuanto invisibilizan o naturalizan este acontecimiento, como de los profesionales de la salud a cargo. Asimismo, es posible comprender la violencia obstétrica en el parto desde diversas variables que la conforman y que se relacionan con las formas de expresión mencionadas. Las maneras de aproximarse a esta vivencia se pueden relacionar desde una experiencia personal de descubrimiento de este tipo de violencia, como también ante un hallazgo compartido, es decir, al hablar con amigas u otras mujeres que pueden comprender la situación debido a que a ellas también les sucedió. Es a partir de estas instancias que las mujeres se dan cuenta de lo que

vivieron, y se abre un camino de posibilidades como el denunciar, informarse al respecto o rememorar el dolor de la experiencia vivida:

Algunas, cuando se encuentran con el término, sentían este malestar desde que habían tenido la experiencia y lo llevaban, pero cuando se encuentran con un texto, una campaña, una noticia, una amiga, alguien que les usa el concepto y les explica, es como ‘eso es lo que me pasaba, eso era lo que me pasó’, y lo logran nombrar, lo pueden identificar (M. Organización 2, p.80).

Caracterización de las Víctima

A partir de los relatos de las entrevistadas es posible comprender que existe una transversalidad del abuso que implica la violencia obstétrica en el parto, evidenciando que puede ocurrir sin importar el establecimiento sanitario donde se lleve a cabo el proceso (clínica u hospital), los recursos económicos con los que cuente la puerpera ni el nivel de conocimiento/ educación que tenga respecto a la violencia obstétrica en el parto. Por lo tanto, es posible afirmar que cualquier mujer gestante puede ser víctima de violencia obstétrica, debido a que la problemática existe a un nivel de sistema, que se construye y transmite de forma cíclica, tanto desde la radical falta de educación y transformación del equipo médico como de las mujeres gestantes que no se educan respecto a cómo debe ser un parto respetado, y, en consecuencia, a la denuncia oportuna de la violencia vivida.

Sin embargo, hay ciertos perfiles de víctimas que nos permiten pensar en qué tipo de mujeres es más probable que esto ocurra: Mediante las experiencias de las entrevistadas se aprecia una variedad de factores determinantes, como los niveles o segmentos sociales y económicos que dejan en desmedro a quienes están en un sector desfavorecido, con abusos más explícitos y normalizados.

Asimismo, se observa un tipo de discriminación particular, por ejemplo, hacia las mujeres que provienen de otras etnias o nacionalidades (migrantes). Son ellas las más propensas a sufrir situaciones de violencia obstétrica en el parto.

Bueno, igual la barrera del idioma es un tema; entonces, como que genera cierta frustración, yo creo, en algunos profesionales; ahí, pierden la paciencia y pasan quizás más rápidamente al tema como de lo más violento... Por esta pérdida de paciencia quizás. Y también cierta discriminación. Sí: también hay racismo. Todavía (B, independiente y personal de salud pública, p. 92).

Por otro lado, las mujeres con un menor nivel educacional tienen más probabilidades de sufrir este tipo de violencia. Asimismo, las gestantes pertenecientes a grupos etarios extremos —muy jóvenes o muy mayores— tienen más riesgo de vivir violencia obstétrica en el parto:

Ah, la violencia ocurre mucho más en edades, por ejemplo, si eres adolescente. En población de riesgo, como adolescentes, mujeres pobres, con poca capacitación o formación académica; en el sistema... no sé si público o privado, yo creo que es un poco... igual. En el fondo, o te violentan gratis, o te lo pagas para que te violenten, pero yo creo que, en las edades tempranas, bajo los veinte, existe mucha violencia, y sobre todo en mujeres pobres y con poca formación académica (C, Organización 1, p. 62).

También es propio considerar, como un factor importante, el lugar de residencia: existe una tasa mayor de violencia obstétrica en aquellas mujeres que viven en distintas regiones de Chile.

Cadena de Intervenciones

Todas aquellas prácticas de violencia obstétrica ejercidas por parte del personal de salud pueden entenderse como una cadena de intervenciones verbales, físicas o médicas que, en muchos casos, son innecesarias y quitan el protagonismo a la mujer gestante: vulneran sus derechos reproductivos y convierten el parto en una experiencia basada en el sometimiento. Esta experiencia limita progresivamente la capacidad de decisión en el proceso de parto y entorpece la posibilidad de cuestionar el actuar del personal médico respecto al propio cuerpo y salud de la mujer gestante. Una entrevistada expresa:

Se habla de una cadena de intervenciones, porque cuando ya te empiezan a intervenir, te empiezan a silenciar. Yo siento que la mujer ya no decide nada, no le preguntan nada y empiezan a decidir todo en su cuerpo, po, y la mujer de a poco también empieza a achicarse, a perder el poder, así como '¡Médico Dios!', como que '¡sáqueme la guagua!'. Porque obviamente está ahí, totalmente con las piernas adormecidas cuando le ponen la anestesia, si ya no siente. Entonces po, como que obviamente, se le entrega como el protagonismo al final al ginecólogo (I, Independiente, p.68).

Estas prácticas pueden generar una violencia en cadena donde los y las profesionales que las cometen, según su estatus en la jerarquía, pueden posteriormente promover el uso de violencia en otros profesionales y normalizarlas en las usuarias. Como ejemplo de esto, las entrevistadas mencionan que es muy común que alumnos/as en práctica o profesionales recientemente egresados/as, se vean coartados/as para realizar prácticas con mayor contención emocional y paciencia, debido a que reciben la negativa de los profesionales superiores en forma de humillaciones o amenazas. Ellos indican —como fundamento— la necesidad de una distancia emocional para realizar su trabajo.

A la vez, la violencia obstétrica puede afectar psicológicamente (además de a la víctima) al personal de salud. En su relato, una entrevistada en contexto de salud pública hace alusión al poder jerárquico de una profesional médica ginecóloga por sobre una matrona: La ginecóloga acude a un proceso de parto con el cual no está familiarizada y realiza una intervención sin consultarle a la matrona a cargo, realizando además una práctica considerada como violencia obstétrica. La matrona, afectada por la situación, denuncia y recibe acoso laboral.

En efecto, se refleja una sociedad patriarcal en la que las mujeres puérperas viven violencia y discriminación en su proceso reproductivo por el hecho de tener un cuerpo femenino, quitándoles el derecho de decidir por sí mismas sobre sus cuerpos y comportamientos, por lo que es necesario, como expresan las entrevistadas, leer la violencia obstétrica bajo una perspectiva de género.

Una entrevistada explica que, en comparación, es muy poco probable que los hombres vivan violencia en los centros de salud debido a su situación reproductiva o sexual, y añade que entran en juego las expectativas sociales de los comportamientos según el género, donde se espera de las mujeres un adecuado desempeño sexual y que sean pasivas ante las humillaciones en sus procesos reproductivos. Son, entonces, percibidas y tratadas por la sociedad como un objeto que tiene la función de traer personas al mundo. Una entrevistada explica:

Ese cruce como que hace que este sea el caldo de cultivo para que este tipo de violencia se perpetúe y sobre el comportamiento sexual esperado de las mujeres (...), como que nuestro cuerpo deja de pertenecer (...) le pertenece al sistema porque además somos como estas vasijas que dan ciudadanos para el sistema. O sea, nuestro rol es de vasija, no es de persona integral, sujeto de conciencia, de libre albedrío, de nada, es como este sujeto utilitario, en el fondo para un bien que es social (M, Organización 2, p.102).

Por otro lado, en la sociedad moderna occidental se impuso el modelo biomédico, donde el saber médico tiene más poder que los saberes tradicionales y que las propias decisiones de las mujeres, disminuyendo progresivamente la labor de las mujeres parteras, quienes históricamente se encargaban de acompañar el proceso de parto de otra mujer.

En este contexto, el parto se torna una patología y no un proceso natural necesitado de intervenciones médicas, que actualmente se enseña desde la formación de los profesionales. El parto concebido como una patología, genera entonces un imaginario social de este como un proceso sumamente doloroso e incómodo, restando las vivencias donde, siendo parte el dolor, prima el sentimiento de poder y conexión con el cuerpo que las mujeres llegan a sentir, en un ambiente donde se sientan cómodas, como en los partos en casa.

Organización Profesional para la Atención del Parto

La supremacía del saber médico, que se visualiza en el poder del médico/a por sobre otros/as profesionales y también sobre las mujeres gestantes, se expresa de distinta manera en Chile, según el sistema de salud sea público o privado. El sistema público se encuentra dominado por un modelo de salud donde las matronas son las que se encuentran mayoritariamente presentes en los procesos de partos y puerperios, conservando un contacto más estrecho y concurrente con las personas gestantes, mientras que la figura del ginecólogo solo se presenta en las semanas finales del embarazo, salvo que exista alguna complicación en torno a este. Resulta importante el hecho que se mencione en las entrevistas el poco tiempo que tienen las gestantes para entablar una relación de confianza con su ginecólogo, esencial para su comodidad.

También se habla de que matronas con mayor experiencia laboral ejercen poder sobre aquellas colegas que proponen una visión más integral a la hora de tratar con pacientes, priorizando métodos conocidos, pero usualmente incómodos para las mujeres. Además, en los relatos se menciona la escasez de recursos asociados al sistema público de salud, lo que dificulta la entrega de una atención especializada y resulta en una estructura colapsada por falta de personal instrumental a la hora de parir:

Los gobiernos no tienen dinero, hay muchas personas que necesitan ayuda, pero no hay horas y las matronas hacen lo que pueden. No es porque no se puede más, entonces no hay lo que debería haber para una atención digna (C, Organización 1, p.89).

Mientras que en el sistema privado impera la presencia del ginecólogo por sobre otras profesiones de salud que intervienen a la hora del parto, tales como las matronas, kinesiólogos, nutricionistas, entre otros:

En el sistema privado, las clínicas se esfuerzan por excluir a las matronas, no tienen derecho a tener consulta, no pueden hacer talleres, no las dejan conocer a las pacientes, y la verdad es que, si la matrona es la que cuida el parto, está

difícil como acceder a la paciente, y que las pacientes comprendan el rol real, sino que se vuelve una suerte de coincidencia encontrar a alguien en Instagram que justo te pueden explicar y hacer talleres y todo (C, Organización 1, p.87).

En este caso, son los y las profesionales médicas ginecólogas quienes estructuralmente disponen más tiempo con las mujeres gestantes, lo que impide una atención con los saberes y el acompañamiento constante de los y las matronas e implica una menor valoración del rol de esta profesión, llegando a ser una suerte de jerarquización implícita.

Es importante mencionar que la organización jerárquica entre profesionales y quienes ejercen violencia obstétrica puede conllevar diferentes consecuencias. En su relato, una entrevistada en contexto de salud pública hace alusión al poder jerárquico de una profesional médica ginecóloga por sobre una matrona: La ginecóloga realiza una intervención sin consultarle a la matrona a cargo, realizando además una práctica considerada como violencia obstétrica. La matrona, afectada por la situación, denuncia y recibe acoso laboral. La ginecóloga acude a un proceso de parto con el cual no está familiarizada y realiza una intervención sin consultarle a la matrona a cargo, realizando además una práctica considerada como violencia obstétrica. La matrona, afectada por la situación, denuncia y recibe acoso laboral.

Esto último da cuenta de otras consecuencias de ejercer violencia obstétrica, donde no solo se afecta a la persona que la recibe, sino que puede afectar psicológicamente a los y las otras profesionales que se encuentran alrededor.

Prevención de la Violencia Obstétrica en el Parto

La prevención de la violencia obstétrica en el parto mediante el parto humanizado refiere a cómo el respetar ideas y preferencias de las mujeres en cuanto a técnicas, movimientos, procedimientos, les entrega protagonismo en uno de los actos mencionados como “más significativos” de la vida, entregándole herramientas para que se sienta escuchada, atendida y, sobre todo, respetada. Así, esta experiencia tomaría su significado real: positiva e inolvidable.

Prevenir la violencia obstétrica en el parto implica abordar diferentes aristas que componen un modelo de atención respetuosa e integral para todas las mujeres gestantes de nuestro país. Gracias al activismo se ha logrado informar cada vez más a la población sobre las formas de la violencia obstétrica y la importancia de denunciar estos fenómenos, además de las características de un parto respetado. Sin embargo, se necesitan cambios estructurales para la prevención de esta violencia, dentro de los cuales se encuentran: la promoción de leyes de carácter punitivo que puedan sancionar estos casos y un cambio en la formación de los profesionales que integre aspectos bioéticos e instancias prácticas que los refuercen.

Todas las participantes hacen referencia a la necesidad de una legislación, debido a que, en Chile, no existe ley específica que logre penalizar casos de violencia obstétrica de manera efectiva y personalizada. No existe una visibilización de estos casos al no contar con cifras oficiales ni denuncias que logren ejemplificar la magnitud de tal problemática. La ley Adriana es un proyecto que establece derechos y sanciona la violencia gineco-obstetra en el ámbito de la gestación, parto y posparto. Pero la propuesta se encuentra retenida y a la espera de la aprobación del senado, lo que refleja una falta de priorización por parte de agentes del Estado que deben velar por la seguridad y derechos de todos los ciudadanos del país, incluyendo al sector transversalmente afectado por esta violencia: personas gestantes, en parto y púerperas.

Conectado con lo anterior y para que la implementación de esta posible ley sea eficiente, es necesario —a la vez— educar, formar adecuada y muy humanizadamente a los profesionales de salud que serán los encargados de atender a estas mujeres durante su parto. La formación profesional de estudiantes de carreras de salud es una de las principales medidas preventivas según las participantes, debido a que es la mejor manera de promover el cambio a nivel estructural y paradigmático: mediante la educación moral e integral. Se menciona:

Creo que es una carrera demasiado técnica y pienso que un mecánico trata mejor a un auto. Todos tenemos “Bioética” en nuestra formación, pero es una clase muy corta y no es una bioética aplicada en la que analicemos casos (C, Organización 1, p.70).

Lo anterior evidencia la calidad de educación y formación que están recibiendo estudiantes de salud de pregrado. Se considera una formación con énfasis exclusivamente en aspectos biológicos y no en aspectos biopsicosociales, sin educar en una atención integral, sino netamente biologicista. Así pues, es una formación insuficiente, extremadamente teórica y de pocas instancias para poner en práctica lo enseñado. La puesta en práctica es uno de los momentos en donde se despliegan las subjetividades tanto del/ la estudiante como de la paciente. Este proceso entrega una oportunidad valiosa y única de conocer y conectar de manera más profunda con las pacientes, enriqueciendo así la experiencia y el aprendizaje. Además, las entrevistadas comentan y proponen que la formación del profesional de salud debe ser complementada con talleres y prácticas con perspectiva de derechos humanos y de género, en los que puedan aplicar los aprendizajes teóricos y ponerlos en práctica.

Finalmente, el parto humanizado es mencionado como aquel que debe respetar los deseos y necesidades de las mujeres que se encuentran actualmente en parto. “Yo creo que en el parto respetado no hay una fórmula, un ingrediente de cómo debería ser, porque cada persona es individual y cada persona tiene sus propios gustos y preferencias” (J, Organización 2, p.110).

Discusión

La presente investigación tuvo como principal interrogante “¿Cuál es la percepción de las personas pertenecientes a organizaciones y también de quienes acompañan a víctimas en relación a la violencia obstétrica en el parto en Chile?”, y su objetivo general fue comprender la percepción de las personas pertenecientes a organizaciones, y también de quienes acompañan a víctimas en relación a la violencia obstétrica en el parto en Chile.

Los resultados permiten indicar que la violencia obstétrica en el parto por parte de personas que acompañan y/o pertenecen a organizaciones que trabajan con la violencia obstétrica, se encuentra naturalizada e invisibilizada por la sociedad, incluyendo a quienes se desempeñan en el ámbito de la salud. Esta violencia se expresa en una cadena de intervenciones que terminan por reducir a las mujeres en sus procesos reproductivos a meros objetos sin la capacidad de decidir sobre sus cuerpos y a disposición del saber médico y al poder jerárquico de profesionales.

Si bien cada vez hay más información gracias al activismo, falta una concientización a nivel social y reformas estructurales para disminuir estas violencias, que parten desde: considerar a las mujeres como sujetos de derecho y decisión en todos sus procesos reproductivos y sus cuerpos. Cambiar la visión del parto como una patología y volver a la visión de un proceso natural. Y una formación de profesionales más integral, biopsicosocial, no solamente biologicista, y donde aquellos conocimientos se puedan llevar a la práctica. Además, todo esto se intersecciona con la forma del sistema de salud en Chile, donde es evidente la deficiencia de recursos en el sistema de salud público. Es, sin duda, necesario de considerar para disminuir esta violencia.

Consideramos que la mayoría de los hallazgos se encuentran en línea con la literatura y con las investigaciones anteriores sobre la violencia obstétrica en el parto, destacando una mayor claridad de todo lo que rodea aquellas prácticas en Chile, gracias a las experiencias de las entrevistadas. Así son similares a los

del estudio de Binfa et al. (2013), quienes investigaron la implementación del modelo humanizado en Chile, concluyendo en que las fallas en este modelo y la presencia de prácticas de violencia obstétrica se debe a la intersección de ámbitos estructurales, educativos y culturales que perpetúan prácticas deshumanizantes durante el parto. La alta medicalización advertida, así como la inducción rutinaria de partos y el monitoreo continuo, evidencia una cadena de intervenciones que vulnera y transgrede la autonomía de las mujeres y prioriza el control médico sobre sus decisiones. Además, la falta de información a las gestantes sobre sus derechos, combinada con un sistema médico jerárquico que limita la capacidad de profesionales para implementar prácticas respetuosas, perpetúa un entorno donde la violencia obstétrica se normaliza y permanece invisible.

Respecto a explicaciones sobre los hallazgos, podemos comprender que parte importante de la problemática radica en la deficiente formación de los y las trabajadores/as del área de la salud en cuanto a un conocimiento a cabalidad de la violencia obstétrica; en cómo esta puede ser evitada mediante un trato respetado y humanizado en el proceso de parto, y formación respecto a cómo llevar a cabo esta práctica respetuosa. Por otra parte, también es importante considerar que el incumplimiento legal de la protección a las personas víctimas de esta violencia, —debido a la falta de leyes punitivas a este tipo de prácticas— funciona como un elemento encubridor para quienes la ejecutan, así como también dejan desvalidas a las víctimas, que no tienen un canal de denuncia que sea amparado por el Estado. A partir de estos factores, sumados a la falta de conocimiento adecuado en la sociedad, podemos pensar tres pilares fundamentales de la perpetuación de la violencia obstétrica en el parto: La formación de profesionales y técnicos/as de la salud en el modelo biomédico que históricamente medicaliza el cuerpo de la mujer, la ausencia del Estado en el respaldo a las víctimas y sanción a los/as responsables de esta violencia, y la falta de educación de la población sensible a sufrir violencia obstétrica en el parto.

Algunas de las limitaciones identificadas en la investigación fueron la escasa

cantidad de participantes que actualmente desempeñan funciones en áreas relacionadas con la protección y/o el acompañamiento de víctimas de violencia obstétrica durante el parto, sin haber experimentado esta forma de violencia en sus propias biografías. Esto se debe, en parte, a que muchas de las personas que trabajan en este ámbito tienen una experiencia personal previa con la violencia obstétrica, lo que influye en su motivación y compromiso con esta causa. Por otra parte, a lo largo de la investigación nos encontramos con que las entrevistadas mencionaban a las víctimas como “mujeres”, lo que nos deja en desconocimiento en cuanto a cómo las personas gestantes no identificadas como mujeres viven este proceso de violencia obstétrica en el parto.

En contraste, el número de personas interesadas en ofrecer apoyo desde una posición profesional, sin un vínculo directo con la experiencia de violencia obstétrica, resultó ser considerablemente menor. Esta limitación impactó en la diversidad de perspectivas de nuestro estudio, dado que una parte significativa de las participantes compartía experiencias comunes que podrían influir en su percepción y enfoque en el tema. Es importante destacar que esta situación plantea desafíos tanto para la representación equilibrada en el análisis como para la comprensión de cómo las personas sin experiencias personales previas podrían contribuir al trabajo en esta área.

A partir de la presente investigación y revisiones bibliográficas se pueden proponer futuras indagaciones referidas a la accesibilidad de un parto humanizado por parte de personas de bajos recursos. En este contexto, surge la interrogante sobre cómo garantizar un parto respetado en servicios de atención pública. Así también es de suma relevancia que futuras investigaciones puedan profundizar en aspectos relacionados con la motivación de las trabajadoras y participantes de organizaciones de apoyo a víctimas en el parto. Explorar su historia, perspectivas, compromiso y experiencias, podría proporcionar una enriquecedora propuesta de investigación enfocada en las vivencias personales y subjetividades de personas pertenecientes a organizaciones de apoyo a víctimas en el parto.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos es posible concluir que la violencia obstétrica en el parto actúa como una concatenación de sucesos que se encargan de perpetuar diversos modos de violencia en contra de las mujeres, partiendo desde la violencia de género impuesta por un sistema patriarcal, hasta tipos de violencia que abarcan la vulneración del cuerpo gestante a partir de prácticas médicas establecidas y normalizadas a partir de la comunidad, tanto en profesionales como (incluso) en las mismas personas víctimas de la violencia obstétrica en el parto. Es a partir de esto que podemos confirmar el carácter global y transversal de este tipo de violencia, en tanto no distingue el sector donde se efectúe, etnia o edad de la persona que la experimente, llegando así a ser una práctica común.

La violencia obstétrica en el parto adquiere una relevancia social en cuanto no existen leyes en Chile, a pesar de tratarse de una problemática contingente que impacta de forma negativa en la creación de políticas públicas que resguarden a quienes son víctimas y/o que puedan detener su aparición desde raíz en el perfeccionamiento del currículum del personal de salud, en sus etapas de formación y al mismo tiempo, fomentar la educación de la población respecto a este tipo de violencia y cómo actuar al respecto, además de permitir un pleno conocimiento en cuanto a los derechos sexuales y de reproducción.

La existencia de una legislación que se haga cargo de esta problemática con profundas raíces en la sociedad, permitirá la capacidad de decisión de las mujeres y personas gestantes respecto a sus cuerpos y sus derechos, así como también abrirá paso a una conciencia social para exigir el respeto y buen trato que es justo para quienes se encuentran pariendo.

Académicamente, la búsqueda activa de información actualizada y de larga data acerca de la violencia obstétrica en el parto permitió construir una actitud crítica sobre el rol legislativo del Estado y la sociedad frente a esta problemática. Así mismo, al estudiar dicho fenómeno se pueden identificar y visibilizar las distintas formas en que se presenta este tipo de abuso, favoreciendo a una mayor comprensión y concientización frente a una problemática que puede afectar a cualquier persona con la capacidad de gestar y parir.

Agradecimientos:

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la profesora Evelyn Palma y a los ayudantes Maximiliano Díaz y Martina Santis por su constante apoyo y preocupación. También valoramos profundamente la oportunidad de realizar una investigación sobre una temática de nuestro interés y motivación personal, la cual a su vez conforma una problemática de profundo carácter social como lo es la violencia sistemática y transversal hacia las mujeres.

Asimismo, como mujeres investigadoras, este tema nos concierne profundamente, en tanto nosotras mismas podemos ser víctimas de esta injusticia social y sanitaria. Agradecemos además contar con los recursos académicos y teóricos necesarios para completar y llevar a cabo la presente investigación que abarcó un año de arduo trabajo.

Por último, queremos destacar una de las experiencias más significativas de esta instancia: la oportunidad de formar un equipo de trabajo conformado con personas seleccionadas al azar. Fue una experiencia muy nutritiva que no solo nos permitió colaborar de manera efectiva, sino también construir una amistad valiosa en el proceso, que hizo de este mismo un proceso llevadero y agradable.

Referencias

- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, *105*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, *11*(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., & Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, *29*(10), 1151-1157. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.001>
- Caponi, G. (2018). ¿Qué quiere decir 'naturalizar'? *Ludus Vitalis*, *26*(50), 185-188. <https://www.ludus-vitalis.org/ojs/index.php/ludus/article/view/791>
- Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invariancia factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, *38*(2), 209-223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, *76*(2), 167-197. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001
- Castro, R., & Frías, S. (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://doi.org/10.22201/crim.9786073058698p.2022>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *75*(1), 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Henriques, T., Souza, E., Geber, R., do Carmo, M., da Costa, B., Mendes, R., & Arndt, M. (2024). Epidemiology of obstetric violence: A narrative review of the Brazilian context. *Ciência & Saúde Coletiva*, *29*(9), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación (6ta ed.)*. McGraw-Hill Education.
- López, H., & Pérez, A. (2020). *Derechos sexuales y reproductivos*. Academia Judicial de Chile. [https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/01_Derechos%20sexuales_SIN%20ISBN_Pub3%20\(1\).pdf](https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/01_Derechos%20sexuales_SIN%20ISBN_Pub3%20(1).pdf)
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>
- Salgado, F., & Díaz, M. (2017). Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 22(49), 153-176. <http://www.bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/bitstream/handle/654321/7089/Art%207.pdf?sequence=1>
- Tijoux, M. E., & Ambiado, C. (2023). Ser paciente haitiano/a en Chile y vivir el racismo en centros de la red pública de salud. Interdisciplinaria. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 40(1), 363-377. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.22>
- Tsakmakis, P. L., Akter, S., & Bohren, M. A. (2023). A qualitative exploration of women's and their partners' experiences of birth trauma in Australia, utilising critical feminist theory. *Women and Birth* 36(4), 367-376. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.004>
- Villanueva, L., Gutiérrez, M., Valdez, R., & Lezana, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista Conamed*, 21(1), 7-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7301335>



Motivaciones para la Postergación de la Maternidad en Mujeres Santiaguinas: Una Aproximación Inicial

Fernanda Morales Méndez, Darleth Puelles Carrasco,
Valentina Schaad Carvajal,
Javiera Vergara Guerrero, Leonor Videla Soler

Resumen

En los últimos años, se ha evidenciado un incremento sostenido en la edad en que las mujeres deciden tener su primer hijo/a. Sin embargo, aún existe escasa investigación empírica con respecto a las posibles explicaciones de esta tendencia. El presente estudio tuvo como objetivo indagar acerca de los motivos por los que mujeres santiaguinas deciden o decidirán postergar su maternidad, entendiendo este proceso como la decisión voluntaria de ser madre primeriza a partir de los 30 años. La investigación adoptó una metodología cuantitativa, de tipo no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres mayores de 18 años, residentes de la ciudad de Santiago, quienes respondieron un cuestionario web autoaplicado. El análisis de datos se realizó mediante técnicas descriptivas univariadas. Los resultados no evidenciaron una motivación predominante entre las encuestadas, aunque se identificaron diferencias significativas entre algunas motivaciones al subdividir la muestra por las variables de edad y postergación hipotética o efectiva. A la vez, se observó una concordancia entre las creencias sobre la edad en que una mujer debería ser madre versus la edad que las mujeres prefieren ser madres por primera vez. Se concluye que la postergación de la maternidad no puede ser atribuida a una única motivación predominante. Los hallazgos destacan la consistencia entre las percepciones y preferencias de las encuestadas sobre la edad adecuada para el primer embarazo, lo que sugiere una relación entre factores sociales y personales que influyen en esta decisión.

Palabras clave: decisiones reproductivas, postergación de la maternidad, maternidad en Chile, retraso de la fertilidad, autonomía reproductiva.

* Este artículo fue escrito durante la realización del curso Investigación II, impartido por el profesor José Daniel Conejeros y la ayudantía de Javiera Porcel y Catalina Bugueño.

Introducción

Durante las últimas décadas, los patrones de fertilidad de Latinoamérica y el Caribe han evidenciado una reducción sostenida en las tasas de natalidad y un aumento en la edad promedio de las mujeres al tener su primer/a hijo/a. Entre 1950 y 2000, la tasa de fecundidad disminuyó de 6 a 3 hijos por mujer, tendencia que se espera persista hasta 2050. En el caso de Chile, se registró un aumento de 2,57 años en la media de la edad de las mujeres al tener a su primer/a hijo/a entre 1972 y 2016 (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2017). Estas cifras han generado un gran interés en científicos sociales y demógrafos, quienes buscan ofrecer posibles explicaciones a partir de la penalización laboral, pérdida de autonomía y dificultades económicas en el grupo de las mujeres (Hincapié y López, 2021). Según los datos de la tabla 1, es posible apreciar que la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en Chile ha ido en aumento en mujeres entre 30 a 39 años y en leve disminución en mujeres más jóvenes (INE, 2024).

Tabla 1

Cifras Porcentuales de TEF en los Años 2015, 2020 y 2023

Rango de Edad	TEF 2015	TEF 2020	TEF 2023
25-29 años	25,8%	27,5%	26,3%
30-34 años	23,5%	27,8%	29,4%
35-39 años	13,7%	16,7%	18,4%

La postergación de la maternidad se define como la decisión consciente y deliberada de mujeres de 30 años en adelante de posponer la concepción y el inicio de la maternidad (Fuentes et al., 2010; Fuentes et al., 2021; Li et al., 2022). Desde una perspectiva biológica, este fenómeno está vinculado al envejecimiento reproductivo, que reduce la cantidad de óvulos y la calidad de los ovocitos, aumentando riesgos como abortos o anomalías cromosómicas (Chetkowski et al., 1991; Harris et al., 2021; Li et al., 2023; Younis et al., 2020; Zhao et al., 2023). En términos psicológicos, la decisión de retrasar la maternidad puede generar ansiedad por la incertidumbre futura y conflictos entre aspiraciones profesionales y familiares (Cooke et al., 2010; Kearney y White, 2016; Lavender et al., 2015; Molina-García et al., 2019; Temmesen et al., 2023). Desde una perspectiva social, los cambios en los roles de género y una mayor igualdad permiten a las mujeres priorizar su desarrollo profesional y retrasar la maternidad, apoyadas por métodos anticonceptivos y un mayor empoderamiento femenino (Bhrolcháin y Beaujouan, 2012; Montilva, 2008; Salvo y González, 2015; Contreras y Castañeda, 2016; Yopo, 2023). Finalmente, la decisión de postergar la maternidad es un fenómeno que se puede abordar desde distintas dimensiones; para este estudio, se ha optado por una aproximación desde la psicología social asociada a las creencias y motivaciones en torno a este fenómeno.

Comprender las motivaciones asociadas a postergar la maternidad requiere la identificación de las razones que impulsan dicho comportamiento, siendo este, vigoroso, enfocado y constante (Santrock, 2002, como se citó en Naranjo, 2009). El foco del estudio estuvo en conocer las motivaciones presentes al decidir retrasar la maternidad, las cuales se agrupan en torno a cuatro factores: sociodemográficos, económicos, educativos y culturales.

Las motivaciones en torno a los factores sociodemográficos tales como el "efecto tempo", reflejan la tendencia de las parejas a postergar la maternidad debido a cambios en la estructura familiar, con más mujeres asumiendo el rol de proveedoras principales (Ansoleaga y Godoy, 2013; Fuentes et al., 2021). A su vez, desde un punto de vista económico, las diferencias socioeconómicas han llevado

a que mujeres de niveles socioeconómicos altos, retrasen la maternidad para preservar su calidad de vida (Fuentes et al., 2021). El aumento de la participación laboral femenina y las dificultades para conciliar trabajo y cuidado infantil también influyen, priorizando la estabilidad financiera. Además, leyes de protección a la maternidad han generado efectos adversos, como discriminación y reducción de oportunidades laborales (Ansoleaga y Godoy, 2013; Montilva, 2008). Respecto a factores educativos y culturales, la expansión universitaria ha sido un elemento clave en este fenómeno, ya que las mujeres invierten más tiempo en su formación y buscan estabilidad profesional antes de ser madres (Fuentes et al., 2021; Montilva, 2008). Además, hoy en día las mujeres se enfrentan a un cambio en el significado de la maternidad.

A diferencia de décadas atrás, la maternidad se percibe hoy como una opción, impulsada por el empoderamiento femenino y la autonomía reproductiva, lo que permite mayor control sobre la planificación del embarazo (Fuentes et al., 2021; Montilva, 2008). La feminización del cuidado y la falta de redes de apoyo llevan a postergar la maternidad en busca de una crianza más equitativa, y al mismo tiempo, la precariedad de los servicios públicos influye en esta decisión, puesto que no garantizan condiciones adecuadas para la crianza (Yopo, 2023).

Otro factor relevante a la hora de comprender la maternidad tardía, son las creencias de las mujeres sobre las barreras o limitaciones percibidas en relación con la decisión de tener hijos/as (Hincapié y López, 2021). Por otra parte, las preferencias son elecciones personales que reflejan lo que una persona valora, y cómo guía sus decisiones y comportamientos en diversas situaciones (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2004). En este contexto, las preferencias personales en el embarazo se refieren a las decisiones específicas relacionadas con este proceso, guiadas por sus valores, creencias y necesidades personales.

Según Yopo (2023) la mayor autonomía femenina, el distanciamiento de roles tradicionales de género y el enfoque en metas personales y profesionales, podrían explicar este proceso de postergación de la maternidad. Además, diversos estudios identifican factores como el desarrollo personal (Paredes, 2013),

nivel socioeconómico (Fuentes et al., 2010), y la postergación como estrategia reproductiva (Yopo, 2023). Sin embargo, en la actualidad existe un vacío de conocimiento sobre la postergación del embarazo en Chile y Latinoamérica en general (Fuentes et al., 2021). Hoy son escasos los esfuerzos por explorar las motivaciones que llevan a las mujeres a postergar este proceso. Al respecto, se plantea la necesidad de realizar estudios en Latinoamérica y países poco desarrollados sobre este fenómeno, debido a que gran parte de la evidencia proviene del contexto americano y anglosajón (Yopo, 2023).

La presente investigación tuvo el objetivo de caracterizar las motivaciones predominantes en la postergación de la maternidad a partir de las experiencias de las mujeres en la planificación de su primer embarazo. En consecuencia, buscó indagar las creencias normativas y preferencias que tienen las mujeres acerca de la maternidad. La hipótesis central sostuvo la predominancia de la búsqueda de desarrollo profesional como la principal motivación de postergación de la maternidad. Y a la vez, la presencia de una diferencia significativa entre las creencias sobre la edad en que las mujeres deberían ser madres, en oposición a la edad en la que la persona decide ser madre por primera vez.

Marco Metodológico

Diseño

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo no experimental y de corte transversal, con análisis descriptivos univariados y bivariados, con fuentes de datos primarias.

Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años, residentes de la ciudad de Santiago. Las participantes se distribuyeron en dos grupos: el primer grupo fue constituido por mujeres que fueron madres primerizas después de los 30 años, y el segundo grupo fue conformado por mujeres mayores de 18 que al momento del estudio no habían sido madres.

El muestreo fue de carácter no probabilístico, ya que las encuestas se aplicaron exclusivamente a mujeres mayores de 18 años residentes de la ciudad de Santiago, a través de un afiche publicitario difundido en redes sociales.

Se aplicaron los criterios de exclusión: no participaron mujeres menores de 18 años, personas de sexo masculino, estudiantes o funcionarias de la Universidad Diego Portales; mujeres que no fuesen residentes de la ciudad de Santiago y/o que hayan sido madres antes de los 30 años. Las mujeres que decidieron participar firmaron el consentimiento informado al inicio del cuestionario, donde se expresaron las características y objetivos del estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, como también se manifestó el carácter voluntario y anónimo de la investigación.

Producción de Datos

Las variables que contempló este estudio fueron las siguientes: La variable independiente (1) características sociodemográficas de la muestra, diferenciada en sexo/género, nivel socioeconómico, máximo nivel de estudios alcanzado, ocupación actual e hijos/as. En relación a las variables dependientes (1) motivaciones presentes en la decisión de postergar la maternidad, dividido en las dimensiones (a) proyecto de vida desglosado en autonomía reproductiva y maternidad, (b) intereses personales, (c) autorrealización y (d) cambio en el imaginario social de la mujer; (2) las limitantes, divididas en (a) feminización del cuidado y (b) ausencia de los padres y © factores económicos. En último lugar (3) las percepciones y preferencias con respecto a la edad que debe tener la madre al tener a su primer hijo.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario autoaplicado, que tuvo un total de 18 preguntas: 12 de ellas contaron con alternativas y otras 6 preguntas fueron construidas a partir de tablas de Escala Likert. Las preguntas de este cuestionario fueron organizadas en 3 secciones: a) características sociodemográficas de las participantes, b) motivaciones por las cuales postergan su maternidad y, c) percepciones y preferencias personales que predominan al decidir postergar el embarazo. Las preguntas fueron elaboradas desde el marco teórico

propuesto, y se sustentaron en los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas por Ansoleaga y Godoy (2013) y Yopo (2023), quienes investigaron los factores relevantes que influyen en la postergación de la maternidad.

Análisis de Datos

Se utilizaron técnicas de análisis estadístico descriptivo, en donde, a partir de las variables continuas, se observaron las medidas de tendencia central. A la vez, para el caso de las variables categóricas, se emplearon medidas de distribución como las frecuencias y porcentajes. Finalmente, se realizaron comparaciones entre grupos, mediante intervalos de confianza para medias y proporciones a través de pruebas T Student para datos independientes, y pruebas de análisis de la varianza (ANOVA).

Resultados

Se encuestaron 100 mujeres de ellas un 32% posee una carrera universitaria terminada, un 27% se encuentra cursando una carrera o técnico, un 22% tiene un posgrado, y un 6% tiene un pregrado incompleto. Asimismo, al momento de responder la encuesta, un 38% de las mujeres tenían entre 18 y 29 años, un 33% entre 30 y 40 años y un 29% era mayor de 40 años. De ellas, 34 tenían hijos o hijas. Con base sobre lo anterior, las descripciones exactas sobre la cantidad de hijos/as corresponden a: un 52,9% tenía 1 hijo/a, un 35,3% de las mujeres es madre de 2 hijos/as, un 8,8% de la muestra tenía 3 hijos/as y finalmente, un 2,9% tenía más de 3 hijos/as.

Además, un 55.9% de las encuestadas con hijos/as fue madre entre los 31 y 35 años, un 26.5% entre los 36 y 40 años y un 17.6% entre los 25 y 30 años.

En cuanto a la ocupación del total de las mujeres encuestadas, un 36% se encontraba trabajando bajo un contrato, mientras que un 24% estaba desempleada. Además, un 1% de las participantes trabajaba en casa de manera no remunerada, como empleada pública, como trabajadora independiente, como practicante o en un trabajo de dedicación parcial. Finalmente, respecto al nivel socioeconómico, el 50% de las participantes dice ser de NSE media, un 23% de NSE medio alto y el 22% de NSE medio bajo.

La tabla 2 muestra los resultados sobre la distribución de las motivaciones para postergar la maternidad que reportan las participantes. La media más alta obtenida (M=4.77) fue la afirmación que admite que las mujeres deciden postergar su maternidad dada la importancia que tiene lograr una estabilidad económica previa al embarazo. En contraste, la media más baja obtenida (M=4.25) fue la moción que afirma que las mujeres deciden postergar su maternidad debido a la actual existencia de métodos anticonceptivos.

Tabla 2

Motivaciones de la Postergación de la Maternidad

Motivación	n	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Importancia terminar carrera p/t antes de planificar embarazo	98	4.56	5.00	1.056	1.00	5.00
Importancia seguridad laboral y exp. antes planificar embarazo	99	4.52	5.00	0.930	1.00	5.00
Aporte ampliación anticonceptivos en postergación de embarazo	89	4.25	5.00	1.376	1.00	5.00
Preferencia metas personales antes que planificar embarazo	97	4.28	5.00	1.197	1.00	5.00
Importancia de la estabilidad económica antes de ser madre.	100	4.77	5.00	0.617	2	5
Importancia no depender económicamente antes de ser madre	99	4.64	5.00	0.839	1.00	5.00
Importancia del éxito laboral y/o profesional antes de ser madre.	99	4.28	5.00	0.948	1.00	5.00
Importancia de acumular diversas experiencias antes de ser madre.	99	4.55	5.00	0.918	1.00	5.00
Importancia de una pareja estable antes de ser madre.	99	4.38	5.00	1.085	1.00	5.00

Nota: “n” corresponde al número de respuestas obtenidas en relación con el total de la muestra (N= 100). La variación de N es debido al carácter voluntario de responder las preguntas del cuestionario. “DE” corresponde a la desviación estándar.

Al analizar las diferencias obtenidas aplicando la prueba estadística T-student comparando a las mujeres que han postergado su maternidad con las que hipotéticamente lo harían, se obtienen los resultados que se grafican en la figura 1 en donde se aprecia que en las motivaciones con diferencias significativas, en una escala de 1-5, el grupo de mujeres que no tienen hijos respondieron entre 4.5-5, diferenciándose del grupo que sí tiene hijos, el cual respondió en el rango de 3->4.5 con respecto a la importancia de la motivación enunciada.

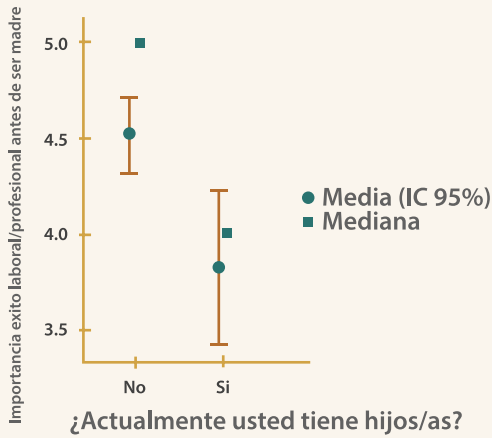
Se observan diferencias estadísticamente significativas en la importancia que ambos grupos le asignan al hecho de terminar una carrera profesional o técnico-profesional antes de ser madre ($t=2.17$, $gl=96$, $p=0.032$); en la relevancia de conseguir seguridad laboral y experiencia antes de planificar un embarazo ($t=2.7$, $gl=97$, $p=0.008$); en la importancia de una estabilidad económica antes de ser madre ($t=2.06$, $gl=87$, $p=0.001$); y en la preferencia de realizar metas personales antes que planificar embarazo ($t=6.11$, $gl=95$, $p<.001$).

Por el contrario, no se observaron diferencias entre los grupos de mujeres que postergaron la maternidad y de las que hipotéticamente la postergarían en las afirmaciones que corresponden a la importancia de no depender económicamente de otra persona antes de ser madre ($t=1.7$, $gl=97$, $p=0.094$) y a la importancia de tener una pareja estable antes de ser madre ($t=-0.06$, $gl=97$, $p=0.948$).

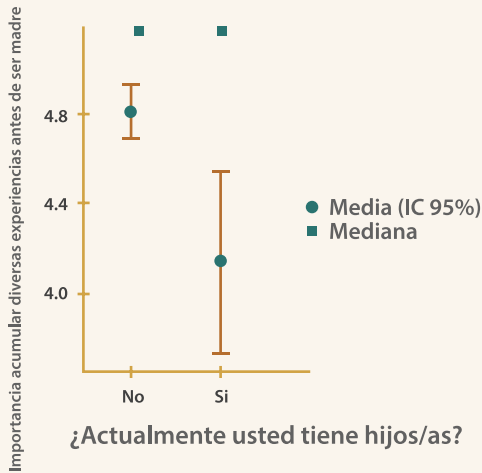
Figura 1.

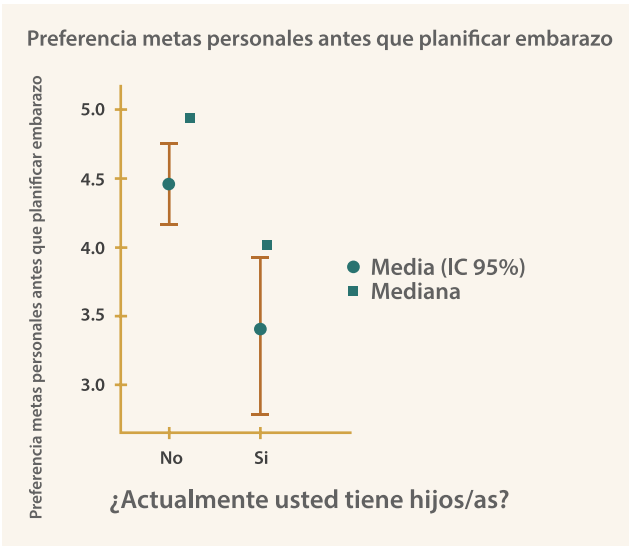
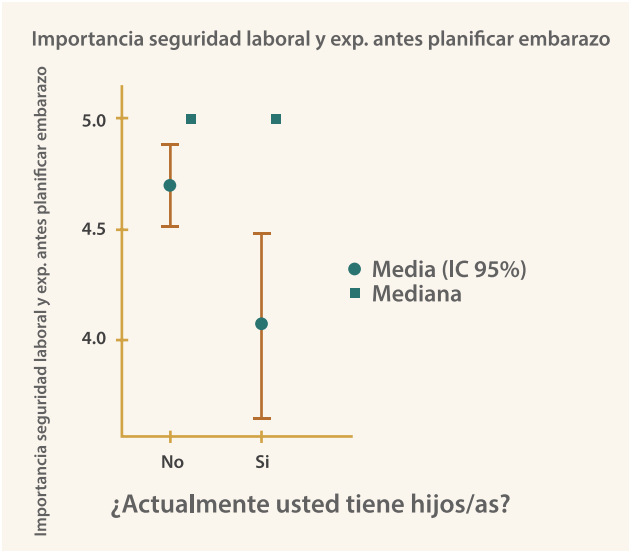
Comparativa de Motivaciones Postergación de la Maternidad vs. Postergación Hipotética

Importancia éxito laboral/profesional antes de ser madre



Importancia acumular diversas experiencias antes de ser madre





Además, se realizó una prueba ANOVA, para identificar diferencias entre las edades de las mujeres encuestadas y las motivaciones para postergar la maternidad (ver Figura 2). Se observaron diferencias estadísticamente significativas según grupo de edad en las afirmaciones de (1): la importancia de terminar una carrera profesional o técnica antes de planificar embarazo ($F=5.7$, $gl1=2$, $gl2= 43.2$ $p=0.006$), (2): la preferencia de alcanzar metas personales antes que planificar el ser madre ($F=12.5$, $gl1=2$, $gl2=44.7$ $p=<.001$) y (3): la importancia de un éxito laboral/profesional antes del embarazo ($F=9.34$, $gl1=2$, $gl2=53.4$ $p=<.001$).

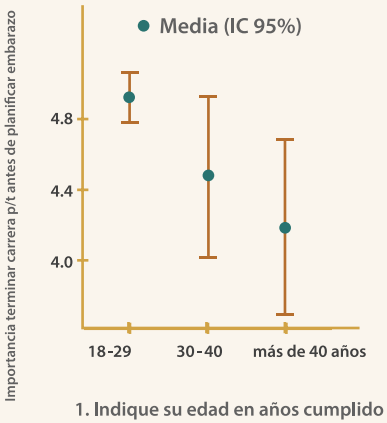
El grupo (A) de 18-29 años presentó diferencias significativas con ambos rangos etarios (B y C), con respecto al grupo (B) de 30-40 años mostró diferencias en las motivaciones (2) y (3); y en relación al grupo (C) se evidencian discordancias en las motivaciones (1) y (3). En ambos casos se demuestra que el grupo (A) otorgó mayor puntaje a las motivaciones, con respecto a los grupos (B) y (C) (Figura 2).

Al contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes afirmaciones relacionadas con la postergación de la maternidad: la importancia de tener seguridad laboral y experiencia antes de planificar embarazo ($F=3.1$, $gl1=2$, $gl2=49.2$ $p=0.054$), el aporte de la ampliación de métodos anticonceptivos útiles para la postergación del embarazo ($F=1.3$, $gl1=2$, $gl2= 53.7$ $p=0.275$), la relevancia de conseguir estabilidad económica ($F=2.8$, $gl1=2$, $gl2= 48.6$, $p=0.074$), la importancia de no depender económicamente de alguien antes de ser madre ($F=1.99$, $gl1=2$, $gl2= 51$ $p=0.148$); la importancia de acumular diversas experiencias antes de ser madre ($F=2,77$, $gl1=2$, $gl2=51.7$, $p=0.072$) y, por último, la importancia que le otorgan las mujeres encuestadas a tener una pareja estable antes de ser madre ($F=0.81$, $gl1=2$, $gl2=60.3$ $p=0.450$).

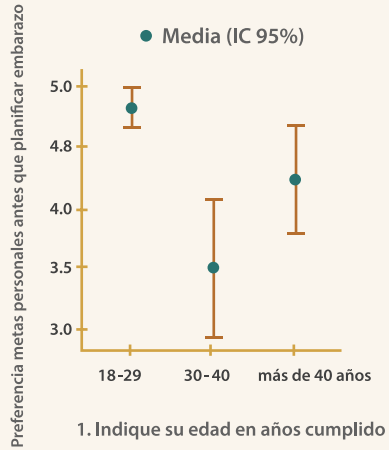
Figura 2.

Comparativa de edad y motivaciones de postergación de la maternidad.

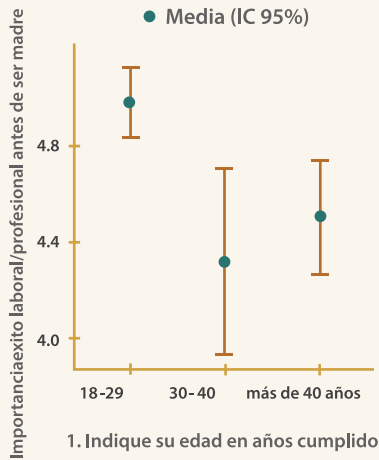
Importancia terminar carrera p/t antes de planificar embarazo



Preferencia metas personales antes que planificar embarazo



Importancia éxito laboral/profesional antes de ser madre



En cuanto a las creencias respecto a la edad en que la mujer debería tener a su primer hijo, predominaron las respuestas del intervalo de 31 a 35 años con un 56% y el intervalo entre 26 a 30 años con un 36% (ver Tabla 3). Por otro lado, cuando se trata de las preferencias de las mujeres en relación con la edad en que ellas prefieren ser madres, predominó el intervalo de entre los 31 y 35 años (45%), seguido por la preferencia entre los 26 y 30 años (29%) y, finalmente, en menor medida, el intervalo de entre 36 y más años (22%) (ver Tabla 4).

Tabla 3

Creencias con respecto a la Edad en que las Mujeres deberían tener a su Primer Hijo

¿A qué edad cree usted que las mujeres deberían tener su primer hijo?	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Entre 20 y 25 años	1	1.0 %	1.0 %
Entre 26 y 30 años	36	36.0 %	37.0 %
Entre 31 y 35 años	56	56.0 %	93.0 %
Entre 36 y 40 años	6	6.0 %	99.0 %
Entre 41 y 45 años	1	1.0 %	100.0 %

Tabla 4

Preferencias Personales con respecto a la Edad en que le gustaría tener a su Primer Hijo

¿A qué edad le gustaría o prefiere tener su primer hijo?	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Entre los 20 y 25 años	4	4.0 %	26.0 %
Entre los 26 y 30 años	29	29.0 %	55.0 %
Entre los 31 y 35 años	45	45.0 %	100.0 %
Desde los 36 en adelante	22	22.0 %	22.0 %

Discusión

La presente investigación buscó responder a la pregunta: ¿Cuáles son las motivaciones que llevan a las mujeres santiaguinas a postergar su maternidad? A partir de esta pregunta, se formularon dos hipótesis. En primer lugar, que la búsqueda del desarrollo profesional sería la principal motivación para la postergación de la maternidad. Además, se planteó que existiría una diferencia entre las creencias sobre la edad ideal para ser madre y la edad en la que las mujeres deciden ser madres por primera vez. De ahí que el objetivo general de la investigación fue: indagar los motivos de la decisión voluntaria de postergar la maternidad en las mujeres santiaguinas mayores de 30 años.

Los resultados obtenidos no ofrecen evidencia a favor para las hipótesis planteadas. Contrario a lo esperado, no se identificó una única motivación predominante de manera relevante. Las motivaciones en sí presentaron valores promedio similares, reflejando una distribución similar entre las respuestas de las participantes. No obstante, la motivación con el promedio más alto fue la búsqueda de estabilidad económica, destacándose como presente en todas mujeres encuestadas, aunque sin una diferencia significativa respecto a las demás motivaciones.

Respecto a la segunda hipótesis, aunque se identificaron diferencias entre las creencias sobre la edad ideal para ser madre y la edad real en que desearían empezar su maternidad, los resultados mostraron una inesperada concordancia entre ambas edades. Esto sugiere que las creencias y las preferencias respecto a la maternidad de esta muestra, se encuentran alineadas.

Estos resultados obtenidos con respecto a la búsqueda de estabilidad económica, la autonomía financiera y la acumulación de experiencias, coinciden con lo planteado por Fuentes et al. (2021) y Montilva (2008), quienes destacan que la independencia económica y el deseo de alcanzar metas personales antes de la maternidad son motivaciones centrales en las mujeres en la actualidad. Además,

refuerzan la noción de que el empoderamiento femenino y el control sobre las decisiones reproductivas, descritas por Yopo (2023), son elementos fundamentales en la postergación de la maternidad.

La relevancia atribuida a la finalización de estudios y la acumulación de experiencia y seguridad laboral también se alinea con lo expuesto por Yopo (2023), quien argumenta que las mujeres, en contextos de creciente autonomía femenina, tienden a priorizar objetivos educativos y profesionales como parte de una estrategia de desarrollo personal y familiar. En este sentido, el acceso a métodos anticonceptivos y el cambio en los roles de género, han ampliado las posibilidades de planificación reproductiva, permitiendo a las mujeres estructurar su maternidad dentro de un marco más racional y estratégico (Gordillo, 2021; Montilva, 2008).

Sin embargo, los hallazgos de este estudio contradicen la hipótesis inicial, en la que se señalaba que la principal motivación con respecto a la postergación de la maternidad sería la predominancia de la búsqueda de desarrollo profesional, y lo planteado por autores como Paredes (2013), que identifican el desarrollo profesional como la motivación predominante. Aunque este factor obtuvo una puntuación alta, no se podría atribuir a las características sociodemográficas de la población chilena, donde, según Ansoleaga y Godoy (2013), las dificultades económicas suelen ser más influyentes que las aspiraciones laborales en la toma de decisiones reproductivas. Asimismo, la preferencia de cumplir metas personales antes de planificar un embarazo, refuerza la perspectiva de CELADE (2003), que enfatiza el papel de las preferencias individuales como el reflejo de valores y creencias personales de decisiones reproductivas, demostrando la transición hacia un modelo de la maternidad con carácter más individualizado y planificado. Por otro lado, la alta valoración de tener una pareja estable como factor importante para decidir la maternidad, coincide con la noción de “creencias normativas” desarrollado por Hincapié y López (2021), donde las decisiones reproductivas están influenciadas por la percepción de estabilidad relacional.

Finalmente, los resultados aportan evidencia que refuerzan la idea de que las motivaciones para postergar la maternidad no responden a una única causa

predominante, sino a una interacción de factores económicos, personales y culturales. Esto coincide con la perspectiva multidimensional propuesta por Fuentes et al. (2021) y reafirma la necesidad de explorar este fenómeno desde un enfoque integral que contemple las particularidades socioculturales tanto a nivel nacional como de la región latinoamericana.

En los resultados obtenidos fue inesperada la ausencia de una motivación significativamente predominante. Este hallazgo se podría explicar por un cambio en los significados acerca de la maternidad, tanto a nivel individual (de las propias mujeres) como a nivel social. Es debido a las transformaciones sociales y a las nuevas oportunidades que tienen las mujeres en la esfera social, que se han construido nuevos significados que toman como base la expectativa y el deseo —de parte de ellas— de cumplir metas u objetivos antes de considerar empezar a tener hijos, como por ejemplo, estudiar o terminar una carrera profesional, tener un trabajo estable, lograr estabilidad económica, cumplir metas personales, acumular experiencias o establecerse en una relación estable con una pareja (Yopo, 2023).

Además, Ilic y Marchant (2018) plantean que las diversas transformaciones sociales se han dado mediante diferentes cambios en la esfera cultural, los cuales se incorporan, no únicamente en el mundo laboral, familiar o social, sino también en la maternidad y cómo se adoptan medidas para garantizar que cada mujer tenga la oportunidad de satisfacer sus proyectos personales (Gordillo, 2021). Debido a que estos se construyen a lo largo de la vida, igualmente se van realizando de manera secuencial. Es por esta razón que muchas mujeres deciden postergar su maternidad con el objetivo de cumplir estas metas, sin arriesgar su estabilidad en otras esferas de su vida, debido a que buscan mantener un equilibrio entre su vida laboral, personal y su maternidad (Gordillo, 2021).

Durante la investigación se presentaron diversas limitaciones que se dieron en varios ámbitos de la elaboración de este estudio. Entre estas se encuentran: limitaciones en el tiempo para la difusión de la encuesta y recopilación de datos, limitaciones relacionadas con el espacio demográfico y sociodemográfico; ausencia de una muestra aleatoria. Esto lleva a plantear posibles futuras investigaciones

sobre el fenómeno de la postergación de la maternidad, considerando una muestra que incluya a personas pertenecientes a disidencias (mujeres lesbianas, personas gestantes), que trabaje con una muestra de carácter aleatorio, investigaciones de alcance nacional. También se pueden llevar a cabo estudios que exploren posibles correlaciones con otros factores (sociales, salud, económicos).

Conclusiones

En síntesis, los resultados obtenidos evidenciaron que la postergación de la maternidad en mujeres santiaguinas mayores de 30 años no puede ser atribuida a una única motivación predominante. Si bien la búsqueda de estabilidad económica destacó como la más frecuente entre las participantes, las diferencias entre esta y otras motivaciones no fueron estadísticamente significativas, lo que refleja la complejidad del fenómeno. Estos hallazgos sugieren que la decisión de aplazar la maternidad es influida por una intersección entre múltiples factores, como económicos, personales, laborales y sociales, producto de que no operan de manera aislada e independiente, sino como una red de influencias.

Asimismo, se observó una concordancia inesperada entre la edad ideal y la edad real para ser madre por primera vez, lo que contrasta con la hipótesis planteada al inicio de esta investigación y propone que, en esta muestra de mujeres, las creencias sobre la maternidad están en mayor alineación con sus preferencias personales de lo que podría suponerse. Este resultado plantea la necesidad de estudiar una posible influencia intergeneracional, en donde este fenómeno se ha ido transmitiendo y potenciando a través de las generaciones.

En términos de alcance, esta investigación permitió describir con mayor profundidad las diversas motivaciones detrás de la postergación de la maternidad, aportando una perspectiva contextualizada, específicamente, al caso de la Región Metropolitana. Estos hallazgos enriquecen el debate académico al evidenciar la necesidad de explorar el fenómeno a nivel nacional con un enfoque multidimensional, superando los enfoques descentralizados al contexto de la sociedad chilena.

Finalmente, la relevancia social y académica de este estudio es significativa, dado que aborda un fenómeno en constante evolución que afecta múltiples esferas de la vida, incluyendo la salud, la economía, la cultura y lo laboral. Comprender las motivaciones detrás de la postergación de la maternidad permite generar un conocimiento útil para el diseño de políticas públicas que sean más inclusivas y efectivas, que puedan responder a las necesidades, prioridades y decisiones acerca del desarrollo y el ámbito familiar de las mujeres santiaguinas.

Además, este estudio contribuye al debate académico al poner en palestra la necesidad de un enfoque más integral y contextualizado, promoviendo un mayor entendimiento de cómo los imaginarios sociales influyen en la comprensión de las motivaciones sobre la maternidad en la actualidad. Esta investigación no solo destaca la complejidad del fenómeno, sino que también invita a continuar investigando cómo las mujeres, en diferentes contextos culturales, económicos, sociales y políticos, toman decisiones relacionadas con la maternidad, y cómo dichas decisiones interactúan con las transformaciones socioculturales.

Agradecimientos

Como equipo de investigación, agradecemos, en primer lugar, a las mujeres que participaron de nuestro estudio, ya que sin ellas no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo. También agradecemos al equipo docente y de ayudantes, Javiera Porcel y Catalina Bugueño, por su apoyo y ayuda a lo largo de este año.

Además, expresamos nuestro agradecimiento a nuestro profesor guía, José Daniel Conejeros, por darnos a conocer el trabajo de Martina Yopo sobre este fenómeno en una de las evaluaciones del ramo, debido a que, si no hubiera sido por eso, nuestra investigación habría tomado un camino distinto.

Por último, pero no menos importante, queremos agradecer la compañía brindada por nuestras familias, amigos y mascotas en este largo camino.

Referencias

- Ansoleaga, E., & Godoy, L. (2013). La maternidad y el trabajo en Chile: Discursos actuales de actores sociales. *Polis*, 12(35), 337-356. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682013000200015>
- Bhrolcháin, M. N., & Beaujouan, É. (2012). Fertility postponement is largely due to rising educational enrolment. *Population Studies*, 66(3), 311-327. <https://doi.org/10.1080/00324728.2012.697569>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2004). *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución?* Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/8e15a780-7daa-4c16-bfd0-a2bbae60a020/content>
- Chetkowski, R., Rode, R., Burruel, V., & Nass, T. (1991). The effect of pituitary suppression and the women's age on embryo viability and uterine receptivity. *Fertility and Sterility*, 56(6), 1095-1103. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)54723-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)54723-2)
- Contreras, K., & Castañeda, L. (2016). Tensiones entre el cuerpo productivo de la mujer y la normatividad de género en torno a la maternidad. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 8(21), 10-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273246916002>
- Cooke, A., Mills, T., & Lavender, T. (2010). 'Informed and uninformed decision making'—Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1317-1329. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.001>
- Fuentes, A., Jesam, C., Devoto, L., Angarita, B., Galleguillos, A., Torres, A., & Mackenna, A. (2010). Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta. *Revista Médica de Chile*, 138(10), 1240-1245. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010001100005>
- Fuentes, A., Sequeira, K., & Tapia-Pizarro, A. (2021). Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 32(2), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.10.002>
- Gordillo, A. (2021). *¿Y usted para cuándo? Postergación de la maternidad, un fenómeno*

- generacional* [Tesis de pregrado, Universidad Externado de Colombia]. Biblioteca Digital Universidad Externado. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/ab5feda7-24ad-45a0-a1b6-0281050830a5/content>
- Harris, B., Steiner, A., & Jukic, A. (2021). Ovarian reserve biomarkers and menstrual cycle length in a prospective cohort study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(9), 3748-3759. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab204>
- Hincapié, V., & López, M. (2021). ¿Aplazando la llegada del primer hijo? Un estudio cualitativo sobre las percepciones en torno al retraso de la fecundidad. *Papers*, 106(2), 221-253. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2735>
- Ilic, V., & Marchant, V. (2018). Maternidad tardía: ¿Una decisión? Una lectura de las claves teóricas para la comprensión de la construcción biográfica de la maternidad actual. En A. Cárdenas & A. Yévenes (Comps.), *Mujer(es), familia(s) y trabajo(s). Un debate internacional* (pp. 251-297). Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Enfoque estadístico. Noviembre 2017. Estadísticas vitales sobre maternidad y paternidad adolescente*. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/genero/documentos-de-analisis/documentos/enfoque-maternidad-paternidad-2017.pdf?sfvrsn=7b008837_8
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2024). Boletín demográfico anual provisional de estadísticas vitales 2023. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2023.pdf?sfvrsn=806c0479_9
- Kearney, A., & White, K. (2016). Examining the psychosocial determinants of women's decisions to delay childbearing. *Human Reproduction*, 31(8), 1776-1787. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew124>
- Lavender, T., Logan, J., Cooke, A., Lavender, R., & Mills, T. (2015). "Nature makes you blind to the risks": An exploration of women's views surrounding decisions on the timing of childbearing in contemporary society. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 157-163. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.04.006>
- Li, H., Gibson, E., Jukic, A. M., Baird, D., Wilcox, A., Curry, C., Fischer-Colbrie, T., Onnela, J. P., Williams, M., Hauser, R., Coull, B., & Mahalingaiah, S. (2023). Menstrual cycle length variation by demographic characteristics from the Apple Women's

- Health Study. *NPJ Digital Medicine*, 6(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00848-1>
- Li, H., Nawsherwan., Fan, C., Mubarik, S., Nabi, G., & Ping, Y. (2022). The trend in delayed childbearing and its potential consequences on pregnancy outcomes: A single center 9-years retrospective cohort study in Hubei, China. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04807-8>
- Molina-García, L., Hidalgo-Ruiz, M., Cocera-Ruíz, E., Conde-Puertas, E., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2019). The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLoS One*, 14(12), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227063>
- Montilva, M. (2008). Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 69-79. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1315-52162008000200004&script=sci_arttext
- Naranjo, M. L. (2009). Motivación: Perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 153-170. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058010>
- Paredes, N. (2013). Maternidad Postergada. *Horizonte Médico*, 13(1), 45-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8555327>
- Salvo, I., & González, H. (2015). Monoparentalidades electivas en Chile: Emergencias, tensiones y perspectivas. *Psicoperspectivas*, 14(2), 40-50. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue2-fulltext-541>
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la educación*. México: McGraw-Hill.
- Temmesen, C., Frandsen, T., Svarre-Nielsen, H., Petersen, K., Clemensen, J., & Myglegaard, H. (2023). Women's reflections on timing of motherhood: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Reproductive Health*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01548-x>
- Yopo, M. (2023). La postergación de la maternidad en Chile: Entre autonomía y precariedad. *Universum (Talca)*, 38(2), 591-616. <https://doi.org/10.4067/S0718-23762023000200591>

- Younis, J., Iskander, R., Fauser, B., & Izhaki, I. (2020). Does an association exist between menstrual cycle length within the normal range and ovarian reserve biomarkers during the reproductive years? A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 26(6), 904-928. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa013>
- Zhao, J., Huang, B., Li, N., Wang, X., Xu, B., & Li, Y. (2023). Relationship between advanced maternal age and decline of endometrial receptivity: A systematic review and meta-analysis. *Aging*, 15(7), 2460-2472. <https://doi.org/10.18632/aging.204555>



Estilos de Apego y Actitudes ante la Muerte de los Profesionales de la Salud

Martín Arias Alfaro, Francisca Benavides Berna, Amanda Fuentes Manríquez, Marla Kurte Canales. Andy Toro Bermúdez

Resumen

La muerte de pacientes en las profesiones asociadas a la salud repercute en la emocionalidad de sus tratantes. Ante la muerte, para afrontarla se despliegan actitudes que están mediadas tanto por concepciones culturales como por aspectos psicológicos individuales. El objetivo general de la presente investigación fue explorar la relación entre los estilos de apego y las actitudes de los profesionales de la salud ante la muerte. Se midieron los factores de seguridad y apoyo familiar, preocupación familiar, rechazo e indisponibilidad parental y traumatismo infantil a través del instrumento CaMir en su versión abreviada. Las actitudes ante a la muerte fueron medidas con el instrumento CAM-2. La investigación fue de tipo cuantitativa correlacional y se utilizaron dos cuestionarios de autorreporte tipo Likert de 1 a 5, junto a algunos datos sociodemográficos. La muestra fue de 92 personas de diversas áreas de la salud. Los resultados indican una leve correlación positiva entre el factor de preocupación familiar y el impacto emocional de la muerte, temor y defensividad ante esta. La seguridad familiar arrojó una leve correlación negativa con el temor y una positiva con el rechazo e indisponibilidad parental. No se encontraron relaciones entre traumatismo infantil y actitudes ante la muerte. Los resultados entregan una nueva manera de estudiar las actitudes ante la muerte del personal de salud a través del apego y el efecto que este tiene en la interacción entre personal y paciente.

Palabras clave: estilos de apego, actitudes ante la muerte, profesionales de salud, muerte, investigación cuantitativa.

* Este artículo fue escrito durante la realización del curso Investigación II, impartido por la profesora Stefanella Costa y la ayudantía de María Victoria Díaz.

Introducción

La muerte comprende más que el hecho de morir. Es un fenómeno biopsicosocial, es decir, las personas desarrollan creencias, emociones y actitudes frente a la muerte mediante factores individuales y culturales (Prado et al., 2023).

La influencia de la cultura se ha vuelto especialmente relevante en sociedades postindustriales (Gala et al., 2002), donde la muerte ya no es aceptada como parte natural del ciclo de la vida (Espinoza et al., 2016). Se le ha dado una representación asociada a sentimientos de dolor, sufrimiento, separación y pérdida (Siqueira et al., 2018), y han sido los valores y costumbres de las sociedades modernas los que han promovido rechazo y evitación hacia la muerte. Es por esto que la muerte representa un tabú, y son los profesionales de la salud los encargados de lidiar con ella, y quienes, sostenidos en la ciencia medicinal, son capaces de ofrecer o no la posibilidad de sanación a quien enferma de gravedad (Gala et al., 2002).

Varias son las investigaciones que analizan las actitudes que los individuos adoptan frente a la muerte, ya sea por la influencia de variables psicológicas como por experiencias personales previas. Por una parte, podemos notar un auge en la importancia dada a la influencia del estilo de apego en los procesos cognitivos que rodean la comprensión y el enfrentamiento de la muerte; por ejemplo, ha habido múltiples estudios recientes acerca de la relación entre el apego ansioso y evitativo con el duelo prolongado (Sekowski y Prigerson, 2022). Así también, estudios demuestran que la experiencia laboral del personal de salud está marcada por el estrés emocional que suponen los sentimientos de impotencia, indignación y frustración al fallar; al no poder salvar una vida. Junto a ello se presentan dificultades para afrontar la muerte e implicancias en la relación médico-paciente (Siqueira et al., 2018).

Considerando tales premisas, surgió este estudio que ha pretendido devolver la mirada a la red clínica y hospitalaria que tanto tiene que ver con las experiencias de muerte y las actitudes que el personal de salud tiene hacia ella.

El duelo es la reacción que se produce ante la pérdida de una relación significativa. Es un proceso que implica respuestas psicológicas y emocionales, apareciendo sentimientos de desesperación y tristeza; de ansiedad, ira y culpa. Si bien la mayoría de los dolientes son capaces de enfrentar la pérdida de forma adaptativa, existe un grupo que la experimenta de forma preocupante, prolongada y más dolorosa, alcanzando el «duelo crónico» (Fernández et al., 2022).

Por otro lado, la teoría del apego propuesta por Bowlby, consiste en la necesidad biológica de generar vínculos afectivos con otros para satisfacer las necesidades emocionales y físicas, lo cual empieza con el cuidador (Fernández et al., 2022; Ortiz et al., 2019). El apego que una persona desarrolla con su cuidador es un indicador de mejor adaptación social y psicológica en la adultez (Fernández et al., 2022; Sękowski y Prigerson, 2022).

Los adultos con apego seguro suelen tener relaciones cercanas en las que se sienten cómodos y seguros. Los adultos con apego inseguro evitativo muestran una desactivación del sistema de apego, presentando grandes dificultades para establecer relaciones emocionalmente cercanas y confiar en el otro. Por último, los adultos con apego inseguro ansioso experimentan una activación constante de su sistema de apego y suelen tener una actitud ambivalente en las relaciones, donde desean un contacto íntimo, pero con el persistente miedo de ser rechazados (Fernández et al., 2022; Ortiz et al., 2019).

Distintas investigaciones han encontrado que el apego es una manera útil de estudiar el duelo (Brown y Symons, 2016; Fernández et al., 2022; Sękowski y Prigerson, 2022; Smigelsky et al., 2020; Tidwell et al., 2021), como también se ha observado una relación positiva entre el apego ansioso y una mayor sintomatología de duelo complicado (Fernández et al., 2022; Sękowski y Prigerson, 2022; Smigelsky et al., 2020). Los hallazgos con relación al duelo complicado y apego seguro son más complejos de interpretar. Por ejemplo, en Smigelsky et al. (2020) detectaron un mayor riesgo de tener un duelo complicado en quienes presentan un apego seguro; en cambio, en Fernández et al. (2022) se encontró una menor posibilidad de

duelo complicado. Con relación al apego evitativo, se han hallado inconsistencias en la severidad del duelo (Fernández et al., 2022; Sękowski y Prigerson, 2022).

Según la teoría de las actitudes, “una actitud es una predisposición aprendida a responder consistentemente de manera favorable o desfavorable” (Espinoza et al., 2016, p. 433). En relación con las actitudes ante la muerte, son fenómenos psicológicos complejos que dependen de variables individuales como la historia personal, las pérdidas vividas, las creencias religiosas, las concepciones filosóficas, y también, de la capacidad para enfrentarse con la realidad de la vida o de la muerte. Estas variables, entonces, se traducirán en un conjunto de actitudes positivas y negativas que tendrá incidencia directa en la forma de implicarse en el cuidado; en consecuencia, en el trato que el profesional va a establecer con un paciente que esté cercano a fallecer y con sus familiares. (Espinoza et al., 2016; Prado et al., 2023).

Considerando lo anterior, no se logró encontrar en los artículos revisados, información acerca de cómo puede relacionarse el estilo de apego con la actitud hacia la muerte por parte de los profesionales de salud, ya que los estudios vinculados se centran, generalmente, en cómo influye el apego en el duelo en quienes hayan perdido a una persona cercana. Además, existe un número limitado de estudios en cuanto a las actitudes hacia la muerte o las experiencias que tiene el personal frente al fallecimiento de un paciente, dando a entender la poca indagación que existe sobre estos temas, tanto a nivel laboral como educacional, al formar futuros profesionales.

Es por ese motivo que este estudio podría abrir puertas a nuevas investigaciones relacionadas con el tema en cuestión y/o que desarrollen, en el ámbito práctico, estrategias, capacitaciones — incluso terapias grupales — dentro de las instituciones de salud, que puedan aportar en la formación de profesionales integrales, en las que se tengan en consideración los estilos de apego que presente el profesional de salud y se abran espacios de apoyo para afrontar la muerte del paciente. De este modo se podría mejorar la relación profesional-paciente cuando se evidencie un frecuente distanciamiento por parte del personal en el proceso de morir del

paciente y de los sentimientos que les produce (Bermejo et al., 2019; Espinoza et al., 2016; Siqueira et al., 2018). Lo anterior, debido a que en su formación académica no se los instruye o capacita para afrontar el proceso de la muerte, (Hay et al., 2019; Hernández et al., 2017; Marrero y García, 2019), sino que se naturaliza la escasez de herramientas y se espera que afronten la muerte a través de su experiencia laboral o sus vivencias propias (Siqueira et al., 2018).

En el marco de los conceptos trabajados, en este estudio se planteó la hipótesis de que el personal de salud con apego ansioso presenta mayores actitudes negativas frente a la muerte en comparación con los profesionales que muestran apego seguro y evitativo. El objetivo general que devino fue explorar la relación de los estilos de apego del personal de salud con las actitudes hacia la muerte.

Marco Metodológico

Diseño

La investigación realizada fue de tipo cuantitativa y su diseño fue observacional, en tanto no existió manipulación de la variable independiente. En términos de grupos por estudiar, fue de tipo correlacional, es decir, se buscaron relaciones entre variables dentro de un mismo grupo. Por último, según temporalidad, fue de tipo transversal, a saber: las observaciones y mediciones se llevaron a cabo en un tiempo determinado y único.

El presente estudio, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, contó con una muestra de 92 participantes. El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico y por conveniencia, tomando en cuenta los recursos y la disponibilidad de los participantes. El criterio de inclusión fue ser profesional de la salud, entendiéndose como personas que sean parte del proceso de atención a pacientes y/o que trabajen con ellos.

En cuanto al resguardo de la información obtenida, esta fue visible únicamente para los investigadores, y guardada en un documento de *Google Sheets* asociado

solamente a la cuenta de correo electrónico institucional de la investigadora a cargo del almacenamiento.

Por último, se facilitó para los participantes la posibilidad de obtener los resultados del estudio una vez realizado.

Producción de Datos

Respecto al procedimiento, primero se difundió por redes sociales un formulario realizado a través de *Google Forms*. Al inicio de este, se instruyó a los participantes acerca de las consideraciones éticas empleadas en virtud de resguardar su integridad y la información recolectada, lo que debió ser aceptado para acceder a la encuesta. El contenido de esta última comprendió la recolección de datos sociodemográficos y las preguntas de los instrumentos elegidos, en este caso, el CaMir y el CAM-2. El cuestionario tomó alrededor de 20 minutos en ser realizado por los participantes.

Para recolectar los datos, se utilizó el Cuestionario de Apego en el Adulto (CaMir), un instrumento creado por Pierrehumbert et al. (1996) (Garrido et al., 2023). Este instrumento evalúa las estrategias de apego de los adultos a través de un cuestionario de autorreporte en escala Likert que va del 1 al 5 y cuyas opciones son: muy verdadero, verdadero, ni verdadero ni falso, falso y muy falso (Balluerka et al., 2011). Sin embargo, el instrumento que se utilizó para medir la variable del apego fue una versión abreviada del CaMir validada en el contexto chileno. Esto, debido a que: primero, la aplicación de la versión completa del CaMir se puede extender a más de 40 minutos (Garrido et al., 2009, como se citó en Garrido et al., 2023); segundo: para su aplicación, interpretación y análisis no se necesita una preparación especializada; tercero: permitió tener mayor validez y confiabilidad del instrumento en el entorno cultural chileno al estar adaptado a este; y cuarto, porque mide en los adultos sus estrategias de apego y sus modelos de relación (Garrido et al., 2023), el que aborda la “preocupación familiar” haciendo preguntas relacionadas con la muerte y la salud de sus seres queridos.

Este instrumento, al igual que el CaMir original, operacionaliza el apego de tal forma que se presenta la estrategia primaria, que corresponde al estilo de apego seguro, el cual refiere a la apreciación y búsqueda de seguridad y soporte emocional en seres queridos donde los cuidadores del niño responden de manera adecuada a los requerimientos de este. La estrategia secundaria en donde el infante desactiva o hiperactiva la estrategia de apego debido a que es capaz de percibir que sus necesidades no serán respondidas de manera adecuada o receptiva por parte de los cuidadores, dividiéndose esta categorización en los estilos de apego evitativo y ambivalente.

El apego se presentó, pues, como una variable cuantitativa ordinal continua.

Por otro lado, para medir la variable “actitudes frente a la muerte”, se utilizó el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte CAM-2 (Briones, 2019). Este instrumento es una modificación realizada por Grau et al. en 1999 al CAM de Hernández et al. publicado en 1997, que a su vez, fue elaborado a partir de la revisión del cuestionario *Death Attitudes and Self-reported Health- relevant Behaviors* (Grau et al., 2008). El CAM-2 ha sido validado en Cuba y permite determinar actitudes específicas de manera íntegra, por lo que ha sido utilizado en numerosas investigaciones demostrando ser efectivo. Considera preguntas que tienen directa relación con la disciplina de la salud y la práctica profesional, lo que es pertinente para los objetivos de la presente investigación, y, al igual que el instrumento anterior, no requiere experiencia para ser aplicado. Por otra parte, implementa cambios al CAM original con la intención de evitar tendencias extremas en las distintas escalas; evitar que los participantes respondan influenciados solo por los deseos de agrandar socialmente, o/y evitar el expresar opiniones de manera excesiva para obtener resultados más representativos (Grau et al., 2008).

Este cuestionario operacionaliza las actitudes ante la muerte agrupándolas en seis subescalas y consta de 32 reactivos con proposiciones en relación a la muerte, tanto propia como de los pacientes. También evalúa a través de escala Likert de 1 a 5, donde 1 *es totalmente en desacuerdo* y 5, totalmente de acuerdo (Briones, 2019).

Debido a que en este estudio se incluirán en la muestra profesionales de la salud que no hayan experimentado la muerte de un paciente, los ítems 6, 11, 19, 20, 28 y 32 quedaron como opcionales para dichos participantes.

Por último, cabe mencionar que la variable de actitudes ante la muerte se constituye como cuantitativa, pues se mide a través de una escala numérica. También es ordinal pues se registran en una escala ordenada y, además, es discreta pues las respuestas de cada participante constituyen categorías definidas.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se preguntó por nivel educacional, profesión, lugar de trabajo, tiempo de ejercicio profesional, religión, edad, género, y horas de trabajo por semana. Además, si han experimentado la muerte de un paciente, y si han tenido capacitaciones para afrontar la muerte de pacientes.

Análisis de Datos

Posterior a su recolección y almacenamiento, los datos fueron analizados mediante Google Sheets y Jamovi. Se hicieron correlaciones de Pearson, correlaciones de Spearman y pruebas T de Student.

Resultados

El propósito de esta investigación fue relacionar los estilos de apego y las actitudes que los profesionales de la salud experimentan frente a la muerte, para así responder a la pregunta de investigación.

Caracterización de la Muestra

La muestra recolectada agrupó a 92 personas del área de la salud, de las cuales 72 eran mujeres, 19, hombres y 1 no binario. En cuanto a sus edades, un 14.1% entre 20 a 29 años, 30.4% tenían entre 30 a 39 años, 22.8% tenían entre 40 a 49 años, 23.9% tenían entre 50 a 59 años, 6.5% tenían entre 60 a 69 años, y un 2.2% tenían 70 años o más. En relación a la religión o credo, 39 personas refirieron pertenecer a alguna.

Respecto al nivel educacional más alto alcanzado, la mayoría de la muestra alcanzó el grado profesional, el cual correspondió a un 64.1%, seguido de un 19.6% que realizó un magíster, un 9.8% egresó de un técnico y un 6.5% concluyó un doctorado. De ellos, 14 eran enfermeros; 16, médicos; 4, kinesiólogos, 38 eran psicólogos; 5, técnicos en enfermería de nivel superior, 3 terapeutas ocupacionales y, por último, 12 personas indicaron que cada una tenía profesiones distintas a las ya mencionadas.

De los participantes, 32 personas trabajaron 16 años o más atendiendo pacientes, 14 personas trabajaron en un rango de 7 a 9 años, 12 personas entre 13 a 15 años, 12 personas entre 1 a 2 años, 9 personas 10 a 12 años, 5 personas entre 5 a 6 años, 4 personas entre 3 a 4 años y 4 personas trabajaron menos de 1 año con pacientes. Entre ellos, 8 personas refirieron no trabajar actualmente, y de los profesionales que estaban trabajando, en promedio trabajaban 31 a 40 horas a la semana, aproximadamente. Del mismo grupo, un 38.1% trabaja o trabajó en el sistema privado, un 30.4% en el sistema público y un 31.5%, en ambos.

En relación al nivel de atención en el que desempeñaban sus funciones, un 29.6% comentó trabajar en atención primaria, un 29.6% en atención secundaria, un 16.7% en atención terciaria, un 11.1% en atención primaria y secundaria, un 11.1% en atención secundaria y terciaria y, finalmente, un 1.9%, en todos los niveles de atención.

Al realizarles la pregunta sobre si alguna vez habían recibido algún tipo de capacitación cuyo objetivo haya sido ayudarles a enfrentar mejor la muerte de un paciente, 63 de 92 personas respondieron que no habían recibido capacitación alguna. Ante este resultado, tengamos en cuenta que 36 personas respondieron que habían experimentado algunas veces la muerte de algún paciente; 11, frecuentemente; 11, solo una vez y 34, nunca.

Análisis Descriptivo

A continuación, se presentan los resultados del análisis de datos. La Tabla 1 contiene los datos descriptivos de los resultados del cuestionario CaMir-R, mientras que en la Tabla 2 se encuentran los del instrumento CAM-2.

Tabla 1

Estadística Descriptiva del Cuestionario CaMir-R

	N	Media	Moda	DE	Varianza	Mínimo	Máximo
Descriptivas							
Factor 1. Seguridad y apoyo familiar. Apego autónomo/seguro	92	4.03	4.57	0.725	0.525	1.29	5.00
Factor 2. Preocupación familiar. Apego preocupado ansioso	92	2.48	2.17	0.804	0.647	1.17	4.67
Factor 3. Rechazo e indisponibilidad parental. Apego Rechazante/Evitativo	92	2.29	1.29	0.852	0.725	1.00	4.86
Factor 4. Traumatismo infantil. Apego No resuelto/Ambivalente	92	2.18	1.00	0.982	0.963	1.00	4.20
* Existe más de una moda, solo se reporta la primera							

El “Factor 1. Seguridad y apoyo familiar” relacionado con características de las estrategias de apego seguro, es el que presentó el mayor puntaje promedio ($M=4.03$) entre los participantes, representando casi el doble que el de los demás factores.

Tabla 2

Estadística Descriptiva del Cuestionario CAM-2

	N	Media	Moda	DE	Varianza	Mínimo	Máximo
Descriptivas							
Subescala Tm/Temor	92	2.66	2.67*	0.910	0.828	1.00	5.00
Subescala Tr/Muerte con Transito	92	3.32	3.29	0.880	0.774	1.00	5.00
Subescala S/Muerte como salida	92	2.72	3.00	0.759	0.575	1.00	4.25
Subescala D/S Distanciamiento profesional y sensibilidad	92	3.08	3.00	0.604	0.365	1.00	4.67
Subescala I/E Impacto emocional	92	2.69	3.00	1.076	1.157	1.00	5.00
Subescala D Defensividad	92	2.73	3.00	0.742	0.550	1.00	5.00
* Existe más de una moda, solo se reporta la primera							

Las subescalas “D/Defensividad”, “I/E Impacto Emocional” y “Tm/Temor”, contuvieron preguntas de carácter opcional debido a que algunas de sus proposiciones tienen directa relación con haber experimentado la muerte de un paciente, o con enfrentarse a esta posibilidad de forma constante. Un ejemplo es el reactivo 19, que asevera “Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.”, lo que es una realidad particular a la que no todos los participantes de la muestra se encuentran expuestos debido a la diversidad de labores. Responder a estas preguntas quedó a criterio del participante, por lo que la cantidad de respuestas varía entre cada una de ellas, pudiendo influir en los puntajes promedio.

Los rangos presentados son de 4, exceptuando las subescalas “Tr/Muerte como salida” y “D/S Distanciamiento profesional y sensibilidad”, siendo las únicas que no llegan al puntaje máximo de 5 (totalmente de acuerdo).

Análisis Inferencial

En cuanto a los resultados inferenciales, con el fin de explorar la relación entre las Actitudes ante la Muerte y de los factores Apego adulto, se realizaron correlaciones de Pearson entre ellas. Se presentan las que tuvieron resultados estadísticamente significativos. En la Tabla 3 se encuentran las correlaciones entre la subescala de “T/m Temor” y los cuatro factores del apego.

Tabla 3

Matriz Correlacional entre Subescala Tm y Factores CaMir-R.

		Subescala Tm/Temor	Factor 1. Seguridad y apoyo familiar. Apego autónomo/seguro	Factor 2. Preocupación familiar. Apego preocupado ansioso	Factor 3. Rechazo indisponibilidad parental. Apego Rechazante/Evitativo	Factor 4. Traumatismo Infantil. Apego no resuelto/Ambivalente
Subescala Tm/Temor	R de Pearson gl valor p	- - -				
Factor 1. Seguridad y apoyo familiar. Apego autónomo/seguro	R de Pearson gl valor p	-0.258* 90 0.013	- - -			
Factor 2. Preocupación familiar. Apego preocupado ansioso	R de Pearson gl valor p	0.391*** 90 < 001	-0.101 90 0.339	- - -		
Factor 3. Rechazo indisponibilidad parental. Apego Rechazante/Evitativo	R de Pearson gl valor p	0.283** 90 0.006	-0.708*** 90 < .001	0.115 90 0.274	- - -	
Factor 4. Traumatismo Infantil. Apego no resuelto/Ambivalente	R de Pearson gl valor p	0.176 90 0.094	-0.506*** 90 < .001	0.030 90 0.779	-0.740*** 90 < .001	- - -

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

La subescala Temor tiene una correlación débil significativa ($p=0.013$) y negativa ($r=-0.258$) con el “Factor 1. Seguridad y apoyo familiar”; una correlación moderada significativa ($p<0.001$) positiva ($r=0.391$) con el “Factor 2. Preocupación familiar”; y una correlación débil significativa ($p=0.006$) positiva ($r=0.283$) con el “Factor 3. Rechazo e indisponibilidad parental”. El “Factor 4. Traumatismo infantil”, asociado a estrategias de apego no resuelto o ambivalente, es el único ítem con el cual no existe una correlación estadística.

A continuación, la Tabla 4 permite observar las correlaciones entre el “Factor 2. Preocupación familiar” relacionado con posibles estrategias propias del estilo de apego ansioso y las seis subescalas de actitudes ante la muerte.

Tabla 4

Matriz Correlacional entre Factor 2 y Subescalas CAM-2

		Factor 2. Preocupación familiar. Apego preocupado ansioso	Subescala Tm/Temor	Subescala Tr/Muerte como Transito	Subescala S/Muerte como salida	Subescala D/S Distanciamiento profesional y sensibilidad	Subescala I/E Impacto emocional	Subescala D Defensividad
Factor 2. Preocupación familiar. Apego preocupado ansioso	R de Pearson	-						
	gl valor p	- -						
Subescala Tm/Temor	R de Pearson	0.391***	-					
	gl valor p	90 < .001	- -					
Subescala Tr/Muerte como Transito	R de Pearson	-0.128	-0.009	-				
	gl valor p	90 0.223	90 0.933	- -				
Subescala S/Muerte como salida	R de Pearson	-0.031	-0.403***	0.195	-			
	gl valor p	90 0.770	90 < .001	90 0.063	- -			
Subescala D/S Distanciamiento profesional y sensibilidad	R de Pearson	0.174	-0.475***	0.368***	0.531***	-		
	gl valor p	90 0.097	90 < .001	90 < .001	90 < .001	- -		
Subescala I/E Impacto emocional	R de Pearson	0.343***	-0.347***	0.112	0.049	0.271**	-	
	gl valor p	90 < .001	90 < .001	90 0.287	90 0.641	90 0.009	- -	
Subescala D Defensividad	R de Pearson	0.292***	-0.328***	0.099	0.319**	0.387**	0.383***	-
	gl valor p	90 0.005	90 0.001	90 0.350	90 0.002	90 < .001	90 < .001	- -

Nota: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

El Factor 2 presenta una correlación significativa ($p < 0.01$), moderada y positiva ($r = 0.343$) con la subescala "I/E Impacto Emocional", mientras que tiene una correlación significativa ($p = 0.005$), débil y positiva ($r = 0.292$) con la subescala "D/Defensividad". Al igual que en la Tabla 3, se advierte la correlación que se establece entre este factor y la subescala de "Tm/Temor".

Se realizó una prueba T de Student para comparar las subescalas del CAM-2 sobre la base del género referido por los participantes, excluyendo un único dato que indicó un género distinto a los demás, por lo que se consideraron solo los datos de los que respondieron "Mujer" u "Hombre". Igualmente, los resultados arrojaron que no existían diferencias significativas entre las variables ($p > 0.05$). Por consiguiente, se realizó una prueba T de Student para comparar los factores del CaMir-R sobre la base del género, y siguiendo la misma excepción del anterior, en estos resultados solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.017$), la cual se refería a la variable de "Factor 2. Preocupación familiar", mientras que las variables restantes, nuevamente no mostraron diferencias significativas ($p > 0.05$).

En cuanto a las correlaciones de Spearman, se estableció una relación entre las seis subescalas del CAM-2 y la variable de edad de los participantes, resultando en una sola correlación negativa débil ($r = -0.278$) y estadísticamente significativa ($p = 0.008$) entre la edad y la subescala de "Tm/Temor". Otra matriz correlacional se realizó entre la variable sociodemográfica de "cuánto tiempo han trabajado con pacientes" y las subescalas del CAM-2; y similar a los resultados anteriores, se evidenció una correlación negativa débil ($r = -0.274$) y estadísticamente significativa ($p = 0.009$) entre el tiempo trabajado y la subescala de "Tm/Temor". Respecto a las correlaciones entre la variable "se consideran parte de alguna religión o credo" y las subescalas del CAM-2, solo se encontró una correlación positiva débil ($r = 0.277$) y significativa ($p = 0.008$) entre el pertenecer a alguna religión y la subescala de la "S/Muerte como salida". Por otro lado, en las correlaciones entre las subescalas del CAM-2 y la variable de "alguna vez han recibido algún tipo de capacitación para ayudarle a enfrentar la muerte de un paciente", se encontraron dos correlaciones la primera se encuentra una correlación negativa débil ($r = -0.289$) y significativa

($p=0.005$) entre la variable de la capacitación y la subescala de la “Tr/Muerte como tránsito”, y la segunda correlación es positiva débil ($r=0.280$) y significativa ($p=0.007$) entre la variable de capacitación y la subescala de la “S/Muerte como salida”. Por último, se relacionaron las variables de si “han experimentado la muerte de algún paciente” y las subescalas del CAM-2, y a diferencia de las pruebas anteriores, no se encontró ninguna correlación significativa entre ambas variables.

Discusión

El propósito de la presente investigación fue relacionar los estilos de apego y las actitudes ante a la muerte de los profesionales de salud, para así intentar dar respuesta al problema de investigación. Se hipotetizó que las personas con apego ansioso tendrían actitudes negativas ante la muerte, especialmente en comparación con quienes presentan estilos de apego seguro y evitativo. El objetivo general fue explorar las posibles relaciones entre las actitudes ante la muerte y los estilos de apego del personal de salud.

Considerando los resultados, el factor asociado al apego inseguro ansioso presenta una correlación positiva entre impacto emocional, temor y defensividad, lo que coincide con la hipótesis. En otras palabras, el personal que posee altos niveles de preocupación familiar, tendería a ser más vulnerable emocionalmente ante el fallecimiento de un paciente, lo que podría tener un impacto negativo tanto para los proveedores de salud como para los pacientes. Por otro lado, el factor de apego seguro mantiene una correlación negativa con el temor, por lo que el personal de salud con mayor seguridad y apoyo familiar podría enfrentar con menos miedo la muerte de un paciente, lo cual es potencialmente beneficioso para ambos. Finalmente, hay una correlación positiva entre el factor relacionado al apego inseguro evitativo y el temor, por lo que, quienes hayan tenido un mayor nivel de rechazo e indisponibilidad parental podrían tener algunas dificultades emocionales al enfrentar el fallecimiento de un paciente. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las actitudes ante la muerte y el factor traumatismo infantil.

En relación con las variables sociodemográficas, existe una correlación negativa entre edad, años de ejercicio profesional y temor. Por otro lado, hay una correlación positiva entre pertenecer a una religión y haber recibido capacitación sobre cómo lidiar con la muerte, con la subescala de la muerte como salida. Además, haber sido capacitado presenta una correlación negativa con la muerte como tránsito. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre haber experimentado el fallecimiento de algún paciente o no, y las actitudes ante la muerte. Esto implica que otros factores como la religión, edad y ejercicio profesional son variables a considerar en las concepciones que se tiene de la muerte. Por último, aunque la capacitación parece poder ayudar en algunas actitudes ante la muerte, no parece ser de manera transversal.

Con respecto a los hallazgos de este estudio en relación con lo descrito en investigaciones anteriores, se observa que la correlación entre el personal que posee altos niveles de preocupación familiar (factor asociado al estilo de apego preocupado-ansioso) y el impacto emocional ante el fallecimiento de un paciente, se condice con lo hallado por distintos estudios que relacionaron el apego ansioso con una mayor sintomatología de duelo complicado (Fernández et al., 2022; Sękowski y Prigerson, 2022; Smigelsky et al., 2020). Por otro lado, la correlación negativa hallada entre el temor y el apego seguro se asocia con lo descrito por Fernández et al. (2022), quienes encontraron una menor posibilidad de duelo complicado en personas con apego seguro.

Estos descubrimientos, junto con la relación descrita entre el factor relacionado al apego inseguro-evitativo y el temor, implican comprender el apego seguro como un factor protector respecto de las subescalas de impacto emocional y temor ante el fallecimiento de un paciente. Así también, indican que las características asociadas al tipo de apego inseguro evitativo e inseguro ansioso cumplen un rol opuesto, es decir, se relacionan con puntajes más altos en las subescalas ya mencionadas.

Conclusiones

En conclusión, lo anterior destaca la importancia de la promoción de estrategias primarias de apego dentro de las instituciones de la salud, para lo cual es de suma importancia generar instancias terapéuticas, de capacitación y de reflexión para los y las trabajadoras de esta área, especial y específicamente para quienes se exponen a la posibilidad de experimentar la muerte de un paciente.

Cabe mencionar que, dentro de las limitaciones del estudio, principalmente, predominó la limitación acerca de que no se puede encontrar grandes cantidades de investigaciones sobre esta temática en específico, por lo que resulta escaso el material para trabajar y aplicar en la investigación. Además, la muestra recolectada no resultó ser muy equitativa, ya que los participantes, en su mayoría, pertenecían a la disciplina de la Psicología y/o eran del género femenino, por lo que se recomienda que en futuras investigaciones se considere la posibilidad de tener una muestra mucho mayor y más representativa para poder realizar mejores conclusiones y generalizar de una forma que abarque a mayor escala a los profesionales de la salud. Y como última limitación, cabe mencionar que las correlaciones que se realizaron no se basaron en los tipos de apego como tales, sino a partir de factores que se encuentran asociados a los tipos de apego, por lo que esto no puede generar una relación en cuanto al cómo serán las actitudes basándose en el apego que presente la persona. Agregando, se recomienda que se realicen cambios basándose en cómo se aplicaron los instrumentos en la presente investigación, específicamente de algunas preguntas del CAM-2 (Briones, 2019), las que se dejaron como opcionales para el participante que deseara responderlas; por lo tanto, se sugiere que todos los ítems o preguntas de los instrumentos se dejen como obligatorios para así poder obtener una mejor visión de la tendencia en las respuestas de los participantes que se recluten.

Referencias

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9090>
- Bermejo, J., Azcoitia, X., Magaña, M., Hassoun H., & Villacieros, M. (2019). Actitudes ante la muerte en voluntarios acompañando pacientes al final de la vida: Estilos de apego y fatiga por compasión. *Medicina Paliativa*, 26(1), 55-64. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1031/2019>
- Briones, M. (2019). *Diagnóstico en personal administrativo que trabaja en una red de salud oncológica en cuanto a actitudes hacia la muerte y burnout* [Tesis de magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio UC. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/26965>
- Brown, O. K., & Symons, D. K. (2016). "My pet has passed": Relations of adult attachment styles and current feelings of grief and trauma after the event. *Death Studies*, 40(4), 247-255. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1128499>
- Espinoza, M., Luengo, L., & Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*, 16(4), 430-446. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>
- Fernández, E., Garcés, E., & Peinado, A. (2022). Apego, duelo y continuidad de lazos en el afrontamiento de la pérdida. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 24-40. <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.817>
- Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M., & Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39-50. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062002000400004>
- Garrido, L., Guzmán, M., Calderón, C., Santelices, M., Pierrehumbert, B., & Vega, M. (2023). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMir versión abreviada. *Terapia Psicológica*, 41(2), 195-231. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/588>

- Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B., & Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMir. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 81-98. <https://repositorio.ucm.cl/handle/ucm/1730>
- Grau, J., Llantá, M. C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M. C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I., & Morales, D. (2008) Ansiedad y actitudes ante la muerte: Revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2792657>
- Hay, A., Hall, C., Sealey, M., Lobb, E., & Breen, L. (2019). Developing a practice-based research agenda for grief and bereavement care. *Death studies*, 45(5), 331-341. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1636897>
- Hernández, J. M., Sánchez, F. C., & Echevarría, P. (2017). Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), 1-13. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.189>
- Marrero, C., & García, A. (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Ene*, 13(2), 1-13. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es&tlng=es.
- Ortiz, D., Acosta, P., Rubio, D., Lepe, N., Del Valle, M., Cadena, D., López, E., Hinojosa, F., & Ramos, C. (2019). *Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos. Avances En Psicología*, 27(2), 135-152. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1793>
- Prado, F., Vázquez, C. A., Afflitto, F. B., Marangelli, A., Antola, A. B., & Salazar, G. (2023). Actitudes de los médicos de un hospital pediátrico de tercer nivel ante la muerte. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 121(6), 1-9. <https://doi.org/10.5546/aap.2022-02909>
- Sekowski, M., & Prigerson, H. G. (2022). Disorganized attachment and prolonged grief. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9), 1806-1823. <https://doi.org/10.1002/jclp.23325>
- Siqueira, J., Zilli, F., & Griebeler, S. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: Uma revisão integrativa. *Persona Y Bioética*, 22(2), 288-302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>

Smigelsky, M. A., Bottomley, J. S., Relyea, G., & Neimeyer, R. A. (2020). Investigating risk for grief severity: Attachment to the deceased and relationship quality. *Death Studies, 44*(7), 402-411. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1548539>

Tidwell, B. L., Larson, E. D., & Bentley, J. A. (2021). Attachment security and continuing bonds: The mediating role of meaning-made in bereavement. *Journal of Loss and Trauma, 26*(2), 116-133. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1753389>



El Impacto del Maltrato Infantil en la Confianza Interpersonal: Un Enfoque Experimental a través del “Trust Game” en la Adulthood Joven⁵

Laura Solar Romero, María Sotta Cifuentes,
Camila Medel Van Der Meer,
Tania Basualto Zúñiga, Boris Espinoza Pino

Resumen

El maltrato infantil es una problemática muy relevante tanto en Chile como en el mundo, debido al impacto que tiene en múltiples aspectos de la vida. En la literatura se encontraron estudios sobre el maltrato infantil que demuestran la repercusión negativa que tiene sobre la confianza interpersonal, un elemento relevante en el establecimiento y mantención de relaciones, la salud mental de los individuos e incluso en el desarrollo de las terapias. Sin embargo, hasta lo que abarca nuestro conocimiento, son pocos los estudios que han buscado comprender la relación entre ambos conceptos a través de un enfoque experimental mediante el juego económico *Trust Game*. Además, estas investigaciones se han centrado principalmente en niños o en adultos de manera general, por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue determinar cómo la experiencia de maltrato en la infancia afecta la confianza interpersonal en adultos y adultas jóvenes en Chile. Para esto se empleó un enfoque cuantitativo y se realizó un diseño de estudio observacional transversal, a través del juego *Trust Game*, en conjunto con un cuestionario acerca de experiencias tempranas adversas, denominado *Childhood Trauma Questionnaire - Short Form* (CTQ-SF) a participantes jóvenes de entre 18 y 25 años, que fueron reclutados por medio de redes sociales. Se llevó a cabo un análisis de datos por medio de técnicas estadísticas de descripción, correlación y regresión,

⁵ Este artículo fue escrito durante la realización del Curso Investigación II impartido por la Profesora Pilar Veas Gálvez y la Ayudantía de Nayra Capetillo.

encontrando que, los altos puntajes en el CTQ-SF se asociaron con bajos puntajes en el Trust Game. Este resultado sugirió que niveles más altos de maltrato infantil se asociaron con una menor confianza interpersonal, comprobando la hipótesis planteada en este trabajo.

Palabras clave: maltrato infantil, confianza interpersonal, trust game, adultez joven, Chile.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) el maltrato infantil se define como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de edad y abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, negligencia y explotación comercial en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. El maltrato infantil se ha posicionado como un problema significativo a nivel mundial, afectando a millones de niños y niñas en la actualidad, pues las estimaciones indican que un 22,6% de la adultez de todo el mundo sufrió abuso físico en su infancia; el 33,6%, abuso emocional, y el 16,3% experimentó negligencia física (Abbasi et al., 2015). Existe una situación muy similar en el caso chileno, donde el 12,9% de los adolescentes sufrió abuso físico; 27,9%, abuso emocional y 5,3%, negligencia (Portilla-Saavedra et al., 2022).

La experiencia de maltrato infantil se ha asociado a diferentes problemas: por ejemplo, alteraciones en el sistema de procesamiento de recompensa (Armbruster et al., 2022), desregulación emocional (Weissman et al., 2019), problemas o estrés en relaciones (McCrary et al., 2017), diferentes consecuencias neurobiológicas y somáticas (Herzog y Schmahl, 2018), junto con un alto riesgo de desarrollar psicopatologías (McLaughlin y Lambert, 2017). También se ha demostrado que el maltrato infantil puede derivar en dificultades a lo largo de toda la vida, ocasionando problemas en el desarrollo psicosocial y en la salud tanto física como mental (Strathearn et al., 2020). A su vez, y según la literatura, el maltrato infantil está asociado con un mal funcionamiento social, lo que afecta en el desarrollo de capacidades sociales como la confianza interpersonal (Neil et al., 2022).

La confianza, desde una perspectiva interpersonal, se entiende como la expectativa que tiene una persona de que, tanto la palabra como el comportamiento de un otro, sea bien intencionado, estable y predecible, lo que le permite poder contar con este individuo (Beaton y Thielking, 2020; Rotter, 1967). A partir de esto, la confianza se considera una piedra angular en el funcionamiento social, abarcando todo lo asociado a estructuras sociales y relaciones (Fareri, 2019; Fonagy y Allison, 2014), ya sea para establecerlas como para mantenerlas (Balliet y Van Lange, 2013; Neil et al., 2022). Por lo tanto, para que exista comportamiento prosocial es necesario que exista confianza en que las intenciones de otras personas son bondadosas (De Witt-De Visser et al., 2023). De la misma manera, la confianza se ha descrito como un elemento de suma importancia en el ámbito de la salud mental, llegando a ser un determinante de esta en los jóvenes (Låftman et al., 2024), influyendo en la adaptación psicológica (Pitula et al., 2017) y en el desarrollo de un intelecto creativo (Bernath y Feshbach, 1995). Por último, es importante notar la manera en que la confianza influye en el espacio terapéutico, y cuán relevante es para que los terapeutas logren generar un ambiente de confianza y los pacientes confíen en ellos/as alcanzando fluidez en el discurso y una recolección de información adecuada para generar un diagnóstico (Hidalgo, 2013; Lazo y Véliz, 2017). Por todo lo expuesto anteriormente, es que viene a ser primordial indagar sobre la manera en la que el maltrato infantil afecta la confianza interpersonal.

Un estudio realizado por Neil et al. (2022) demostró que los/as niños/as con experiencia de maltrato documentado ven a los demás como menos confiables, lo que, con el transcurso del tiempo puede afectar la formación de relaciones sociales y aumentar el debilitamiento social (Negriff et al., 2015). En esta línea, un estudio de Gobin y Freyd (2014) comprobó que las personas con experiencia de maltrato tienden a mostrar comportamientos extremos en cuanto a la confianza: o confían excesivamente en los demás o desconfían de manera generalizada, afectando su capacidad de tomar decisiones sobre en quién confiar. Analizado esto, resulta importante considerar la historia de maltrato al estudiar la confianza en las interacciones sociales.

Dentro de las investigaciones que relacionan estos dos conceptos, hay un limitado grupo de ellas que han empleado un juego experimental para medir la confianza interpersonal: el Trust Game, que será revisado más adelante. En primer lugar, un estudio realizado por Hepp et al. (2021) ha demostrado que niveles más altos de maltrato infantil se relacionan con alteraciones cognitivas asociadas a una mayor desconfianza y que, aunque exista una retroalimentación positiva, no se generan cambios significativos en los niveles de desconfianza. Y un estudio realizado por Pitula et al. (2017) en adolescentes postinstitucionalizados con experiencias de maltrato temprano en la vida, encontró que presentan comportamientos asociados con deficiencias en la confianza y mayor sensibilidad a la falta de reciprocidad. Cabe destacar que la muestra del estudio osciló entre los 18 y 70 años (Hepp et al., 2021), y en el caso del estudio realizado por Pitula et al. (2017) la muestra de quienes participaron fue de edades comprendidas entre 11,7 y 14,1 años. Resulta relevante mencionar que, aunque los estudios mencionados han sido realizados con niños/as, adultos/as y personas de la tercera edad, no se han llevado a cabo investigaciones que incluyan como muestra, específicamente, a la población de adultos jóvenes.

El Trust Game o Investment Game (Berg et al., 1995) busca medir la confianza en la reciprocidad frente a la decisión arriesgada de invertir recursos en otra persona, esperando recibir un beneficio mutuo. Este juego busca simplificar de forma experimental, interacciones sociales donde un individuo se encuentra vulnerable por depender unilateralmente de otro, (Thielmann y Hilbig, 2015) y nos entrega una medida objetiva o libre de creencias personales sobre la confiabilidad en desconocidos (Fehr, 2009). El experimento involucra un intercambio económico entre dos partes que comienzan el juego con el mismo monto de dinero. Inicialmente, el primer jugador debe decidir cómo dividir sus fondos para invertirlos en un segundo jugador. Esta primera decisión se encarga de medir la confianza en un otro a través de qué tanto se invierte en la otra persona. Antes de que el segundo jugador reciba el dinero, la cantidad es triplicada y posteriormente, este debe decidir cuánto del nuevo monto devuelve al primer jugador y cuánto conserva para sí. Esta segunda decisión mide la reciprocidad en términos de cuánto se elige retribuir a un otro (Berg et al., 1995; Thielmann et al., 2021).

A raíz de lo anterior, la relevancia de la presente investigación es la implementación de un instrumento novedoso (Trust Game) poco usado a nivel global, no usado en Chile y no aplicado específicamente en una muestra de adultez joven. Hasta lo que abarca nuestro conocimiento, los estudios que han relacionado el maltrato infantil con la confianza a través del Trust Game (y Distrust Game) han concluido que adultos/as que autorreportaron maltrato infantil presentan alteraciones en funciones de la cognición social, tales como incremento en la desconfianza y percepción de amenaza en otros, (Hepp et al., 2021) y que adolescentes postinstitucionalizados con experiencias de maltrato infantil muestran comportamientos asociados con deficiencias en la confianza y mayor sensibilidad a la falta de reciprocidad (Pitula et al., 2017).

Considerando lo expuesto, planteamos como objetivo general el determinar cómo la experiencia de maltrato en la infancia afecta la confianza interpersonal en adultos y adultas jóvenes en Chile, mediante el Trust Game.

De acuerdo con la evidencia presentada, planteamos la hipótesis de que existe una relación entre el nivel de maltrato infantil y el nivel de confianza interpersonal, donde un mayor nivel de maltrato se asocia con un menor nivel de confianza.

Marco Metodológico

Diseño

Se realizó un estudio de diseño observacional y transversal, en el que se utilizó un enfoque experimental cuantitativo.

Participantes

El presente estudio empleó una estrategia de muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia para la selección de las y los participantes. Se contó con una muestra de 50 adultos y adultas jóvenes (n=50) de entre 18 y 25 años de edad, siendo este rango etario el único criterio de inclusión. Además, se estableció como criterio de exclusión el ser estudiante y/o funcionario/a de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales (UDP).

Para llevar a cabo el reclutamiento de las/los participantes, se difundió un afiche digital a través de redes sociales, el que los redireccionó a un formulario en línea.

En primer lugar, y con el fin de asegurar la participación informada y voluntaria, se solicitó a las y los participantes leer y aceptar el Consentimiento Informado (CI) presente en el formulario de *Google Forms*. Este expresa el objetivo de la investigación, los posibles riesgos y los beneficios de su participación. Además, señala la voluntariedad, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y la confidencialidad de los datos que provean. Quienes no aceptaron los términos del CI no pudieron seguir avanzando en el formulario y, por lo tanto, no participaron del estudio. En el caso de quienes aceptaron el CI, debieron completar una encuesta de información demográfica sobre las variables de confusión: en primer lugar, la variable género, evaluada en las categorías femenino, masculino y otrx; y la variable nivel educacional de los padres siguiendo las categorías del Sistema de Medición de la Calidad de la Educación [SIMCE] (Ministerio de Educación, 2011), es decir, educación básica incompleta, educación básica completa, educación media incompleta, educación media completa, titulado de un centro de formación técnica, titulado universitario y estudios posteriores al universitario. Además, se les dirigió un link directo a Google Calendar para poder coordinar un horario en que pudiesen responder un cuestionario relacionado a experiencias adversas en la infancia y participar del *Trust Game online*.

Posteriormente, se les hizo envío de un correo media hora antes de la hora agendada, en dónde se les adjunto el link del *Google Forms* con el CTQ-SF, y el link con su código personal para poder jugar el *Trust Game online*. Los/las participantes jugaron en contra de las/los investigadores sin saberlo, este fue un engaño justificado que se reveló al final del estudio.

Finalmente, se aseguró el anonimato y la confidencialidad de la información provista por las y los participantes por medio de la encriptación de los datos obtenidos, a los cuales solo el equipo de investigación tiene acceso y bajo el compromiso de la eliminación de estos un año después de que fueron recolectados.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

Producción de Datos

La variable independiente, maltrato infantil, fue medida con la Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (Bernstein et al., 2003) en su versión abreviada (CTQ-SF) y traducida al español que ha sido validada en Chile por Behn et al. (2020). Este es un cuestionario de autoinforme que consta de 28 preguntas, cuyo objetivo es evaluar la presencia de experiencias tempranas adversas, tales como abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional. Se utilizó una escala Likert de cinco ítems que van desde “nunca” hasta “casi siempre”. De acuerdo a la investigación de Scher et al. (2001), su versión en inglés presenta adecuadas propiedades psicométricas, con una confiabilidad test-retest (Cronbach α ,79 a ,86). Por otro lado, Behn et al. (2020) respalda la versión en español con coeficientes de confiabilidad interna (Cronbach α ,66 a ,94).

Para medir la variable dependiente, correspondiente al nivel de confianza interpersonal, se utilizó el *Trust Game* (Berg et al., 1995), un juego de intercambio económico que busca medir la confianza en un otro, a través de la plataforma *Experimental Economics Laboratory* [Veconlab]. En este, a dos jugadores se les proporciona un monto inicial de dinero y quien juega primero debe decidir la cantidad de dinero que le entregará al segundo, para que luego el segundo le transfiera una cantidad de vuelta. Las/los jugadores realizaron tres rondas de intercambio. La confianza se mide de acuerdo a la cantidad de dinero que el primer jugador decida entregar, entendiendo que una mayor cantidad de dinero representa un mayor nivel de confianza. Este instrumento fue validado por la investigación de Banerjee et al. (2021), en el que encontraron que la confianza experimental (*Trust Game*) predice ($r = ,12$) de manera positiva y significativa la confianza autorreportada.

Los resultados del *Trust Game* fueron cuantificados a través de una fórmula de elaboración propia, considerando los puntajes obtenidos por los participantes. Su

confección consideró los resultados del estudio de Cochard et al. (2004), los cuales exponen que, al hacer un juego de múltiples rondas, luego de la primera no solo se estará midiendo confianza, sino otros factores, como la reciprocidad al dinero que les fue devuelto en la ronda anterior. Así, Cochard et al. (2004) notó que, a medida que pasaban las rondas, el dinero que era entregado por el participante inversor iba en aumento. Debido a que este estudio pretende medir únicamente la confianza interpersonal, se decidió calcular los resultados basándose en un promedio ponderado cuyos valores que se deben asignar por ronda son decrecientes. De esta manera, para generar la fórmula se consideró el crecimiento de inversión entre rondas en valores porcentuales que, en combinación con las consideraciones del experimento de Cochard et al. (2004), dio como resultado la siguiente ecuación:

$$PT = (P^1 * 38.51) + (P^2 * 31.01) + (P^3 * 30.48)^6$$

Representando PT al puntaje total, P¹ el puntaje de la primera ronda, P² el puntaje de la segunda y P³ el puntaje de la tercera.

Análisis de Datos

Una vez recopilados los datos, se llevó a cabo un análisis estadístico con el programa *IBM SPSS Statistics versión 29.0.0.0* (IBM Corp, 2022) con el fin de medir y correlacionar las variables para probar las hipótesis previamente formuladas. En primer lugar se realizaron pruebas estadísticas de descripción univariada para comprender cada una de las variables. Luego se hizo una prueba estadística descriptiva bivariada, específicamente de Correlación de Pearson, con el fin de explorar y describir la relación entre el maltrato infantil y la confianza interpersonal.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal simple para investigar los efectos de la variable independiente nivel de maltrato infantil, sobre la variable dependiente, correspondiente al nivel de confianza interpersonal, para comprobar si es que efectivamente el nivel de maltrato infantil podría estar incidiendo en el nivel de confianza interpersonal.

⁶ Para la generación de la fórmula se consideró tanto el crecimiento de inversión entre la primera y la segunda ronda, como entre la primera y la tercera.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis de los datos con el objetivo de describir la muestra, los resultados de los instrumentos utilizados y realizar una correlación junto con una regresión para analizar la relación y el posible efecto del nivel de maltrato infantil en el nivel de confianza interpersonal por medio del *Trust Game*.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características demográficas consideradas en la investigación⁷. Sobre el género, podemos describir la muestra de 50 participantes, identificando que esta se compone por 28 personas de género femenino, 19 de género masculino y tres que se identifican como “otrx”. Es decir, más de la mitad de la muestra, un 56%, se compone por mujeres.

Se observó además, que el nivel educacional mínimo encontrado entre los padres de los encuestados fue educación media incompleta, y el nivel máximo educacional detectado fue el grado de doctor universitario. La media es educación universitaria incompleta, con lo cual se evidencia que en promedio los encuestados tienen padres que terminaron la educación media. La desviación estándar (1,85) indica que los datos están bastante concentrados en torno a nuestra media.

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo del nivel de maltrato infantil y el nivel de confianza interpersonal. Respecto al nivel de maltrato infantil, en promedio los encuestados obtuvieron un puntaje de 42,4 puntos en el CTQ-SF (DE = 12,95), es decir, en promedio los participantes experimentaron niveles de maltrato bajo, aunque la alta desviación estándar expone gran heterogeneidad entre los resultados de los participantes en este instrumento. Por otro lado, en cuanto a los resultados del *Trust Game* podemos observar que en promedio la muestra entregó, en las tres rondas de intercambio, \$2.12 (DE = 0,62) lo que representa un nivel moderadamente alto de confianza interpersonal, muy consistente en la muestra.

⁷ Respecto a las características demográficas de la muestra, se generó un modelo de regresión que incluía las variables a estudiar, es decir, maltrato infantil como confianza interpersonal, además de las variables género y nivel educacional de los padres, que fueron determinadas como variables de confusión. Sin embargo, el resultado no fue estadísticamente significativo, por lo que no fue incluido en el análisis de resultados.

A partir de la correlación entre los niveles de maltrato infantil y de confianza interpersonal, se observa una asociación negativa moderada entre el maltrato infantil y la confianza interpersonal, que corresponde a una relación estadísticamente significativa entre ambos ($p < 0,01$) (Véase Tabla 1) lo que sugiere que: mayores niveles de maltrato infantil se asocia con una menor disposición a confiar en otras personas.

Tabla 1

Prueba de Correlación entre el Maltrato Infantil y la Confianza Interpersona

	Maltrato infantil	Confianza interpersonal
Maltrato infantil	1	-0,376
Sig. (bilateral)	-	0,007
N	50	50

Nota: Esta tabla muestra los resultados de la prueba de correlación entre los puntajes totales para las variables Maltrato infantil y Confianza interpersonal, medidas por el *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* y el *Trust Game*, respectivamente.

Finalmente se llevó a cabo una regresión lineal simple entre los puntajes del nivel de maltrato infantil, recopilados a través del CTQ-SF, y los puntajes del nivel de confianza interpersonal medidos a través del *Trust Game*. En primer lugar, se observa que el coeficiente (B) es negativo, lo que sugiere una relación inversa entre el maltrato infantil y la confianza interpersonal, donde, por cada aumento en un punto en la escala del nivel de maltrato infantil, el modelo predice una disminución promedio de 0,018 unidades en la escala de nivel de confianza interpersonal (escala de cero a tres) (Véase Tabla 2). En general, este es un cambio muy pequeño, por lo que sugiere que el nivel de maltrato infantil tiene una influencia limitada sobre el nivel de confianza interpersonal en este.

Tabla 2

Coefficientes de Regresión Lineal Simple entre Maltrato Infantil y la Confianza Interpersonal

Modelo	Variable	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados		
		B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	2,89	0,284	-	10,17	<,001
	Maltrato infantil	-0,018	0,006	-0,376	-2,81	0,007

Nota. Esta tabla muestra los coeficientes de la prueba de regresión lineal simple entre los puntajes totales para variables Maltrato infantil, como variable independiente y Confianza interpersonal, como variable dependiente, medidas por el *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* y el *Trust Game*, respectivamente.

Por otra parte, se observa que el 12,4% (R Cuadrado ajustado) de la variabilidad en el nivel de confianza interpersonal es explicada por la variabilidad en el nivel de maltrato infantil (Véase Tabla 3).

Tabla 3

Prueba de Regresión Lineal Simple entre el Maltrato Infantil y la Confianza Interpersonal

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	0,376	0,142	0,124	0,58

Nota. Esta tabla muestra los resultados de la prueba de regresión lineal simple entre los puntajes totales para variables Maltrato infantil, como variable independiente y Confianza interpersonal, como variable dependiente, medidas por el *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* y el *Trust Game*, respectivamente.

Discusión y Conclusiones

Esta investigación tuvo como propósito principal determinar cómo la experiencia de maltrato en la infancia afecta la confianza interpersonal en adultos y adultas jóvenes en Chile, y fue evaluado a través de su desempeño en el “*Trust Game*” (Berg et al., 1995) y sus resultados en el CTQ-SF.

Los principales resultados de nuestra investigación corroboraron que los niveles de maltrato infantil influyen en los niveles de confianza interpersonal, lo que deja en evidencia los efectos negativos del maltrato infantil en las diferentes áreas de la vida que involucran interactuar y confiar en terceros (Negriff et al., 2015; Neil et al., 2022). Esto, en línea con los estudios anteriores que evaluaron los constructos maltrato infantil y confianza interpersonal, los cuales encontraron que la presencia o los altos niveles de maltrato infantil, se relacionan con alteraciones o comportamientos extremos al momento de confiar en otras personas (Gobin y Freyd, 2014; Negriff et al., 2015; Neil et al., 2022).

Asimismo, tal como mostraron aquellos estudios que emplearon una metodología como la nuestra, es decir, que utilizaron el *Trust Game* u otras versiones similares del juego (Hepp et al., 2021; Pitula et al., 2017) los resultados de nuestra investigación muestran una relación significativa entre el nivel de confianza interpersonal y el nivel de maltrato infantil, donde quienes mostraron mayores niveles de maltrato infantil, en el juego tuvieron un desempeño que mostró una tendencia a confiar menos en los otros, lo que se vio reflejado en intercambios menores de dinero. Por lo tanto, se confirma la hipótesis inicial que planteaba que existe una relación entre el nivel de maltrato infantil y el nivel de confianza interpersonal, donde, un mayor nivel de maltrato se asocia con un menor nivel de confianza.

Respecto a las limitaciones presentes en este trabajo, se vieron asociadas al tiempo y los recursos disponibles. En primer lugar, se debe mencionar la utilización de una muestra no probabilística, por conveniencia y pequeña, elementos que producen una reducción en la validez de nuestro experimento e implican que

los hallazgos no sean lo suficientemente robustos para ser extendidos hacia la población. Por lo tanto, los resultados de esta investigación deben ser interpretados y considerados con cautela y se debe considerar la variabilidad caso a caso incluyendo la diversidad de los contextos de los participantes. En consecuencia, se sugiere que próximas investigaciones recreen el presente estudio teniendo en consideración una muestra de mayor tamaño reclutada por medio de un muestreo probabilístico, lo que aumentaría su validez externa. En segundo lugar, otra limitación fue la falta de consideración de otras variables, como la reciprocidad, al momento de realizar el *Trust Game*, debido a que este elemento influye en el dinero invertido por los participantes y es distinto a la confianza interpersonal. En virtud de lo anterior, se recomienda que futuras investigaciones lleven a cabo una profundización en otras variables por considerar al utilizar el *Trust Game* y que además estas sean incluidas en el análisis estadístico de los resultados.

Una de las limitaciones más relevantes fue la ejecución del juego que, dados los recursos disponibles, debió ser online. El hecho de que el intercambio haya sido totalmente ficticio, sin ganancias reales, aleja el experimento de una situación real y se vuelve poco representativo. Por lo tanto, este eje de la investigación puede ser mejorado al recurrir a otras formas de implementación del juego; por ejemplo, realizarlo de manera presencial, o con dinero físico, así asemejándose lo más posible a la realidad. Se espera que la presente investigación posibilite nuevos estudios que repliquen la metodología teniendo en cuenta las limitaciones, para así llegar a conclusiones más certeras sobre la relación entre ambos constructos estudiados y de esta manera poder extender a la población los resultados obtenidos.

Por último, esta investigación ha profundizado en la relación entre el maltrato infantil y la confianza interpersonal dada su importancia para entender los efectos a largo plazo del maltrato infantil en habilidades sociales como la capacidad de confiar en otras personas, y en diversas áreas de la vida. Este tipo de estudios puede ayudar proporcionando datos útiles para políticas públicas en salud mental y desarrollo social. En cuanto a lo académico, el uso del *Trust Game* como

un instrumento para medir confianza interpersonal, puede aportar a validar su aplicabilidad en estudios sobre maltrato infantil, enriqueciendo la metodología experimental en Ciencias Sociales. Un estudio de estas características puede ser influyente, ya sea en la práctica clínica, como en el diseño de políticas públicas, además de su contribución al conocimiento teórico y aplicado sobre la relación entre experiencias tempranas adversas y la confianza interpersonal.

Agradecimientos

Como equipo de investigación, queremos expresar nuestro agradecimiento al equipo docente, especialmente a Nayra Capetillo, por su gran apoyo durante la realización de esta investigación; desde la revisión de la literatura, hasta instancias finales, como la confección del afiche. Sus consejos y palabras de aliento fueron fundamentales para el desarrollo óptimo de nuestro trabajo; su orientación y experiencia fueron de extrema ayuda.

También agradecemos a Zamiz Tobar, quien fue un pilar fundamental en este proceso, ya que desde un inicio mostró su completo apoyo y disposición con el grupo para realizar la metodología del trabajo. Su ayuda fue clave para llevar a cabo el Trust Game, pues nos proporcionó la plataforma utilizada.

Asimismo, agradecemos a todos quienes tuvieron la disposición e interés de participar informada y voluntariamente en nuestra investigación.

Finalmente, damos gracias a nuestros conocidos, amigos y familiares que se tomaron el tiempo de ayudarnos en la difusión durante la recolección de datos, y por brindarnos su apoyo a lo largo del desarrollo de este proyecto.

Referencias

- Abbasi, M. A., Saeidi, M., Khademi, G., Hoseini, B. L., & Moghadam, Z. E. (2015). Child maltreatment in the worldwide: A review article. *International Journal of Pediatrics*, 3(1), 353-365. <https://doi.org/10.22038/ijp.2015.3753>
- Armbruster-Genç, D. J., Valton, V., Neil, L., Vuong, V., Freeman, Z., Packer, K. C., Kiffin, M. J., Roiser, J. P., Viding, E., & McCrory, E. (2022). Altered reward and effort processing in children with maltreatment experience: A potential indicator of mental health vulnerability. *Neuropsychopharmacology*, 47(5), 1063-1070. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01284-7>
- Balliet, D., & Van Lange, P. A. (2013). Trust, conflict, and cooperation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(5), 1090-1112. <https://doi.org/10.1037/a0030939>
- Banerjee, S., Galizzi, M., & Hortala-Vallve, R. (2021). Trusting the trust game: An external validity analysis with a UK representative sample. *Games*, 12(3), 1-16. <https://doi.org/10.3390/g12030066>
- Beaton, J., & Thielking, M. (2020). Chronic mistrust and complex trauma: Australian psychologists' perspectives on the treatment of young women with a history of childhood maltreatment. *Australian Psychologist*, 55(3), 230-243. <https://doi.org/10.1111/ap.12430>
- Behn, A., Vöhringer, P., Martínez, P., Domínguez, A. P., González, A., Carrasco, M., & Gloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Revista Médica de Chile*, 148(3), 336-343. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336>
- Berg, J., Dickhaut, J., & McCabe, K. (1995). Trust, reciprocity, and social history. *Games & Economic Behavior*, 10(1), 122-142. <https://doi.org/10.1006/game.1995.1027>
- Bernath, M. S., & Feshbach, N. D. (1995). Children's trust: Theory, assessment, development, and research directions. *Applied & Preventive Psychology*, 4(1), 1-19. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80048-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80048-4)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma

- Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Cochard, F., Nguyen, P., & Willinger, M. (2004). Trusting behavior in a repeated investment game. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 55(1), 31-44. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2003.07.004>
- De Witt-De Visser, B., Rijckmans, M. Vermunt, J., & van Dam, A. (2023). Pathways to antisocial behavior: A framework to improve diagnostics and tailor therapeutic interventions. *Frontiers in Psychology*, 2023, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.993090>
- Fareri, D. (2019). Neurobehavioral mechanisms supporting trust and reciprocity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00271>
- Fehr, E. (2009). On the economics and biology of trust. *Journal of the European Economic Association*, 7(2-3), 235-266. <https://doi.org/10.1162/jeea.2009.7.2-3.235>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2014). The impact of betrayal trauma on the tendency to trust. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 505-511. <https://doi.org/10.1037/a0032452>
- Hepp, J., Schmitz, S. E., Urbild, J., Zauner, K., & Niedtfeld, I. (2021). Childhood maltreatment is associated with distrust and negatively biased emotion processing. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00143-5>
- Herzog, J.I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00420>
- Hidalgo, C. (2013). Influencia de las características del terapeuta y del paciente en la constitución de la relación terapéutica. *Revista electrónica Psiconex*, 5(7), 1-11. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/20332>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics para Windows (versión 29.0)* [Software]. IBM Corp.

- Låftman, S. B., Raninen, J., & Östberg, V. (2024). Trust in adolescence and depression and anxiety symptoms in young adulthood: findings from a Swedish cohort. *BMC Research Notes*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06667-7>
- Lazo, M., & Véliz, K. (2017). Las habilidades blandas del psicólogo clínico en su intervención en la salud pública. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 1-14. <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/1179>
- McCrory, E. J., Gerin, M. I., & Viding, E. (2017). Annual research review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry - the contribution of functional brain imaging. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 338-357. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12713>
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>
- Ministerio de Educación. (2011). *Cuestionario Padres y Apoderados SIMCE 2011*. Agencia de Calidad de la Educación. https://archivos.agenciaeducacion.cl/biblioteca_digital_historica/cuestionarios/2011/cpad_4b_2011.pdf
- Negriff, S., James, A., & Trickett, P. K. (2015). Characteristics of the social support networks of maltreated youth: Exploring the effects of maltreatment experience and foster placement. *Social Development*, 24(3), 483-500. <https://doi.org/10.1111/sode.12102>
- Neil, L., Viding, E., Armbruster-Genc, D., Lisi, M., Mareschal, I., Rankin, G., Sharp, M., Philips, H., Rapley, J., Martin, P., & McCrory, E. (2022). Trust and childhood maltreatment: Evidence of bias in appraisal of unfamiliar faces. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(6), 655-662. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13503>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2022). *Maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pitula, C., Wenner, J., Gunnar, M. R., & Thomas, K. M. (2017). To trust or not to trust: Social decision-making in post-institutionalized, internationally adopted youth. *Developmental Science*, 20(3). <https://doi.org/10.1111/desc.12375>
- Portilla-Saavedra, D., Pinto-Cortez, C., Guerra, C., & Peña, F. (2022). Victimization by caregivers: Prevalence and risk factors in Chilean children and adolescents. *Child*

- and *Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00509-3>
- Rotter, J. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35(4), 651-665. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1967.tb01454.x>
- Scher, C., Stein, M., Asmundson, G., McCreary, D., & Forde, D. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative Data. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 843-857. <https://doi.org/10.1023/A:1013058625719>
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
- Thielmann, I., & Hilbig, B. E. (2015). Trust: An integrative review from a person-situation perspective. *Review of General Psychology*, 19(3), 249-277. <https://doi.org/10.1037/gpr0000046>
- Thielmann, I., Böhm, R., Ott, M., & Hilbig, B. E. (2021). Economic games: An introduction and guide for research. *Collabra: Psychology*, 7(1), 1-29. <https://doi.org/10.1525/collabra.19004>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915. <https://doi.org/10.1017/S095457941900034>



Desvelando el Impacto de la Religiosidad Familiar: ¿Cómo se relaciona con los Niveles de Sexismo entre Estudiantes de Ciencias Sociales y Carreras STEM?

Valentina Vicencio Aguilar, Francisca Morales Gaete,
Sofía Rodríguez Ortiz, Antonio Arenas Quintana

Resumen

Históricamente, hemos observado que las sociedades no solo han sido construidas por estructuras gubernamentales o prácticas institucionales, sino que también han sido profundamente influenciadas por dos fuerzas poderosas y sustanciales: la religiosidad y el sexismo. El sexismo se ha constituido como un problema sistemático en la vida cotidiana de las mujeres, las disidencias y todos los y las agentes de la sociedad, porque crea una red de opresión y discriminación que repercute en todas las esferas de la vida. Por otro lado, la religiosidad, como institución cultural y espiritual, ha ejercido una profunda influencia en la moral, los valores y las normas sociales, muchas veces reforzando estereotipos sexistas. No obstante, para que estas fuerzas puedan propagarse, necesitan canales. En este caso, nos centraremos en el rol de la educación familiar, que actúa como pilar fundamental en la socialización y el aprendizaje de los individuos, permitiéndoles internalizar valores, creencias y normas culturales. Desde esta perspectiva, mediante un estudio cuantitativo utilizando tres cuestionarios con preguntas del tipo Likert sobre sexismo ambivalente, influencia familiar y religiosidad personal, investigaremos hasta qué punto la transmisión de la religiosidad en el entorno familiar contribuye a los niveles de sexismo en estudiantes de áreas académicas STEM y de Ciencias Sociales, que sistemáticamente han sido asociadas a un género o a otro, generando brechas en el acceso. Los resultados indican que influencia familiar y religiosidad no se relacionan de forma directa con el sexismo, aunque hay relaciones débiles, niveles ligeramente más altos de sexismo en estudiantes STEM. Se releva seguir estudiando distintos canales que perpetúan el sexismo.

Palabras clave: sexismo, influencia familiar, religiosidad, STEM, ciencias sociales

* Este artículo fue escrito durante la realización del curso Investigación II, impartido por el profesor Jesús Guzmán.

Introducción

Históricamente, hemos observado que las sociedades no solo han sido construidas por estructuras gubernamentales o prácticas institucionales, sino que también han sido profundamente influenciadas por dos fuerzas poderosas y sustanciales: la religiosidad y el sexismo (Rincón, 2018; Vuola, 2006). El sexismo se ha constituido a lo largo de la historia, como un problema sistemático en la vida cotidiana de las mujeres, las disidencias y todas las y los agentes de la sociedad, ya que crea una red de opresión y discriminación que repercute en todas las esferas de la vida (Assche et al., 2019; Bonilla-Algovia, 2021; Carrasco et al., 2021; Castillo y Choqqe, 2018; Espinoza y Albornoz, 2023; Etengoff y Lefevor, 2021; González-Rivera, 2017; Madolell et al., 2020; Maltby et al., 2010; Mikolajczak y Pietrza, 2014; Özdemir, 2016; Seoane, 2019).

Por otro lado, la religiosidad, como institución cultural y espiritual, ha ejercido una profunda influencia en la moral, los valores y las normas sociales, muchas veces reforzando estereotipos de género que fomentan la desigualdad (Assche et al., 2019; Díaz et al., 2020; Etengoff y Lefevor, 2021; Kemp, 2020; Madolell et al., 2020; Maltby et al., 2010; Mikolajczak y Pietrza, 2014; Özdemir, 2016; Rincón, 2018; Seoane, 2019; Vuola, 2006).

No obstante, para que estas fuerzas puedan propagarse, necesitan canales transmisores. En este caso, nos centraremos en el rol de la educación familiar, que actúa como pilar fundamental en la socialización y el aprendizaje de los individuos, permitiéndoles internalizar valores, creencias y normas culturales (Araujo y Martuccelli, 2012; Mikolajczak y Pietrza, 2014; Rincón, 2012; Vries et al., 2022).

Considerando que en Chile, hasta el 2023, un estudio nacional evidenció que el sexismo sigue arraigado en la forma en que las personas se perciben y se relacionan (Mondaca, 2023). Paralelamente, un informe global sobre religiosidad en distintos países, destacó que un 76% de chilenos y chilenas creen en dios, o en algo superior y, que un 20% asiste a lugares de práctica religiosa al menos una vez

al mes (Jackson, 2023). Además, en 2024, el Ministerio de Educación [MINEDUC] (2024) informó que las mujeres poseen un 40,6% más de matrículas en carreras de Ciencias Sociales, mientras que, los hombres ocupan el 80,3% de ellas en áreas STEM, y aún existen pocos datos sobre cómo la religiosidad familiar influye en la transmisión del sexismo. Es crucial, entonces, investigar esta relación, contrastando las diferencias entre estudiantes de STEM y Ciencias Sociales.

La mayoría de los estudios que abordan la relación entre estos factores se han realizado en contextos occidentales, lo que implica que los resultados obtenidos reflejan en gran medida las particularidades sociales, culturales y demográficas de esos entornos. No obstante, dichos estudios han demostrado que la religiosidad, o algunos valores asociados a ella, como el conservadurismo y el autoritarismo, están correlacionados con niveles más altos de sexismo (Assche et al., 2019; Benoliel et al., 2020; Carrasco et al., 2021; Etengoff y Lefevor, 2021; Hannover et al., 2018; Kemp, 2020; Madolell et al., 2020; Maltby et al., 2010; Mikolajczak y Pietrza, 2014; Vries et al., 2022) y que la transmisión temprana de la religiosidad en el entorno familiar contribuye a mayores niveles de sexismo en etapas posteriores (Mikolajczak y Pietrza, 2014; Vries et al., 2022) lo que proporciona una base importante para explorar si esta relación se manifiesta de manera similar o distinta en nuestro país.

Comprendiendo lo anterior y tomando en cuenta los pocos estudios realizados en Chile que vinculan factores psicosociales con el nivel de sexismo en estudiantes universitarios/as, se demuestra la presencia del sexismo en la educación y que su interacción con distintos elementos psicosociales, constituye una de las principales prácticas que promueven la inequidad de género (Espinoza y Albornoz, 2023). Esta investigación resulta clave para abrir nuevas directrices en el estudio de la interacción entre sexismo, religiosidad y familia, permitiendo una comprensión más profunda de cómo abordar estas problemáticas y sus múltiples efectos, como la brecha de género en diversas áreas académicas.

El desarrollo de investigaciones que ayuden a generar un cuerpo de conocimiento sólido que profundice en la interacción entre estas problemáticas,

podría, eventualmente, pavimentar el camino para soluciones que contribuyan a la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, promoviendo prácticas que busquen una educación más inclusiva, un entorno familiar más equitativo y, finalmente, una cultura social que desafíe y disponga de mayor conocimiento para desarticular las estructuras sexistas que aún persisten en diversas áreas de nuestra vida cotidiana.

Además, como psicólogos y psicólogas, tenemos la responsabilidad social y ética de generar conocimientos que otorguen una mayor comprensión y profundización en fenómenos que nos involucran y afectan a todas y todos como sociedad, ya que, tal como indicaba Ignacio Martín-Baró (2006), para abordar integralmente los problemas y el malestar personal de cada individuo, es necesario ahondar en cómo las realidades sociales, históricas y estructurales influyen en sus experiencias.

Religiosidad

La religiosidad puede definirse desde diversos enfoques; sin embargo, en esta investigación, la abordaremos desde la perspectiva de González-Rivera (2017), quien la conceptualiza en dos dimensiones: en primer lugar, las creencias y actitudes religiosas que refieren a la dimensión más personal de cada individuo respecto a la religiosidad. Esto incluye la forma en que las personas piensan y conciben la religión en términos de su relevancia y la función que desempeña en sus vidas, así como el efecto que produce en la identidad y el comportamiento de la persona (González-Rivera, 2017). En segundo lugar, las prácticas religiosas que se comprenden como la manera pública en que se expresa la religiosidad, incluyendo prácticas tanto individuales como colectivas en comunidades religiosas organizadas, como la lectura de escrituras sagradas y la asistencia a instancias religiosas. Estas prácticas tienen como objetivo aproximarse a lo sagrado y formar parte de una comunidad de fe (González-Rivera, 2017).

Muchas veces, la religiosidad suele asociarse a valores conservadores, y dentro de aquellos valores podemos encontrar el sexismo. “Los meta-análisis, estudios

multinacionales, investigaciones cuantitativas y cualitativas sugieren de manera contundente que, si bien la religión está relacionada con el sexismo/prejuicio sexual, esta relación es parcialmente mediada por factores socio-personales como el conservadurismo” (Etengoff y Lefevor, 2021 p. 3).

Sexismo

Si bien el sexismo tiene una larga historia de conceptualizaciones y formas de entenderlo, lo abordaremos desde el enfoque relacional que compagina las dinámicas y formas complejas en que se relacionan los géneros, comprendiendo este fenómeno como la coexistencia de actitudes tanto positivas como negativas hacia el género femenino, manifestándose en dos dimensiones: una hostil y otra benevolente (Glick y Fiske 1996, 1997).

El sexismo benevolente se caracteriza por mostrar actitudes “positivas” hacia las mujeres, pero al mismo tiempo paternalistas y condescendientes, idealizando el papel tradicional de la mujer como maternal, dócil y que necesita protección y cuidado por parte de los hombres. Aunque inicialmente puede parecer algo bueno, perpetúa y refuerza estereotipos de género sexistas (Glick y Fiske, 1996, 1997).

El sexismo hostil se manifiesta a través de creencias y comportamientos que desvalorizan, menosprecian o discriminan a las mujeres, basándose en una percepción de inferioridad o amenaza hacia el género femenino. Estas actitudes incluyen desde expresiones abiertamente misóginas hasta formas más sutiles, pero igualmente perjudiciales de discriminación y exclusión (Glick y Fiske 1996, 1997). En conjunto, ambas formas de sexismo constituyen el sexismo ambivalente, que es precisamente la escala que ambos autores nos brindan para medir los niveles de sexismo (Glick y Fiske 1996, 1997).

Influencia familiar

Por último, tras la revisión de la literatura, las investigaciones han establecido que la presencia de sexismo y religiosidad se ve afectada por la influencia familiar (Vries et al., 2022). Esta la definiremos desde el modelo circunflejo, que contempla

la cohesión familiar y la adaptación familiar: La cohesión familiar se entiende como el nivel de cercanía o distancia entre los familiares, el lazo emocional de los integrantes de la familia. La adaptación familiar se refiere al grado en que la familia puede flexibilizarse y adaptarse a los cambios generados por diversas causas, y cuánto predominan las reglas o la estabilidad de roles en la familia (Olson et al., 1979, 1983; Polaino-Lorente y Martínez, 1996).

En todas estas dimensiones existen cuatro niveles de adaptación familiar. Se considera que las formas moderadas y equilibradas son las más adecuadas para el funcionamiento óptimo de la familia; los niveles extremos suelen presentar los mayores problemas a largo plazo para la familia. A partir de estos cuatro tipos de cohesión y adaptación, y dependiendo de cómo se combinen entre sí, pueden identificarse dieciséis tipos diferentes de sistemas familiares (Olson et al., 1979, 1983; Polaino-Lorente y Martínez, 1996).

A partir de lo conceptualizado, es que esta investigación se adentra en responder la pregunta: ¿Existe una relación entre el nivel de sexismo en estudiantes de Ciencias Sociales y carreras STEM y el nivel de religiosidad de sus familias? El objetivo general fue identificar si las enseñanzas religiosas transmitidas en el entorno familiar están relacionadas con los niveles de sexismo desarrollados por sus integrantes. Lo anterior, siendo estructurado por los siguientes objetivos específicos: establecer el nivel de sexismo presente en estudiantes de Ciencias Sociales y carreras STEM; comparar la relación existente entre los niveles de sexismo y religiosidad en estudiantes de Ciencias Sociales y carreras STEM; y, finalmente, determinar si los niveles de religiosidad de las familias de estudiantes de Ciencias Sociales y carreras STEM influyen en los niveles de sexismo que poseen dichos estudiantes. Para ello, se tomarán en cuenta estudiantes de ambas áreas de estudio. Esto se justifica en función de que, a lo largo de los años, las carreras del ámbito de las Ciencias Sociales se han asociado mayormente con la presencia de mujeres, mientras que las carreras STEM han sido relacionadas con hombres, generando brechas significativas en el acceso a estas (MINEDUC, 2024).

Marco Metodológico

Diseño

Para la realización del presente estudio se optó por un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, para facilitar el paso fluido desde la formulación teórica inicial de la investigación, hasta la operacionalización numérica de las variables para su medición precisa mediante escalas de sexismo, influencia familiar y religiosidad previamente construidas.

Participantes

La población considerada para esta investigación fue conformada por estudiantes universitarias y universitarios de Ciencias Sociales y carreras STEM que estudiaran en Chile, y se utilizaron redes sociales en el segundo semestre del año 2024.

Los criterios de inclusión para delimitar la población fueron: ser estudiante universitario o universitaria de Ciencias Sociales o carreras STEM; tener entre 18 y 30 años, poseer acceso a redes sociales y estudiar en Chile. Los criterios de exclusión fueron: ser menor de 18 años, no estudiar en alguna carrera del área de Ciencias Sociales o STEM, no hacer uso de redes sociales, o no estudiar en Chile.

En cuanto a la muestra, esta se estableció mediante la técnica de muestreo no probabilístico bola de nieve, seleccionando personas que cumplieran con los requisitos mencionados anteriormente. Como resultado, quedó conformada por 100 participantes, de quienes, un 47% se identificaron como mujeres, un 51% como hombres, un 1% como no binaries y un 1% como género fluido. Las edades de los y las participantes oscilaron entre los 18 y los 30 años, con un promedio de 21.11 años y una mediana de 20 años. En cuanto a las carreras, un 49% pertenecía a las áreas de Ciencias Sociales y un 51% a las áreas STEM.

Tabla 1*Descriptivos de la muestra*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Género	Femenino	47	47.0
	Masculino	51	51.0
	No binarie	1	1.0
	Fluido	1	1.0
	Total	100	100.0
Edad (años cumplidos)	18	1	1.0
	19	19	19.0
	20	35	35.0
	21	18	18.0
	22	6	6.0
	23	7	7.0
	24	5	5.0
	25	4	4.0
	26	1	1.0
	28	2	2.0
	29	1	1.0
	30	1	1.0
Total	100	100.0	
Carrera estudiada	Ciencias Sociales	49	49.0
	STEM	51	51.0
	Total	100	100.0

La forma en que contactamos a las personas para la muestra fue a través de la difusión de un folleto acompañado de un breve mensaje de invitación a participar en el estudio. Este mensaje incluía un enlace y un código QR que dirigían a un formulario de Google, donde las y los participantes potenciales podían revisar el consentimiento informado. En el documento se explicaba de manera sencilla el tema de la investigación, lo que implicaba participar, cómo se almacenaría la información de forma confidencial y segura, y que la investigación había sido previamente aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Diego Portales. Tras aprobar su participación, los y las participantes procedieron a responder preguntas sociodemográficas para caracterizar la muestra y completar los cuestionarios correspondientes para medir las variables del estudio (sexismo, religiosidad e influencia familiar). Todo esto fue difundido a través de nuestras diversas redes sociales, como *Instagram* y correo electrónico, solicitando a los y las participantes que, a su vez, compartieran la invitación con personas que cumplieran los requisitos señalados.

Criterios de Rigor

Sobre el aseguramiento de la calidad y el rigor del estudio, cada etapa de esta investigación se orientó a garantizar el respeto y la dignidad de todas las personas involucradas, así como a asumir una responsabilidad social en el conocimiento que estamos construyendo. Para ello, se llevaron a cabo diversas acciones, como la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, la obtención del consentimiento informado antes de que los y las participantes respondieran la encuesta, y la realización previa de una prueba piloto para verificar que la encuesta cumpliera con los objetivos del estudio, comprobar la fiabilidad de las preguntas y asegurar que no causaría repercusiones negativas en las y los participantes.

Producción de Datos

Para la recolección de la información y datos necesarios para la investigación, se analizaron tres variables: para analizar la variable del sexismo se utilizó la adaptación y traducción al español de la Escala de Sexismo Ambivalente de Glick

y Fiske (1996), realizada por investigadores de la Universidad Católica del Norte de Chile, Cárdenas et al. (2010). Este instrumento mide los niveles de sexismo hostil y benevolente de las personas mediante un conjunto de 22 preguntas en formato Likert, donde las respuestas oscilan entre “totalmente en desacuerdo” y “totalmente de acuerdo”.

Para medir la variable de la influencia familiar, se empleó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Polaino-Lorente y Martínez (1996), que evalúa algunas cualidades de los miembros de la familia y su estilo de funcionamiento, con especial atención a su cohesión y adaptación a los cambios que ocurren en la vida familiar. Esta escala consta de 20 preguntas de tipo Likert, que van desde “casi nunca” hasta “casi siempre”.

Por último, para analizar la variable de la religiosidad, se utilizó la Escala de Religiosidad Personal de González-Rivera (2017). Este cuestionario mide el constructo de la religiosidad de acuerdo a un modelo de dos factores: creencias/actitudes y prácticas religiosas, a través de 12 preguntas en formato Likert que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”.

Análisis de Datos

Una vez obtenidos los datos mediante las respuestas de la encuesta, utilizando el programa computacional SPSS, se aplicaron técnicas de análisis descriptivo para las preguntas de cada variable y para caracterizar la muestra. Posteriormente, orientados por los objetivos que estructuraron la investigación, se realizaron análisis factoriales por cada escala empleada para aunar las preguntas similares y así construir los índices de medición para cada variable, contruidos a partir del promedio de los indicadores simples. Luego se efectuaron dos pruebas T para muestras independientes con el fin de verificar si existían diferencias significativas en las medias de los niveles de sexismo, tanto hostil como benevolente, y en las prácticas religiosas y las creencias y actitudes religiosas, según el área de estudio y el género. Después se realizaron dos regresiones lineales múltiples para comprobar

cómo cada variable independiente influía en la dependiente. En primer lugar, se utilizó como variable dependiente el sexismo benevolente y luego, el sexismo hostil, siendo las variables independientes, la religiosidad, la influencia familiar, el género y la edad.

Cabe destacar que se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas con valores $p < 0.05$.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los análisis descriptivos de las respuestas a cada pregunta de las respectivas escalas. En primer lugar, se muestran los resultados descriptivos de la Escala de Religiosidad Personal de González-Rivera (2017):

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos de la Escala de Religiosidad Personal

Preguntas	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
1. Asistir a la iglesia o al templo es muy importante para mí	99	1.42	0.797	1	4
2. Creo que la religión debería ser un valor en la vida de las personas	99	1.87	0.955	1	4
3. Acostumbro a leer los textos sagrados de la religión (ej. Biblia, Corán)	99	1.30	0.749	1	4
4. La religión que practico le da sentido a mi vida	99	1.82	1.101	1	4
5. Mis creencias religiosas son determinantes al momento de tomar decisiones	99	1.66	0.960	1	4
6. Me esfuerzo en llevar mis creencias religiosas a todas las áreas de mi vida	99	1.61	0.935	1	4
7. Mi religión es la verdadera	99	1.46	0.875	1	4

Preguntas	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
8. La religión me ayuda a ser una mejor persona	98	2.01	1.156	1	4
9. Asistir a la iglesia o al templo fortalece mi espiritualidad	99	1.71	1.052	1	4
10. Las actividades religiosas me ayudan a vivir mejor mi fe	99	1.71	1.042	1	4
11. Suelo escuchar música sacra o religiosa	99	1.40	0.781	1	4
12. Recibir consejería o asesoría espiritual por parte de un líder religioso es importante para mí	99	1.43	0.717	1	4

Los resultados de las respuestas de la escala de religiosidad, muestran que los y las participantes tienden a estar más en desacuerdo con las prácticas públicas de la religión, como asistir a la iglesia o al templo (Media=1.42) o leer textos sagrados (Media=1.30). Sin embargo, muestran niveles ligeramente más altos de acuerdo con afirmaciones relacionadas con prácticas más personales de la religión, como que “La religión me ayuda a ser una mejor persona” (Media = 2.01).

Tabla 3

Estadísticos Descriptivos de los Factores Generales del Nivel de Religiosidad

Factor	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
Creencias y Actitudes Religiosas	99	1.74	0.822	1.00	4.00
Prácticas Religiosas	99	1.50	0.693	1.00	3.83

A nivel general, el factor de Creencias y Actitudes Religiosas obtuvo una media mayor ($M=1.74$) en comparación con el de Prácticas Religiosas ($M=1.50$), sugiriendo que los y las participantes se identifican más con aspectos ideológicos de la religión que con acciones concretas o rituales. Sin embargo, considerando que la escala utilizada va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 4 (Totalmente de acuerdo), las medias reflejan una mayor cercanía general hacia el desacuerdo, aunque no necesariamente una oposición categórica.

En segundo lugar, presentamos los resultados descriptivos de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Polaino-Lorente y Martínez (1996):

Tabla 4*Estadísticos Descriptivos de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*

Preguntas	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
1. En mi familia nos pedimos ayuda	99	3.57	1.012	1.00	5.00
2. En mi familia tienen en cuenta mis sugerencias a la hora de solucionar los problemas	99	3.73	1.150	1.00	5.00
3. Estamos de acuerdo con las y los amigos que tiene cada miembro de la familia	98	4.13	0.938	1.00	5.00
4. En mi familia se escucha lo que digo respecto a la disciplina	99	3.77	1.159	1.00	5.00
5. En mi familia nos gusta hacer cosas con nuestros y nuestras familiares más próximas	99	3.54	1.215	1.00	5.00
6. En mi familia mandan varias personas	99	3.13	1.345	1.00	5.00
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros y nosotras mismas que con personas externas	99	3.58	1.221	1.00	5.00
8. Tenemos diversas formas de solucionar problemas	99	3.61	1.114	1.00	5.00
9. A todos y todas nos gusta compartir tiempo libre con los miembros de la familia	99	3.13	1.149	1.00	5.00
10. Los castigos que dan mi madre, padre o cuidadores son conversados entre ellos y yo	99	2.67	1.436	1.00	5.00
11. Nos sentimos muy unidos y unidas entre nosotros y nosotras	99	3.91	1.170	1.00	5.00
12. A veces tomo decisiones en mi familia	99	3.18	1.257	1.00	5.00
13. Cuando nuestra familia se reúne no falta nadie	99	3.22	1.258	1.00	5.00
14. Las normas cambian en mi familia	98	2.47	1.133	1.00	5.00
15. Con facilidad podemos pensar en cosas para hacer juntos	99	3.31	1.299	1.00	5.00
16. Intercambiamos responsabilidades de la casa	99	3.31	1.259	1.00	5.00
17. Consultamos al resto de la familia sobre decisiones personales	99	2.91	1.179	1.00	5.00
18. Es difícil identificar quién manda en mi familia	98	2.28	1.242	1.00	5.00
19. En nuestra familia es muy importante sentirnos unidos	99	3.77	1.252	1.00	5.00
20. Es difícil decir quién es el encargado de las tareas de la casa	99	2.34	1.197	1.00	5.00

Teniendo en cuenta que la escala va de 1 (Casi nunca) a 5 (Casi siempre), varias respuestas tienen puntuaciones cercanas a 4 (Con frecuencia), lo que refleja un ambiente familiar percibido como cohesivo y unido. Por otro lado, las puntuaciones más bajas indican discrepancias en la percepción de reglas y responsabilidades dentro del entorno familiar.

Tabla 5

Estadísticos Descriptivos de los Factores Generales de la Influencia Familiar

Factor	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
Cohesión y Unidad Familiar	99	3.43	0.816	1.00	4.85
Estructura y Reglas Familiares	99	2.44	0.764	1.00	5.00

El factor Cohesión y Unidad Familiar obtuvo una media de 3.43, lo que indica que, en general, los y las participantes tienden a estar de acuerdo con afirmaciones que reflejan cercanía y unión en el ámbito familiar. Por otro lado, el factor Estructura y Reglas Familiares tiene una media más baja (2.44), lo que sugiere menor consenso en temas relacionados con la claridad de normas y la Estructura Familiar.

Por último, se tienen los resultados descriptivos de la Escala de Sexismo Ambivalente de Glick y Fiske (1996), adaptada por Cárdenas et al. (2010).

Tabla 6*Estadísticos Descriptivos de los Resultados de la Escala de Sexismo Ambivalente*

Preguntas	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
1. Un hombre no está verdaderamente completo sin el amor de una mujer	100	1.84	1.061	1.00	5.00
2. En nombre de la igualdad, muchas mujeres intentan conseguir ciertos privilegios	100	2.58	1.232	1.00	5.00
3. En catástrofes, las mujeres deberían ser rescatadas antes que los hombres	100	2.90	0.980	1.00	5.00
4. Muchas mujeres interpretan comentarios y acciones inocentes como sexistas	100	2.60	1.231	1.00	5.00
5. Las mujeres se ofenden fácilmente	100	2.08	1.041	1.00	5.00
6. Las personas pueden ser realmente felices sin necesidad de tener una pareja	100	4.33	0.911	1.00	5.00
7. Las feministas intentan que las mujeres tengan más poder que los hombres	100	1.93	1.157	1.00	5.00
8. Las mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen	100	2.20	1.146	1.00	5.00
9. Las mujeres deberían ser queridas y protegidas por los hombres	100	2.95	1.242	1.00	5.00
10. Las mujeres no valoran suficientemente lo que los hombres hacen por ellas	100	2.18	1.114	1.00	5.00
11. Las mujeres buscan ganar poder manipulando a los hombres	99	2.05	1.146	1.00	5.00
12. Todos los hombres deberían tener una mujer a quien amar	99	2.05	1.155	1.00	5.00
13. Una mujer está incompleta sin un hombre a su lado	99	1.51	0.873	1.00	5.00
14. Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo	99	1.73	0.899	1.00	5.00
15. La mujer busca comprometerse con un hombre para controlarlo	99	1.55	0.718	1.00	5.00
16. Generalmente, cuando una mujer es derrotada se queja de haber sufrido discriminación	99	1.83	0.926	1.00	5.00
17. Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre	99	2.40	1.186	1.00	5.00
18. Muchas mujeres, para burlarse de los hombres, utilizan su apariencia sexual	99	2.32	1.058	1.00	5.00
19. Las mujeres poseen una mayor sensibilidad moral que los hombres	99	3.18	1.091	1.00	5.00
20. Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su bienestar por el de las mujeres	99	1.63	0.899	1.00	5.00
21. Las mujeres están haciendo demandas irracionales a los hombres	98	1.87	0.927	1.00	5.00
22. Las mujeres tienden a ser más refinadas y tener mejor gusto que los hombres	99	2.97	1.120	1.00	5.00

Las preguntas muestran diferentes inclinaciones según el tipo de sexismo evaluado. Las respuestas que miden el Sexismo Hostil reflejan un rechazo generalizado hacia actitudes explícitamente negativas o despectivas hacia las mujeres, con una tendencia promedio hacia el desacuerdo en las respuestas. Por otro lado, el Sexismo Benevolente, aunque menos rechazado, tiende a una postura más neutral, lo que sugiere que estas actitudes podrían ser percibidas como menos problemáticas o incluso aceptables por algunos y algunas participantes.

Tabla 7

Estadísticos Descriptivos de las Subescalas de Sexismo

Factor	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
Sexismo Hostil	100	2.07	0.800	1.00	4.18
Sexismo Benevolente	100	2.54	0.572	1.36	4.82

Los resultados reflejan que el Sexismo Benevolente ($M = 2.54$) obtiene un puntaje más alto que el Sexismo Hostil ($M = 2.07$), lo que indica una mayor aceptación de actitudes percibidas como protectoras o halagadoras hacia las mujeres. En contraste, el menor acuerdo con el Sexismo Hostil refleja un rechazo hacia actitudes más explícitas o agresivas. La menor desviación estándar del Sexismo Benevolente (0.572) sugiere mayor consenso entre los participantes, mientras que la mayor variabilidad en el Sexismo Hostil (0.800) indica posturas más polarizadas.

Se realizó un análisis factorial exploratorio que mostró que, para esta muestra en particular, los resultados no se alinean completamente con las bases teóricas previas. Sin embargo, considerando la evidencia y lo propuesto por las y los autores

de las escalas, el Sexismo Ambivalente se dividió en dos dimensiones principales: el Sexismo Benevolente y el Sexismo Hostil. La Religiosidad se analizó en términos de Prácticas Religiosas y Creencias o Actitudes Religiosas, mientras que la Influencia Familiar se desglosó en Cohesión y Unidad Familiar, así como en Estructura y Reglas Familiares. Los resultados de las pruebas t para muestras independientes fueron los siguientes:

Tabla 8

Prueba t para Sexismo Hostil y Benevolente por Género

Factor	Género	N	Media	Desv. estándar	Media error estándar
Sexismo Hostil	Femenino	47	1.63	0.641	0.093
	Masculino	51	2.51	0.696	0.098
Sexismo Benevolente	Femenino	47	2.41	0.510	0.074
	Masculino	51	2.68	0.605	0.085

Factor	t	gl	Sig. (p)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	Intervalo de confianza (95%) Inferior	Superior
Sexismo Hostil	-6.509	96	<0.001	-0.882	0.136	-1.151	-0.613
Sexismo Benevolente	-2.316	96	0.023	-0.263	0.114	-0.489	-0.038

En relación con el Sexismo Hostil, los hombres presentan una media significativamente más alta ($M=2.51$) en comparación con las mujeres ($M=1.63$), lo que indica una mayor aceptación de actitudes explícitamente negativas hacia las mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$). En el Sexismo Benevolente, los hombres también presentan una media más alta ($M = 2.68$) que las mujeres ($M = 2.41$), lo que sugiere una mayor aceptación de actitudes protectoras o halagadoras hacia las mujeres. Esta diferencia también resulta significativa ($p=0.023$).

Tabla 9*Prueba t para Sexismo Hostil y Benevolente por Carrera Estudiada*

Factor	Carrera	N	Media	Desv. estándar	Media error estándar
Sexismo Hostil	Ciencias	49	1.77	0.671	0.096
	Sociales STEM	51	2.36	0.813	0.114
Sexismo Benevolente	Ciencias	49	2.43	0.531	0.076
	Sociales STEM	51	2.65	0.594	0.083

Factor	t	gl	Sig. (p)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	Intervalo de confianza (95%) Inferior	Superior
Sexismo Hostil	-6.509	98	<0.001	-0.591	0.149	-0.887	-0.295
Sexismo Benevolente	-2.316	98	0.059	-0.216	0.113	-0.440	0.008

El Sexismo Hostil en estudiantes de carreras STEM presenta una media más alta ($M=2.36$) en comparación con los y las estudiantes de Ciencias Sociales ($M=1.77$), lo que refleja una mayor aceptación de actitudes hostiles hacia las mujeres en el grupo de STEM. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0.001$). Por otro lado, el Sexismo Benevolente también muestra una media más alta en los y las estudiantes de STEM ($M=2.65$) frente a los y las de Ciencias Sociales ($M=2.43$). Sin embargo, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p = 0.059$).

Tabla 10*Prueba t para Prácticas Religiosas, y Creencias y Actitudes Religiosas por Género*

Factor	Género	N	Media	Desv. estándar	Media error estándar
Prácticas Religiosas	Femenino	47	1.45	0.647	0.094
	Masculino	50	1.56	0.741	0.105
Creencias y Actitudes Religiosas	Femenino	47	1.63	0.757	0.110
	Masculino	50	1.87	0.876	0.124

Factor	t	gl	Sig. (p)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	Intervalo de confianza (95%) Inferior	Superior
Prácticas Religiosas	-0.822	95	0.413	-0.117	0.142	-0.398	0.165
Creencias y Actitudes Religiosas	-1.458	95	0.413	-0.243	0.167	-0.574	0.088

En cuanto a las Prácticas Religiosas, los hombres presentan una media ligeramente más alta ($M=1.56$) en comparación con las mujeres ($M=1.45$), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0.413$). Al analizar las Creencias y Actitudes Religiosas, los hombres también muestran una media más alta ($M = 1.87$) que las mujeres ($M=1.63$), pero esta diferencia tampoco resulta significativa ($p=0.148$).

Tabla 11*Prueba t para Prácticas Religiosas y Creencias/Actitudes Religiosas por Carrera Estudiada*

Factor	Género	N	Media	Desv. estándar	Media error estándar
Prácticas Religiosas	Ciencias	49	1.44	0.666	0.095
	Sociales STEM	50	1.55	0.721	0.102
Creencias y Actitudes Religiosas	Ciencias	49	1.64	0.828	0.118
	Sociales STEM	50	1.83	0.814	0.116

Factor	t	gl	Sig. (p)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	Intervalo de confianza (95%) Inferior	Superior
Prácticas Religiosas	-0.821	97	0.414	-0.115	0.140	-0.391	0.162
Creencias y Actitudes Religiosas	-1.150	97	0.253	-0.190	0.165	-0.517	0.138

En cuanto a las Prácticas Religiosas, los y las estudiantes de carreras STEM presentan una media ligeramente más alta ($M=1.55$) en comparación con los y las estudiantes de Ciencias Sociales ($M = 1.44$). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($t(97)=-0.821$, $p=0.414$). Respecto a las Creencias y Actitudes Religiosas, los y las estudiantes de STEM también muestran una media más alta ($M = 1.83$) frente a los y las de Ciencias Sociales ($M = 1.64$). No obstante, esta diferencia tampoco resulta significativa ($p=0.253$).

Por último, para analizar el efecto de la influencia familiar y otras variables relevantes en los niveles de sexismo de cada estudiante, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 12*Modelo de Regresión Múltiple para la Variable Dependiente Sexismo Hostil*

Predictores	B	SE	P	IC 95% para B
(Constante)	-0.791	0.423	0.065	[-1.632, 0.049]
Creencias y Actitudes Religiosas	0.138	0.118	0.248	[-0.098, 0.373]
Prácticas Religiosas	0.002	0.140	0.987	[-0.276, 0.280]
Cohesión y Unidad Familiar	0.091	0.090	0.316	[-0.088, 0.271]
Estructura y Reglas Familiares	0.002	0.095	0.983	[-0.187, 0.192]
Sexismo Benevolente	0.483	0.124	<0.001	[0.237, 0.729]
Género	0.405	0.124	0.002	[0.159, 0.651]
Área de estudio	0.289	0.137	0.038	[0.017, 0.560]

El modelo de regresión múltiple para Sexismo Hostil identifica como predictores significativos al Sexismo Benevolente ($\beta = 0.349$, $p < 0.001$), el Género ($\beta = 0.293$, $p = 0.002$) y el área de estudio ($\beta = 0.182$, $p = 0.038$), todos con un impacto positivo en los niveles de Sexismo Hostil. Aunque no son significativas estadísticamente, la Cohesión y Unidad Familiar ($\beta = 0.094$, $p = 0.316$) y las Creencias y Actitudes Religiosas ($\beta = 0.142$, $p = 0.248$) sugieren posibles relaciones débiles con el Sexismo Hostil.

Tabla 13*Modelo de Regresión Múltiple para la Variable Dependiente Sexismo Benevolente*

Predictores	B	SE	P	IC 95% para B
(Constante)	1.342	0.307	<0.001	[0.732, 1.952]
Creencias y Actitudes Religiosas	0.022	0.093	0.811	[-0.163, 0.208]
Prácticas Religiosas	0.168	0.108	0.124	[-0.047, 0.383]
Cohesión y Unidad Familiar	0.093	0.071	0.190	[-0.047, 0.234]
Estructura y Reglas Familiares	-0.015	0.075	0.844	[-0.163, 0.134]
Género	-0.009	0.103	0.927	[-0.213, 0.194]
Área de estudio	0.018	0.110	0.868	[-0.200, 0.236]
Sexismo Hostil	0.297	0.076	<0.001	[0.146, 0.448]

Discusión y Conclusiones

La presente investigación, orientada por la pregunta ¿Existe una relación entre el nivel de sexismo en estudiantes de Ciencias Sociales y carreras STEM con el nivel de religiosidad de sus familias?, tuvo como objetivo general identificar la relación existente entre aquellos factores. Asimismo, buscó establecer el nivel de sexismo presente en estudiantes de Ciencias Sociales y carreras STEM, comparar los niveles de sexismo y religiosidad entre estudiantes de dichas áreas y determinar si los niveles de religiosidad en sus familias influyen en el sexismo que presentan las y los estudiantes. Los resultados obtenidos permiten responder la pregunta de investigación y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

En cuanto al nivel de sexismo, se evidenció que el Sexismo Benevolente es más aceptado ($M=2.54$) que el Sexismo Hostil ($M=2.07$). Esto sugiere que los y las participantes son más propensos y propensas a adoptar actitudes paternalistas que perpetúan estereotipos de género de manera menos explícita, en comparación con actitudes abiertamente negativas hacia las mujeres. Este hallazgo coincide con las bases teóricas previas que destacan la sutileza del Sexismo Benevolente y por ello, su mayor aceptación (Glick y Fiske, 1996, 1997).

Respecto a las diferencias en la expresión de esta variable por áreas de estudio, los y las estudiantes de carreras STEM presentan niveles significativamente más altos de Sexismo Hostil ($M=2.36$) en comparación con los de Ciencias Sociales ($M=1.77$). Si bien esta diferencia es marcada, esperábamos que fuera mucho más amplia debido a que en las áreas STEM hay mayor presencia de hombres (MINEDUC, 2024) y hay estudios que mencionan que los hombres suelen ser más sexistas (Carrasco et al., 2021). En el Sexismo Benevolente no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Este resultado es particularmente interesante porque desafía la creencia de que, en las áreas de Ciencias Sociales, podría haber una mayor concientización en torno a las manifestaciones más “sutiles” del sexismo. Lo anterior refuerza la necesidad de implementar intervenciones que no solo se enfoquen en derribar las actitudes sexistas más explícitas, sino también aquellas

que podrían parecer más “inocentes” pero que siguen sosteniendo el paternalismo y la desigualdad (Glick y Fiske, 1996, 1997).

Analizando las diferencias del sexismo según el género, los hombres presentan mayores niveles de Sexismo Hostil ($M=2.51$) y Sexismo Benevolente ($M=2.68$) que las mujeres. Esto es consistente con estudios que han señalado que los hombres suelen mostrar mayor adhesión a actitudes sexistas, especialmente aquellas percibidas como tradicionales o protectoras (Carrasco et al., 2021).

En cuanto a la religiosidad, aunque las Prácticas Religiosas y las Creencias y Actitudes Religiosas no mostraron una relación significativa con los niveles de sexismo, los coeficientes estandarizados en los modelos de regresión sugieren posibles relaciones débiles. Por ejemplo, un mayor nivel de Prácticas Religiosas podría estar asociado con una ligera tendencia hacia el Sexismo Benevolente ($\beta=0.203$, $p=0.124$). Estos resultados dan luces a la idea de que la religiosidad puede tener un rol indirecto en la perpetuación de estereotipos de género, especialmente en espacios donde la religión está profundamente integrada en la vida cultural (Etengoff y Lefevor, 2021).

En el caso de la influencia familiar, la Cohesión y Unidad Familiar muestra una relación débil y positiva con el Sexismo Hostil ($\beta = 0.094$, $p = 0.316$) y el Sexismo Benevolente ($\beta = 0.133$, $p=0.190$). Esto indica que familias más cohesionadas podrían influir en la transmisión del sexismo, aunque estas relaciones no fueron estadísticamente significativas.

Lo previamente mencionado nos guía a concluir que la respuesta a la pregunta de investigación es que, aunque los hallazgos no proporcionan evidencia concluyente sobre una relación fuerte y directa entre la influencia y la religiosidad familiar con el sexismo, sí abren la posibilidad de que estas variables desempeñen un rol y tengan ciertos efectos, aunque sea de manera indirecta, pudiendo actuar como factores moduladores en ciertos contextos. También es importante mencionar que todos los objetivos fueron alcanzados.

A lo largo del estudio surgieron diversas limitaciones, como el tamaño de la muestra que, al no ser tan grande, restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones. Sin embargo, esto no representa algo negativo en sí mismo, ya que sigue proporcionando conocimiento valioso, aunque siempre con la precaución de no extrapolarlo más allá de su contexto. Otro factor limitante relevante fue la deseabilidad social, dado que la investigación abordó temas que suelen ser complejos de discutir abiertamente, como el funcionamiento y la influencia familiar, el sexismo y la religión. De igual manera, resultó difícil lograr la adherencia de los y las participantes para contestar toda la encuesta, porque al incluir tres escalas, esta contenía una cantidad considerable de preguntas. Creemos importante considerar este punto para futuras investigaciones.

Tomando en cuenta lo anterior, invitamos a que futuros estudios continúen profundizando en la relación entre la influencia familiar y la religiosidad en la transmisión del sexismo. Una posibilidad sería incluir dentro de la muestra a miembros de las familias de los y las participantes, para comprender con mayor profundidad el rol que ocupa la religiosidad en la dinámica familiar y cómo esta se relaciona con las actitudes sexistas. Lo anterior permitiría obtener antecedentes más completos sobre los vínculos entre la vida familiar, las prácticas religiosas y el sexismo, proporcionando una visión más integral del fenómeno.

También sugerimos explorar diferentes enfoques metodológicos, como el cualitativo, para captar con mayor detalle las sutilezas subjetivas de cómo se vive y experimenta la religión en el interior de cada familia y, en sí, las dinámicas familiares en torno a la transmisión de ciertos valores, creencias o enseñanzas que priman dentro de la familia.

Por otra parte, creemos que, para comprender y enfrentar un fenómeno tan complejo como el sexismo, es esencial seguir investigando los canales y entornos mediante los cuales este se sigue perpetuando.

Más allá del ámbito familiar, religioso o educativo, es crucial seguir indagando en otros espacios, por ejemplo, las redes sociales, los entornos laborales, los círculos de amistades, los medios de comunicación, e incluso las instituciones deportivas y culturales. En definitiva, explorar los nuevos contextos y dinámicas de socialización que surgen en una sociedad en constante transformación (Simkin y Becerra, 2013).

La relevancia e implicancia de esta investigación radica en contribuir como un aporte a los cimientos de un cuerpo teórico que subraya la complejidad de los factores que perpetúan el sexismo en distintos contextos, y la importancia de estudiar sus diversos canales de transmisión. También nos acerca a resultados que reflejen de manera más precisa la expresión de estas variables en nuestro país, considerando que la mayoría de las investigaciones previas provienen de contextos occidentales, resaltando así el valor de construir conocimientos propios, situados en nuestra realidad socio-histórico-cultural, sobre todo, porque a lo largo de nuestra investigación, observamos que, al menos en nuestra muestra, las expresiones y la relación entre religiosidad, sexismo y familia no siempre reflejaban los resultados de investigaciones realizadas en otras latitudes, como por ejemplo en Mikolajczak y Pietrza, 2014 y en Vries et al., 2022. Por aquello, consideramos muy importante seguir aterrizando las investigaciones y conocimientos con el fin de que las futuras estrategias que puedan ser construidas para hacer frente a estas problemáticas, puedan ser más efectivas y con mayores posibilidades de generar un impacto real en nuestra sociedad, territorializando el conocimiento.

Agradecimientos

Acercarse por primera vez de manera formal a realizar una investigación en su plenitud constituye un proceso personal y grupal sumamente desafiante, de sentarnos frente a nosotras y nosotros mismos con nuestras ideas, con los problemas que habitan en nuestros entornos y el mismo impacto que estos nos provocan. Por esto, queremos agradecer profundamente a nuestro profesor Jesús Guzmán Castillo, quien sostuvo cada etapa de este camino procurando una orientación

ética y un compromiso insoslayable con la construcción consciente y responsable del conocimiento. Llevaremos cada una de sus enseñanzas impregnadas en nosotras y nosotros y las transmitiremos cada vez que sea necesario. Gracias por hacer la diferencia.

También, queremos expresar nuestro más grande agradecimiento a todas las personas que fueron fundamentales a lo largo de este proceso, sobre todo, a nuestras amistades. Su apoyo fue sustancial para motivarnos a seguir adelante, gracias por brindarnos su escucha cada vez que lo necesitamos y por inspirarnos en los momentos difíciles. En especial, nuestros sinceros agradecimientos a Liliana Aguilar, Camila Sepúlveda Carreño y Eduardo Escalona.

Queremos dedicar este trabajo a todas aquellas personas que contribuyen día a día a construir una sociedad más justa, donde cada persona pueda desarrollarse plenamente, sin barreras. Que esta investigación sea un pequeño aporte al cambio que buscamos, y un recordatorio constante de que, aunque el camino sea complejo, cada nueva directriz cuenta.

Por último, para cada una de las futuras investigadoras: que sepan que sus voces son necesarias, que su sensibilidad ante lo injusto, ante lo que las conmueve, es su mayor fortaleza para movilizarse a seguir desentrañando lo complejo y avanzar hacia nuevos horizontes de entendimiento que nos den esperanzas de cambios verdaderos.

Referencias

- Araujo, K., & Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes: Retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. LOM Ediciones.
- Assche, J., Koç, Y., & Roets, A. (2019). Religiosity or ideology? On the individual differences predictors of sexism. *Personality and Individual Differences, 139*(1), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.016>
- Benoliel, D., Etchezahar, E., & Ungaretti, J. (2020). Fundamentalismo Religioso y su Relación con Variables Psicosociales en Judíos Ortodoxos. *Acta de Investigación Psicológica, 10*(1), 36-48. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.1.331>
- Bonilla-Algovia, E. (2021). Acceptance of ambivalent sexism in trainee teachers in Spain and Latin America countries. *Annals of Psychology, 37*(2), 253-264. <https://doi.org/10.6018/analesps.441791>
- Cárdenas, M., Lay, S., González, C., Calderón, C., & Alegría, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: Adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Salud & Sociedad, 1*(2), 125-135. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0002.00006>
- Carrasco, M., Bonilla-Algovia, E., & Ibáñez, M. (2021). Ambivalent sexism in adolescents from Castilla-La Mancha. *Revista de Educación, (392)*, 91-114.
- Castillo, R., & Choque, S. (2018). Percepción de violencia y sexismo en estudiantes universitarios. *Entorno, (66)*, 51-61. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i66.6726>
- De Vries, E., van der Pol, L., Toshkov, D., Groeneveld, M., & Mesman, J. (2022). Fathers, faith, and family gender messages: Are religiosity and gender talk related to children's gender attitudes and preferences? *Early Childhood Research Quarterly, 59*, 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2021.10.002>
- Díaz, R., Rivero, M., & Cruz, C. (2020). Actitudes hacia los roles de género y la aceptación hacia la sexualización de las mujeres. *Emerging Trends in Education, 2*(4), 49-65. <https://doi.org/10.19136/etie.a2n4.3730>
- Espinoza, A., & Albornoz, N. (2023). Sexismo en educación superior: ¿Cómo se reproduce la inequidad de género en el contexto universitario? *Psykhé, 32*(1), 1-37. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.35613>

- Etengoff, C., & Lefevor, T. (2021). Sexual prejudice, sexism, and religion. *Current Opinion in Psychology*, 40, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.024>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1997). Hostile and benevolent sexism: Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of Women Quarterly*, 21(1), 119-135. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00104.x>
- González-Rivera, J. (2017). Propiedades psicométricas de la escala de religiosidad personal en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1386-1406. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78411>
- Hannover, B., Gubernath, J., Schultze, M., & Zander, L. (2018). Religiosity, religious fundamentalism, and ambivalent sexism toward girls and women among adolescents and young adults living in Germany. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02399>
- Jackson, C. (11 de mayo de 2023). *Two global religious divides: Geographic and generational*. Ipsos Global Advisor Survey. <https://www.ipsos.com/en/two-global-religious-divides-geographic-and-generational>
- Kemp, S. (2020). The relationship between religiosity and attitudes toward women at a conservative christian college. *Modern Psychological Studies*, 25(2), 1-28. <https://scholar.utc.edu/mps/vol25/iss2/8>
- Madolell, R., Gallardo, M., & Alemany, I. (2020). Los estereotipos de género y las actitudes sexistas de los estudiantes universitarios en un contexto multicultural. Profesorado, *Revista de Currículo y Formación del Profesorado*, 24(1), 284-303. <https://doi.org/10.30827/profesorado.v24i1.8148>
- Maltby, L., Hall, M. E., Anderson, T., & Edwards, K. (2010). Religion and sexism: The moderating role of participant gender. *Sex Roles*, 62(9), 615-622. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9754-x>
- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 7-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2652421>

- Mikołajczak, M., & Pietrzak, J. (2014). Ambivalent sexism and religion: Connected through values. *Sex roles, 70*(9), 387-399. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0379-3>
- Ministerio de Educación. (8 de marzo de 2024). *El 52,5% de las matrículas de primer año son de mujeres: Subsecretaría de Educación Superior presenta informe de brechas de género 2023*. <https://www.mineduc.cl/subsecretaria-de-educacion-superior-lanza-informe-de-brechas-de-genero/>
- Mondaca, G. (7 de marzo de 2023). Criterios: El 58% de la población sigue considerando a la sociedad chilena como machista. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/criterios-el-58-de-la-poblacion-sigue-considerando-a-la-sociedad-chilena-como-machista/A35XNAO7RVFB7NG53BSZ32SD7I/>
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process, 22*(1), 69-83. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x>
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process, 18*(1), 3-28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>
- Özdemir, F. (2016). The predictive power of religious orientation types on ambivalent sexism. *Nesne Psikoloji Dergisi (NPD), 4*(7), 89-107. <http://doi.org/10.7816/nesne-04-07-05>
- Polaino-Lorente, A., & Martínez, P. (1996). *Escala de cohesión y adaptación familiar (C. A. F.)*. Edición experimental. Instituto de Ciencias para la Familia, U. de Navarra. <https://www.tanatologia.org/wp-content/uploads/2020/07/EscalaCAF.pdf>
- Rincón, A. (2018). La religión y la formación de la civilidad. Sophia: *Colección de Filosofía de la Educación, 24*(1), 171-205. <https://www.redalyc.org/journal/4418/441853860005/html/>
- Rincón, M. T. (2012). La familia como escenario de socialización para la convivencia ciudadana. *Revista Eleuthera, 7*, 116-132. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=585961836008>
- Seoane, M. (2019). Género y religión. A la búsqueda de un modelo de análisis. Aposta. *Revista de Ciencias Sociales, (82)*, 124-137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495962852009>

Simkin, H., & Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24(47), 119-142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14529884005>

Vuola, E. (2006). ¿Gravemente perjudicial para su salud? Religión, feminismo y sexualidad en América Latina y el Caribe. *Pasos*, (127), 14-26. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Costa_Rica/dei/20120712012320/gravemente.pdf



¿Swipe? Motivación y Uso de Tinder en Jóvenes Universitarios de la Región Metropolitana

Francisca Aguirre, Dominga Castro, Carlos Díaz,
Francisco González

Resumen

La digitalización, acelerada por la pandemia de Covid-19, ha transformado las formas de interacción social, especialmente entre los jóvenes, al promover el uso de plataformas como Tinder, diseñadas para facilitar conexiones interpersonales, ya sea con fines románticos, amistosos o casuales. Sin embargo, el análisis de los factores psicológicos que influyen en el uso de Tinder en el contexto chileno ha sido escasamente abordado en la literatura, especialmente en lo que respecta a los rasgos de personalidad. El objetivo de esta investigación ha sido analizar cómo los factores individuales y psicológicos, basados en el modelo de los “Cinco Grandes” (*Big Five*), influyen en la motivación de uso de Tinder entre los jóvenes universitarios de la Región Metropolitana. Para ello, se aplicó una encuesta en línea a una muestra no probabilística de 330 estudiantes de universidades ubicadas en la Región Metropolitana, utilizando un diseño cuantitativo no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional. La muestra se centró mayoritariamente en cuatro universidades: la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica, la Universidad del Desarrollo y la Universidad de los Andes. Los resultados mostraron que las motivaciones para el uso de Tinder están influenciadas por los rasgos de personalidad, destacándose la extroversión y la apertura a nuevas experiencias, como características recurrentes entre sus usuarios. Las personas extrovertidas utilizaron la aplicación principalmente para socializar y formar relaciones románticas, mientras que aquellas con mayor apertura exploraron también la sexualidad. La motivación más reportada fue el entretenimiento, con un 80% de los participantes de acuerdo. En cuanto a la presión social, tanto la familiar como

* Este artículo fue escrito durante la realización del curso Investigación II, impartido por la profesora Camila Jara y la ayudantía de Valentina Frómata.

la de amistades tuvo una baja incidencia, mientras que la presión autoimpuesta, aunque más relevante, sigue siendo limitada.

Palabras clave: tinder, rasgos de personalidad, interacciones sociales digitales, jóvenes universitarios, motivaciones de uso.

Introducción

La juventud se caracteriza como un período de búsqueda de aceptación social en el que surge el interés por establecer relaciones sexuales, debido a la influencia tanto de los discursos parentales como de las opiniones de sus pares Rivera y Proaño (2017). Además, la presión social puede llevar a los jóvenes a iniciar relaciones sexuales para integrarse en su grupo social, especialmente cuando perciben que es una conducta esperada. En este sentido, las expectativas y presiones sociales revelan las dinámicas que enfrenta la juventud al momento de relacionarse de forma sexoafectiva, abriendo un espacio para comprender mejor los factores sociales y emocionales que influyen en sus interacciones.

Otra consideración importante es que en el período posterior a la pandemia del Covid-19, estas dinámicas se vieron intensificadas por un notable incremento en la sociabilidad digital entre la población joven, tanto en Chile como a nivel global. Según Cervantes y Chaparro-Medina (2021), este fenómeno fue impulsado por la adopción generalizada de tecnologías digitales, destacando plataformas como Tinder y otras aplicaciones de citas. Estas herramientas, como señala Tejada (2016), han transformado las interacciones sociales al facilitar la conexión instantánea entre personas mediante dispositivos móviles, acelerando cambios paradigmáticos en los modos de comunicación y conexión.

En este contexto, en Chile, según el análisis de Tirado (2025), basado en datos proporcionados por la compañía telefónica WOM, Tinder se consolidó como la aplicación de citas con mayor consumo de datos durante enero, alcanzando un

total de 25.500 Gigabytes (GB) utilizados por sus usuarios. En comparación, otras aplicaciones con funcionalidades similares registraron un consumo menor: Badoo con 7.422 GB y Grindr con 7.416 GB. Además, se registró que la Región Metropolitana ocupa el primer lugar como el territorio con mayor cantidad de usuarios de este tipo de aplicaciones.

Es importante señalar que, según el mismo analista y basado en datos de Statista, se estima que para el año 2027 las aplicaciones de citas alcanzarán los 440 millones de usuarios a nivel mundial (Tirado, 2025). Este crecimiento, más allá de los avances tecnológicos que caracterizan a la modernidad, también puede explicarse en parte por las necesidades de aceptación y conexión que definen a la juventud actual, especialmente en los ámbitos social y sexoafectivo.

Es en este contexto donde el uso de aplicaciones para la interacción social se ha vuelto cada vez más común, especialmente en una etapa de la vida en que la búsqueda de aceptación juega un papel central. Por ello, no sólo resulta relevante comprender las motivaciones y caracterizar los usos de estas plataformas, sino también profundizar en los factores psicológicos asociados a su utilización. Para abordar esta cuestión es fundamental revisar el estado del arte, explorando las investigaciones previas que han analizado esta temática.

Ejemplo de esto es el estudio realizado por Giménez-García et al. (2020), en España, quienes postulan que el género y la orientación sexual son factores que influyen en el comportamiento de los usuarios de Tinder. Dichos autores en su artículo muestran que, en el caso de las mujeres, tienden a valorar características como la inteligencia y lealtad en sus interacciones en aplicaciones de citas, mientras que la tendencia de los hombres se centra más en características físicas para satisfacer su excitación sexual. Además, los usuarios LGBTQ+ pueden tener un uso más frecuente de aplicaciones como Tinder para socializar y conectarse con personas de orientaciones sexuales similares.

Encontramos otro ejemplo en la investigación de Sánchez (2021): en un estudio realizado en México, encontró que el uso de la aplicación en jóvenes universitarios

está influenciado por la búsqueda de validación y la exploración de la identidad sexual, lo que sugiere que Tinder no solo se utiliza para establecer relaciones sexoafectivas, sino también como una herramienta de autoexploración. En una línea similar, el estudio de Timmermans y De Caluwé (2017b), en Estados Unidos profundiza en los factores psicológicos que podrían influir en el uso de Tinder, aportando información relevante en su respectivo contexto.

Por otro lado, Moreau (2017), realizó un estudio en la región de Valparaíso, en el que analizó el uso de Tinder desde una perspectiva sociocultural. Sin embargo, su investigación no abordó los factores psicológicos relacionados con la aplicación. A pesar de estos antecedentes, aún no existen estudios en Chile que exploren específicamente la influencia de factores psicológicos en el uso de Tinder, lo que deja un vacío importante en la literatura. Este vacío cobra relevancia, ya que las diferencias culturales podrían hacer que los hallazgos de otros contextos no sean completamente aplicables a la realidad chilena.

Para entender estas dinámicas, resulta esencial considerar modelos psicológicos que expliquen las diferencias individuales, como el modelo del *Big Five*. Este fue definido por Sánchez (1995), como un enfoque léxico que extrae términos de diversos diccionarios para describir la personalidad. Los conceptos obtenidos se agrupan en cinco dimensiones fundamentales que engloban distintos aspectos del ser humano. Estos rasgos se caracterizan por su relativa estabilidad y por reflejar tendencias observables en la forma en que las personas sienten, piensan y actúan a lo largo del tiempo.

En ese sentido, el mencionado modelo proporciona un marco sólido para analizar las diferencias individuales que pueden influir en el uso de plataformas como Tinder. Este modelo es ampliamente utilizado en psicología para describir la personalidad humana a través de cinco dimensiones: extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad (McCrae y Costa, 1999). Cada una de estas dimensiones afecta el comportamiento en diferentes situaciones, incluidas las interacciones sociales en entornos digitales.

La apertura a la experiencia refleja la curiosidad intelectual, la creatividad y la disposición a probar cosas nuevas; las personas con alta apertura suelen ser imaginativas y abiertas a nuevas ideas. La responsabilidad se refiere a la organización y la fiabilidad, siendo más metódicas y orientadas a objetivos. La extraversión mide el grado de sociabilidad y energía en interacciones sociales, donde los extrovertidos disfrutan del contacto social y suelen ser más activos y entusiastas. La amabilidad refleja la tendencia a ser compasivo y cooperativo, las personas amables tienden a ser empáticas y preocupadas por los demás. Finalmente, el neuroticismo se refiere a la inestabilidad emocional, donde aquellos con alta puntuación son más propensos a experimentar emociones negativas como ansiedad o depresión (Soto et al., 2011).

Tras haber analizado estos aspectos, el presente estudio tiene como objetivo central examinar la relación entre los factores sociales y psicológicos medidos a través del modelo Big Five, y el uso que los jóvenes universitarios de la Región Metropolitana hacen de Tinder.

A partir de este objetivo, se formularon dos hipótesis principales basadas en hallazgos previos. En primer lugar, Timmermans y De Caluwé (2017a) cuestionan la idea de que Tinder es una aplicación destinada exclusivamente a encuentros sexuales; y, en cambio, la presentan como una plataforma de interacción social con múltiples propósitos. Para sustentar esta afirmación, identificaron diversas motivaciones que los usuarios atribuyen a su uso, entre ellas: aprobación social, viajar, entretenimiento, tener experiencias sexuales, superar a una expareja, sensación de pertenencia, búsqueda de relaciones, coqueteo/habilidades sociales, orientación sexual, socializar, presión de grupo, distracción y curiosidad. Estas motivaciones fueron consideradas en la construcción del instrumento de medición empleado en la presente investigación. Además, los autores concluyen que, entre los principales fines del uso de Tinder, destacan el entretenimiento y la curiosidad. Esto sugiere un uso más pasivo de la aplicación, centrado en deslizar perfiles hasta hacer match con alguien (Timmermans y De Caluwé, 2017a).

Posteriormente, basándose en la recopilación de las principales motivaciones de los usuarios, los autores desarrollaron un segundo estudio (Timmermans y De Caluwé, 2017b), en el que analizaron la relación entre las motivaciones para usar Tinder y los “Cinco Grandes” rasgos de personalidad. Para ello, evaluaron el grado de asociación entre cada motivación y el rasgo de personalidad más adecuado, identificando coeficientes de correlación. A partir de estos hallazgos, desarrollaron un instrumento de medición que fue adaptado en la presente investigación al contexto chileno, sirviendo como base para el análisis.

En ese sentido, Timmermans y De Caluwé (2017b) correlacionan una variable cuantitativa nominal —la motivación de uso de Tinder— con una variable cuantitativa ordinal, correspondiente a un rasgo de personalidad dentro de los cinco propuestos por el modelo. Para esto, utilizan una escala de Likert que permite evaluar el grado de acuerdo con determinadas afirmaciones. A continuación se presentan algunos ejemplos:

Para medir el nivel de apertura a la experiencia, se correlaciona con la motivación “Socializar”, que incluye afirmaciones como “Para conocer gente nueva”. En el caso de la extraversión, esta se relaciona con la motivación “Coquetear/Habilidades sociales”, asociándose a enunciados como “Me resulta complicado hablar con la gente en la vida real”. En cuanto a la responsabilidad, se considera la misma motivación, pero vinculada a afirmaciones como “Soy honesto con mis intenciones al interactuar con personas en Tinder”. En el caso de amabilidad, se toma como referencia la motivación “Búsqueda de relaciones”, vinculándose con afirmaciones como: “Para construir una conexión emocional con alguien”. Finalmente, el neuroticismo se aborda desde la motivación “Aprobación social”, asociada con afirmaciones del tipo: “Para obtener la validación de los demás”.

Al utilizar los hallazgos de Timmermans y De Caluwé (2017b), se identificó que: la apertura a la experimentación predice el uso de Tinder para explorar nuevas conexiones sociales y experiencias, pero no necesariamente para encontrar pareja o por curiosidad. La extraversión se asocia con el uso de la aplicación como una

forma de entretenimiento o para pasar el tiempo, pero se relaciona negativamente con motivaciones sociales como la búsqueda de pareja. La responsabilidad está vinculada al uso de Tinder para buscar relaciones serias y se asocia negativamente con motivos de distracción o entretenimiento. El rasgo “amabilidad” se relaciona inversamente con el uso de la aplicación para encuentros casuales o múltiples parejas; el neuroticismo está positivamente asociado con la búsqueda de aprobación social y con el uso de Tinder como un medio para superar relaciones pasadas (Timmermans y De Caluwé, 2017b).

En vista de la evidencia previa, se postulan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Variables como el género, la orientación sexual y los rasgos de la personalidad (medidos a través de la escala Big Five) influyen en las preferencias y motivaciones de los jóvenes universitarios para utilizar Tinder.

Hipótesis 2. (Exploratoria) Las presiones sociales, ya sean familiares, de amistades o autoimpuestas, podrían guiar el comportamiento en el uso de Tinder de los jóvenes universitarios de la Región Metropolitana.

Considerando estos antecedentes, nuestra investigación busca aportar una perspectiva centrada en la realidad chilena, integrando tanto el contexto sociocultural como los factores psicológicos que influyen en el uso de Tinder entre los jóvenes universitarios de la Región Metropolitana.

Marco Metodológico

Diseño

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa de tipo no experimental. La investigación tuvo un diseño transeccional, dado que la recolección de datos se realizó en un único período durante el año 2024. Este estudio fue de naturaleza descriptiva y correlacional, con el fin de identificar y detallar las características sociodemográficas, así como los factores sociales, personales y psicológicos que influyen en el uso de Tinder entre la juventud universitaria.

Participantes

El muestreo empleado fue de carácter no probabilístico, lo que permitió seleccionar una muestra accesible y diversa, facilitando la recolección de datos en el contexto específico del estudio. La muestra final estuvo compuesta por 330 participantes, principalmente estudiantes de cuatro universidades de la Región Metropolitana: Universidad de los Andes, Universidad del Desarrollo, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica. Además, se incluyeron participantes de otras instituciones académicas ampliando la diversidad de la muestra. Los criterios de inclusión fueron, además de ser estudiante universitario de una institución ubicada en la Región Metropolitana, ser usuario actual o haber utilizado Tinder previamente. Aquellos que no cumplían con estos requisitos fueron excluidos del estudio.

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo en dos etapas: en la primera se difundieron folletos de la investigación en las universidades mencionadas, acompañados de un enlace a un formulario de *Google Forms*. Sin embargo, esta estrategia inicial mostró una baja tasa de respuesta. En consecuencia, en la segunda etapa se optó por acudir directamente a las universidades, donde se compartió con el alumnado un código QR que dirigía al cuestionario.

El formulario iniciaba con un consentimiento informado que explicaba los derechos de los participantes, tales como la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar la encuesta en cualquier momento. También se informó que el estudio había sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales. Al aceptar los términos — lo que equivalía a su firma digital— los participantes accedían al cuestionario, cuyo tiempo estimado de respuestas era de aproximadamente ocho minutos.

Producción de Datos

En cuanto a la recolección de datos, se utilizó una encuesta de *Google Forms*, con sus preguntas basadas en parte en Timmermans y De Caluwé (2017a), cuyo estudio analiza los motivos detrás del uso de la aplicación Tinder, desarrollando y validando una escala específica para medir estos motivos, basada en la teoría de usos y gratificaciones (*Uses and Gratifications Theory*). Este enfoque considera a los usuarios como participantes activos que eligen los medios para satisfacer necesidades sociales o psicológicas específicas. El estudio sugiere que Tinder se utiliza no solo para citas románticas o sexuales, sino también para otros fines.

El artículo mencionado nos permitió desarrollar una escala que se constituye como una herramienta robusta para investigar las motivaciones y conductas asociadas al uso de aplicaciones de citas como Tinder, así como para explorar sus implicaciones psicológicas y sociales. Esta escala ya integra la medición de factores psicológicos basados en el modelo *Big Five*, permitiendo evaluar cómo los rasgos de personalidad influyen en el uso de la plataforma. Además, contribuyó a la formulación de preguntas relacionadas con las principales motivaciones de uso de Tinder.

En este sentido, ambas escalas fueron adaptadas al contexto específico de nuestra investigación, lo que permitió estructurar y profundizar en el análisis de las motivaciones y comportamientos asociados a las aplicaciones de citas, integrando tanto enfoques teóricos como empíricos.

Para el análisis se utilizó la versión 30.0.0.0 de *SPSS* en donde se emplearon técnicas estadísticas como correlaciones de Spearman para examinar relaciones

entre variables ordinales y cuantitativas, así como el cálculo del alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad interna de las escalas utilizadas. Las tablas incluidas ofrecen una visualización clara de los datos clave que sustentan los hallazgos.

Resultados

En esta sección se presentan los resultados organizados en análisis descriptivos y correlacionales. Los descriptivos abordan la caracterización sociodemográfica de la muestra, las principales motivaciones para el uso de Tinder, la presión social percibida y los rasgos de personalidad asociados al uso de la plataforma. Los resultados correlacionales exploran los vínculos entre las motivaciones, los rasgos de personalidad y variables sociodemográficas como género, orientación sexual y universidad.

Para el análisis se emplearon técnicas estadísticas como correlaciones de Spearman para examinar relaciones entre variables ordinales y cuantitativas, así como el cálculo del alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad interna de las escalas utilizadas. Las tablas incluidas ofrecen una visualización clara de los datos clave que sustentan los hallazgos.

Análisis Descriptivo

La muestra se distribuyó entre estudiantes de cuatro universidades principales de la Región Metropolitana: la Pontificia Universidad Católica (30.9%, 102 participantes), la Universidad de Chile (22.4%, 74 participantes), la Universidad del Desarrollo (18.5%, 61 participantes) y la Universidad de los Andes (18.2%, 60 participantes). El 10% restante (33 participantes) pertenecía a otras universidades no especificadas (ver Tabla 1). La muestra estuvo compuesta por un 53% de mujeres, un 44.2% de hombres y un 2.7% que se identificaron con otras categorías de género (ver Tabla 2). Respecto a la orientación sexual, la mayoría de los encuestados se identifican como heterosexuales (67%), seguidos por bisexuales (22,1%) y homosexuales (7%). Las orientaciones pansexual y asexual son menos frecuentes, representando un porcentaje pequeño (ver Tabla 3).

Tabla 1*Distribución por Universidad*

Universidad	Frecuencia	Porcentaje
Pontificia Universidad Católica	102	30.9%
Universidad de Chile	74	22.4%
Universidad del Desarrollo	61	18.5%
Universidad de los Andes	60	18.2%
Otras	33	10.0%
Total	330	100%

Tabla 2*Distribución por Género*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	175	53.0%
Masculino	146	44.2%
No binario	7	2.1%
Género fluido	1	0.3%
Prefiero no informar	1	0.3%
Total	330	100%

Tabla 3*Distribución por Orientación Sexual*

Orientación Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	221	67.0%
Bisexual	73	22.1%
Homosexual	23	7.0%
Pansexual	5	1.5%
Demisexual	4	1.2%
Prefiero no declarar	4	1.2%
Total	330	100%

En cuanto a las motivaciones para el uso de Tinder, un 80% de los participantes estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo en que utilizan la aplicación principalmente para entretenerse, y esta razón fue la más mencionada. La sociabilización fue la segunda motivación más relevante, con un 53% de los participantes indicando que usan Tinder para conocer nuevas personas. Por otro lado, la curiosidad emergió como una motivación importante para el 36% de los participantes, aunque con mayor dispersión en las respuestas. En contraste, aunque la exploración sexual y las relaciones románticas también fueron mencionadas, no constituyen las motivaciones principales, con un 23% y un 45% de los participantes reportando altos niveles en estas categorías, respectivamente (ver Tabla 4).

Tabla 4

Distribución por Motivaciones para el Uso de Tinder

Motivación	Media	Desviación Estándar	Nivel Alto (%)	Nivel Bajo (%)
Entretención	4.5	0.7	80%	20%
Sociabilización	3.8	0.9	53%	47%
Curiosidad	3.6	1.1	36%	64%
Exploración sexual	2.1	0.8	23%	77%
Relaciones románticas	3.2	1.0	45%	55%

Adicionalmente, se evaluó la percepción de presión social para encontrar pareja, desglosada en tres dimensiones: presión por parte de la familia, presión por parte de amistades y presión autoimpuesta. Respecto a la presión social-familiar, el 80.3% de los participantes estuvo en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la idea de sentir presión familiar para encontrar pareja, mientras que solo un 11% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo. En cuanto a la presión ejercida por amistades, el 79.8% de los participantes también reportó desacuerdo o total desacuerdo, aunque un 9.8% reconoció estar de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Finalmente, en relación a la presión autoimpuesta, el 57.8% de los encuestados estuvo en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esta idea, mientras que un 14.6% indicó un nivel neutral, y un 14.6% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo. Estos resultados sugieren que, en general, las presiones sociales externas tienen una baja incidencia, mientras que la presión autoimpuesta tiene una influencia ligeramente mayor, pero sigue siendo limitada en términos generales (ver Tabla 5).

Tabla 5

Distribución de la Percepción Presión Social

Categoría de Presión	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Presión Familiar	Desacuerdo	139	80.3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	4.5%
Presión por Amistades	De acuerdo	19	11.0%
	Desacuerdo	138	79.8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	10.4%
Presión Autoimpuesta	De acuerdo	17	9.8%
	Desacuerdo	100	57.8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25	14.5%
	De acuerdo	48	22.0%

En relación con los rasgos de personalidad del modelo Big Five, evaluados bajo la pregunta “¿Cómo te sientes o cómo te comportas al utilizar Tinder?”, se observaron tendencias claras. La Dimensión de Extroversión destacó como un rasgo predominante, con el 65% de los participantes reportando niveles altos, lo que refleja que una parte significativa de los usuarios se siente energizada y

motivada por la interacción social en la plataforma. La Amabilidad presentó un 60% de los participantes mostrando niveles altos, sugiriendo una disposición moderada hacia actitudes agradables y cooperativas en este contexto.

La Apertura a la Experiencia fue el rasgo más destacado: el 70% de los encuestados reportaron niveles altos, lo que sugiere que Tinder es percibido como un espacio para explorar nuevas experiencias y formas de interacción. En contraste, Responsabilidad mostró que sólo el 45% de los participantes reportó niveles altos, indicando que, para la mayoría de los usuarios, el uso de Tinder no se asocia con un alto nivel de control o planificación. Por último, el Neuroticismo fue el rasgo con menor prevalencia, con el 40% de los participantes mostrando niveles altos, lo que sugiere que, en general, los usuarios no perciben el uso de Tinder como una experiencia emocionalmente negativa o estresante (ver Tabla 6).

Tabla 6

Rasgos de la Personalidad en el Uso de Tinder

Rasgo de Personalidad	Media	Desv. Est.	Nivel Alto (%)	Nivel Bajo (%)
Extroversión	3.8	0.7	65%	35%
Amabilidad	3.6	0.8	60%	40%
Apertura a la Experiencia	4.0	0.6	70%	30%
Responsabilidad	3.2	0.9	45%	55%
Neuroticismo	2.8	0.7	40%	60%

Análisis Inferencial

Al analizar las correlaciones significativas entre las motivaciones para el uso de Tinder y los rasgos de personalidad del modelo *Big Five*, se identificaron patrones interesantes: las personas con altos niveles de Extroversión tienden a utilizar la plataforma por razones sociales, teniendo como principales motivaciones de uso, sociabilizar, establecer una relación estable/romántica y tener relaciones sexuales. Por otro lado, quienes presentan altos niveles de Neuroticismo están más inclinados a motivaciones vinculadas a la inestabilidad emocional, como para sentirse mejor consigo mismo/a y ante la presión por encontrar una pareja, así como para superar a su expareja.

La Amabilidad se asoció significativamente con motivaciones prosociales, como establecer una relación estable/romántica, buscar relaciones amistosas y socializar. En contraste, las personas con altos niveles de Responsabilidad se inclinaron hacia motivaciones orientadas a la estabilidad, como buscar relaciones amistosas y la presión por encontrar una pareja". Finalmente, la Apertura a la Experiencia se vinculó a un rango más amplio de motivaciones, desde tener relaciones sexuales hasta establecer una relación estable/romántica, reflejando una disposición a explorar diversos tipos de relaciones.

Tabla 7

Correlación entre Motivaciones para Uso de Tinder y Rasgos de Personalidad "Big Five"

Motivación	Extroversión	Neuroticismo	Amabilidad	Responsabilidad	Apertura a la experiencia
Para sentirme mejor conmigo misma/o	,174*	,273**	0,147	0,047	0,097
Para entretenerme	,156*	0,022	0,086	0,009	0,003
Para tener relaciones sexuales	,259**	,157*	,209**	,194*	,313**
Para superar a tu expareja	0,035	,204**	-0,057	-0,132	0,050
Para establecer una relación estable/romántica	,253**	,346**	,401**	,163*	,329**
Para buscar y/o establecer relaciones amistosas	0,134	0,031	,195**	,253**	,163*
Para explorar tu sexualidad	0,100	,239**	,188*	0,137	,192*
Para socializar	,186*	0,016	,153*	0,117	,165*
Para distraerme o pasar el tiempo	,188*	0,109	0,137	-0,018	0,120
Por la presión por encontrar una pareja	0,093	,347**	,209**	,180*	,205**
Por curiosidad	0,145	,182*	0,144	0,028	0,131

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

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

Las correlaciones entre la orientación sexual y las motivaciones para usar Tinder revelaron diferencias significativas. Las personas heterosexuales tienden a buscar amistades con menor frecuencia que aquellas de orientaciones no heterosexuales. Esto sugiere que las personas bisexuales u homosexuales utilizan Tinder no solo para citas, sino también como un espacio para construir redes sociales y encontrar apoyo en entornos inclusivos. En cuanto a la exploración de la sexualidad, las orientaciones no heterosexuales presentaron correlaciones más altas, lo que refleja un proceso de autoconocimiento y búsqueda de experiencias en contextos sociales más abiertos. Respecto a las relaciones románticas, las personas heterosexuales se orientaron más hacia vínculos convencionales, mientras que las orientaciones no normativas mostraron patrones más diversos, influenciados por experiencias previas y expectativas sociales.

En relación con el género, las mujeres mostraron una mayor correlación con la búsqueda de relaciones románticas, probablemente influenciadas por normas culturales que valoran este tipo de vínculo en ellas. Por el contrario, los hombres se correlacionaron más con la motivación de explorar la sexualidad, lo que puede reflejar una mayor permisividad cultural. Finalmente, la motivación por entretenimiento no presentó diferencias significativas entre géneros, sugiriendo que es una necesidad universal. (ver Tabla 8)

Tabla

Correlación entre Motivaciones y Variables: Orientación Sexual y Género

Motivación	Heterosexual	Bisexual	Homosexual	Otra Identidad sexual	Mujer	Hombre	Otros géneros
Para sentirme mejor conmigo misma/o	-0.12	0.10	0.08	0.06	0.14	0.08	0.10
Para entretenerse	0.10	0.12	0.14	0.05	0.09	0.12	0.08
Para tener relaciones sexuales	-0.35**	0.40**	0.38**	0.22**	0.10	0.30**	0.22*
Para superar a la expareja	-0.08	0.09	0.15	0.02	0.14	0.08	0.10
Para establecer una relación romántica	0.41**	0.18	0.16	-0.05	0.35**	0.14	0.12
Para buscar y/o establecer relaciones amistosas	-0.24**	0.32**	0.28*	0.15	0.20*	0.18*	0.15
Para explorar mi sexualidad	-0.35**	0.40**	0.38**	0.22**	0.10	0.30**	0.22*
Para sociabilizar	-0.24**	0.32**	0.28*	0.15	0.12	0.14	0.18*
Para distraerse o pasar el tiempo	0.08	0.13	0.12	0.04	0.16*	0.15*	0.10
Por la presión por encontrar pareja	-0.08	0.09	0.15	0.07	0.11	0.09	0.13
Por curiosidad	-0.10	0.18*	0.15	0.09	0.12	0.18*	0.14

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

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

Por último, al analizar las distintas universidades como variables, se observa que los estudiantes de universidades públicas priorizan la socialización como motivación principal. Esto podría interpretarse como una inserción en un ambiente más diverso e inclusivo que fomenta las conexiones sociales. En contraste, los estudiantes de universidades privadas presentan una mayor correlación con la búsqueda de relaciones románticas, lo que podría estar relacionado con normas sociales más conservadoras. La exploración de la sexualidad varía según el tipo de universidad, siendo más frecuente en aquellas con políticas inclusivas o ambientes más liberales, aunque no siempre alcanza niveles de significación estadística en todas las comparaciones. Estos resultados reflejan cómo características demográficas, como el tipo de universidad, influyen en la priorización de las motivaciones al utilizar estas plataformas. (ver Tabla 9).

Tabla 9

Correlación entre las Motivaciones y Universidades

Rasgo de Personalidad	Universidad Pública	Universidad Privada
Para sentirme mejor conmigo misma/o	0.10	0.14
Para entretenerme	0.18*	0.20*
Para tener relaciones sexuales	0.25**	0.30**
Para superar a la expareja	0.05	0.08
Para establecer una relación romántica	0.12	0.38**
Para buscar y/o establecer relaciones amistosas	0.22*	0.25**
Para explorar tu sexualidad	0.25**	0.30**
Para socializar	0.40**	0.15
Para distraerse o pasar el tiempo	0.16*	0.18*
Por la presión por encontrar pareja	0.07	
Por curiosidad	0.12	0.14

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral);

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

Discusión

La presente investigación tiene como objetivo responder a la siguiente pregunta: ¿Qué factores individuales y psicológicos influyen en el uso de Tinder por parte de los jóvenes universitarios de la Región Metropolitana? En primer lugar, se plantea que variables como el género, la orientación sexual y diversos aspectos de la personalidad (medidos a través de la escala de rasgos de personalidad Big Five) juegan un papel clave en las preferencias y motivaciones de los jóvenes al utilizar la aplicación. Como segunda hipótesis exploratoria, se sugiere que los jóvenes universitarios de la Región Metropolitana buscan relaciones románticas o sexuales como una respuesta a la presión social, ya sea proveniente de su entorno familiar, de sus amistades o autoimpuesta.

En este sentido, una respuesta preliminar a la pregunta planteada indica que, en cuanto a los factores individuales, el género y la orientación sexual son elementos claves en el comportamiento de los usuarios de Tinder. En cuanto al género, las mujeres tienden a valorar cualidades como la inteligencia y la lealtad en sus interacciones, mientras que los hombres suelen enfocarse más en aspectos físicos, tal como lo sugiere la evidencia previa (Giménez-García et al., 2020) con esto se aclara cómo las normas sociales influyen en las preferencias y comportamientos dentro de las interacciones en plataformas como Tinder, reforzando estereotipos de género que han sido socialmente construidos y transmitidos a lo largo del tiempo. Además, las personas con una orientación sexual diversa (LGBTQ+) tienden a utilizar aplicaciones como Tinder de manera más frecuente, especialmente para sociabilizar y conectar con individuos de orientaciones sexuales similares, lo que sugiere que la identidad sexual también juega un papel determinante en el uso de la plataforma.

Respecto a los factores psicológicos, el modelo de los *Big Five* distingue cinco dimensiones claves que pueden influir en el uso de Tinder: extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, responsabilidad y amabilidad (McCrae y Costa, 1999): Las personas con alta extraversión suelen utilizar aplicaciones de citas para interactuar y conocer nuevas personas, buscando conexiones sociales

activas. Aquellas con altos niveles de neuroticismo pueden usar plataformas como Tinder en busca de validación emocional o interacción social, dado su enfoque en la gestión de emociones y la ansiedad social. Por su parte, las personas con alta apertura a la experiencia tienden a utilizar Tinder para conocer personas, explorar nuevas formas de interacción social o experimentar con diferentes tipos de relaciones. En cuanto a las personas con altos niveles de responsabilidad, suelen usar Tinder con el objetivo de encontrar relaciones con propósitos más personales o a largo plazo, priorizando la estabilidad y el compromiso. Finalmente, quienes presentan altos niveles de amabilidad utilizan Tinder de manera más respetuosa, enfocándose en la creación de conexiones genuinas y en el bienestar de los demás.

Los principales hallazgos de nuestra investigación destacan que los usuarios de Tinder son predominantemente extrovertidos y abiertos a nuevas experiencias. Estos resultados se alinean con investigaciones previas como las de Timmermans y De Caluwé (2017b), quienes encontraron que estos rasgos de personalidad predicen el uso de aplicaciones de citas. En contraste, la responsabilidad se asocia menos con el uso recreativo de Tinder, reflejando patrones consistentes con estudios previos de personalidad y comportamiento digital.

Las correlaciones entre los rasgos del modelo *Big Five* y las motivaciones del uso de Tinder parecieran indicar que la plataforma satisface necesidades específicas según la personalidad. Por ejemplo, la extraversión fomenta el uso para sociabilizar, mientras que el neuroticismo lo asocia con validación emocional. Estas tendencias podrían explicarse por las características inherentes de la plataforma, que facilitan interacciones rápidas y personalizables, adaptándose a diferentes perfiles psicológicos.

Revisando nuestras hipótesis, un hallazgo notable fue la baja incidencia de presión social externa como motivación, ya que estudios como los de Rivera y Proaño (2017), indican que la presión grupal es un factor clave en la búsqueda de vínculos sexoafectivos entre jóvenes. Tal resultado podría deberse a diferencias culturales o a limitaciones metodológicas en la muestra estudiada, y con esto nos

referimos a que, por tratarse de una encuesta autoadministrada, los participantes podrían haber tendido a responder de la manera que consideraron más socialmente aceptable, minimizando así la percepción de presión social externa.

De esta forma, la naturaleza no probabilística de la muestra limita la posibilidad de generalizar los resultados a toda la población universitaria de la Región Metropolitana. De igual manera, la recolección de datos, centrada principalmente en cuatro universidades, introduce un sesgo que podría influir en las conclusiones. Estas limitaciones fueron reconocidas y detalladas en el documento.

Para futuras investigaciones, sería recomendable ampliar la muestra para incluir una mayor diversidad de universidades y regiones. También se podría profundizar en el análisis de las diferencias de género y orientación sexual en las motivaciones para utilizar Tinder. Otra línea de estudio interesante podría consistir en realizar investigaciones longitudinales para observar cómo evolucionan las motivaciones a lo largo del tiempo o en diferentes contextos socioculturales. Finalmente, sería valioso comparar el uso y las motivaciones en diversas aplicaciones de citas, para identificar diferencias específicas entre plataformas.

Conclusiones

El estudio realizado proporciona una visión inicial, pero detallada, sobre los factores sociales y psicológicos que parecen influir en el uso de Tinder entre jóvenes universitarios de la Región Metropolitana de Chile. Destaca la importancia del modelo de rasgos de personalidad para comprender las motivaciones detrás de este comportamiento. Los resultados evidencian que rasgos como la apertura a la experiencia y la extroversión están estrechamente relacionados con el uso de la plataforma, mientras que variables como el género y la orientación sexual también juegan un papel relevante en la forma en que los usuarios se involucran en estas experiencias.

Por otro lado, aunque se observó una baja incidencia de presión social externa como motivación principal, las dinámicas de validación personal y la búsqueda de nuevas experiencias surgieron como factores claves. Esto sugiere que Tinder no solo se utiliza como una herramienta para establecer conexiones sexoafectivas sino también como un espacio para explorar necesidades sociales y emocionales, dependiendo de las características individuales de los jóvenes usuarios.

Si bien el estudio enfrenta limitaciones derivadas del tiempo y los recursos disponibles, esperamos que estas observaciones incentiven futuros estudios. Es fundamental continuar explorando este universo de las nuevas formas de relaciones humanas, que son, sin duda alguna, esenciales para comprender la sociedad contemporánea y la construcción de la ciudadanía.

En conclusión, esta investigación ofrece una base valiosa para entender las dinámicas actuales del uso de Tinder, al tiempo que plantea interrogantes que pueden enriquecer estudios posteriores y ampliar nuestra comprensión sobre las interacciones humanas en un mundo cada vez más digital.

Agradecimientos

Nos complace expresar nuestro más sincero agradecimiento a la profesora Camila Jara, quien imparte los cursos de Investigación I y II en la Universidad Diego Portales, por su constante apoyo, motivación y dedicación durante todo el proceso de esta investigación. Su guía fue fundamental para que pudiéramos llevar a cabo este trabajo con confianza y compromiso. De igual manera, queremos agradecer a su ayudante, Valentina Frómata, por su incondicional apoyo y por habernos alentado en cada etapa del proceso. Ambas estuvieron siempre dispuestas a orientarnos, ayudarnos a superar obstáculos y a brindarnos la claridad necesaria para avanzar. Sin su compromiso y generosidad, este proyecto no habría sido posible.

Referencias

- Cervantes, R., & Chaparro-Medina, P. (2021). Transformaciones en los hábitos de comunicación y sociabilidad a través del incremento del uso de redes socio digitales en tiempos de pandemia. *Ámbitos: Revista Internacional de Comunicación*, (52), 37-51. <https://hdl.handle.net/11441/107676>
- Giménez-García, C., Martínez-Gómez, N., & Elipe-Miravet, M. (2020). ¿Chateamos? Motivaciones del uso de las apps de citas en el colectivo LGB. *Información Psicológica*, (120), 50-64. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2020.120.4>
- McCrae, R., & Costa, P. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 139-153). Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/284978581_A_five-factor_theory_of_personality
- Moreau, L. (2017). *El amor, la imagen y la seducción en la era digital: Jóvenes y el uso de Tinder* [Tesis de licenciatura, Universidad de Valparaíso]. Repositorio UV. <https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/42ed6a22-848d-4135-a4b1-fd2b44b3bace/content>
- Rivera, D., & Proaño, E. (2017). La influencia de los pares y la familia en el inicio de la actividad sexual en adolescentes. *Augusto Guzzo Revista Académica*, 1(19), 39-53. <https://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35d5a09ba015e94d0608603bb>
- Sánchez, C. (2021). *Reestructuración de las relaciones interpersonales a partir del uso de Tinder en jóvenes estudiantes de Ciudad Universitaria* [Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3557961>
- Sánchez, M. L. (1995). Las cinco dimensiones básicas de la personalidad. En M. D. Avia & M. L. Sánchez (Eds.), *Personalidad: Aspectos Cognitivos y Sociales* (pp. 269-285). Pirámide Ediciones.
- Soto, G., Ferrándiz, C., Sáinz, M., Ferrando, M., Prieto, M., Bermejo, R., & Hernández, D. (2011). Características psicométricas del cuestionario de personalidad BFQ-NA (Big Five Questionnaire - niños y adolescentes). *Aula Abierta*, 39(1), 13-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3344205>

- Tejeda, A. (2016). Tipos de interacciones y comportamientos en torno a la aplicación Tinder. *Revista Iberoamericana de Comunicación*, (34), 171-196. <https://ric.iberomx/index.php/ric/article/view/62>
- Timmermans, E., & De Caluwé, E. (2017a). Development and validation of the Tinder Motives Scale (TMS). *Computers in Human Behavior*, 70, 341-350. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.01.028>
- Timmermans, E., & De Caluwé, E. (2017b). To Tinder or not to Tinder: An individual differences perspective to Tinder use and motives. *Personality and Individual Differences*, 110, 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.026>
- Tirado, J. (14 de febrero de 2025). El auge de las apps de citas: Tinder es la más usada en Chile y en la RM es donde más se utilizan. *Publimetro*. <https://www.publimetro.cl/social/2025/02/14/el-auge-de-las-apps-de-citas-tinder-es-la-mas-usada-en-chile-y-en-la-rm-es-donde-mas-se-utilizan/>



La Relación de Cuidado entre Cuidadora Informal Familiar y Persona Adulta con TEA⁸

Clara Vega Vidal, Javiera Galaz Otárola,
Javiera Contreras Bahamondes,
Nicole Leal Beltrán, Joaquín Melero Pinto,
Danae Rojahelis Budnevich

Resumen

El cuidado de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha recaído históricamente en familiares, principalmente mujeres, quienes asumen esta responsabilidad generalmente a lo largo de toda la vida del individuo. Esta investigación tuvo como objetivo general explorar la relación de cuidado entre las cuidadoras familiares y los adultos con TEA en la Región Metropolitana de Chile, desde la perspectiva de las cuidadoras y utilizando la ética del cuidado como marco teórico. Se adoptó un modelo cualitativo transversal, con enfoque de estudio de casos. La muestra consistió en cuatro cuidadoras de adultos con TEA reclutadas mediante bola de nieve. Se realizaron entrevistas semiestructuradas presenciales para recoger sus experiencias sobre el cuidado, las que fueron grabadas y transcritas. Se obtuvo el consentimiento informado y se realizó un posterior análisis a través del programa Qualcoder, empleando la teoría fundamentada. Esta investigación aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, reveló la complejidad de ser cuidadora, abarcando desafíos y aspectos positivos de esta labor. Se identificaron sentimientos de responsabilidad, de crecimiento personal, miedo e incertidumbre sobre el futuro de su hijo cuando ya no puedan cuidarlo, y también se destacó la relevancia del apoyo social y económico en su rol. Se logró profundizar en la relación entre cuidadora familiar y

⁸ Este artículo fue escrito durante la realización del Curso de Investigación IV, impartido por el profesor Ernesto Bouey y la Ayudantía de Almendra Barrera y Camila Pacheco

persona cuidada adulta con TEA, al indagar en elementos como la concepción del rol y los desafíos asociados, además de visibilizar su labor de cuidado y fomentar un cambio en la percepción social sobre el cuidado informal. Estos resultados serán una fuente de información valiosa para futuras investigaciones relativas a los cuidados informales.

Palabras clave: cuidado informal, cuidadora, dimensiones de la ética del cuidado, ética del cuidado, trastorno del espectro autista.

Introducción

El cuidado se puede definir como una labor requerida cuando una persona necesita atención y apoyo frecuente en las actividades de su vida diaria (Cruz et al., 2024). También, desde una perspectiva de la ética del cuidado, puede considerarse como una práctica social que resulta esencial para el mantenimiento y reproducción de la sociedad; el cuidador viene a ser un sujeto “orientado al otro” y responde a sus necesidades y capacidades (Engster, 2005).

Los/as cuidadores/as suelen corresponder a miembros de la familia, quienes cultural e históricamente han sido la institución que principalmente se ha hecho cargo de esta labor. En la mayoría de los casos, quienes asumen este rol de cuidado en la familia son las mujeres (Vaquira y Stieповich, 2010). Según el Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado [MICARE] (2023), el 89% de los/as cuidadores/as informales de una persona con deficiencia intelectual son mujeres.

Entre los grupos de personas que reciben cuidados se puede identificar personas con TEA, donde la figura de cuidador/a resulta muy importante, y su ausencia representa perder una figura defensora relevante, y de las pocas relaciones estables que han tenido en su vida (Marsack-Topolewski y Graves, 2020). Por su parte, los y las cuidadores/as experimentan ansiedad y preocupación ante la posibilidad de no poder continuar cuidando a sus seres queridos, o sobre quién se encargará de ellos cuando ya no puedan hacerlo (Azman et al., 2017).

En el caso de las personas adultas con TEA, la mayoría de investigaciones se han concentrado en los padres y madres de niños y niñas con este diagnóstico, dejando de lado lo que sucede cuando estos individuos se convierten en adultos (Marsack-Topolewski y Church, 2019). Muchas personas con TEA necesitarán de apoyo y cuidados para toda la vida, convirtiendo el rol de cuidador y cuidadora en una labor permanente (Marsack-Topolewski y Samuel, 2017).

Existen diversos factores estresantes y consecuencias negativas asociadas con el cuidado, como la dificultad para hacer la transición a la función de cuidador, la carga financiera, preocupación constante del futuro y cierto descuido tanto físico como mental; así como desafíos en relación a la carga del cuidado, la severidad del TEA y las actividades de la vida diaria (Marsack-Topolewski y Maragakis, 2021). Esto puede provocar efectos negativos como un impacto personal al aceptar el rol de cuidador, complejidades sobre la carga del cuidado y estrés asociado a la falta de apoyo del sistema y sus fallas (Cruz et al., 2024). Se han estudiado experiencias de agotamiento, estrés, depresión y sensación de “carga” (Chen y Lukens, 2011), lo que se relaciona con la falta de apoyo y reconocimiento social hacia los cuidadores familiares (Cantillo-Medina et al., 2022).

Azman et al. (2017), distinguen tres áreas relevantes que, a causa de la labor del cuidado —en tanto se modifica su estatus— se ven afectadas: económica, social y psicológica. En el ámbito económico se identifican problemas que actúan como barreras para una atención adecuada. En el área social se resalta la importancia del apoyo emocional, así como los efectos de la estigmatización y la pérdida de oportunidades de socialización. En cuanto a lo psicológico, se mencionan experiencias de miedo, confusión, estrés, vergüenza, autoculpa, nerviosismo e irritabilidad.

Investigaciones han abordado las experiencias positivas y los factores protectores ante los efectos negativos que podrían existir en el cuidado de personas con trastornos mentales severos. Dichas experiencias se refieren, por ejemplo, a una sensación de crecimiento personal y aumento de la sensibilidad. De esta manera, como objetivo general, este trabajo buscó explorar la relación de

cuidado entre la cuidadora familiar y el adulto con trastorno del espectro autista [TEA] en la Región Metropolitana de Chile, a partir de la perspectiva de la cuidadora, desde la propuesta de la ética del cuidado.

Marco Metodológico

Diseño

Se realizó una investigación cualitativa, caracterizada por la recolección y producción de información a través de datos no numéricos. Este diseño se centra en la exploración de datos de origen cultural y social (Anguera, 1986), como ocurre en esta investigación, que aborda las experiencias de mujeres cuidadoras de adultos con TEA. El estudio es de tipo transversal, ya que no contempla un seguimiento prolongado de los participantes, sino que se enfoca en un periodo específico para su análisis.

La investigación se enmarca en un enfoque de estudio de casos. Según Reinharz (1992), este se orienta al análisis detallado de un fenómeno, caso o problema individual, en contraste con otros métodos que buscan generalizar hallazgos. Además, permite examinar el fenómeno a lo largo del tiempo, valorar su significancia para el futuro y explorar la relación entre sus partes.

Participantes

Para esta investigación, se utilizó una muestra homogénea seleccionada mediante un muestreo en cadena o por redes (Icart et al., 2006), complementado con la difusión en redes sociales a través de flyers. Se contactó a cuatro mujeres mayores de edad, residentes en la Región Metropolitana de Chile, quienes se dedican al cuidado informal de un familiar adulto con diagnóstico de TEA. Se incluyó a mujeres mayores de 18 años que ejercieran el cuidado de un familiar adulto con TEA, excluyendo a aquellas cuyo rol de cuidado estuviera dirigido a personas con un diagnóstico diferente como condición principal.

Las cuidadoras entrevistadas fueron mujeres adultas mayores con un promedio de edad de 69 años, a cargo del cuidado de hombres adultos de media 36 años, de las comunas de Puente Alto, San Bernardo y Las Condes. Algunas de ellas tienen profesiones como abogada y profesora.

Tras establecer el contacto, se coordinó el horario y el lugar de las entrevistas a través de correo electrónico o teléfono celular. Antes de cada entrevista, se les proporcionó un consentimiento informado que incluía los aspectos e implicancias de su participación, permitiéndoles decidir si participar o no en la investigación, para posteriormente proceder a la firma del documento. Se garantizó el anonimato de sus respuestas al sustituir sus nombres por otros en las transcripciones de las entrevistas; estos datos fueron accesibles únicamente por el equipo investigador, y se les ofreció la posibilidad de solicitar información sobre los resultados generales del estudio.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

Producción de Datos

Para esta investigación, se realizaron entrevistas semiestructuradas de manera presencial con las participantes, técnica que tiene la ventaja de poder “adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (Díaz-Bravo et al., 2013, p. 123). Esta modalidad de entrevistas permitió recolectar información relevante para la investigación, y adaptar el curso de la entrevista en relación a los temas que surgían en cada una. Así, todas las entrevistas realizadas siguieron un hilo conductor común, pero todas terminaron siendo distintas entre sí, otorgando información relevante, pero más variada y coherente con el relato de las entrevistadas.

Dichas entrevistas semiestructuradas permitieron indagar en las experiencias relevantes para la investigación, proporcionando a las entrevistadas un espacio abierto para expresar su subjetividad. Para garantizar el éxito de las entrevistas, se

diseñó una pauta que sirvió como guía durante la recopilación de datos. Además, la información se registró mediante grabaciones de audio y un cuaderno de campo, lo que aseguró un registro completo y detallado del proceso.

Análisis de Datos

Paralelamente, se llevó a cabo el análisis y la codificación de los datos, según las indicaciones de la teoría fundamentada (Andréu et al., 2007), que se enfoca en la generación de teoría a partir de los datos y desarrollo de categorías. Para ello, se trabajó con el programa *Qualcoder* y se emplearon tres etapas de codificación: abierta, axial y selectiva. En primer lugar, la codificación abierta consistió en la identificación de conceptos, sus propiedades y dimensiones. En segundo lugar, la codificación axial permitió establecer relaciones entre las categorías y sus subcategorías. Por último, la codificación selectiva implicó la integración de la teoría (Strauss y Corbin, 2002).

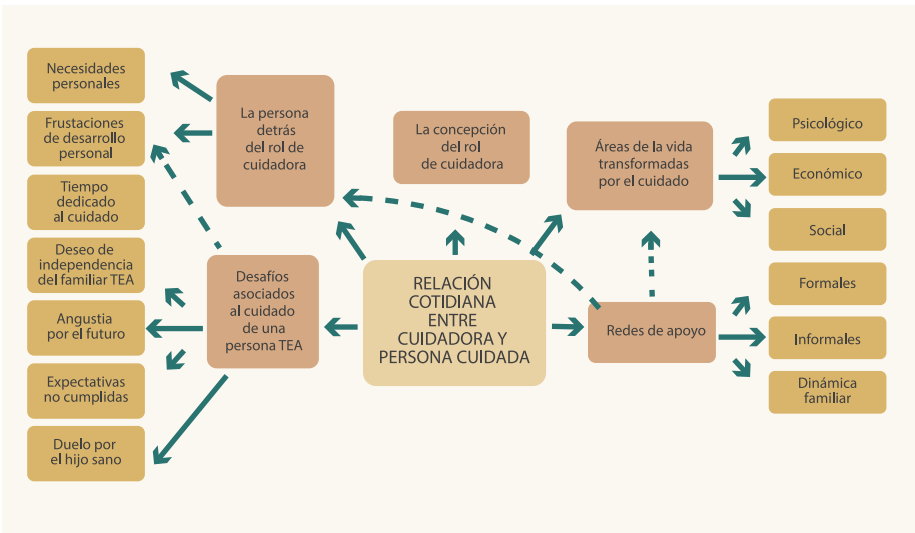
Este enfoque facilitó una exploración profunda del fenómeno estudiado, permitiendo indagar en aspectos que no habían sido previamente estudiados con suficiente detalle.

Resultados

Siendo la temática central la relación entre la cuidadora y su familiar adulto con TEA, se observó la importancia de los siguientes factores que rodean e influyen en esa relación. Las principales categorías identificadas fueron: relación cotidiana entre cuidadora y persona cuidada; la concepción del rol de cuidadora; la persona detrás del rol de cuidadora; áreas transformadas por el cuidado, redes de apoyo y desafíos asociados al cuidado de una persona TEA. Estos resultados se pueden ver representados en la Figura 1.

Figura 1

Categorías de los Resultados y sus Relaciones



Relación Cotidiana entre Cuidadora y Persona Cuidada

Esta categoría se caracteriza por elementos del diario vivir, tales como el acompañamiento mutuo que se brindan la persona cuidadora y quien recibe el cuidado, la cercanía de su relación, rutinas diarias, sus formas de comunicación y también identifica las necesidades de la cuidadora.

Todas las entrevistadas identificaron como aspecto central el amor y la compañía en el diario vivir.

Pero la verdad es que la relación para mí con Felipe, mía con respecto al Felipe, es de protección, de amor, de absoluta preocupación. Y de él hacia mí, yo lo

veo como que él me ve como el poste. A pesar de que uno dice “Ah, es que este no tiene empatía”. Este niñito a mí me compone canciones. Y me escribe canciones. A mí me encanta Freddie Mercury. Y todos los años, para el Día de la Madre, me saca otra composición. ¿Te fijas? O sea, tiene actos de amor muy importantes (Lorena).

Además, a pesar de que el cuidado les consume gran parte de su rutina, encuentran espacios para comunicarse con la persona cuidada y establecer acuerdos.

Trato de que nos pongamos de acuerdo, por ejemplo, si él no está, no quiere ir a alguna parte, trato de convencerlo, y si no, al final desisto no más poh', pero la idea es poder ponernos de acuerdo un poco, sí, llevar la fiesta en paz un poquito (Carmen).

La Concepción del Rol de Cuidadora

Se identifican aquí la adquisición del rol de cuidadora, los aspectos que considera relevantes para la labor de cuidado y la comprensión de su labor de cuidadora, así como la connotación dada a esta. En las cuatro entrevistas significaban el rol de cuidadora a partir del rol de madres, expresando la tarea del cuidar como una responsabilidad que les corresponde a ellas:

Pero yo tomé el rol porque es mi obligación tenerlo. O sea, no tengo ninguna duda de que lo tenía que haber tenido [...] O sea, ninguna posibilidad de que hubiera pensado en que el rol le correspondía a otro. Nunca. Nunca. Cuando estaba mi mamita, ella me ayudaba montones. Pero para mí la responsabilidad es mía. Y no es una carga. Lo hago feliz, es mi propósito, en el fondo (Lorena)

La Persona Detrás del Rol de Cuidadora

Otro factor importante por considerar en la relación cuidadora y familiar adulto con TEA es lo vivido a nivel personal por la cuidadora, definido por la dimensión de las frustraciones de su desarrollo personal y necesidades personales.

Frustraciones de Desarrollo Personal.

Se identificaron especialmente cambios y frustraciones a nivel del desarrollo profesional y académico, manifestando las cuidadoras que tuvieron que dejar de trabajar o no pudieron profundizar en sus estudios para mayor desarrollo profesional: “Sí, estuve como cinco o seis años frustrada. Porque me gustaba mi trabajo y yo quería seguir trabajando en lo mismo. Y ese tiempo no lo pasé muy bien porque lo único que quería era salir a trabajar” (Sofía).

Que te impide ser más independiente, por ejemplo... eh... yo algunas cosas quise hacer profesionalmente y me di cuenta que era... que siempre había muchas crisis, que eran muchas complicaciones, entonces... no. No podía hacer más de lo que estaba haciendo en ese momento. Así que igual una queda medio frustrada (Carmen).

No obstante, también se observó el caso contrario, donde no se abandonaron las aspiraciones de desarrollo profesional por el cuidado:

Entonces no tuve que dejar... A ver, yo no podría decir que dejé mi desarrollo profesional por cuidar al Felipe. No. En el caso mío, no ha sido así. Yo entiendo que mucha gente que no puede pagar a un empleado, a una cuidadora, a lo que sea, no... Pero yo no he tenido ese problema. He sido privilegiada. O sea, gracias a Dios nunca me ha faltado el trabajo, las lucas para darle al Felipe lo que necesita (Lorena).

Necesidades Personales.

Aquí se identifica principalmente una falta de espacio para el autocuidado. Haber experimentado remordimientos por darse tiempo para sí misma. Se destaca el tiempo personal como una necesidad y la importancia de tener una vida laboral. Además, en cuanto al cuidado en sí, se observa un deseo de haber poseído mayor acceso a información respecto del cuidado de una persona con TEA: “Soy capaz de irme sin ningún remordimiento en torno a... en cambio antes pensaba que estaba haciendo algo malo. Y ahora no, me voy contenta y además, que ellos quedan también bien” (Carmen).

Bueno, a mí... Las mamás más jóvenes... emmm... yo creo que ahora saben más de lo que sabíamos nosotros, entonces están en mejores condiciones [...] A mí me hubiese gustado que a mí me hubieran dado alguna... que alguien me hubiera dicho de qué se trataba esto, porque yo realmente como a los tres años me di cuenta que... sabía que un síndrome... ya estábamos liquidados, con un síndrome, pero como al año ocho meses. Pero después, todo lo que venía era súper complejo, entonces había que... él iba al colegio... a ti... te ibas enterando por los mismos profes... por lo que tú estudiabai, por lo que investigabai... así que... fue así como más lento. Y, a lo mejor eso... uno pierde tiempo ahí. Porque yo pienso que entre más chico uno trabaje con ellos, es mejor (Carmen).

Áreas de la Vida Transformadas por el Cuidado

El tema relacionado con las áreas de la vida transformadas por el cuidado, abarca todos los ámbitos de la vida de la cuidadora que pueden haberse visto afectados, tanto de manera positiva como negativa, por la experiencia de cuidar a una persona adulta con TEA. Este aspecto fue identificado en las cuatro entrevistas realizadas y se describió a partir de tres principales dimensiones: psicológica, económica y social.

Psicológico.

Esta dimensión corresponde a los efectos que el cuidado tuvo en la salud mental de las cuidadoras, destacando tanto aspectos positivos —como el desarrollo de mayor fortaleza, paciencia y empatía para tratar a personas con necesidades parecidas a las de sus hijos— como negativos, incluyendo el estrés y el agotamiento mental derivados de la tarea del cuidar. Ante esto, las participantes dicen: “El amor, la cercanía, la... también, el mejorar mi tolerancia hacía el resto, ehh ser más empática con las personas que tienen alguna dificultad” (Carmen).

Yo me he preocupado de “autodarme” todas las herramientas que necesitaba para manejar el tema. Pero yo estoy muy consciente que soy un porcentaje muy

muy bajo, porque mis amigas que tienen situaciones similares, y lo hablamos. “Ya no, no quiero practicar en la cresta, lo quiero meter en un, qué sé yo, en un hogar, en una residencia, ya no aguanto más”. Eso pasa, uno lo ve. A mí no me ha pasado porque tengo todo este soporte. Y además un soporte emocional que yo misma me he preocupado de darme. Yo hago mucho, mucho trabajo psicológico, digamos, respecto de mí (Diana).

Económico.

Este ámbito abarca los posibles cambios económicos derivados del cuidado, incluyendo un alto gasto en profesionales que apoyen a la persona cuidada y una distribución económica desigual que priorice las necesidades del cuidado. En relación a esto una participante comentó:

El dinero era todo dedicado a él al principio, porque en ese tiempo no había nada... nada que te fueran a ayudar, entonces, todo terapeuta o psicopedagogo o qué sé yo, fonoaudiólogo, todos eran particulares, entonces eso hizo que por ejemplo nos demoráramos hartos en comprar casa... por decirte, algo así (Carmen).

Es un tema que económicamente es muy caro. O sea, el cuidado personal, sobre todo: Si quieres permitir que tu hijo o tu cuidado o tu tutelado tenga el mejor desarrollo desde la edad chica hasta la edad grande, tienes que invertir mucha paga. O sea, yo en alguna época trabajé exclusivamente para pagar los tratamientos del viejo. Y eso es muy caro. O sea, que la psicóloga, que la neuróloga, que la terapeuta, que la fonoaudióloga, que el señor que la sirva de ejercicios, que el profesor de educación física, que el colegio... el colegio especial es carísimo (Lorena).

Social.

El ámbito social se refiere a cómo el cuidado pudo impactar los contextos sociales de la cuidadora. Si bien las redes de apoyo forman parte de este ámbito, se decidió tratarlas como una categoría independiente debido a la importancia

que adquirieron las relaciones sociales en las entrevistas. En esta categoría se identificaron interacciones sociales con connotaciones negativas por parte del entorno, y como experiencias de discriminación o actitudes de lástima por parte de desconocidos. Por ejemplo, una de las participantes dice:

Mucha gente me ha mirado [con] lástima. Oh, pobrecita la Lorena lo que le tocó. Tiene un hijo enfermito. O la otra, que a mí me indigna y ahí me sale la bruma: Que lo ven como una mascota. No lo ven como una persona. Y eso me duele, me duele y me amarga. Me amarga la vida (Lorena).

Porque siempre hay gente que... o alguien de la familia o cercano o el papá, qué sé yo, siempre como que aceptan pero no aceptan, entonces quieren que sea perfecto o que haga tal cosa, pero él no lo hace... pero no sé... es como raro (Carmen).

Redes de Apoyo

Derivando del ámbito social, las redes de apoyo de la cuidadora incluyen los cambios y efectos, tanto positivos como negativos, en sus relaciones sociales. En todas las entrevistas se identificaron redes de apoyo formales e informales y cambios en la dinámica familiar.

Formales.

Se refiere al acceso a apoyo profesional, como profesores particulares, terapeutas ocupacionales y otros especialistas, así como a colegios, instituciones o servicios relacionados. Además, se incluyen elementos como talleres y fundaciones, ya que todas las entrevistadas destacaron haber recibido un gran apoyo psicológico de estas fuentes: "Le tomé un profesor... yo me he preocupado mucho de la cosa de la formación, mucho, mucho, mucho, porque de verdad quiero darle herramientas" (Lorena).

De hecho, él entró a un colegio que la profesora lo... Porque en ese tiempo no se escuchaba hablar de autismo, nada de eso. Entonces, la profesora lo integró al curso. Y con ella siguió hasta séptimo, hasta octavo año. Entonces ella fue un pilar muy importante con él (Sofía).

Informales.

Esta dimensión se relaciona con el apoyo que la cuidadora percibe que tiene o no en torno a la labor de cuidado referido a la familia, amigos, vecindario, etc. En todas las entrevistas se identificaron buenas redes de apoyo, específicamente en la familia y vecinos que hacen que la tarea del cuidar sea más amena: “Se supone que es para los chicos. Pero algunos no hacen nada, otros hacen un poquito [risas]... Y al final terminamos nosotros trabajando, conversando, hablando. Yo creo que ... es bueno porque nos apoyamos hartito en ese sentido” (Carmen).

Yo tengo una norma: si a mí me invitan a una parte y no puedo ir con Diego, no voy. Y todos mis amigos saben, toda la gente que me conoce sabe, y por lo tanto me invitan siempre con él (Lorena).

Yo le digo “¿Quieres ir a comprar?” por ejemplo. De repente me dice “Mamá quiero un helado” [le responde] “¿Te doy la plata y vamos a comprar?”. —Yo ya hablé con los chicos de la esquina, pa que lo atendieran y se preocuparan, o sea, no tengo problema, ellos tampoco, son los más amorosos que hay...ehhh...No, no se atreve [continuando la idea], yo voy con él: entra, saca el helado, lo compra, pero yo lo pago (Lorena).

Dinámica Familiar.

Se refiere a los cambios y dinámicas cotidianas observados en la familia debido al rol de cuidadora de un familiar adulto con TEA, considerando también la participación de otros hijos, hijas y la pareja. Entre los hallazgos se identificaron aspectos como el rol pasivo de la pareja, específicamente el padre del adulto con TEA en los casos estudiados, aportando principalmente en aspectos económicos y funcionales —en el sentido de cumplir con funciones específicas, por ejemplo, ir a hacer las compras en auto— Asimismo, los hermanos desempeñan un papel clave al asumir ciertas responsabilidades relacionadas con el cuidado, destacándose especialmente las hermanas. Por ejemplo, en el caso de la entrevistada dos, una de las hermanas de la persona cuidada colabora con la madre en aspectos prácticos del cuidado:

Con mi hija menor, la Antonia, tienen una relación... él la ve como la mamá chica. Entonces, cuando yo no estoy y tiene un problema, recurre a la Antonia. [...] Y la Antonia se lo resuelve, porque ella tiene una predisposición de cuidadora natural. Ella lo protege mucho, lo cuida mucho. De hecho, ella siempre me ha dicho, el día que tú te mueras, yo me quedo con el Felipe (Lorena).

En este contexto, algunas participantes mencionaron haber relegado su relación matrimonial, incluso el cuidado de sus otros hijos para priorizar la atención de la persona adulta con TEA. No obstante, también destacaron el ajuste funcional que la dinámica familiar experimentó para adaptarse a las necesidades de la persona adulta con TEA:

Claudio siempre me ha dicho: "Mamá, todo este camino que yo he hecho lo he hecho pensando que yo voy a tener que ser el apoyo de mi hermano". Mi marido también es supercooperador, me ayuda, es supercomprensivo. Somos una familia que funcionamos en torno a este joven con autismo (Diana).

Los primeros diez años de él, yo me dediqué mucho a él, demasiado. Entonces eso hizo que yo me dejara estar, la... también... la relación de matrimonio queda ahí como medio paralizada, a lo mejor hasta el... el cuidado del más chico, como él era tan independiente (Carmen).

Desafíos Asociados al Cuidado de una Persona TEA

Esta categoría refiere a las dificultades experimentadas a raíz del cuidado, girando en torno a las dimensiones identificadas como: tiempo dedicado al cuidado, deseo de independencia del familiar TEA, angustia por el futuro, expectativas no cumplidas y el "duelo por el hijo sano".

Tiempo Dedicado al Cuidado.

Hace referencia a la gran cantidad de tiempo necesaria para mantener exitosamente la labor de cuidado. En la mayoría de las entrevistas se resaltó la inversión del tiempo como el mayor coste de ser cuidadora, pues es una labor constante y demandante. Esta alta exigencia de tiempo repercute en una disminución significativa de disponibilidad de tiempo para otras actividades:

El horario de nosotros con Patricio, con el papá, siempre fue por él, entonces, como somos profes los dos, entonces uno trabajaba, ponte tú, en la mañana y el otro en la tarde, otro en la tarde-noche y otro en la mañana porque siempre estuvo él con nosotros o en el jardín o en la escuela (Carmen).

“Entonces, desde esa perspectiva, requiere mucho cuidado y supervisión. Él no es capaz de ir a comprar solo. Él no es capaz de moverse en el Metro o en una micro” (Lorena).

Deseo de Independencia del Familiar TEA.

Se refiere a la presencia del deseo de la cuidadora: Que la persona a quién cuida pueda llegar a ser más independiente en su vida diaria. Dicha independencia suele ser asociada como un elemento que favorecerá la calidad de vida y bienestar del adulto con TEA en el futuro, especialmente cuando la cuidadora no esté: “Porque a uno le gustaría que ellos fueran... que uno piensa que ser feliz es ser independiente, que pueda vivir solo, entonces... un poco de angustia, entonces claro, te estresa mucho” (Carmen).

Entonces ahora me dice “—Tengo hambre, mamá”. “—Anda a buscar al refrigerador lo que tú quieras” —le digo. Va, saca un plato. Ya, listo. ¿Te fijas? Pero eso hay que trabajarlo mucho. O sea, yo creo que ahí... Hay un tema que los cuidadores tienen que desarrollar harto. Yo lo hago harto en las charlas testimoniales que doy. Porque yo creo que ahí se falla mucho. O se sobreprotege, o se deja. Que se haga solo, digamos. Entonces, yo creo que ahí hay que generar un lazo para que esa autonomía se adquiera (Lorena).

Angustia por el Futuro.

Esta categoría aborda los sentimientos de la cuidadora, destacando predominantemente la angustia por el futuro de la persona cuidada. En todas las entrevistas emergió esta preocupación, especialmente la incertidumbre sobre quién se hará cargo de sus hijos cuando ellas ya no estén. Aunque cuentan con redes de apoyo que asumirán esa responsabilidad, expresaron angustia al pensar

que nadie los cuidaría con el mismo esmero y dedicación que ellas. Una de las entrevistadas manifestó que este tema le generaba tanta angustia que prefería evitar reflexionar sobre él:

A veces me lo pregunto, pero trato de no pensar en el futuro porque no sé, yo digo, se lo dejo a Dios. Porque yo sé que nosotros tenemos una gran pregunta: qué va a hacer si yo no estuviera. Entonces yo en vez de hacerme como mala sangre con eso, prefiero no pensar. Porque si no, ¿qué haría? Prefiero vivir el presente, ¿cierto? (hijo: —'Sí'). No, prefiero vivir el presente, no pensar en el futuro. (Hijo: —'No sé qué haría si mi mamá...'). Sí, poh (Sofía).

Seguimos nosotros, por lo menos esta generación, con mucha angustia. Yo trataría la angustia porque uno a la noche piensa y dice "si yo parto de este mundo ¿qué va a ser de mi hijo? Si yo no estoy mañana ¿qué va a ser de mi hijo?" .Y esa es una cuestión que tenemos todas en común, todas las madres que tenemos hijos especiales. Es una pesadilla (Diana).

Expectativas No Cumplidas.

Esta categoría explora las expectativas de las cuidadoras respecto al desarrollo personal de la persona cuidada o al progreso en relación con su diagnóstico. Algunas entrevistadas expresaron comparaciones con otras madres en diferentes circunstancias y manifestaron preocupación ante la posibilidad de tener que cuidar de un "niño" toda la vida.

En cambio las mamás que van creciendo, llegan a una edad que ya... no se preocupan de los hijos. Es decir, por lo último ...de salir po'. Uno siempre... yo creo que las mamás nos vamos a preocupar de los hijos, pero... no a ese nivel poh (Carmen).

A ver, ¿sabes qué me pasa? Soy una persona estudiosa, yo el autismo me lo sé al revés y al derecho. Yo te diría que la gran desilusión que yo tuve y que me afectó mucho en algún minuto en la vida —ahora no— era saber que no tiene ninguna recuperación. Porque yo estaba dispuesta a correr, a irme a China a pie, por la vereda del sol, si era necesario. Y uno hace lo imposible (Lorena).

Duelo por el Hijo Sano.

Dentro de la misma línea de las expectativas, el duelo por el hijo “sano” se refiere a las experiencias vividas por las cuidadoras desde el momento en que reciben el diagnóstico de sus hijos hasta el presente. Manifestaron haber asumido su rol de cuidadoras atravesando lo que ellas mismas definieron como un duelo.

Mira, yo creo que fue un proceso igual al duelo. Y eso de la negación, la tristeza profunda, el patear el mundo, el enojarse con Dios; después... empezar a aceptarlo. Después viene una etapa como la reivindicación medio fome que tú decís ya, lo que me tocó, qué sé yo. Y después, en el caso mío, agarré la fuerza. Pero fue un periodo igual al duelo. O sea, si yo lo comparo con un duelo cuando murió mi mamá, es lo mismo. Con una diferencia. Cuando a ti se te muere alguien de muerte, ese duelo no es que tenga principio y fin, pero tiene un proceso de aceptación distinto. El duelo de una situación que permanece en el tiempo no se termina nunca (Lorena).

Yo creo que sí... yo creo que sí... esto más otras cosas que le van pasando a uno en la vida... igual... yo creo que al final... tiene consecuencias porque en realidad al tener un niño con dificultades es como pasar un duelo que a veces nunca termina... [...] A tener un hijo sano, tener un hijo... bueno, no “sano”, sin condiciones especiales por decir así (Carmen).

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue explorar la relación de cuidado entre la cuidadora familiar y el adulto con trastorno del espectro autista [TEA] en la Región Metropolitana de Chile, desde la perspectiva de quien cuida a partir de la noción de la ética del cuidado.

Se planteó la pregunta ¿Cómo perciben las cuidadoras la relación de cuidado con su familiar adulto con TEA, en la Región Metropolitana de Chile?

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas nos permitieron responder a dicha pregunta ya que revelan las experiencias multifacéticas y complejas

que rodean el rol de cuidadora. Las participantes describieron sentimientos positivos asociados al cuidado, como una mayor empatía, un profundo sentido de responsabilidad y crecimiento personal. Estos hallazgos sugieren que, a pesar de los desafíos inherentes al cuidado de una persona con TEA, las cuidadoras logran encontrar un sentido de propósito en su labor. Asimismo, se identificaron diversos factores que influyen en la relación entre cuidadora y persona cuidada, destacándose las redes de apoyo como un elemento crucial para el bienestar de las cuidadoras y la calidad del cuidado brindado.

Este apoyo no se limita a las redes familiares y amistades, sino que incluye grupos comunitarios, talleres y organizaciones que ofrecen respaldo emocional y recursos, creando espacios de interacción y acompañamiento con otros cuidadores. Estudios como el de Cruz et al. (2024) enfatizan que el cuidado es una responsabilidad asociada a altos niveles de estrés y que, en ausencia de apoyos adecuados, puede afectar negativamente tanto el bienestar del cuidador como del receptor de los cuidados.

En esta misma línea, las cuidadoras resaltaron la importancia de estar informadas sobre las implicancias del diagnóstico de TEA. Sin embargo, señalaron que, al inicio, enfrentaron dificultades debido a la falta de apoyo informativo sobre lo que implica ser cuidadora de un hijo con TEA, lo que generó un mayor nivel de estrés. Este hallazgo, según la premisa de Cruz et al. (2024), evidencia una carencia en los servicios disponibles, al no proporcionar a los cuidadores y cuidadoras, suficiente información y orientación sobre la naturaleza y las exigencias de su labor. Además, el impacto personal experimentado por las cuidadoras refleja no solo el proceso inherente en el acto de cuidar, sino también las luchas personales que enfrentaron a lo largo de sus vidas al asumir esta responsabilidad (Cruz et al., 2024).

En el ámbito del impacto personal, la psicología adquiere especial relevancia. Aunque las cuidadoras identificaron varios aspectos positivos derivados de su rol, como mayor empatía y resiliencia, surge una preocupación recurrente: la angustia hacia el futuro. Esto se alinea con lo señalado por Azman et al. (2017), quienes

destacan que esta problemática es común entre los cuidadores de personas con trastornos mentales, reflejando la inquietud sobre quién asumirá el cuidado de la persona cuidada cuando ellos ya no puedan hacerlo.

En este marco, las cuidadoras señalaron aspectos negativos como un alto gasto económico asociado al cuidado, la necesidad de abandonar su desarrollo profesional para atender a la persona adulta con TEA, el descuido de sus propias necesidades y una constante preocupación por las responsabilidades futuras. Estos aspectos, según lo identificado por Cruz et al. (2024), están estrechamente relacionados con factores estresantes derivados de la labor del cuidado, evidenciando el impacto multidimensional que esta tarea puede tener en la vida de quienes la asumen.

Por esto, en el estudio de Marsack-Topolewski y Samuel (2017) se concluyó que las redes de apoyo informales desempeñan un papel crucial en la mediación de la carga del cuidador y en la mejora de la calidad de vida de los padres/madres. Esto se complementa con los resultados de la presente investigación, ya que las cuidadoras, al reflexionar sobre la dinámica familiar, destacaron la importancia de contar con una buena red de apoyo dentro del círculo familiar. Este apoyo, en adición al entregado por vecinos y amigos, permitía distribuir las responsabilidades del cuidado de la persona adulta con TEA, aliviando la carga y preocupaciones de la cuidadora principal.

Por otro lado, diversos artículos sobre el rol de las cuidadoras se centran en el cuidado como una tarea con una connotación predominantemente negativa, que implica altas demandas para los cuidadores familiares (Chen y Lukens, 2011). Sin embargo, esta investigación ofrece una perspectiva diferente sobre la temática del cuidado al adscribir a la perspectiva conceptual de la ética del cuidado (Engster y Hamington, 2015).

Al enfocarse en las cuidadoras de familiares, se observa que, a pesar de reconocer la presencia de demandas del cuidado, esta acción es descrita como una labor que nace desde el amor, la paciencia y el sentido de responsabilidad

inherente a su rol de madres, otorgando al cuidado un significado más profundo y con una connotación mayoritariamente positiva. También se observó que en la relación cuidadora- persona cuidada, no es solo la segunda quien recibe cuidados, sino que la persona cuidada también cuida, de forma distinta, a la cuidadora. Este es otro de los aspectos positivos de ser cuidadora y es coherente con la teoría de la ética del cuidado, en la que se presenta una interdependencia entre cuidadora y persona cuidada (Engster y Hamington, 2015).

En cuanto a los hallazgos de la investigación, la relación entre una cuidadora y su familiar adulto con TEA está influenciada por diversos factores; entre ellos, la percepción del rol de cuidado, las transformaciones en áreas personales, el acceso a redes de apoyo y los desafíos asociados al cuidado. Estos elementos impactan, tanto en la calidad de la interacción cotidiana entre la cuidadora y la persona cuidada, como en el bienestar psicológico, social y económico de la cuidadora.

Entre los resultados no esperados surgieron temáticas como el duelo por el hijo sano. Este hallazgo resultó llamativo, ya que en la literatura revisada previamente a la realización de las entrevistas se encontró escaso material al respecto. Sin embargo, casi todas las participantes coincidieron en interpretar el cuidado de un hijo con TEA como un proceso que implica transitar por etapas propias del duelo, lo que subraya la relevancia de este aspecto en su experiencia.

Conclusiones

Los hallazgos esenciales de la investigación revelaron que las cuidadoras enfrentan experiencias complejas, caracterizadas por desafíos significativos, pero también por momentos de satisfacción personal y crecimiento. Entre los aspectos positivos, destacan el desarrollo de mayor empatía, un sentido de responsabilidad y la percepción de propósito en su rol. Estos elementos muestran que, pese a las dificultades inherentes al cuidado de un adulto con TEA, existen fortalezas resilientes en las cuidadoras, las que influyen de manera positiva en la relación de cuidado.

Así también, se identificó el apoyo social como un factor fundamental para el

bienestar de las cuidadoras y la calidad del cuidado ofrecido. Este apoyo trasciende las redes familiares y abarca recursos como talleres, grupos comunitarios y organizaciones, configurándose como espacios de interacción y contención emocional para las cuidadoras. Estos resultados se alinean con investigaciones previas, como la de Cruz et al. (2024), que resaltan el impacto del estrés en las cuidadoras y la importancia de contar con redes de apoyo estructuradas.

En términos de contribuciones al campo de estudio, esta investigación amplía el conocimiento sobre la experiencia de las cuidadoras familiares de adultos con TEA, un grupo poco explorado en la literatura existente. Así, ofrece una base para el diseño de intervenciones orientadas al fortalecimiento de redes de apoyo y programas que consideren las necesidades emocionales y prácticas de las cuidadoras.

Los alcances de esta investigación radican en la comprensión más profunda de la dinámica de cuidado y la identificación de factores que influyen en ella. Su relevancia social se encuentra en la visibilización de una problemática que afecta tanto a las cuidadoras como a las personas con TEA, contribuyendo a la discusión sobre políticas públicas inclusivas y sistemas de apoyo más efectivos.

Respecto a las limitaciones de la investigación, el acceso a la muestra resultó desafiante debido a la escasez de contactos, lo que dificultó el desarrollo de este estudio. En este sentido, contar con un mayor número de participantes podría haber enriquecido el análisis, permitiendo explorar una diversidad más amplia de perspectivas y profundizar en nuevas temáticas o dinámicas dentro del cuidado de un familiar adulto con TEA. Además, el estudio se realizó únicamente en la Región Metropolitana de Chile por lo cual los resultados pueden no ser aplicables a otros contextos culturales o regiones del país, pues las experiencias de las cuidadoras pueden variar significativamente según el entorno social, económico y cultural, lo que resalta la importancia de futuras investigaciones que exploren diferentes contextos y comparen sus resultados con los de este estudio.

En cuanto a la proyección futura, se sugiere la realización de estudios longitudinales que permitan analizar cómo evoluciona la relación de cuidado entre las cuidadoras y los adultos con TEA a lo largo del tiempo, considerando las transformaciones en las necesidades de cuidado y las capacidades de las cuidadoras en diferentes etapas del ciclo vital. Este enfoque podría proporcionar una comprensión más integral de los desafíos y las estrategias adaptativas utilizadas en el tiempo, lo que serviría como base para diseñar políticas públicas y programas de apoyo más sostenibles.

Además, resulta fundamental centrar los esfuerzos en la investigación y desarrollo de intervenciones específicas que promuevan el bienestar emocional, físico y psicológico de las cuidadoras familiares. Estas intervenciones podrían incluir talleres de manejo del estrés, redes de apoyo comunitarias, servicios de cuidado temporal y acceso a recursos educativos que permitan a las cuidadoras desarrollar habilidades para afrontar los desafíos diarios y mejorar la calidad del cuidado que brindan. Abordar estas áreas no solo tendría un impacto positivo en las cuidadoras, sino también en la calidad de vida de las personas con TEA que reciben sus cuidados.

Agradecimientos

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos al profesor Ernesto Bouey Vargas y a sus ayudantes Camila Pacheco y Almendra Barrera, por guiar al equipo de la investigación durante la totalidad del proceso. Asimismo, extendemos nuestros agradecimientos a las informantes que participaron en las entrevistas, por su tiempo y cooperación.

Referencias

- Andréu, J., García-Nieto, A., & Pérez, A. (2007). *Cuadernos metodológicos 40*. Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Anguera, M. (1986). La investigación cualitativa. *Educar*, 10, 23-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5570238>
- Azman, A., Singh, P., & Sulaiman, J. (2017). The mentally ill and their impact on family caregivers: A qualitative case study. *International Social Work*, 62(1), 461-471. <https://doi.org/10.1177/0020872817731146>
- Cantillo-Medina, C., Perdomo-Romero, A., & Ramírez-Perdomo, C. (2022). Characteristics and experiences of family caregivers in the mental health setting. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(2), 185-192. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11111>
- Chen, W., & Lukens, E. (2011). Well being, depressive symptoms, and burden among parent and sibling caregivers of persons with severe and persistent mental illness. *Social Work in Mental Health*, 9(6), 397-416. <https://doi.org/10.1080/15332985.2011.575712>
- Cruz, E., Paré, M. A., Stan, C., Voth, J., Ward, L., & Taboun, M. (2024). Caring for the caregiver: An exploration of the experiences of caregivers of adults with mental illness. *SSM - Qualitative Research in Health*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100406>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
- Engster, D. (2005). Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 20(3), 50-74. <https://www.jstor.org/stable/3811114>
- Engster, D., & Hamington, M. (Eds.) (2015). *Care ethics and political theory*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198716341.001.0001>
- Icart, M., Fuentelsaz, C., & Pulpon, A. (2006). *Elaboración y presentación de un*

- proyecto de investigación y una tesina*. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado. (2023). Estudio MICARE 2023. *Personas cuidadoras y trabajo de cuidado en Chile*. https://www.micare.cl/wp-content/uploads/2023/12/Estudio_MICARE_2023.pdf
- Marsack-Topolewski, C. N., & Church, H. L. (2019). Impact of caregiver burden on quality of life for parents of adult children with autism spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 124(2), 145-156. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-124.2.145>
- Marsack-Topolewski, C. N., & Graves, J. M. (2020). «I worry about his future!» Challenges to future planning for adult children with ASD. *Journal of Family Social Work*, 23(1), 71-85. <https://doi.org/10.1080/10522158.2019.1578714>
- Marsack-Topolewski, C. N., & Maragakis, A. (2021). Relationship between symptom severity and caregiver burden experienced by parents of adults with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 36(1), 57-65. <https://doi.org/10.1177/1088357620956927>
- Marsack-Topolewski, C. N., & Samuel, P. S. (2017). Mediating effects of social support on quality of life for parents of adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2378-2389. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3157-6>
- Reinharz, S. R. (1992). *Feminist methods in social research*. Oxford University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA2162887X>
- Vaquiro, S., & Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 17-24. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>



Comparación de la Calidad de Sueño entre Personas dentro del Espectro Autista y Personas Neurotípicas

Yaret Montenegro Lagos, Pedro Ahumada Rioseco,
Constanza Mella Cofré, Javiera Rojas Fuentes

Resumen

El propósito de esta investigación fue comparar la calidad de sueño entre personas dentro del trastorno del espectro autista y personas neurotípicas en el rango de 18 a 25 años, dentro del territorio chileno. La hipótesis planteó si las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista tienen una peor calidad del sueño en comparación con las personas neurotípicas. El objetivo principal fue identificar las diferencias entre ambos grupos. Se realizó una investigación cuantitativa, no experimental y transversal, y se aplicó el test de Pittsburgh para medir la calidad del sueño, además de evaluar sus diferentes aspectos. Los resultados indican que las personas con trastorno del espectro autista tienen una peor calidad de sueño que las neurotípicas, destacando la importancia de considerar la dimensión de la calidad de sueño en personas con este trastorno.

Palabras clave: calidad de sueño, trastorno del espectro autista, neurotípico, test de Pittsburgh, alteraciones del sueño.

Introducción

Uno de los desafíos de estudiar la relación entre el sueño y el trastorno del espectro autista (TEA), es el hecho de que ha sido poco estudiado en las personas con este trastorno, sobre todo en el grupo etario de adolescentes y adultos/as jóvenes (Sanz, 2022). Investigar acerca de esta relación podría contribuir a determinar cómo el sueño se ve afectado al presentarse este trastorno.

* Este artículo fue escrito durante la realización del curso Investigación II, impartido por la profesora Sussanne Reyes y la ayudantía de Andrés Sangüesa.

Los seres humanos transitan en dos estados: la vigilia y el sueño, conocidos como “el ciclo de sueño/vigilia”, proceso fundamental para el funcionamiento óptimo del cerebro y del cuerpo (Reyes, 2021). En el ciclo sueño/vigilia hay una interacción de dos procesos: el homeostático y el circadiano. La homeostasis es el proceso mediante el cual los sistemas del cuerpo mantienen una regulación interna frente a la oscilación del medio externo. Regula aspectos como la temperatura corporal, por lo que una falla en esta regulación puede tener graves consecuencias, incluyendo la muerte (Billman, 2020). Por otra parte, los ciclos circadianos son ritmos biológicos que funcionan como relojes dentro del cuerpo, donde hay células neuronales que impulsan al organismo a tener ciclos de actividad que se repiten aproximadamente cada veinticuatro horas (Shook, 2022). De tal modo, estos mecanismos funcionan en conjunto para mantener la regulación del sueño y la vigilia, teniendo un papel fundamental para la salud, ya que permiten que el cuerpo y el cerebro funcionen de manera óptima. Además, se menciona que el reloj biológico está vinculado al ciclo de luz-oscuridad, lo que permite que las personas duerman de noche y se mantengan despiertas durante el día.

La calidad del sueño va más allá de la cantidad de horas dormidas, se define como la sensación de dormir bien por la noche y tener un buen rendimiento diurno (Fabres y Moya, 2021). Esto implica asegurar un tiempo de descanso adecuado, sin interrupciones significativas, la ausencia de trastornos del sueño y la mantención de una rutina regular de horarios para dormir (Reyes, 2021).

Es importante destacar que los problemas de sueño son un motivo de consulta frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Diversos factores de la actualidad, como la exposición a la luz y la reducción de la actividad física, influyen la dificultad para conciliar el sueño: 6 de cada 10 personas tienen problemas de sueño durante la semana (Castillo et al., 2022).

Dashti et al. (2015) describe la relación entre la menor cantidad de horas de sueño y enfermedades como la obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares,

hipertensión y trastornos del estado de ánimo. En cuanto al último punto, la privación extrema del sueño puede provocar un estado mental psicótico, con paranoia y alucinaciones; puede producir episodios maníaco-depresivos, y también, mayores grados de estrés y trastornos gastrointestinales. Además, se destaca la influencia del dormir menos horas de las recomendadas y de la menor calidad de sueño en las habilidades sociales, el comportamiento estereotipado, el rendimiento académico y cognitivo (Klukowski et al., 2015).

En cuanto al TEA, se puede definir como un trastorno del neurodesarrollo condicionante de una neurovariabilidad caracterizada por la interacción social disminuida con deficiencia del desarrollo de la comunicación verbal o no verbal, e inflexibilidad en el comportamiento al presentar conductas repetitivas e intereses restringidos (Alcalá y Ochoa, 2022).

La neurobiología señala que el autismo puede ser resultado de diversas anomalías, incluyendo trastornos congénitos, neuropediátricos y adquiridos, como la parálisis cerebral, esquizofrenia, distonía y los procesos de neuroplasticidad del desarrollo. Estos procesos permiten la reestructuración y recuperación de la función cerebral, a través de la regeneración de neuronas y la creación de nuevas conexiones (Martínez-Morga et al., 2018). Incluso, desde un punto de vista etiológico, estos trastornos están muy influenciados por factores genéticos, “considerándose trastornos poligénicos (múltiples genes implicados con carga patogénica escasa y variable) y, por tanto, derivados de una combinación de alteraciones genéticas de novo (mutaciones espontáneas) asociadas a una predisposición derivada de variaciones comunes heredadas” (Martínez-Morga et al., 2018, p. 98). Como trastorno del neurodesarrollo, está asociado a anomalías estructurales derivadas de alteraciones durante el desarrollo embrionario del cerebro, por lo tanto, su consecuencia son desviaciones funcionales que se manifiestan tempranamente en la vida, junto con alteraciones en la conducta, discapacidad intelectual o retraso en el desarrollo psicomotor (Martínez-Morga et al., 2019).

Existe una gran muestra de estudios que plantean diferencias en varios ámbitos entre las personas con TEA y neurotípicos (personas sin TEA). Se ha visto que los individuos con TEA producen y analizan el lenguaje no verbal de manera diferente a las personas neurotípicas (Trujillo et al., 2021). Estas diferencias no solo se ven reflejadas en aspectos cognitivos sino también en el ámbito de la nutrición, donde los niños/as con TEA tienen una mayor probabilidad de tener problemas gastrointestinales y nutricionales, mostrando mayor probabilidad de ganancia de peso en comparación con niños/as que siguen patrones de alimentación similares sin formar parte del espectro (Spieler, 2022).

Dentro del ámbito social, se ha observado que las mujeres con TEA tienen mayores dificultades con las habilidades para inferir en el comportamiento social y son más propensas y vulnerables a experimentar interacciones sociales negativas en comparación con mujeres neurotípicas (Sedgewick et al., 2019).

En relación al TEA y el sueño, estudios realizados han concluido que, en comparación con personas neurotípicas, los niños, adolescentes y adultos autistas muestran diferencias relacionadas con la arquitectura del sueño, menor tiempo total y eficiencia del sueño, y mayor latencia al dormir (Chen et al., 2021; Kawai et al., 2023; Morgan et al., 2020; Tse et al., 2020). Además, se destaca la influencia del sueño en las habilidades sociales, el comportamiento estereotipado y el rendimiento académico y cognitivo, incluyendo mayores grados de estrés y trastornos gastrointestinales (Klukowski et al., 2015).

Las personas con TEA tienen una prevalencia aproximada del 45% al 80% de sufrir trastornos del sueño, tales como insomnio, alteraciones en el ritmo circadiano, sueño ligero, presencia de despertares nocturnos y la disminución del tiempo total del sueño (Arboledas, 2021; Halstead et al., 2021; Tani et al., 2005). En relación a esto, se señala que su reloj interno podría expresarse de manera diferente (Ballester et al., 2020), afectando su funcionamiento diario y su calidad de vida (Abdullah et al., 2021). Se ha determinado también, que los problemas de sueño en niños/as

con TEA persisten en la adultez (Baker y Richdale, 2015). Por otra parte, los adultos con TEA refieren principalmente las dificultades para dormir y permanecer dormidos (Sanz, 2022).

Como señala la Organización Mundial de la Salud (2023), durante muchos años, este trastorno ha estado acompañado de una connotación negativa por parte de la sociedad, lo que ha hecho que existan prejuicios, estereotipos y mitos sobre este, lo que afecta a la población que presenta el trastorno. A pesar del enfoque más actual en los estudios sobre las diversas neurodivergencias, aproximadamente solo un 0,4% de estos estudios están hechos sobre la población con TEA adulta (Mason et al., 2022), mientras que la gran mayoría se dirige exclusivamente a padres de infantes que cuenten con el diagnóstico, dejando de lado a las y los adultos jóvenes, quienes pueden ser víctimas de los llamados “diagnósticos tardíos” porque en su infancia no contaron con el apoyo correspondiente, y en la adultez se enfrentan a nuevos desafíos sin poder conocer algo tan vital como es su propio ciclo y calidad de sueño, debido a la falta de estudios en su grupo etario.

Con la información mencionada, el principal objetivo de esta investigación fue identificar y establecer la diferencia en la calidad de sueño de personas con TEA y personas neurotípicas, entre 18 y 25 años. Se espera que la calidad de sueño sea menor en el grupo con TEA en comparación a sus pares neurotípicos.

Marco Metodológico

Diseño

Esta investigación fue cuantitativa, con un diseño no experimental y transversal. El muestreo fue no probabilístico, en cuotas, ya que se seleccionaron participantes que cumplieron ciertas características predefinidas, donde también se buscó completar una cantidad fija de participantes para cada categoría.

Participantes

El tamaño de la muestra correspondió a 87 personas: 45 de ellas han sido diagnosticadas con TEA y 42 sin TEA (neurotípicas). En cuanto a los criterios de inclusión, los participantes debían tener entre 18 y 25 años, cumplir con tener un diagnóstico TEA para estar en uno de los grupos de estudio y no tener este diagnóstico para pertenecer al grupo de personas neurotípicas. Como criterios de exclusión, se consideró a las personas que consumieran medicamentos inductores del sueño, personas embarazadas y personas con trastornos del sueño.

Producción de Datos

Para el reclutamiento de participantes, se creó un *flyer* digital con un código QR que fue difundido a través de historias y publicaciones de Instagram desde la cuenta @inv.tea.udp que dirige al archivo del consentimiento informado, junto con el cuestionario online. En primer lugar, se presentó el consentimiento informado, donde las personas lo leyeron y seleccionaron la opción de aceptar participar o no participar. En el caso de aceptar participar, se entregaba la opción de descargar el PDF del Consentimiento Informado luego se redirigía al formulario online de Google (Google Forms) para poder responderlo. Las personas que no aceptaron participar no tuvieron acceso al cuestionario.

Por otro lado, la información recolectada fue organizada en una hoja de datos de Excel a la que solo los autores/as de la investigación tuvieron acceso. Todo el material con información sobre los participantes será resguardado hasta el 16 de diciembre del 2025. Después de esta fecha será eliminado.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

Como se mencionó anteriormente, se recolectaron los datos de tres cuestionarios mediante un formulario online de la plataforma *Google Forms*. El Cuestionario de Pittsburgh se usó para evaluar la calidad del sueño (Bussey,

1989). Para esto se categorizaron los puntajes de tal forma que las personas con puntaje de 0 a 5 tienen una calidad de sueño buena o normal, de 6 a 10 una calidad de sueño ligeramente deficiente y por último, de 11 a 21, una calidad de sueño muy deficiente. Además, se recolectó información sobre el consumo de cafeína para evaluar su posible impacto en la calidad de sueño, con el fin de tener una variable control, utilizando el Caffeine Consumption Questionnaire (Preston, 2015), que establece que un consumo en cantidades iguales o superiores a 250 mg de cafeína puede afectar negativamente a la calidad de sueño. Asimismo, se recopiló información acerca del consumo de alcohol mediante el Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol en su versión abreviada (AUDIT-C) (Bush, 1998); la versión abreviada consta solo de 3 preguntas. Este cuestionario indica un consumo de bajo riesgo con un puntaje de 0 a 4 en hombres y de 0 a 3 en mujeres, y un consumo de riesgo con un puntaje de 5 puntos o más en hombres, y de 4 o más en mujeres. La información recolectada en estos dos últimos cuestionarios fue utilizada para evaluar el efecto del consumo de cafeína y alcohol en la variable dependiente de este estudio. Con respecto al tiempo estimado en la recolección de datos de cada participante, este fue de aproximadamente 20 minutos.

Análisis de Datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 25. En primer lugar, se realizó una prueba de normalidad para los puntajes del test de Pittsburgh a partir de Shapiro-Wilk. Posteriormente se realizó una prueba t para muestras independientes de ambos grupos TEA y neurotípicos. Además, para evaluar las variables moderadoras como el consumo de alcohol y cafeína, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Para este análisis se consideró como significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recopilados en relación con la calidad de sueño: primero, de

manera descriptiva, y luego, de manera relacional, acorde con los objetivos de la investigación. Para ello, se trabajó con una muestra de 87 participantes (52% TEA y 48% neurotípicos) entre los 18 y 25 años: 20 hombres y 58 mujeres; 6 personas prefirieron no especificar su sexo, y 3 respondieron “otro”.

A partir de los datos recolectados del Test de Pittsburgh se realizó una prueba estadística que representa los resultados de los puntajes totales del test, junto con su correspondiente categorización.

Se realizó una prueba de normalidad para los puntajes del Test de Pittsburgh, la que arrojó una distribución normal para las variables de ambos grupos según la prueba de Shapiro-Wilk ($p > 0.05$).

A partir de esto se utilizó la prueba t para muestras independientes, comparando ambos grupos: personas TEA y neurotípicas. Esto demostró una diferencia significativa en las medias del puntaje total en el cuestionario de Pittsburgh entre los grupos, mostrando que el grupo neurotípico presenta mejor calidad de sueño que el grupo de personas TEA ($M = 10,76$ vs $M = 12,96$, $p < 0.01$) (Tabla 1).

Tabla 1

Datos Recolectados Test Pittsburgh.

Categorías de Pittsburgh	Neurotípicos	TEA
Normal	0	1
Ligeramente deficiente	20	8
Muy deficiente	22	36
Puntaje total	42	45
Media	10,76	12,96
Desv. Desviación	2,694	3,007
Desv. Error Promedio	,416	,448

En cuanto al consumo de cafeína, se categorizó de acuerdo a su impacto en la calidad del sueño. Se determinó que 77 (88,5%) personas tienen un consumo de cafeína que afecta a la calidad de sueño, y 10 (11,5%) tienen un consumo de cafeína que no afecta a la calidad del sueño. Luego se ejecutó una prueba Chi cuadrado entre las categorías de la calidad del sueño y el consumo categorizado que la afecta, lo que establece que no hay una asociación significativa entre el consumo de cafeína y la mala calidad de sueño ($p > 0.05$).

En cuanto al consumo de alcohol, se realizó una categorización de consumo según el riesgo de consumo. En el grupo masculino, 13 personas fueron identificadas como bajo riesgo de consumo, y 7, con alto riesgo, mientras que en el grupo femenino, 57 personas presentaron un consumo de bajo riesgo, y solo 1, de alto riesgo. También 9 personas no especificaron el sexo, pero según los puntajes, su consumo fue clasificado como bajo riesgo. La prueba Chi cuadrado, realizada entre las categorías de consumo de alcohol y calidad de sueño, mostró que hay asociación significativa entre el consumo de riesgo y la mala calidad de sueño ($\chi^2 = 11,2, p < 0.05$) (Tabla 2).

Tabla 2.

Calidad de Sueño y Consumo de alcohol.

Categorías de Pittsburgh	Bajo consumo de riesgo	Alto consumo de riesgo
Normal	1 (1,15%)	0(0.0%)
Ligeramente deficiente	3 (3,45%)	25 (28,74%)
Muy deficiente	4(4,60%)	54 (62,07%)

Finalmente, se realizó una tabla cruzada entre los grupos de personas neurotípicas y TEA, y el consumo de alcohol de alto o bajo riesgo. Estos hallazgos —aunque no fueron significativos— sugieren que en general hay un consumo de bajo riesgo en ambos grupos ($\chi^2 = 0,07, p = 0.79$) (Tabla 3).

Tabla 3

Categoría de Riesgo según AUDIT-C TEA entre los Grupos TEA y Neurotípicos.

Categoría de riesgo (AUDIT-C)	Neurotípicas	TEA
Alto riesgo	39 (45%)	40 (46%)
Bajo riesgo	3 (3%)	5 (6%)

Discusión

Con respecto a la pregunta ¿Existe una peor calidad de sueño en las personas con TEA con respecto a las personas neurotípicas?, se planteó una hipótesis inicial que enunciaba que las personas con TEA experimentarían una peor calidad de sueño en comparación con los individuos neurotípicos. Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el diagnóstico TEA y la calidad de sueño en personas jóvenes de 18 a 25 años que residen en el territorio chileno.

Los resultados del análisis indicaron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe una diferencia significativa entre la calidad de sueño de personas diagnosticadas con TEA y de personas neurotípicas.

Estos resultados sobre la menor calidad de sueño se complementan con varios estudios previos como el de Chen et al. (2021), Kawai et al. (2023), Morgan et al. (2020) y Tse et al. (2020) que indican que personas con TEA de diferentes edades mostraron diferencias con respecto a la arquitectura del sueño, menor tiempo total y eficiencia del sueño, y mayor latencia al dormir, en comparación con personas neurotípicas. Por cierto, dentro de los estudios que expresan las características de la calidad de sueño de las personas con TEA, hay una demostración de la prevalencia que tienen estas personas, de sufrir trastornos del sueño, que va desde el 45% al 80% según estudios como el de Arboledas (2021), Halstead et al. (2021) y Tani et al. (2005).

A pesar de estos hallazgos, es importante mencionar que la cantidad de personas con buena o normal calidad de sueño es mínima. Se evalúa la calidad de sueño de las personas con TEA principalmente como muy deficiente, pero el grupo de las personas neurotípicas tiene la característica de rondar entre levemente deficiente y muy deficiente.

Dentro de las variables moderadoras se aclaró que no hay asociación significativa entre el consumo de cafeína y la calidad de sueño en la muestra estudiada, pero este dato se pudo ver sesgado porque la mayoría de la muestra tiene un alto consumo de cafeína que afecta a la calidad de sueño. Todo esto demuestra que hay un importante problema relacionado con la calidad del sueño en este rango etario, considerando la mala calidad del sueño generalizada y el alto consumo de cafeína.

También se observó en la variable moderadora una asociación significativa entre el consumo de alcohol y una calidad de sueño muy deficiente. Estos resultados exponen que el consumo de alcohol tiene un impacto negativo en la calidad de sueño, como menciona Nolla (2019), quien comenta que el consumo de alcohol es considerado un factor de riesgo al momento de desarrollar diversos trastornos del sueño, como la apnea del sueño.

Aquello demuestra la importancia de considerar como “variable moderadora” el consumo de alcohol en estudios relacionados con patrones y calidad de sueño. Es importante considerar que en este resultado sólo se incorporaron 8 personas con un consumo de alto riesgo, pero coinciden con una calidad de sueño muy deficiente.

Dentro de las principales limitaciones del estudio se encuentran, en primer lugar, el tamaño de la muestra. Este factor podría no ser representativo de la diversidad que caracteriza al TEA, ya que las características de los individuos varían considerablemente dentro del espectro.

Otro aspecto para destacar es la prevalencia de diagnósticos de trastornos de salud mental, como depresión o ansiedad, ya que esta fue una variable que no

pudo ser controlada debido a la alta presencia de estos en el grupo estudiado, especialmente dentro de las personas que presentaban un diagnóstico de TEA.

Considerando los resultados obtenidos y las limitaciones de esta investigación, se sugiere aumentar el tamaño de la muestra total para garantizar una mayor representatividad de la población. También se aconseja considerar e incluir otros rangos etarios para obtener resultados que incluyan a más personas, considerando las variables moderadoras que se mencionan en esta investigación.

A partir de lo anterior, es posible desprender diversas vías investigativas enfocadas en profundizar sobre el TEA y la calidad de sueño. Algunos ejemplos de posibles vías investigativas— tomando entre las bases, esta investigación— podrían ser: indagar en las razones biológicas de una calidad deficiente de sueño en personas que forman parte del Espectro Autista; evaluar la comorbilidad con otros trastornos que puedan influir en el desarrollo de trastornos del sueño, y profundizar en aspectos relacionados con la calidad de sueño, como la higiene de este mismo, en individuos que cuenten con el diagnóstico de TEA.

Conclusiones

Las personas de 18 a 25 años que presentan un diagnóstico de TEA, tienen una calidad de sueño significativamente deficiente en comparación con sus pares neurotípicos, residentes en el territorio chileno.

Los resultados de este estudio demuestran la importancia del área investigativa dentro del TEA, evidenciando la clara diferencia que existe entre este grupo y sus pares neurotípicos, en lo que respecta a calidad de sueño.

Se entregó información relevante sobre el rango etario de 18 a 25 años, el que no había sido considerado en investigaciones previas. La falta de estudios en adultos jóvenes con TEA, los limita al momento de comprender mejor su propio funcionamiento y buscar estrategias que se adapten a sus necesidades,

las que difieren de las investigadas en grupos etarios más jóvenes y de sus pares neurotípicos. También significa un gran avance dentro de la investigación latinoamericana, ya que la gran mayoría —si no todos los estudios previos— han sido aplicados en países de otros continentes. Este estudio entrega bases a futuras investigaciones, demostrando relevancia dentro del ámbito académico e investigativo, un área bastante deficiente en cuanto a información y estudios en comparación a otras áreas de diferentes muestras.

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a la Universidad Diego Portales, por proporcionar las herramientas necesarias para llevar a cabo este proyecto de investigación. Se agradece también a la profesora Sussanne Reyes y al ayudante Andrés Sangüesa de Investigación II. Extendemos el agradecimiento a Fernanda Hurtado, Socióloga de la Universidad Diego Portales, por su asesoramiento en el análisis de datos. Agradecemos, además, la participación de nuestra compañera Ignacia Bermudez por su colaboración en el proceso de esta investigación.

Referencias

- Abdullah, M. M., Neville, R. D., Donnelly, J. H., & Lakes, K. D. (2021). Are parental depressive symptoms related to the sleep quality and physical activity of their children with developmental disabilities? *Research in Developmental Disabilities, 119*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104091>
- Alcalá, G., & Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- Arboledas, G. P. (2021). Insomnio infantil: Nuevos conceptos. *Pediatría Integral*, 25(1). https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv01/08/n1-046e1-5_Esp_PinArbo.pdf
- Baker, E. K., & Richdale, A. L. (2015). Sleep patterns in adults with a diagnosis of high-functioning autism spectrum disorder. *Sleep*, 38(11), 1765–1774. <https://doi.org/10.5665/sleep.5160>
- Ballester, P., Richdale, A. L., Baker, E. K., & Peiró, A. M. (2020). Sleep in autism: A biomolecular approach to aetiology and treatment. *Sleep Medicine Reviews, 54*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101357>
- Billman, G. E. (2020). Homeostasis: The underappreciated and far too often ignored central organizing principle of physiology. *Frontiers in Physiology, 11*, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.00200>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine, 158*(16), 1789-1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Castillo, J. L., Larraín, C., & Lagos, F. (2022). *El buen dormir. Trastornos, mitos y terapias del sueño*. Ril Editores.
- Chen, X., Liu, H., Wu, Y., Xuan, K., Zhao, T., & Sun, Y. (2021). Characteristics of sleep architecture in autism spectrum disorders: A meta-analysis based on

- polysomnographic research. *Psychiatry Research*, 296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113677>
- Dashti, H. S., Scheer, F. A., Jacques, P. F., Lamon-Fava, S., & Ordovás, J. M. (2015). Short sleep duration and dietary intake: epidemiologic evidence, mechanisms, and health implications. *Advances in Nutrition*, 6(6), 648-659. <https://doi.org/10.3945/an.115.008623>
- Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: Conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.09.001>
- Halstead, E. J., Sullivan, E. C., & Dimitriou, D. (2021). The impact of COVID-19 on sleep in autistic adults: Longitudinal comparisons pre and during lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.708339>
- Kawai, M., Buck, C., Chick, C. F., Anker, L., Talbot, L., Schneider, L., Linkovski, O., Cotto, I., Parker-Fong, K., Phillips, J., Hardan, A. Y., Hallmayer, J., & O'Hara, R. (2023). Sleep architecture is associated with core symptom severity in autism spectrum disorder. *Sleep*, 46(3), 1-9. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac273>
- Klukowski, M., Wasilewska, J., & Lebensztejn, D. (2015). Sleep and gastrointestinal disturbances in autism spectrum disorder in children. *Developmental Period Medicine*, 19(2), 157-161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26384115/>
- Martínez-Morga, M., Quesada-Rico, M. P., Bueno, C., & Martínez, S. (2018). Bases neurobiológicas del trastorno del espectro autista y del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Diferenciación neural y sinaptogénesis. *Revista de Neurología*, 66(Supl. 1), 97-102. <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018033>
- Martínez-Morga, M., Quesada-Rico, M. P., Bueno, C., & Martínez, S. (2019). Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(Supl. 1), 27-32. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200007&lng=es&tlng=es
- Mason, D., Stewart, G. R., Capp, S. J., & Happé, F. (2022). Older age autism research: A rapidly growing field, but still a long way to go. *Autism in Adulthood*, 4(2), 164-172. <https://doi.org/10.1089/aut.2021.0041>

- Morgan, B., Nageye, F., Masi, G., & Cortese, S. (2020). Sleep in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Sleep Medicine*, 65, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.019>
- Nolla, E. (2019). *Alcohol y sueño*. Fundación de Investigacions Sociales. <http://www.alcoholinformate.org.mx:8181/jspui/handle/123456789/83>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de noviembre de 2023). *Autismo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Preston, J. (2015). *Caffeine consumption questionnaire*. https://www.continuingcourses.net/active/courses/images/course015-caffeine_questionnaire_2015.pdf
- Reyes, S. (22 de diciembre de 2021). *El sueño en las festividades de fin de año ¿Cómo dormir mejor?* Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. <https://inta.uchile.cl/noticias/201047/el-sueno-en-las-festividades-de-fin-de-ano-como-dormir-mejor>
- Sanz, A. (13 de julio de 2022) *Actividades de la vida diaria y autonomía, consejos para familias tea, salud y bienestar, terapias y tratamientos para autismo*. Fundación ConecTea. <https://www.fundacionconectea.org/>
- Sedgewick, F., Crane, L., Hill, V., & Pellicano, E. (2019). Friends and lovers: The relationships of autistic and neurotypical women. *Autism in Adulthood*, 1(2), 112-123. <https://doi.org/10.1089/aut.2018.0028>
- Shook, S. (2022). *La ciencia del sueño*. LibreTexts. [https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/La_ciencia_del_sue%C3%B1o_\(Shook\)](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/La_ciencia_del_sue%C3%B1o_(Shook))
- Spieler, M. (2022). *Differences in nutrition and eating patterns between youth with autism spectrum disorder and neurotypical youth* [Bachelor's thesis, University of Central Florida]. Stars. <https://stars.library.ucf.edu/honorstheses/1253>
- Tani, P., Lindberg, N., Wendt, T., von Wendt, L., Alanko, L., Appelberg, B., & Porkka-Heiskanen, T. (2005). Actigraphic assessment of sleep in young adults with

asperger syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(2), 206-208. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01359.x>

Trujillo, J. P., Özyürek, A., Kan, C. C., Sheftel-Simanova, I., & Bekkering, H. (2021). Differences in the production and perception of communicative kinematics in autism. *Autism Research*, 14(12), 2640-2653. <https://doi.org/10.1002/aur.2611>

Tse, A. C., Yu, C., & Lee, P. H. (2020). Comparing sleep patterns between children with autism spectrum disorder and children with typical development: A matched case-control study. *Autism*, 24(8), 2298-2303. <https://doi.org/10.1177/1362361320936827>



Inclusión Laboral: Un Análisis de la Calidad de Vida Laboral de Trabajadores en Situación de Discapacidad Física en Chile⁹

Sofía Gutiérrez Fuentealba, Felipe Calderón Álvarez,
Nicolás Carrasco Anabalón, Martina Gutiérrez Rodríguez,
Denise Hernández Franco

Resumen

En Chile, el 17% de la población presenta alguna discapacidad, y de este porcentaje, un 59.1% se encuentra inactiva laboralmente. A pesar de que en Chile existen políticas de inclusión, estudios señalan que las personas en situación de discapacidad manifiestan tener sueldos más bajos, trabajos más informales, e incluso, ser víctimas de discriminación al momento de buscar empleo. Considerando estos antecedentes, la presente investigación tuvo como objetivo describir y analizar la percepción de calidad de vida laboral de las personas en situación de discapacidad, desde una perspectiva biopsicosocial, comprendiendo que las barreras que experimenta este grupo de personas y que repercuten en su bienestar, en gran parte tienen relación con las condiciones contextuales, es decir, el ambiente en el que se desenvuelven, como lo es su trabajo. La calidad de vida laboral se entendió como el grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social que las personas experimentan en su trabajo, concepto que comprende las condiciones físicas del lugar de trabajo (dimensión objetiva) y las actitudes y valores asociados al trabajo: la implicación y compromiso, nivel de motivación, expectativas y satisfacción laboral (dimensión subjetiva). La investigación fue de tipo descriptiva y asumió un enfoque metodológico cualitativo. Se realizaron entrevistas en profundidad de manera individual a cinco personas, las que fueron

⁹ Este artículo fue escrito durante la realización del Curso Investigación IV, impartido por la Profesora Lorena Godoy Catalán y la Ayudantía de Alejandro Urtubia Riquelme.

analizadas siguiendo el procedimiento señalado por la teoría fundamentada. Este análisis permitió evidenciar que la percepción de la calidad de vida laboral está relacionada positivamente con la percepción de apoyo social dentro del espacio laboral. Asimismo, presentó un carácter ambivalente, combinando aspectos positivos relacionados a la dimensión subjetiva, y negativos relacionados al área objetiva.

Palabras clave: calidad de vida laboral, discapacidad, discapacidad física, políticas de inclusión laboral.

Introducción

El 2024 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (MDSF) informó que el 17% de la población del país, mayor de dos años, corresponde a personas en situación de discapacidad (PeSD) (MDSF, 2024). Según los datos presentados por la Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) de 2022 y el III Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) de 2022, el porcentaje de PeSD crece progresivamente con el tramo etario, ya que, por ejemplo, entre los 18 a 29 años se presentan un 9.9% de PeSD, mientras que de 45 a 59 años es un 17.5% (López, 2024). Estos estudios también indican que dentro de las PeSD mayores a 18 años, existe un 64.6% en situación de una discapacidad severa y un 35.4%, en leve o moderada (López, 2024).

En relación con la educación, en Chile el 61.6% de las PeSD ha alcanzado un nivel de educación media completa o menos y un 9.5% ha completado estudios superiores, mientras que entre las personas fuera de situación de discapacidad (PfSD) estas cifras alcanzan un 25.7% y 28.1%, respectivamente (MDSF, 2022). En cuanto a la participación laboral, el 59.1% de las PeSD se encuentra inactiva laboralmente, y un 36.5% participa en el mercado laboral. En contraste, el 29.3% de las PfSD se encuentran inactivas y el 64.5% participan, marcando una importante desigualdad (MDSF, 2022). Cabe mencionar que la MDSF (2022) establece el rol fundamental que cumple la participación en el mercado laboral para la efectiva inclusión de las PeSD, dado que las integra a la vida social, desarrollando su autoestima y aspectos personales. De allí la relevancia de atender a las desigualdades educacionales

entre las PeSD y PfSD, pues como lo señala Gutiérrez (2016), el bajo nivel educativo es, para las PeSD jóvenes, una de las mayores barreras para acceder al mercado laboral, siendo la educación un factor relevante que permite perpetuar o superar estas barreras.

Las brechas de las que da cuenta el MDSF (2022), también se ven reflejadas en los resultados de la ENDIDE de 2022 del ENDISC de 2022. Según la ENDIDE, las PeSD adultas se concentran entre los quintiles I y II de ingreso autónomo per cápita, encontrándose en los tramos más vulnerables según los ingresos económicos (López, 2024). En relación al ENDISC, reportó que las PeSD adultas sienten mayor dificultad al momento de utilizar servicios públicos (39.7%), espacios públicos (36.1%) y transporte público (50%), a diferencia de las PfSD (López, 2024).

En Chile se han implementado políticas públicas sociales y de inclusión social para reducir y combatir las barreras sociales que enfrentan las PeSD y que dificultan la inclusión. Además, se han tomado medidas para el mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de las personas (Flores, 2022; Paz, 2016). Entre estas leyes se encuentra la Ley N°20.422 (2010) y la Ley N°21.015 (2017), las que promueven la igualdad de oportunidades, inclusión social y laboral, accesibilidad, y la no discriminación. Además, la Ley N°21.015 (2017) establece que las empresas con más de 100 trabajadores deben contar con un 1% de personal en situación de discapacidad.

Implementar este tipo de leyes resulta importante considerando que las PeSD, en relación a las PfSD, tienen menos probabilidades de encontrar un trabajo y que, al conseguirlo, suelen ganar menos y tener peores condiciones laborales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Al respecto, la Encuesta de Percepción Regional para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad del Instituto de Políticas Públicas en Salud [IPSUSS], realizada en 2017 a 429 personas desde los 18 años de edad pertenecientes a la Región de Los Ríos, arrojó que un 60% de PeSD consultadas declaró que, al momento de encontrar un trabajo, había sido víctima de algún tipo de discriminación (IPSUSS, 2017).

Génesis Quiroz, profesional en situación de discapacidad, realizó una investigación en Chile describiendo su experiencia como estudiante universitaria y en el campo laboral. Señala que, si bien se ha avanzado en generar infraestructura inclusiva en el contexto universitario, no es así en todos los espacios físicos (Quiroz, 2021). Además, plantea que existen barreras actitudinales en el espacio laboral, que subestiman a las PeSD, al considerar su situación como un defecto (Quiroz, 2021). Su estudio reveló que, entre los factores contextuales que dificultan el acceso a un empleo adecuado para PeSD, se encuentra la extrema estandarización de los contextos laborales, pues la estructuración estándar dificulta la adaptabilidad de los espacios a sus necesidades (Quiroz, 2021).

La presente investigación estudió la percepción de calidad de vida laboral de las personas en situación de discapacidad física en lugares de trabajo que implementan políticas de inclusión laboral analizando sus experiencias dentro de dichos entornos. Para este fin consideró que actualmente, el término discapacidad se entiende desde tres modelos: médico, social y biopsicosocial. Este último adopta una percepción integradora al articular los elementos de los otros dos modelos; además, es respaldada por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud¹⁰ (CIF) (Cabieses et al., 2016).

Considerando el modelo biopsicosocial, la discapacidad se conceptualiza como una denominación amplia que incluye déficits y limitaciones, tanto en actividad como en participación y desenvolvimiento, debido a las barreras contextuales, antes que la propia discapacidad que resulta de la relación entre personas con un problema de salud y variables personales y ambientales, y que se comprende como una responsabilidad social, no solo como una característica individual (Cabieses et al., 2016; OMS, 2001; Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS], 2015).

¹⁰ La CIF fue publicada el año 2001 por la OMS, organización que adoptó la perspectiva biopsicosocial, con la cual se buscó brindar un marco conceptual que lograra constituir un lenguaje estandarizado que fuera comparable entre diferentes países y áreas sanitarias (OMS, 2001).

La situación de discapacidad puede ser leve, moderada o severa; temporal o permanente; congénita o adquirida, es decir, desde el nacimiento o producto de un accidente o enfermedad; y puede manifestarse de forma física, mental, intelectual, auditiva o visual (López, 2024; PsicoVan, s.f.). Esta investigación se enfocó en trabajadores en situación de discapacidad física, que refiere a una alteración en el funcionamiento del sistema locomotor que afecta la ejecución del movimiento (López, 2024).

En cuanto a la calidad de vida laboral (CVL), esta se define como “el grado de satisfacción y de bienestar físico, psicológico y social experimentado por personas en su puesto y entorno de trabajo” (Blanch, 2003, p. 67), considerando el nivel de mantención y potencia de la salud a nivel corporal, mental y emocional, su participación social y las condiciones laborales, como los riesgos para la seguridad y salud del trabajador (Castro et al., 2018; Pena-Trapero, 2009; Vielma y Alonso, 2010). Además, abordar de forma integral la interacción entre las condiciones personales, el contexto laboral y factores sociales que obstaculizan su participación (Castro, 2024; Granados, 2011; Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Dentro de la CVL existen dos dimensiones: objetiva y subjetiva (Segurado y Agulló, 2002). La primera considera las condiciones físicas y objetivas que constituyen el espacio de trabajo, ya sean estructurales, de seguridad, higiene, la variedad de tareas que desempeñar, las tecnologías implementadas, los programas de formación, entre otros (Segurado y Agulló, 2002). Por otro lado, la dimensión subjetiva hace referencia a las experiencias de los trabajadores en el espacio laboral, incluyendo impresiones y valoraciones y sus relaciones dentro de este espacio, por lo que se evalúa mediante la actitud y valores asociados al trabajo; expectativas, satisfacción, etc. (Segurado y Agulló, 2002).

En cuanto a las Políticas de inclusión laboral, estas buscan reducir y evitar la imposición de barreras que experimentan las PeSD y lograr su participación plena, responden a la dimensión de inclusión¹¹, pues buscan garantizar la igualdad de oportunidades y promueven el sentido de pertenencia de las PeSD, enfatizando en la modificación del sistema y ambiente para responder a sus necesidades y permitirles participar en igualdad de condiciones, reconociendo sus capacidades individuales y proporcionando el apoyo necesario para garantizar los mismos derechos (Céspedes, 2005; Fundación Juan XXIII, 2021; Hodkinson, 2011; O'Brien, 2020; Plena Inclusión, s.f.; Villareal, 2017). Estas políticas repercuten en aspectos biológicos, sociales y personales desde principios como la autonomía, la accesibilidad, la no discriminación, entre otros (OMS, 2014, como se citó en Villareal, 2017). En función de lo expuesto anteriormente, el objetivo general de la investigación fue analizar la percepción de calidad de vida laboral (CVL) de las personas con discapacidad física en espacios laborales que implementan políticas de inclusión en Chile. Los objetivos específicos fueron comprender la valoración de las políticas de inclusión laboral que hacen las PeSD y cómo estas influyen en la percepción de CVL, analizando, tanto su dimensión objetiva como la subjetiva.

¹¹ Las políticas públicas pueden asumir tres orientaciones: inclusión, integración e inserción. La integración se refiere al proceso de incorporar a una persona o grupo a un sistema preexistente donde toma una función vital, sin incorporarse completamente ni relacionarse como el resto, y donde debe adaptarse a las condiciones establecidas; por otro lado, la inserción se enfoca en el grado en que una persona tiene un espacio en un grupo e implica incorporar a las que requieren apoyo para acceder (Adirón, 2005, como se citó en Romero, 2009; Chuaqui et al., 2016; Fundación Aldaba, s.f.; Fundación Juan XXIII, 2021; Gullledge, 2006; Morena, 2017; Plena inclusión, s.f.; Redondo, 2001).

Marco Metodológico

Diseño

La presente investigación se desarrolló desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, lo que asume que las personas actúan en relación a los significados que otorgan a sus relaciones y al mundo que habitan, los que surgen desde el proceso de interacción social (Gadea, 2018). El enfoque metodológico fue cualitativo y el tipo de estudio, descriptivo; es decir que, tal como su nombre lo indica, describió y analizó los fenómenos del estudio. Además, la temporalidad de la investigación fue transversal, ya que la recolección de los datos se realizó en un momento único y específico.

Participantes

Para la realización del estudio, el muestreo fue de tipo intencional, específicamente la técnica de muestreo por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017). La muestra del estudio estuvo compuesta por cinco participantes (Ver Tabla 1) que cumplieron con las siguientes condiciones o criterios de inclusión: encontrarse en situación de algún tipo de discapacidad física y poseer experiencia en el sistema laboral chileno como persona en situación de discapacidad amparada por las leyes de inclusión laboral.

En cuanto al rango etario y el género, se reclutaron personas desde los 18 años en adelante, y sin importar su género ni el tipo de trabajo ejercido, al igual que no se consideró si la situación de discapacidad era de carácter congénita o adquirida.

Para el reclutamiento de los participantes —personas que trabajen o hayan trabajado en situación de discapacidad física— se realizó una búsqueda en los entornos de trabajo a los que se pudo acceder. Sumado a este método, se hizo un llamado de forma pública a las personas que cumplieran con las condiciones necesarias y desearan participar formando parte del estudio. Fue difundido mediante un flyer por el equipo de investigadores, a través de una cuenta creada con este propósito en la red social de *Instagram*.

Cabe destacar que a cada participante se le hizo entrega de un consentimiento informado —que debieron firmar para su participación— el que entregaba detalles sobre el estudio y las condiciones para formar parte de él: que la participación era voluntaria, que la persona podía dejar el estudio cuando lo deseara, que toda la información entregada sería analizada en forma anónima, ya que nombres reales serían sustituidos, y también, que la información sería almacenada durante el período máximo de un año por una de las investigadoras a cargo. El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

Tabla 1

Caracterización de Participantes

Identificación	Edad	Formación	Último o actual trabajo	Año de ingreso último o actual trabajo	Años de experiencia laboral	Experiencia teletrabajo	Modalidad de último trabajo o actual	Discapacidad adquirida o congénita
Romina	52	Educación universitaria en Informática	Trabajo actual: Subgerente de un área dentro de una empresa Informática	Actual: 2014	17 años	Sí	Trabajo actual, modalidad híbrida: online y presencial	Adquirida
Fabián	38	Educación universitaria en Publicidad	Trabajo actual: Encarga donde área de reclutamiento laboral en fundación dedicada a la inclusión	Actual: 2022	11 años	Sí	Trabajo actual, modalidad híbrida: online y presencial	Adquirida

Identificación	Edad	Formación	Último o actual trabajo	Año de ingreso último o actual trabajo	Años de experiencia laboral	Experiencia teletrabajo	Modalidad de último trabajo o actual	Discapacidad adquirida o congénita
María	54	Educación universitaria en Derecho, Criminología y Derecho penal	Trabajo actual: Profesional de apoyo	Actual: 2014/ 2015 (dificultad con las fechas)	Más de 10 años	Sí	Trabajo actual, modalidad presencial	Adquirida
Rodrigo	23	Técnico profesional	Último Trabajo: Ejecutivo de ventas	Último: 2023	4 años	Sí	Último trabajo, modalidad híbrida: online y presencial	Adquirida
Matías	49	Educación universitaria en asistente de bodega	Trabajo actual: Relator en el Observatorio de Participación Ciudadana y No Discriminación	Actual: 2019	21 años	Sí	Trabajo actual, presencial, con flexibilidad online	Congénita

Nota: En esta tabla se exponen datos de las personas entrevistadas para el análisis de la investigación. Dichos datos guardan relación con el fenómeno estudiado, es decir, la situación de discapacidad física en lo laboral.

Producción de Datos

Se realizaron entrevistas individuales en profundidad, que refiere a “una técnica para obtener que un individuo transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación” (Ruiz, 2012, p. 166). En la realización de las entrevistas se contó con un guion de preguntas que abordaban temas relacionados con los objetivos específicos: políticas de inclusión y calidad de vida laboral (objetiva y subjetiva). En este sentido, se buscaba indagar en la valoración de las políticas de inclusión, con preguntas como: ¿Sabe si su centro de trabajo cumple con las políticas de inclusión? ¿Conoce alguna? En la misma línea, para ahondar en la calidad de vida laboral objetiva, algunas preguntas realizadas fueron: ¿Podría describir las condiciones de infraestructura de su lugar de trabajo?, ¿qué tan adaptado consideras que está el ambiente laboral a tu discapacidad física? Por último, en el caso de la calidad de vida laboral subjetiva se presentaron preguntas como: ¿Qué factores consideras que facilitan tu desempeño laboral y cómo podrían potenciarse? o ¿Alguna vez te has sentido discriminado de cualquier manera en el trabajo? A partir de esta serie de preguntas se recogieron las perspectivas y las interpretaciones de las y los entrevistados para comprender desde su mirada cómo entienden y significan su propio mundo y experiencia.

Análisis de Datos

La estrategia de análisis que se utilizó en la investigación fue la Teoría Fundamentada, propuesta por Strauss y Glaser (1967), utilizando sus tres etapas: la codificación abierta, axial y selectiva. La codificación abierta sigue un método inductivo, donde “los datos se desmenuzan y se identifican con una etiqueta”, realizando un análisis descriptivo y apegado a los datos (Andréu et al., 2007, p. 68). En cuanto a la codificación axial, en esta se analiza cómo se relacionan los diferentes conceptos entre sí, generando un esquema más estructurado que permita una comprensión mayor del fenómeno estudiado (Andréu et al., 2007). Finalmente, en la codificación selectiva se seleccionan las categorías de las etapas anteriores y se integran en una categoría central, formulando una explicación sobre los datos (Andréu et al., 2007).

Criterios de Rigor

Para asegurar la calidad del presente estudio se utilizaron algunos de los criterios de rigor establecidos por Noreña et al. (2012): la relevancia, la concordancia teórico-epistemológica y la confirmabilidad. La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el estudio, dando cuenta de si se consiguió tener un mejor conocimiento del fenómeno o hubo algún tipo de repercusión positiva en el marco del contexto estudiado, ya sea contribuyendo a nuevos planteamientos teóricos o hallazgos (Noreña et al., 2012). Los procedimientos que se siguieron para el cumplimiento de este criterio fueron: una comprensión amplia de la calidad de vida laboral de personas con discapacidad física, y el cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación para obtener resultados sólidos que contribuyan a un conocimiento mayor en cuanto al fenómeno investigado.

La concordancia teórico-epistemológica hace referencia a “la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar, y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno” (Noreña et al., 2012, p. 268). Para el cumplimiento de este criterio se contrastó la pregunta de investigación para corroborar que exista una correspondencia adecuada entre el problema y la teoría aplicada. Por último, el criterio de la confirmabilidad se refiere a la neutralidad u objetividad, donde, “los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes” (Noreña et al., 2012, p. 268).

Uno de los procedimientos utilizados para cumplir con este criterio fue la realización de transcripciones textuales de las entrevistas. Adicionalmente, se revisaron los hallazgos de otras investigaciones sobre el tema y los resultados obtenidos en el presente estudio fueron contrastados con la literatura existente, respetando en todo momento la citación de fuentes.

Resultados

En las entrevistas se exploraron diversas experiencias laborales de los participantes, quienes compartieron sus vivencias respecto de su integración y desenvolvimiento en el ámbito laboral. A continuación, se presentan los resultados del análisis realizado siguiendo los procedimientos señalados por la teoría fundamentada. En primer lugar, se presentan los resultados del análisis descriptivo de las entrevistas (codificación abierta) y luego, los resultados del análisis relacional (codificación axial) estableciendo las relaciones entre las categorías definidas en la forma de un esquema relacional o paradigma de codificación.

Análisis Descriptivo

El análisis descriptivo de las entrevistas (codificación abierta) permitió distinguir las siguientes categorías (Ver Tabla 2):

Tabla 2

Descripción de las Categorías de la Codificación Abierta.

Categorías	Códigos	Descripción de la categoría
Proceso de adaptación a una discapacidad física	“yo tengo mi auto adaptado y mi silla se desarma, entonces yo subía la silla al auto y me iba a la pega”. (13) (Rodrigo) “para apoyarme, para transferirme a la tasa del baño, fue un aprendizaje, todo esto, traspasarme a la cama” (144) (Romina)	El proceso de adaptación a una discapacidad física se compone de un conjunto de etapas y experiencias al momento de ajustarse física, psicológica y socialmente a lo que significa vivir en situación de discapacidad.

Categorías	Códigos	Descripción de la categoría
Mobilización hacia el lugar de trabajo	<p>“el tema de la micro tengo que estar pidiendo ayuda, por ejemplo, para sacar la rampa” (62) (Fabián)</p> <p>“y en el metro, derechamente, no puedo andar por las “horas punta” porque me aplastan” (30) (Matías)</p>	Las personas en situación de discapacidad física se enfrentan a diversos desafíos para desplazarse hacia sus lugares de trabajo, lo que depende especialmente del transporte público.
Falta de conciencia social sobre las necesidades de las personas en situación de discapacidad	<p>“Yo venía aquí al paseo Ahumada, paseo Huérfanos, por temas laborales, y a mí la gente me escupía en la calle” (100) (Matías)</p> <p>“Sí, la mayor discriminación la viví en la calle, sí, o sea, eso es un hecho” (105) (Matías)</p> <p>“en temas de traslado podrían haberme preguntado algo, quizás si necesitaba traslado desde el metro, con un taxi por ejemplo” (183) (Fabián)</p>	Las personas en situación de discapacidad experimentan diversas situaciones sociales en las que se manifiestan el desconocimiento, desinterés y falta de empatía frente a sus necesidades específicas.
Conocimiento sobre las políticas de inclusión	<p>“nosotros ahora debemos tener un 2% de personas con discapacidad (...), la empresa tiene 220 trabajadores, de ahí el 2 %” (115) (Romina)</p> <p>“porque existe la ley de inclusión laboral, debido a la cual estoy contratada (...)” (15) (María)</p>	Todas las personas entrevistadas mostraron ser conscientes sobre las políticas de inclusión y comparten la idea de que es debido al cumplimiento de estas políticas, la razón del por qué fueron contratadas.

Categorías	Códigos	Descripción de la categoría
Fallas o deficiencias en la implementación de políticas de inclusión	<p>“yo creo que las políticas en inclusión laboral no están de acorde a lo que las personas con discapacidad requieren” (38) (Matías)</p> <p>“el ascensor es lo que falta por la sala de reuniones” (159) (Romina)</p> <p>“mis compañeros trabajaban en otra oficina porque estaba en el segundo piso” (25) (Rodrigo)</p>	Desde el punto de vista de las personas en situación de discapacidad, se aprecian fallas o deficiencias en la implementación de las políticas de inclusión laboral, siendo algunas medidas insuficientes para cubrir la totalidad de sus necesidades, tales como aquellas asociadas a los espacios físicos que utilizan en el horario laboral.
Condiciones estructurales del lugar de trabajo	<p>“entonces a mí me adaptaron a una oficina abajo, en el primer piso” (26) (Rodrigo)</p> <p>“la sala de reunión grande está en el segundo piso (...) y no hay ascensores” (121) (Romina)</p> <p>“(…) deberíamos tener un baño adaptado para hombres y mujeres. No solamente un baño(…)” (70) (Matías)</p>	Las condiciones estructurales hacen referencia al aspecto físico del lugar de trabajo, que incluyen la funcionalidad, comodidad y seguridad para los trabajadores. Las personas en situación de discapacidad enfrentan desafíos relacionados con la accesibilidad en espacios laborales, siendo las condiciones de infraestructura un punto clave para la plena inclusión de esta población
Percepción de apoyo en el entorno laboral	<p>“soy feliz con lo gentil que es toda la gente, cómo me ayudan a bajar para la terraza” (162) (Romina)</p> <p>“bueno, tener unos compañeros de trabajo que me apañaban (...)” (169) (Fabián)</p> <p>“yo he tenido una suerte muy grande porque siempre he contado con buena disposición” (71) (María)</p>	Se aprecia el fenómeno del apoyo social de los compañeros y compañeras del entorno laboral, al ser este percibido como algo positivo por los entrevistados, se pone por encima de cualquier posible problemática que se dé en el trabajo, expresando cómo a pesar de estos, se es “feliz” en el puesto que llevan.

La primera categoría refiere al proceso de adaptación a una discapacidad física que fue incluida debido a que cuatro de las cinco personas entrevistadas no tenían una discapacidad congénita, sino que la habían adquirido a lo largo de su vida (accidentes o complicaciones físicas en la juventud). En este sentido, se vuelve relevante en el relato de los participantes el proceso de adaptación a una nueva vida en situación de discapacidad, junto con todos los síntomas físicos y emocionales asociados a este cambio de condición. Esto se logra apreciar en ciertos comentarios como el que realiza Romina, quien se moviliza mediante silla de ruedas, cuando menciona que “para apoyarme, para transferirme a la taza del baño, fue un aprendizaje todo esto, traspasarme a la cama” [Romina, párrafo 144]. Asimismo, a Rodrigo, usuario de silla de ruedas, aclara “yo tengo mi auto adaptado y mi silla se desarma, entonces yo subía la silla al auto y me iba a la ‘pega’¹²” [Rodrigo, párrafo 13]. Las experiencias anteriores evidencian los cambios y aprendizajes que han tenido que hacer los participantes para poder adaptarse a una situación de discapacidad física.

La movilización hacia el lugar de trabajo es la segunda categoría que emergió de las entrevistas, ya que es una tarea que se presenta como un desafío, especialmente para quienes utilizan el transporte público. Estas personas señalan haber experimentado dificultades en el trayecto y en sus vidas en general, generando un desgaste físico y emocional. Así, Fabián, quien usa silla de ruedas, hace referencia a los problemas que se presentan al momento de utilizar buses, debido a que tiene que pedir ayuda para sacar la rampa, además de que muchas veces el chofer no se posiciona adecuadamente en la vía y el bus queda desnivelado, entonces ahí hay riesgo de caerse [Fabián, párrafo 63-64]; sumado a esto, el mismo entrevistado comenta sobre las dificultades que se presentan diariamente en el trayecto a su trabajo y de vuelta a su hogar, las que se manifiestan como “un desgaste mental grande” [Fabián, párrafo 116]. Por su parte, Matías, quien presenta baja estatura, también manifestó en su entrevista la gran dificultad que le supone moverse en el transporte público, incluso menciona que “Derechamente yo no

¹² Palabra chilena que significa trabajo o empleo.

puedo andar en los buses colectivos, llámese ‘metro’ (tren subterráneo) o llámese transporte público. Me es imposible” [Matías, párrafo 28], además de suponer un riesgo para él utilizar el transporte público en horarios muy concurridos, ya que, por su estatura, es pasado a llevar o directamente lo aplastan [Matías, párrafo 30]. También expresó en la entrevista, una crítica hacia las estaciones del metro de Santiago, mencionando “Yo creo que en el metro deberían eliminar las escaleras” y proponiendo la instalación de rampas [Matías, párrafo 76].

Otro de los temas relevantes que surgieron en parte de las entrevistas fue la falta de conciencia social sobre las necesidades de las personas en situación de discapacidad. Esto se ve expresado, por ejemplo, en lo que comenta Fabián acerca de un trabajo anterior en el que nunca le preguntaron sobre lo que necesitaba para poder desplazarse dentro de la tienda. Incluso, menciona que “no podía moverme bien por la tienda, tenía que pedir ayuda para mover muebles, para entrar a la tienda...” [Fabián, párrafo 182]; De igual modo, tampoco le ofrecieron ayuda con respecto a la movilización hasta el lugar de trabajo, afirmando que “en temas de traslado podrían haberme preguntado algo, quizás si necesitaba traslado desde el metro, con un taxi por ejemplo” [Fabián, párrafo 183]. En este sentido, también se menciona la invisibilidad social que manifiestan las personas en situación de discapacidad, y cómo estas, en ocasiones ven vulnerados sus derechos por el mal uso de ciertos servicios, como cajas preferenciales, ascensores, rampas, etc. Por ejemplo, Matías menciona dos situaciones en las que no se cumplieron las medidas de atención preferencial en las filas de un banco y de un supermercado. En la primera situación no se le brindó la atención preferencial, y al exigirla, esta le fue negada [Matías, párrafo 63]; y en la segunda, el entrevistado criticó la fila preferencial de los supermercados, mencionando que nunca estaba habilitada, lo que dificulta el acceso inclusivo [Matías, párrafo 130]. Además, el entrevistado relató ciertas situaciones de discriminación que vivió, sobre todo, en la vía pública, donde se le faltó el respeto de diversas maneras, incluso luego de pedir ayuda [Matías, párrafos 100, 101 y 102]. A raíz de esto es que el entrevistado afirma “Sí, la mayor discriminación la viví en la calle, sí. O sea, eso es un hecho” [Matías, párrafo

105]. Por último, María también hace referencia a esta deficiencia en la sociedad comentando que “las personas que vivimos en situación de discapacidad pasamos desapercibidas del mundo, salvo cuando o se muere alguna o tiene un accidente garrafal, pero no toman en cuenta nada” [María, párrafo 22].

En cuanto a la categoría de conocimiento sobre las políticas de inclusión, esta resulta muy relevante dado que las personas entrevistadas trabajan en empresas que deberían estar adaptadas para quienes están en situación de discapacidad física. En este sentido, los participantes expresan la relevancia del conocimiento de las políticas de inclusión, para comprender de mejor manera cómo la empresa debería apoyar al trabajador/ra. En este caso, todos los entrevistados y entrevistadas mostraron estar relacionados con las políticas de inclusión vigentes en Chile y con las leyes de inclusión laboral. Por ejemplo, María menciona:

Porque existe la ley de inclusión laboral, debido a la cual estoy contratada (...) exige que en aquellos lugares o servicios donde presten servicios, valga la redundancia, 200 trabajadores o más, el 1% tiene que pertenecer al mundo de las personas en situación de discapacidad [María, párrafo 15].

Asimismo, Romina plantea que “nosotros ahora debemos tener un 2% de personas con discapacidad (...), la empresa tiene 220 trabajadores, de ahí el 2%” [Romina, párrafo 115].

En la misma línea de las políticas de inclusión se identificó la categoría de fallas o deficiencias en la implementación de tales políticas de inclusión, sobre lo que las personas entrevistadas comentan que, si bien en términos generales la empresa se encuentra adaptada, hay detalles que no permiten una plena inclusión e inserción de personas en situación de discapacidad en el espacio laboral. Ejemplos de lo anterior son: Romina, cuando plantea que en su trabajo no cuentan con ascensor para ir al segundo piso y que de hecho “el ascensor es lo que falta por la sala de reuniones” [Romina, párrafo 159], situación que la deja en desventaja del resto de sus compañeros, quienes sí pueden acceder a esta. De igual manera, Matías

plantea: “Yo creo que las políticas de inclusión laboral no están acordes con lo que las personas con discapacidad requieren” [Matías, párrafo 38], haciendo referencia a que deberían ser las propias PeSD quienes tomaran las decisiones en torno a las medidas por implementar, pues “una cosa es ser especialista y otra es vivir la discapacidad” [Matías, párrafo 37]. De este modo, queda evidenciado en esta categoría que, si bien, las políticas implementadas logran incluir a personas en situación de discapacidad, estas aún son insuficientes para cubrir todas sus necesidades.

En relación con la categoría emergente de “condiciones estructurales del lugar de trabajo”, esta refiere a la descripción y valoración que las y los trabajadores manifiestan sobre la infraestructura de sus lugares de trabajo actuales y pasados, los que, en algunos casos, han sido espacios con muchas deficiencias y dificultades para su movilidad, así como también para el desempeño de sus actividades laborales. Sin embargo, en algunos casos las personas entrevistadas señalan que hay empresas que han modificado y adaptado sus espacios de trabajo para hacer de ellos lugares con mayores facilidades de movilidad y accesibilidad para sus empleados. Esto se manifiesta en el relato de Rodrigo, quien menciona que, tanto su oficina de trabajo como el estacionamiento de la empresa, fueron adaptados según sus propias necesidades, pues menciona “me adaptaron a una oficina abajo, en el primer piso” [Rodrigo, párrafo 26] y “en los estacionamientos, bueno, la empresa también adaptó una zona para que yo me pudiera estacionar” [Rodrigo, párrafo 50]. En la misma línea, Romina manifiesta que la empresa no estaba preparada para personas en situación de discapacidad física, pero debido a su cambio de condición adaptaron todo el lugar de trabajo: “botaron paneles, ampliaron pasillos, me pusieron el baño exclusivo adaptado para mí, (...)” [Romina, párrafo 94]. Sin embargo, Romina también plantea que “la única problemática con la que me enfrento es que la sala de reunión grande está en el segundo piso (...) y no hay ascensores” [Romina, párrafo 121]. En este sentido, si bien no representa un obstáculo para el desempeño regular de su trabajo, este hecho evidencia la persistencia de dificultades que afectan en la inclusión plena de las

PeSD. Adicionalmente, en el caso de Matías, sí reconoce que su entorno laboral reúne las condiciones que él ha necesitado en términos estructurales y que está más adaptado que el resto de lugares que suele visitar [Matías, párrafos 40 y 43], pero de todas maneras considera que hay materias que se podrían mejorar. Al respecto señala: “(...) creo que en el espacio laboral debería mejorarse el tema de accesibilidad. Creo que aún falta mucho” [Matías, párrafo 69], y también propone una medida que se debería agregar a su espacio laboral:

(...) deberíamos tener un baño adaptado para hombres y mujeres. No solamente un baño, porque muchas veces hay dos o tres personas que necesitan el baño y como tú sabes, las personas con discapacidad nos demoramos más tiempo que el resto, porque nos cuesta más, obviamente. [Matías, párrafo 70].

Además, el entrevistado también es crítico con las condiciones estructurales de otras instalaciones que él frecuenta y que brindan servicios públicos, relatando que “(...) si yo voy a otro edificio que pertenece a un lugar público, no están esas condiciones” [Matías, párrafo 41].

Por último, la categoría que hace referencia a la percepción de apoyo en el entorno laboral resultó ser fundamental en el desarrollo de todas las entrevistas, ya que todas las personas entrevistadas plantearon como tema primordial la referencia al apoyo social que reciben en sus lugares de trabajo, lo que influye de manera directa en su calidad de vida laboral. Al respecto, Romina plantea que el apoyo recibido por parte de sus compañeros de trabajo y jefes fue primordial: los jefes adaptaron todo el espacio laboral para volverlo inclusivo, y la entrevistada plantea que, a pesar de no tener ascensor para llegar al segundo piso, sus compañeros “me querían hacer sentir involucrada en la sala de reunión (...) ¡y me subían en brazos!” [Romina, párrafo 122], “soy feliz con lo gentil que es toda la gente, cómo me ayudan a bajar para la terraza” [Romina, párrafo 162]. Cabe añadir que Romina afirma en toda la entrevista sentirse afortunada por el apoyo que recibe en su lugar de trabajo, planteando que: “yo hasta este año decía que el trabajo era mi terapia” [Romina, párrafo 99]. En la misma línea, Fabián recalca que sus compañeros han

sido un apoyo primordial en el trabajo: “bueno, tener unos compañeros de trabajo que me ‘apañaban’ [que le brindaban apoyo], me ayudaban mucho de repente en mis labores (...)” [Fabián, párrafo 169]. De igual manera, María menciona “yo he tenido una suerte muy grande porque siempre he contado con buena disposición (de los demás)” [María, párrafo 71], refiriéndose a las relaciones interpersonales en el trabajo. Otro ejemplo también lo podemos ver en Rodrigo, quien expresa y aprecia la preocupación por parte de los colegas y de la jefatura: “Mi jefa igual, si necesitaba algo. No, siempre estuvieron... Fueron súper... súper buena la disposición de la empresa y de mi grupo, de mis compañeros igual” [Rodrigo, párrafo 28].

Por su parte, Matías considera el apoyo emocional que recibe en su trabajo como una gran ayuda para poder desempeñarse laboralmente. Al respecto, comenta que

(...) el principal factor que facilita mi desempeño laboral, yo creo que, en general, es el buen diálogo con las personas. El que tú te sientas con la confianza de poder plantear lo que te molesta, lo que te gusta, o lo que hay que mejorar. [Matías, párrafo 80].

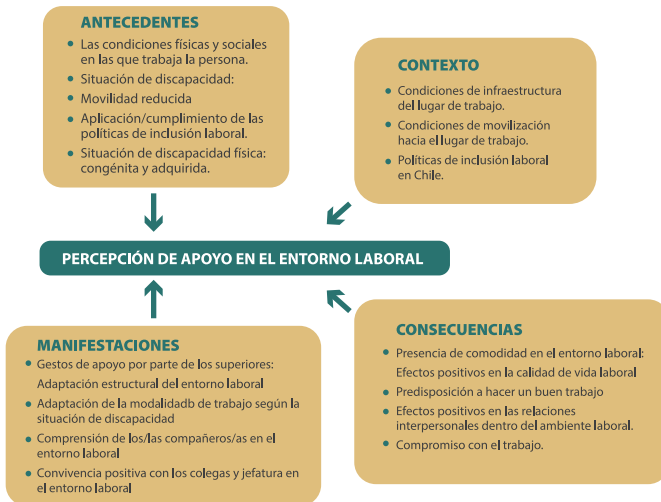
Matías destaca el buen ambiente laboral y las relaciones que ha formado, “(...) mi espacio laboral con mis colegas es súper bueno. Me respetan bastante, yo también a ellos. Tenemos una relación muy cordial. Nos escuchamos” [Matías, párrafo 64]. Más aún, considerando la naturaleza de su situación de discapacidad, “(...) en mi caso, mi enfermedad produce mucho dolor, mucha dolencia. Yo no sé qué es despertar un día sin un dolor. Para mí es extraño despertar un día sin dolor” [Matías, párrafo 59]. Matías valora enormemente su trabajo, lo que expresa de manera muy elocuente: “(...) mi espacio laboral para mí es una inyección anímica” [Matías, párrafo 58].

Análisis Relacional

La codificación abierta realizada a partir de las entrevistas, arroja como fenómeno principal la importancia de la percepción del apoyo en el entorno laboral de las PeSD, entendida cómo contar con el apoyo de compañeros y compañeras de trabajo y de jefaturas, puede facilitar el desempeño en las labores y mejorar notoriamente su CVL (Figura 1). Se trata de un fenómeno que se relaciona con la dimensión más subjetiva de la calidad de vida laboral, a la que las personas entrevistadas otorgan una gran relevancia. Ellas destacan que una buena convivencia laboral y la relación con sus pares afecta positivamente en su desempeño y bienestar, incluso considerando las barreras de infraestructura que experimentan.

Figura 1

Paradigma de Codificación. Percepción de Apoyo en el Entorno Laboral



A partir de lo anterior se puede señalar que la percepción de CVL se relaciona de manera positiva con la percepción de apoyo social, por la manera en que las PeSD valoran el respaldo que reciben de su entorno laboral, la red de relaciones laborales que contribuyen en su desenvolvimiento laboral, el fortalecimiento de la colaboración y la constitución de un mejor ambiente laboral. En consecuencia, se trata de un fenómeno que influye de manera importante en la satisfacción laboral que manifiestan las PeSD. En relación a lo anterior, Matías mencionó:

El principal factor que facilita mi desempeño laboral yo creo en general es el buen diálogo con las personas. El que tú te sientas con la confianza de poder plantear lo que te molesta, lo que te gusta, o lo que hay que mejorar [Matías, párrafo 80].

Como antecedentes que permiten entender este fenómeno se encuentran las condiciones físicas y sociales en las que trabajan las PeSD, que se refieren, respectivamente, a la infraestructura de los establecimientos de trabajo y la manera en que las personas se posicionan y relacionan. De igual modo, la situación de discapacidad, que apunta a las condiciones físicas de la persona, como la movilidad reducida, son las que repercuten en su participación plena en los lugares de trabajo. Resalta también la aplicación y/o cumplimiento de las políticas de inclusión laboral presentes en los trabajos de los participantes, las que contribuyen a una correcta inclusión laboral de las PeSD. Por último, es relevante si la situación de discapacidad corresponde al tipo congénita o adquirida, es decir, aquellos que nacieron con ella y quienes la adquirieron a lo largo de su vida, respectivamente, dado que, en primer lugar, difieren en las estrategias de adaptación que han desarrollado, la forma en que viven la situación de discapacidad y, por tanto, cómo enfrentan los desafíos presentes en su entorno, tanto social como laboral.

Este fenómeno se enmarca bajo el contexto nacional de las políticas de inclusión que hoy en día existen en el país y las condiciones de infraestructura y de movilización que los participantes tienen en sus lugares de trabajo, condiciones que son determinantes en las experiencias laborales que ellos presentan.

La percepción de apoyo laboral se *manifiesta* fundamentalmente en los gestos de apoyo que reciben las PeSD desde sus jefaturas en forma de adaptaciones estructurales en sus lugares de trabajo. En segundo lugar, la adaptación de la modalidad de trabajo según la situación de discapacidad de cada participante. Por ejemplo, permitirles jornadas de trabajo online. Por último, la comprensión de sus compañeros y compañeras de su situación de discapacidad en el marco de sus entornos laborales. Según las personas entrevistadas, es la convivencia positiva que se establece entre ellos/as y sus respectivos colegas y jefaturas, los que interactúan de manera cooperativa y respetuosa, lo que facilita la creación de un buen clima laboral y el sentido de pertenencia de las PeSD.

Las consecuencias observadas de este fenómeno son los diversos efectos positivos que este apoyo consigue, como la comodidad general que les brinda a los entrevistados en sus trabajos. También permite una mejor disposición para desempeñar sus labores al ser parte de un entorno que los ayuda, apoya y comprende. Este fenómeno facilita que las relaciones interpersonales de los participantes con sus colegas y jefatura sean mucho mejores, lo que, a la vez, permite una percepción positiva de la calidad de vida laboral, sobre todo desde la dimensión subjetiva de ella. Por último, es posible observar que la percepción de un buen ambiente de trabajo contribuye a un mayor compromiso por su trabajo.

De acuerdo con lo señalado, la CVL de las y los participantes se ve influida positivamente por la percepción de apoyo que experimentan en sus entornos laborales, lo que convive con la persistencia de las barreras de infraestructura, es decir, el aspecto objetivo de la CVL. Es por ello que es posible afirmar la presencia de una CVL ambivalente, es decir, que coexisten aspectos tanto positivos como negativos, como la sensación de apoyo por parte de su entorno que fortalece su desempeño y facilitan su desenvolvimiento, y por otro lado las barreras de infraestructura. En conjunto, estos elementos generan una percepción de bienestar y satisfacción dual.

Discusión

El presente estudio se centró en analizar la percepción de calidad de vida laboral de las personas en situación de discapacidad física, considerando sus dos dimensiones: la objetiva, relacionada con la infraestructura, seguridad, labores, etc., dentro del espacio laboral; y la subjetiva, ligada a las valoraciones del trabajo, interacciones y relaciones dentro de este, expectativas, etc. Acorde con esto, las entrevistas realizadas y el posterior análisis, permitieron dar cuenta de que la calidad de vida laboral se ve condicionada de manera positiva principalmente por la percepción de apoyo en el entorno laboral, de manera que la contención, solidaridad y empatía de compañeros y compañeras de trabajo y jefaturas repercuten muy positivamente tanto en el desempeño laboral y en el bienestar de las personas entrevistadas, como en la percepción de un ambiente laboral motivador, todo lo cual incide en sus experiencias laborales.

En efecto, a lo largo de las entrevistas, los y las participantes hicieron especial énfasis en la importancia del apoyo recibido por compañeros o superiores para su desempeño en las labores cuando requieren una ayuda. Ellos son la principal fuente de apoyo para llevarlas a cabo. Esto contrasta con lo que mencionan las personas consultadas acerca de la infraestructura de los lugares de trabajo. Se observó que, aunque existen políticas de inclusión, no siempre las empresas las implementan adecuadamente. Hay casos de empresas que realizaron cambios estructurales y readaptaron el espacio físico del trabajo, haciendo de estos un entorno inclusivo para que las PeSD pudieran desplazarse, trabajar, etc. A pesar de ello, las personas consultadas expresaron la existencia de una baja adaptabilidad en los lugares de trabajo, a las particularidades de cada persona como un factor contextual que dificulta su desenvolvimiento. En este contexto, ya sea que se experimenten importantes limitaciones estructurales o entornos laborales más adaptados, las y los compañeros de trabajo constituyen una gran fuente de ayuda y apoyo.

Es por eso que, si bien la infraestructura del lugar de trabajo es importante para la percepción de CVL de las PeSD en relación con su desempeño en las actividades

laborales a realizar, su adaptación y movilización en el espacio físico, ella, como persona, no resulta ser el factor predominante que influye en la CVL. Esto no quiere decir que la dimensión objetiva de la CVL no sea relevante, pues las deficiencias en este sentido generan desafíos y limitaciones para una total inclusión de las PeSD en espacios laborales. Lo que expresa es la relevancia que tiene para las personas entrevistadas, contar con el apoyo social de colegas y jefaturas, que se traduce en ayuda, en reconocimiento, y redundando en una experiencia laboral satisfactoria.

Si bien se evidenció un contexto que refleja la implementación de las políticas de inclusión que establece la Ley N°20.422 (2010) —pues las y los participantes mencionaron que gracias a estas se logra incluir a las PeSD en el mundo laboral— aún hay aspectos por mejorar en la implementación de estas leyes para que ellas permitan atender a las necesidades particulares de cada PeSD en el ámbito laboral, de tanta relevancia para el desarrollo personal, laboral y la integración social.

En cuanto a los datos expuestos por la ENDISC (López, 2024), las y los participantes dieron cuenta de las dificultades que experimentan las PeSD al momento de usar servicios públicos, destacando igualmente el transporte público, pero estas se manifestaron como una barrera al momento de estar insertos en el campo laboral, ya que el traslado a sus trabajos por medio de esta vía representaba un desgaste físico y emocional dada la falta de conciencia social sobre las necesidades de las PeSD.

En síntesis, la existencia de aspectos tanto negativos como positivos en relación a la CVL, determinan que esta última haya sido percibida de manera ambivalente, puesto que las y los participantes relatan diversas barreras que persisten en el mundo laboral, primordialmente referentes a la dimensión objetiva de la CVL, tales como falta de adaptabilidad de la infraestructura de sus lugares de trabajo, las barreras existentes en el transporte público, y e otras que generan frustración, desgaste físico y emocional, además de una sensación de exclusión de espacios laborales. A la vez, existe una valoración positiva de sus relaciones e interacciones dentro del entorno laboral, es decir, la dimensión subjetiva, que contribuye al bienestar emocional y a la motivación laboral de las PeSD.

Considerando lo anterior, la investigación demostró que las principales barreras que enfrentan las PeSD se relacionan con elementos contextuales y no con la discapacidad en sí, tales como la infraestructura, el transporte público, entre otras; por tal motivo, su desenvolvimiento se vio limitado según las particularidades de su entorno, de tal manera que se refuerza lo planteado por el SENADIS (2015) al respecto.

Para finalizar, resulta importante mencionar las limitaciones presentes en la investigación. En ella no fue posible incluir la participación de personas en situación de discapacidad asociadas al lenguaje o audición, dado que, nosotros/as como investigadores/as no estábamos capacitados/as para realizar una entrevista acorde a las necesidades específicas de estas personas cuyas experiencias resultan igualmente significativas para comprender las barreras que enfrenta esta población.

Considerando la relevancia de esta temática, las limitaciones señaladas, y sobre la base de los resultados de este estudio, se propone que futuras investigaciones amplíen la diversidad de los y las participantes, visibilizando de este modo la complejidad y diversidad de situaciones de discapacidad.

De igual manera, podrían realizarse investigaciones que consideren no solo la esfera laboral, sino que también la personal y así conocer cómo estas se relacionan e influyen entre sí. Asimismo, se destaca otro posible estudio que analice las diferencias y las particularidades que experimentan en su inserción en el mundo laboral, personas en situación de discapacidad adquirida, en comparación con quienes presentan discapacidades congénitas.

Conclusiones

Las personas en situación de discapacidad se enfrentan a grandes desafíos, parte de los cuales se manifiestan en el mundo laboral. En este ámbito, también se exponen a empleos de menor calidad, salarios más bajos y tasas de inactividad laboral más altas, en comparación con las de personas sin discapacidad, lo que puede relacionarse con la pobreza en diversos países del mundo y con problemas de desarrollo social (Palacios, 2020).

A través de las entrevistas y el posterior análisis de estas es que pudimos concluir que las personas entrevistadas valoran el fenómeno de “la percepción de apoyo social”, presentándolo como la principal explicación de una positiva percepción de calidad de vida laboral de las PeSD, al ser aún más relevante que las condiciones infraestructurales de los lugares de trabajo. La presente investigación permitió comprender y visibilizar, de primera fuente, la experiencia de las PeSD, no solo en el ámbito laboral, sino que también en su cotidianidad, y las limitaciones que hay en nuestra sociedad en la actualidad, destacando situaciones que deben enfrentar, por ejemplo, en el transporte y en los servicios públicos, lo que, sin embargo, puede tener repercusiones en sus experiencias laborales.

Sumado a esto, en Chile hay pocos estudios relacionados con esta temática, por lo que análisis como este representan un aporte en la comprensión de la inclusión laboral de las PeSD en Chile, al poner en evidencia las dificultades que persisten, y tan importante, los factores que la facilitan.

Esta investigación da lugar a que se puedan realizar mejoras en esta materia, específicamente en torno al espacio laboral en las que se encuentran insertas las PeSD. Procurar, por ejemplo, una correcta implementación de políticas de inclusión tendientes a que se validen, protejan y velen los derechos de las PeSD, con el objetivo de que puedan desempeñar sus labores en el trabajo sin dificultades ni limitaciones.

Agradecimientos

Damos las gracias como equipo de investigación y como estudiantes, a quienes participaron de nuestro estudio, por brindarnos sus testimonios y experiencias y por darse el tiempo de ser parte de nuestro trabajo. De la misma forma, queremos extender nuestro agradecimiento a nuestra profesora Lorena Godoy y ayudante del ramo Alejandro Urtubia, por acompañarnos y asesorarnos en todo momento durante nuestro proceso de investigación y siempre ayudarnos cuando fue necesario. Por último, queremos agradecer el trabajo de cada uno de los integrantes de este equipo, por trabajar en conjunto durante un año y sacar adelante una investigación de la cual nos sentimos muy orgullosos.

Referencias

- Andréu, J., García-Nieto, A., & Pérez, A. (2007). Cuadernos metodológicos 40. *Evolución de la teoría fundamentada como técnica del análisis cualitativo*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Blanch, J. (2003). *Teoría de las relaciones laborales: Fundamentos*. Editorial UOC.
- Cabieses, B., Bernaldes, M., Obach, A., & Pedrero, V. (2016). Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. *Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de solución*. Universidad del Desarrollo. <https://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>
- Castro, P., Cruz, E., Hernández, J., Vargas, R., Luis, K., Gatica, L., & Tepal, I. (2018). Una perspectiva de la calidad de vida laboral. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 5(6), 118-128. <http://www.reibci.org/publicados/2018/dic/3200115.pdf>
- Castro, Y. (2024). Modelo social de la discapacidad: *Un cambio de paradigma en la comprensión de la discapacidad*. Fundación Prodis. <https://prodis360.org/modelo-social-de-la-discapacidad-un-cambio-de-paradigma-en-la-compresion-de-la-discapacidad/#:~:text=El%20modelo%20biopsicosocial%20subraya%20que,social%20en%20el%20que%20vive>.
- Céspedes, G. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichán*, 5(1), 108-113. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64>
- Chuaqui, J, Mally, D., & Parraguez, R. (2016). El concepto de inclusión social. *Revista de Ciencias Sociales*, (69), 157-188. <https://doi.org/10.22370/rcs.2017.69.927>
- Flores, T. (Comp.). (2022). *Qué es una política social*. Observatorio de Gobierno y Políticas Públicas. <https://politicapublica.cl/definicion-de-politica-social/>
- Fundación Aldaba. (s.f.). *¿Cuál es la diferencia entre inclusión e integración en el ámbito social?* <https://blog.aldaba.org/diferencia-entre-inclusion-integracion/#:~:text=1.,circunstancias%20que%20no%20son%20favorables>.
- Fundación Juan XXIII. (1 de septiembre de 2021). *Conoce la diferencia entre inclusión*

e integración. <https://blog.fundacionjuanxxiii.org/conoce-la-diferencia-entre-inclusion-e-integracion>

Gadea, C. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *Sociológica*, 33(95), 39-64. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732018000300039

Granados, I. (2011). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 271-276. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176385>

Gulledge, T. (2006). What is integration? *Industrial Management & Data Systems*, 106(1), 5-20. <https://doi.org/10.1108/02635570610640979>

Gutiérrez, A. (2016). *Transición de la educación inclusiva al empleo inclusivo para jóvenes con discapacidad: Una revisión teórica* [Tesis de maestría, Universidad de Salamanca]. Registro Nacional de Trabajos de Investigación. https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/renati/1612/1/Gutierrez_Melgarejo_AM.pdf

Hodkinson, A. (2011). Inclusion: A defining definition? *Power and Education*, 3(2), 179-185. <https://doi.org/10.2304/power.2011.3.2.179>

Instituto de Políticas Públicas en Salud. (8 de junio de 2017). *60% de personas con discapacidad acusa sentirse vulnerada y discriminada*. <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/60-de-personas-con-discapacidad-acusa-sentirse-vulnerada-y-discriminada/2017-06-08/154316.html>

Ley No. 20422, Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, Febrero 3, 2010, *Diario Oficial* [D.O.]. <https://bcn.cl/QdcDKH>

Ley No. 21015, Incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral, Mayo 29, 2017, *Diario Oficial* [D.O.]. <https://bcn.cl/2lvd7>

López, M. (9 de mayo de 2024). *La discapacidad y sus cifras en Chile*. Fundación ConTrabajo. <https://fundacioncontrabajo.cl/blog/cultura-inclusiva-discapacidad-en-chile/>

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). *Informe sobre la situación de bienestar de las personas con discapacidad: Participación en el mercado laboral y bienestar de las personas con discapacidad*. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/bienestar-social/Informe_sobre_la_situacion_de_bienestar_de_las_personas_con_discapacidad.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Más de 3 millones 200 mil personas tienen discapacidad en Chile, según el Tercer Estudio Nacional de la Discapacidad presentado por el Gobierno*. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/mas-de-2-millones-700-mil-personas-adultas-tienen-discapacidad-en-chile-segun-el-tercer-estudio-naci>
- Morena, J. (18 de septiembre de 2017). *Diccionario de términos: Inclusión e inserción*. *Fundación JuanXXIII*. <https://blog.fundacionjuanxxiii.org/noticias/diccionario-de-terminos-inclusion-e-insercion#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20inclusiva%20es%20un,ayuda%20en%20el%20mercado%20laboral>.
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12 (3), 263-274. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124948006.pdf>
- O'Brien, T. (2020). Has inclusión become a barrier to inclusión? *Support for Learning*, 35(3), 298-311. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12311>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Discapacidad*. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s>.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

- Palacios, A. (2020). Enfoque y perspectiva de discapacidad y derechos humanos. En A. Palacios, S. E. Fernández & M. G. Iglesias (Eds.), *Situaciones de discapacidad y derechos humanos* (pp. 1-90). La Ley.
- Paz, G. (2016). *Políticas públicas de inclusión social, formación ético-política de la comunidad UNQ y educación en derechos humanos. Una mirada desde el programa Conectar Igualdad* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Quilmes]. Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes. <https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/737/C10.Paz.pdf?sequence=1>
- Pena-Trapero, B. (2009). La medición del bienestar social: Una revisión crítica. *Estudios de Economía Aplicada*, 27(2), 299-324. <https://www.redalyc.org/pdf/301/30117056001.pdf>
- Plena Inclusión. (s.f.). *¿Qué diferencia hay entre inclusión e integración?* <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/que-diferencia-hay-entre-inclusion-e-integracion/>
- PsicoVan. (s.f.). *Adquiridas vs congénitas*. <https://psicovan.es/conoce-la-discapacidad/102-adquiridas-vs-congenitas#:~:text=Partiendo%20de%20estas%20dos%20definiciones,en%20transitoria%2C%20est%3A1tica%20y%20progresiva.>
- Quiroz, G. (2021). Experiencia de inclusión laboral en situación de discapacidad en una universidad pública chilena. *Cuaderno de Trabajo Social*, (17), 133-152. <https://repositorio.utem.cl/handle/30081993/1402>
- Redondo, D. (2001). Inserción social vs inserción económica. *Portularia*, 1, 33-47. <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/119/b13880883.pdf;jsessionid=55644776555F53C57829FEAA9877A520?sequence=1>
- Romero, B. (2009). La diversidad como valor. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (5), 1-7. https://ojs.revistacontribuciones.com/contribuciones_old/2009/03/bmrd.pdf
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. (5ª ed.).

Universidad de Deusto. https://padlet-uploads.storage.googleapis.com/650896746/789220c3d9ae17def46dc78cf11e96bb/Metodologia_de_la_investigacion_cualitat.pdf

Segurado, A., & Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: Hacia un enfoque integrador desde la psicología social. *Psicothema*, 14(4), 828-836. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1109432>

Servicio Nacional de Discapacidad. (2015). *Glosario*. https://www.senadis.gob.cl/pag/310/827/pag/669/1265/sobre_el_ii_estudio_nacional_de_la_discapacidad

Strauss, A., & Glaser, B. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Transaction.

Vielma, J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35617102003.pdf>

Villareal, L. (2017). Modelo teórico de políticas públicas, desde una dimensión biopsicosocial, para la atención a discapacitados en el distrito *Cartagena-Colombia* [Tesis de doctorado, Universidad Rafael Belloso Chacín]. <https://virtual.urbe.edu/tesispub/0105957/intro.pdf>



La Identidad de Vendedores Ambulantes en el Espacio Urbano: Un Estudio Etnográfico en Santiago, Chile¹

Oscar Albornoz Acevedo, María Paz Cangas Gonzalez,
Ignacio Manquehual Vera,
Bastian Nilo Quezada, Catalina Oyarzo Pedreros

Resumen

En Chile, tras el estallido social y la pandemia, la actividad del comercio ambulante aumentó debido a la inflación, la crisis migratoria y el desempleo. Los/as vendedores/as ambulantes están insertos/as en un contexto social caracterizado por una visión negativa desde los/as transeúntes, marcada por la inseguridad, desorden y falta de higiene en la vía pública, y los operativos de control que desplazan a los vendedores/as durante su jornada laboral; es en este escenario que deben tomar la decisión de cómo presentarse a sí mismos/as para controlar la imagen que generan en los demás. Se concibe la identidad como resultado de la interacción entre la identidad personal y social del sujeto, mediada por el Sí mismo a través de la construcción de una fachada. Esta investigación se realizó desde una perspectiva etnográfica en la que participaron cinco vendedores/as ambulantes informales a quienes se les realizó una entrevista etnográfica. Para el análisis de la información se aplicó la técnica del análisis de contenido. Los resultados se presentan en un texto etnográfico que evidencia los prejuicios que recaen sobre a los/as vendedores/as ambulantes, como la informalidad, la delincuencia o la falta de higiene, que contrastan con la autoimagen de los/as vendedores/as, quienes se perciben como trabajadores/as autónomos/as, organizados/as, y preocupados/as de asegurar una atención de buena calidad a los/as transeúntes.

Palabras clave: identidad social, identidad virtual, trabajo informal, sector informal, vendedor ambulante.

¹ Este artículo fue escrito durante la realización del Curso Investigación IV, impartido por la profesora Ma. Isabel Toledo y la ayudantía de Francisca Quiroz y Sofía Astaburuaga.

Introducción

En la Región Metropolitana de Chile, el comercio ambulante aumentó después del estallido social del 2019 y la pandemia del 2020 debido a un alza en la venta informal online que, con el desconfinamiento, se desplazó a la vía pública (Centro UC Políticas Públicas, 2023). La creciente inflación, el aumento del desempleo y la llegada de inmigrantes de larga estadía se suman a los factores que explican su expansión.

A pesar de la cantidad de personas que obtienen sus recursos económicos ejerciendo el comercio ilegal y sus implicancias, son escasas las investigaciones que se han realizado sobre ellas. En China se investigó la autonomía operativa de vendedores/as ambulantes (Jiang y Wang, 2022), en India se estudió el impacto de la crisis económica inducida por el COVID-19 (Lyngwa y Sahoo, 2022) y en Ecuador se realizó una investigación sobre los procesos y mecanismos de permanencia en actividades informales de vendedores/as ambulantes (Trujillo, 2020). En Chile se investigó cómo las prácticas de los vendedores ambulantes en Santiago han cambiado y reconfigurado sus identidades en el contexto de la transformación urbana y el sistema económico capitalista (Palacios, 2016); y se estudió la apropiación socioespacial de los vendedores ambulantes y sus disputas en la ciudad de Valparaíso (Ojeda y Pino, 2019).

Los/as vendedores/as ambulantes son personas que realizan actividades comerciales en espacios públicos sin una estructura física permanente para la venta de productos (Bhowmik, 2005). Su decisión de involucrarse en estas actividades responde a motivaciones individuales que están influenciadas por el contexto que las enmarca (Trujillo, 2020). Entre ellas se encuentran la flexibilidad horaria (Castiblanco, 2017), la autonomía (Chen, 2012), la liquidez financiera diaria (Chen et al., 2016), la falta de oportunidades en el mercado formal (Hordofa y Dube, 2023) y una situación migratoria irregular (Prudent, 2019). La mayoría de los/as vendedores/as ambulantes ejercen el comercio sin contar con el permiso de instancias regulatorias locales (Ojeda y Pino, 2019). Asimismo, sus formas

de regulación y control dependen de la legislación de cada ciudad y/o país; sin embargo, mayoritariamente el espacio público es autorregulado por los propios vendedores en respuesta a leyes y regulaciones ambiguas y a veces contradictorias (Meneses-Reyes y Caballero-Juárez, 2014; Ojeda y Pino, 2019). Las estructuras físicas que utilizan para la venta son simples y móviles, lo que les permite adaptarse fácilmente a cambios que ocurren en el espacio físico y en las condiciones de venta (Saldarriaga et al., 2016).

Ahora bien, el trabajo, su libre elección, la igualdad de condiciones y la protección contra el desempleo, son derechos, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948). Además, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares establece que los Estados deben asegurar y respetar a todos los/as trabajadores/as migratorios/as y sus familiares que se encuentren bajo su jurisdicción (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990). La Declaración de Filadelfia afirma que todas las personas tienen derecho a buscar su bienestar material y espiritual con libertad, dignidad y seguridad económica (Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, 1958). La *StreetNet International* apoya a sus afiliados a acceder a los derechos de vendedores ambulantes a través de propuestas integrales de mejora en los territorios; dicha organización cuenta con sede en Chile y en más de 50 países (Organización Internacional del Trabajo, 2019). La Comisión Económica para América Latina promueve el desarrollo económico en el continente e investiga la probabilidad de informalidad laboral en América Latina (Espejo, 2022).

En coherencia con lo estipulado por las Naciones Unidas, la Constitución Política de la República de Chile establece el derecho a la libre elección del empleo con un sueldo justo. Además, señala que ningún trabajo puede prohibirse si no se opone a la moral, seguridad o salubridad (Artículo 19°, 2019). Sin embargo, sobre el comercio ilegal, la ley 21.426 (2022) ordena a policías, inspectores municipales y funcionarios del Servicio de Impuestos Internos [SII] a fiscalizar el correcto ejercicio del comercio, y exige los permisos municipales y documentos que demuestren el

origen de los productos comercializados. Además, señala que las municipalidades deben designar lugares para el comercio ambulante (Ley No 21.426, 2022) junto con asegurar el uso adecuado de las vías públicas (Decreto con Fuerza de Ley No 1, 2009) y prohibir el comercio ambulante en calzadas y bermas sin permiso municipal o autorización del Ministerio de Obras Públicas (Decreto con Fuerza de Ley No 1, 2009). Por su parte, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social fomenta la seguridad social, equidad de género y derechos laborales (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, s.f.) y el SII asegura el cumplimiento tributario de los/as contribuyentes, aplica y fiscaliza los impuestos (SII, s.f.). Además, la Dirección del Trabajo fiscaliza el cumplimiento de leyes laborales y fomenta lazos sanos entre empleadores y trabajadores (Dirección del Trabajo, s.f.).

En la Región Metropolitana de Chile, los/as vendedores/as ambulantes presentan una proporción similar entre hombres y mujeres; tienen entre 30 y 49 años y cuentan con enseñanza media o secundaria completa. La mayoría son jefes/as de hogar que viven con al menos un niño o niña. Una proporción significativa ejerce esta labor sin permiso de las autoridades locales. La población migrante representa casi la mitad del total de vendedores/as ambulantes de la región, y la mayor parte de ellos/as no tiene su situación migratoria regularizada. En muchos casos, comenzaron a vender en espacios públicos debido a que es una práctica de sus padres u otros familiares. La mayoría de ellos/ellas se sienten satisfechos con su trabajo, pues valoran la autonomía, la flexibilidad horaria y el poder percibir ingresos diariamente. La mitad de ellos/as continuaría con esta actividad incluso si sus ingresos mensuales líquidos superaran los \$850.000, cifra significativamente superior al sueldo mínimo en Chile (Centro UC Políticas Públicas, 2023).

Además, se ha reportado que para las personas que carecen de educación formal y que tienen pocas posibilidades de empleabilidad en el mercado laboral convencional, la venta ambulante se ha convertido en una de sus principales posibilidades de empleo (Castiblanco, 2017; Chen, 2012; Chen et al., 2016). Asimismo, las personas migrantes en situación irregular, al no tener acceso a trabajos

formales, encuentran en esta actividad una vía para obtener ingresos diarios y subsistir (Hordofa y Dube, 2023). También, el comercio ambulante les ofrece una oportunidad para conciliar sus responsabilidades de cuidado con la integración laboral a quienes desempeñan tareas de cuidado (Prudent, 2019).

Los/as transeúntes son quienes compran de manera ocasional en el comercio ambulante motivados por los bajos precios y la comodidad de adquirir productos en la calle. Casi la totalidad de ellos/as se sienten satisfechos con sus compras; sin embargo, la mayoría apoya la idea de erradicar esta actividad. Quienes manifiestan la necesidad de su erradicación, se fundan en la inseguridad, la delincuencia, el desorden en la vía pública y la dificultad para transitar que el comercio ambulante provoca, y quienes se oponen a ella argumentan la necesidad de trabajo que ofrece a personas que no tienen otras alternativas laborales (Centro UC Políticas Públicas, 2023).

Para dar cuenta del fenómeno estudiado se considerará la noción de identidad entendida como la resultante de la interacción entre la identidad personal y la identidad social mediada por el Sí mismo. Por un lado, la identidad personal corresponde a la autoimagen del sujeto. Por otro lado, la identidad social se construye con las impresiones que se generan sobre el individuo (Goffman, 1963). Esta última se divide en identidad social real e identidad social virtual. La identidad social real se refiere a las características observables del sujeto, las que están asociadas a roles específicos. Estas cumplen la función de guiones que dictan la manera de actuar en determinados contextos. La identidad social virtual atañe a la forma en que los demás perciben al sujeto a través de estigmas asociados al rol que desempeña (Vidal, 2002). Existen tres tipos de estigmas: físicos, psicológicos y sociales (Marichal, 2000). El individuo puede tomar conciencia del estigma que se le asocia y, en consecuencia, optar por modificar su comportamiento para contrarrestarlo. Si el individuo toma conciencia de su estigma, estos pueden disminuir, lo que facilitaría la coherencia entre su identidad social real y virtual (Goffman, 1963).

Por su parte, el Sí mismo es una construcción relacional que emerge de la interacción social en la que el sujeto busca mantener una imagen coherente

y significativa para los otros. Dicha imagen se produce y reproduce en cada interacción a partir de una narrativa coherente entre la identidad personal y la identidad social (Goffman, 1959). El sujeto utiliza un conjunto de elementos para presentar su identidad en situaciones sociales, que se denomina “fachada”. Esta se divide en la fachada personal, que corresponde al sexo, cargo, ropa, características, y gestos faciales y corporales del sujeto; y el *setting*, que es el contexto físico y social donde ocurre la interacción (Lucena y Gomes, 2017). El sujeto presenta su fachada en dos instancias: *El frontstage*, que corresponde al espacio donde actúa de cara al público, en el que el Sí mismo es cuidadosamente presentado con el propósito de controlar la impresión que se deja en los demás. Y el *backstage*, un espacio esencialmente privado en el que se muestran aspectos auténticos del Sí mismo; por ello, posibilita la exploración de aspectos de la identidad que no se exhiben en el *frontstage* (Goffman, 1959).

Entonces, la configuración de un rol en un escenario determinado influye en la representación que las personas tienen de sí mismas y en la imagen que los/as demás tienen de ellos/as. En el caso de los vendedores ambulantes, este escenario está caracterizado por una visión negativa desde los transeúntes, marcada por la inseguridad, desorden y falta de higiene en la vía pública, y los operativos de control que desplazan a los vendedores durante su jornada laboral. Los vendedores deben tomar la decisión de cómo presentarse a sí mismos/as para controlar la impresión que generan en los demás. En consecuencia, el objetivo de esta investigación es describir la identidad de vendedores ambulantes.

Marco Metodológico

Diseño

Se realizó una investigación cualitativa desde una perspectiva etnográfica. Esta se define como el proceso de describir y caracterizar a grupos humanos, sus creencias, formas de interacción, instituciones y producciones materiales. Con la perspectiva etnográfica se busca la identificación de patrones a partir de la observación del comportamiento de la comunidad y de entrevistas realizadas a sus miembros. El interés de los etnógrafos/as es conocer la vida diaria de los informantes (Angrosino, 2007). En este tipo de investigación, el/la informante desempeña un papel crucial, ya que es la persona que, al pertenecer al grupo estudiado, aporta un conocimiento valioso para la investigación. El vínculo con el/la informante se caracteriza por un aprendizaje sistemático, que permite al/la investigador/a acceder a una comprensión mejor de las prácticas del grupo en su contexto (Restrepo, 2018).

Una de las técnicas de recolección de información en esta perspectiva es la entrevista etnográfica, que tiene como objetivo explorar temas que no siempre se consideran en la planificación inicial de la investigación (Angrosino, 2007). Esta técnica incluye preguntas indirectas, orientadas a generar conversación sobre un tema específico, y en caso de que surja información relevante, se formulan preguntas más precisas para profundizar en ese aspecto (Hammersley y Atkinson, 1994). Para el análisis de la información se aplicó la técnica de análisis de contenido, consistente en resumir el contenido de la información mediante la revisión reiterada de la teoría (Flick, 2007).

El producto etnográfico resultante de esta investigación es una monografía que tiene como objetivo describir la situación cultural de los informantes y ser presentada a la comunidad científica para su discusión y análisis (Aguirre, 1995).

Participantes

Para la realización de la investigación se convocó a cinco informantes mayores de edad que se identificaban como vendedores/as ambulantes. La convocatoria se realizó de manera presencial. Los/as investigadores/as se acercaron a los/as informantes en la vía pública, quienes fueron cuatro adultos/as chilenos/as y un ciudadano peruano, que vendían alimentos y se ubicaban en diversos sectores de Santiago, tales como al costado de avenidas concurridas y plazas de la capital, y se les invitó a participar. El anonimato de los/as informantes se resguardó mediante el uso de pseudónimos. Antes de cada entrevista, se entregó a el/la informante un consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, en formato impreso. Este documento fue leído en voz alta y firmado por ambas partes. El/la entrevistador/a conservará una copia del consentimiento informado, que será archivada durante un año.

Producción de Datos

El proceso de recolección de información se realizó mediante entrevistas etnográficas individuales a los cinco informantes. La convocatoria fue presencial, y los/as investigadores se acercaron a los/as informantes en la vía pública para invitarlos/as a participar en el estudio. Durante este contacto inicial, se explicó que las entrevistas serían grabadas y se garantizó el anonimato de toda la información proporcionada. Una vez que los/as informantes aceptaron participar, se coordinó el día de la entrevista, priorizando su conveniencia horaria. Tres entrevistas se realizaron en la vía pública y dos, en espacios cerrados, según la preferencia de los/as informantes. Para el registro de la información, se utilizó la grabadora de un teléfono celular en desuso, destinado exclusivamente a esta investigación.

Análisis de Datos

Para el análisis de la información se aplicó la técnica de análisis de contenido. Este proceso comenzó con la transcripción de las entrevistas realizadas. Luego, a partir del problema de investigación, se construyó un mapa mental que organizó

las categorías y subcategorías clave según modelos teóricos preexistentes. Cada fragmento relevante de la transcripción fue seleccionado y asignado a la subcategoría correspondiente del mapa. Posteriormente, se agruparon todos los fragmentos relacionados, lo que permitió la identificación de patrones y relaciones entre ellos. Una vez realizado el paso anterior, se redactó un texto etnográfico que integró de manera coherente los fragmentos ya organizados.

Los criterios de calidad en esta investigación son la fiabilidad, entendida como la capacidad de replicar el estudio utilizando los mismos métodos, y la validez, que garantiza que realmente se mida lo que se pretende medir (Goetz y Le Compte, 1988).

Resultados

El texto etnográfico expone cinco entrevistas con vendedores/as ambulantes que trabajan en distintas zonas urbanas. Sus nombres fueron cambiados para garantizar la confidencialidad de los/as informantes. Se asignaron seudónimos: Carina, Nova, Andrómeda, Ciro y Orión. A lo largo del texto se abordarán sus experiencias en el comercio ambulante.

Ámbito Laboral

Para algunas personas, el comercio ambulante se ha convertido en una forma de sustento. Tal es el caso de Orión, jefe de hogar, padre de tres niños y ciudadano peruano en situación irregular, quien enfrenta barreras para ingresar al mercado laboral formal debido a la falta de su documento de identidad. Según su relato: “Para yo tener los papeles y el R.U.T. provisional, tengo que regresar a mi país, sacar una visa de trabajo, regresar con esa visa (...) Entonces yo puedo acá sacar mi R.U.T. provisional y puedo trabajar”. Sin embargo, las condiciones de trabajo de los/as vendedores/as ambulantes están marcadas por restricciones legales, tensiones en la ocupación del espacio público y estrategias de adaptación frente a un entorno adverso.

En efecto, existen tensiones entre vendedores ambulantes y autoridades locales, las que suelen relacionarse con órdenes municipales y factores sociodemográficos,

como relata Carina, mujer chilena de 66 años: “Nos echaron del Jumbo porque la alcaldesa no quería más vendedores, claro que no fue solo eso el problema: fue que llegaron muchos extranjeros”. Las tensiones también existen entre los/as mismos/as comerciantes, quienes frecuentemente se resisten a compartir sus áreas de venta, como explica Orión: “Si vas a ponerte a vender algún producto al costado de alguien, él no va a querer (...) porque también ellos cuidan su lado donde ellos venden, no quieren competencia”. Además, algunos/as vendedores/as amplían su ocupación del espacio más allá de lo necesario, exacerbando los conflictos, como señala Ciro: “Si puedes vender con una mesa, ¿por qué poner siete mesas? (...) por eso se genera mucho conflicto en la calle”.

La fiscalización representa un desafío constante para los/as vendedores/as ambulantes, quienes, en consecuencia, desarrollan diversas estrategias para enfrentarlo. Nova, por ejemplo, busca apelar a los sentimientos de los/as inspectores/as municipales:

Si llega uno más pesado (...) igual eso influye: si tú le dices a una persona “yo tengo quince años aquí en la calle, trabajando, aquí en este puesto, ¿cómo me vas a llevar mis cosas?”, entonces, igual hay gente que le llegas al corazón, a los sentimientos.

Andrómeda, por su parte, prefiere evitar ser vista, movilizándose con rapidez: “Lo bueno que nosotros, como estamos con mochila, ya es como que pasamos como delivery”. Ciro, de 37 años, prefiere esconder sus cosas, esperar que los operativos finalicen y evitar confrontaciones: “Es súper difícil hacerles entender [a otros vendedores] que en realidad es mejor hacerse el loco, darse la vuelta, que no te vean y después instalarte y seguir vendiendo”. En ocasiones, también ayuda a otros/as vendedores/as, como colegas mayores que no pueden reaccionar con rapidez. Además, los grupos de *WhatsApp* son una herramienta para evitar operativos, pues permiten a vendedores como Orión guardar sus pertenencias y escapar a tiempo. Relata: “A veces me atrapaban de imprevisto, sin tiempo para guardar mis pertenencias”.

Según los/as vendedores/as, la actitud de los/as inspectores/as varía en los procedimientos de fiscalización. Algunos/as actúan con amabilidad, como relata Carina: ellos dicen “Recoja sus cositas mamita, porque nos mandaron”. Sin embargo, en ocasiones no hay una comunicación efectiva, ya que las conversaciones se interrumpen, como ella misma explica: “Bueno, si usted me está conversando, déjeme conversar también a mí para ver en qué quedamos. Si me tengo que ir, me voy, pero escúcheme pues”. Nova recuerda incidentes con los/as carabineros/as: “Nosotros peleábamos con los pacos”, aunque también reconoce que era inútil resistirse. Andrómeda señala que la vigilancia se ha intensificado con el tiempo: “Vienen con inspectores y nos ponen multas”. Aunque estos operativos buscan desalentar la venta ambulante, Orión reconoce que los/as fiscalizadores/as solo cumplen con su labor: “Ellos tienen un jefe que los manda para que fiscalicen todo eso”.

El siguiente paso a las fiscalizaciones son las sanciones económicas, las que agravan la situación inestable de los vendedores. Andrómeda describe la manera en que las multas afectan su tranquilidad: “Nosotros somos extranjeros, no sé si nos quiten... quizás mi cédula definitiva (...) por tener multas que no pago”. Aunque trata de cubrir los costos, señala que algunas multas son difíciles de pagar: “Por miedo a problemas legales, procuro pagar todas las multas, aunque la última, de 100 mil pesos, aún no la he podido cubrir”. Orión, en cambio, opta por reducir su inventario para minimizar las pérdidas en caso de fiscalización y una eventual confiscación de su mercancía: “Si los municipales no llegaran a quitarnos las cosas, yo trataría de surtir un poco más los productos que vendo”.

También sucede que la exposición a delitos en la calle aumenta los riesgos de esta actividad. Aunque Carina no fue directamente afectada, recuerda el robo a un compañero: “A mí no me robaron, pero a mi compañero sí. ¿Cómo lo hacían? No nos dimos ni cuenta”. Nova presencié un incidente violento: “Me doy vuelta, veo como una moto que viene despacito, escucho el puro ‘¡suéltame!’, no soltó el celular, le llevaron hasta las uñas a la cabra”. Andrómeda señala que algunas motos simulan ser de reparto para cometer robos: “Han robado el celular varias veces las

motos, dicen que son de *delivery*, pero no creo que sean *delivery*". Ciro, consciente de la realidad de la calle, señala que debe estar preparado para cualquier situación: "En realidad tienes que estar preparado, con la mente súper abierta... Yo prefiero alejarme en realidad, pero siempre tienes que hacerlo en buena onda". Sin embargo, reconoce que, debido a la violencia, nunca se sabe cuándo puede ocurrir un conflicto, por lo que prefiere evitar interacciones con personas que le generan desconfianza: "No sabes si en cualquier momento va a llegar alguien a balearlo, como está hoy en día todo".

En este contexto adverso, los/as vendedores/as ambulantes intentan mantenerse dentro de límites éticos, aunque no siempre todos lo logran. Orión asegura que sus productos siempre son legales: "Si vendo, vendo algo, un producto que sea legal... Sándwiches, bebidas, algo que no sea ilegal", pero reconoce que otros no siempre respetan estas normas: "Creo que la mayoría [de los/as vendedores/as] son correctos, pero hay entre ellos algunos que también se prestan para vender alguna cosa, y tratan de vender otra cosa ilícita". Nova, aunque no ha presenciado pagos informales por el uso del espacio público, reconoce la circulación de mercancías de procedencia desconocida, lo que en ocasiones la lleva a tomar decisiones pragmáticas: "A veces me compro jamoncito si me lo venden barato, puedo abaratar el costo del pan". Esta línea difusa entre lo permitido y lo ilegal también se refleja en las observaciones de Andrómeda, quien, sin haber visto personalmente la venta de drogas entre ambulantes, señala que algunos ofrecen productos ilícitos de forma discreta: "Son como extraños que vienen por ahí o caminan y ofrecen, pero... así como disimulados".

Hay diversos vínculos entre los vendedores y sus colegas. Ciro describe a los/as vendedores/as ambulantes como un "grupo súper misceláneo", y destaca que este trabajo le ha permitido conocer a personas de variados orígenes:

He tenido la oportunidad de conocer a una gran diversidad de personas y hacer amigos. Entre mis colegas hay extranjeros, profesionales, adultos mayores e incluso personas que en algún momento se dedicaron a actividades delictivas,

pero que han logrado alejarse de ese estilo de vida. Al final aprendes de todas las experiencias, de cómo vive cada gente.

Sin embargo, no todos encuentran en este entorno la posibilidad de establecer lazos. Para Andrómeda, la vigilancia constante de los/as guardias limita sus interacciones: “No converso mucho con los otros vendedores (...) es que como estoy más pendiente de los guardias no tenemos tiempo. Todo el día estamos pendientes, entonces no tenemos tiempo de hacer vida social”. Además, señala que los/as nuevos/as vendedores/as rara vez permanecen en el área, lo que dificulta construir relaciones: “A veces vienen algunos nuevos, pero los guardias los echan y ya como que no vuelven”.

Sumado a lo anterior, las dinámicas de colaboración pueden derivar en tensiones, como explica Nova al recordar intentos fallidos de coordinar precios:

Yo trato de no interactuar con los vendedores, lo justo y necesario. Antes solíamos ponernos de acuerdo para vender los productos a un precio, pero se convirtió en un problema cuando otros vendedores comenzaron a ofrecer a precios más bajos. Entonces (...) prefiero yo poner mis precios no más, y no calentarme la cabeza.

Por su parte, Orión prioriza el respeto y la cooperación, incluso ante conflictos iniciales. Relata la manera en que logró resolver una disputa territorial con otro vendedor que no le permitía vender sus productos en el mismo sector, ante lo cual Orión se mostró con una actitud amistosa y sincera que le permitió establecer una relación armoniosa:

Aunque mi competencia trate de incomodarme en diferentes momentos del día, yo siempre trato de poner buena cara (...). A mí no me gusta la rivalidad ni la falta de respeto ni la envidia. Si de repente ese día no vendí nada yo, y la señora vendió, qué bueno por ella, que le vaya muy bien.

La relación con los/as clientes/as es igualmente compleja y esencial para el

éxito en este oficio. Carina narra su dedicación hacia los/as vecinos/as, incluso en medio de adversidades: “Yo veía algún viejito, yo a veces iba a dejarlos allá mismo, me dejaba botado [el puesto de trabajo] y lo iba a dejar”. Este compromiso fue reconocido incluso por aquellos que, en algún momento, solicitaron el desalojo de los/as vendedores/as:

Un vecino me dijo: “Desgraciadamente, por uno pagaron todos por los platos rotos. Nosotros fuimos quienes llamamos para que los echaran, pero desgraciadamente tuvimos que incluirla a usted. Pero yo no tengo nada en contra de usted, al contrario, estamos agradecidos porque nos ha atendido siempre bien, siempre fue atenta con nosotros”.

Sin embargo, la estigmatización y los prejuicios son una realidad cotidiana para muchos. Nova observa que:

Mucha delincuencia se esconde en el comercio ambulante. Muchos de los “choros” siempre están en el comercio o se esconden ahí, por eso la gente, o los clientes de repente nos tienen mal mirados [a los/as vendedores ambulantes], pero no son todos iguales.

Orión, como inmigrante, siente el peso del estigma adicional hacia su nacionalidad:

Por ser inmigrante creo que tienes un cierto desacuerdo con el público. De repente dice la gente “no, los ambulantes qué hacen, tiran basura, no barren, no limpian, dejan todo mal”. Pero en mi caso, limpio todo, barro todo con mi escoba y pongo recién a vender mi mesa. Y cuando me retiro, igual.

La imagen que proyectan los/as vendedores/as es crucial para superar estos prejuicios y generar confianza. La limpieza y el orden son elementos centrales de esta misma. Orión enfatiza: “El cliente ve todo limpio y dice ‘Ah, acá está limpio, acá voy a comprar’”. Andrómeda complementa este punto, recordando los consejos de su madre:

Más que ver en el gusto de la ropa, veo solamente verme un poco más ordenada, porque a veces uno sale tan apurada y, por lo menos, tienes que peinarte, estar ordenada y con las uñas limpias, porque vendes comida, me dice mi mamá.

Este cuidado personal se combina con una actitud amigable y un lenguaje respetuoso, como señala Nova: “Mi cuñado, cuando trabajaba allá, me enseñó que una tiene que ser simpática para atender. El saludar, ‘hola’, ‘cómo está’, ‘qué va a querer’, ‘que esté bien’, cosas así hacen que la persona vuelva a comprarte”. El trato con los clientes es un aspecto clave para quienes se dedican al comercio ambulante.

Carina expresa una profunda satisfacción con la venta ambulante: «Mientras yo tenga fuerzas voy a estar hasta las últimas». Esta actividad le otorga la libertad de organizar su tiempo según su propio criterio, algo que valora mucho más que la estabilidad que le podría ofrecer un empleo formal “... yo quiero ser libre de mandarme yo misma”. Su motivación radica en su deseo de mantener esa autonomía, además de su proyecto:

«Es el sueño hasta que me vaya de esta vida: quiero volver a tener mi negocio... Y yo sé que lo voy a cumplir». Además, expresa un profundo sentido de independencia. “Yo he sido una persona trabajadora (...) yo no dependí (...) yo tenía mi pareja y nunca dependí de mi pareja”.

Andrómeda describe el impacto físico y mental de su trabajo, cuestionando si realmente vale la pena: «Sí, porque me puede enfermar esto, tanto estar estresada...» Atribuye estos problemas de salud al estrés de tener que estar alerta ante los/as fiscalizadores/as, pues la presión de las multas ha alterado la dinámica de la venta ambulante. Además, señala: “Antes vender era súper tranquilo... pero desde que empezaron esas multas y todo, uno no está tranquilo”. La combinación de la presión externa y la disminución de ingresos ha intensificado su reflexión sobre un posible cambio de trabajo:

Si tuviera un sueldo superior a esto, sí. Yo creo que sí. Bueno, ahora me lo he cuestionado bastante. He querido irme a trabajar a otro lado, por lo que está muy pesado, está muy estresante. Este año ha sido el año que más me ha estresado vender, porque se ha puesto muy estricto y la venta ha bajado mucho.

Para Nova, la libertad de poder decidir cuándo trabajar es un valor primordial: «Eres tu propio jefe, nadie te va a venir a mandar, a humillar, a decirte lo que tienes que hacer; si un día yo no quiero ir a trabajar, no voy, no más». Pero también sabe que esta independencia implica un peso emocional considerable. Reconoce que, al ser su propia jefa, se enfrenta a la responsabilidad de sus decisiones sin la protección de un jefe o un salario fijo. Este poder de decisión personal genera un sentimiento tanto de libertad como de vulnerabilidad, sobre todo ante la incertidumbre de no saber qué sucederá si decide no trabajar o si su mercancía es confiscada. “No quiero que me quiten mis cosas el día de mañana... se llevan toda tu mercadería, o sea, tú quedas... perdemos un gran capital”. Esta ambivalencia se refleja en su deseo de encontrar un equilibrio entre la libertad personal y la seguridad económica, ya que a pesar de la satisfacción de estar a cargo de sí misma, también reflexiona sobre la idea de que el entorno y sus dificultades podrían forzarla a buscar opciones más estables. Ella señala: “Si tuviera un sueldo superior a esto, sí lo haría”, ante la posibilidad de explorar nuevas oportunidades laborales.

Orión valora la flexibilidad que le ofrece su trabajo como vendedor ambulante: “Lo que más me gusta es que tengo disponibilidad (...) terminaste temprano, te vas a descansar, puedes ir a ver a tus hijos”, aunque es consciente de la inestabilidad y falta de seguridad laboral: «En un trabajo estable vas a tener tu plata mensual... tienes tu seguro. En cambio, en la calle no tienes nada». A pesar de que sus ingresos no son fijos, considera que su trabajo ambulante proporciona el sustento necesario: “Por el momento, me siento satisfecho, en el sentido de que me da sustento para mi hogar”. Además, le gustaría formalizar su actividad, ya que esto le permitiría ser su propio jefe y gestionar su tiempo: “... si hubiera una posibilidad de que me formalice como vendedor ambulante (...) si me dan esa posibilidad a mí, bacán, me

quedo, porque me da más tiempo de pasar con mi familia, apoyarlos, ayudarlos". Sus principales metas se relacionan con los negocios y la estabilidad familiar: «Con mi esposa lo principal es poner un negocio más grande (...) y la principal meta para mí es darles el estudio a mis niños, a mis hijos, que sean profesionales". Para Orión, también, su valor no depende de las opiniones ajenas: «Para mí, no me siento ni menos. Yo sé qué clase de persona soy». Él destaca la importancia de mantener una buena valoración personal frente a los prejuicios «Uno tiene que tener la autoestima bien alta, en el sentido de que estás haciendo algo (...) no estás haciendo algo malo. Si estuviera haciendo algo ilícito, podría ser. Pero yo estoy ofreciendo un producto normal».

Ciro, a pesar de estar consciente de que su ingreso actual es inferior al que obtenía en su empleo anterior, valora la libertad y el tiempo que su trabajo actual le proporciona: "Tal vez no gano las lucas que ganaba antes con mi último trabajo, pero igual tengo más tiempo". Recuerda con detalle las extensas jornadas de su trabajo anterior, que lo mantenían ocupado incluso fuera del horario laboral "... trabajaba '24/7', tenía reuniones los domingos, tenía que estar organizando de repente cosas hasta las diez, once de la noche". Esto contrasta con la flexibilidad que tiene actualmente "Ahora tengo tiempo, puedo desayunar en mi casa, puedo pasear a mi mascota, puedo compartir en pareja". Su aspiración es continuar con su negocio de comida, pero dentro del marco legal, manteniendo la misma esencia del emprendimiento, pero con los beneficios y responsabilidades de la formalidad. "Me siento satisfecho (...) eso sí, queremos formalizar. Estoy soltando lucas para eso". Giro expresa que trabajar en la calle no lo experimenta como un papel impuesto, sino como una actividad que lo conecta con su forma de ser: "Cuando estás haciendo lo que a ti te gusta, dejas de ser un personaje".

En síntesis, se propone que la venta ambulante es un fenómeno multidimensional, que tiene una gama de matices muy amplia y no se puede reducir solamente a una forma de sustento económico. Esta actividad permite a sus trabajadores contar con cierta independencia, aunque no exenta de dificultades. Mientras por un lado posibilita la elección de los horarios, los productos a comercializar, sus precios y

los puntos de venta, por otro, expone a los vendedores a las condiciones hostiles que puede presentar la calle: violencia, delitos y disputas, así como tensiones con las autoridades y organismos fiscalizadores. Por lo anterior, para mantener en pie su actividad deben desarrollar estrategias, las cuales van desde la evasión hasta el enfrentamiento y la búsqueda de empatía en el otro. Sumado a ello, los comerciantes requieren sostener la relación cliente-vendedor, en un contexto donde la estigmatización y el prejuicio son una realidad cotidiana, lo que entra en tensión con la imagen de limpieza y orden que buscan proyectar para legitimar socialmente su actividad y poder percibir ingresos. Así, si bien este mundo ofrece a los vendedores ciertas garantías de autonomía, están a su vez, limitados por la incertidumbre e inestabilidad relacionadas con el carácter informal de su actividad.

Vida Privada

Las actividades laborales de los vendedores ambulantes continúan al regresar a casa en un ciclo donde el tiempo personal queda subordinado a la preparación para la siguiente jornada de trabajo. Carina, por ejemplo, describe cómo su rutina apenas le deja espacio para descansar: “Me baño, tomo una tacita de té y me acuesto, para al otro día volver a lo mismo”. Su vida parece transcurrir en un constante ir y venir entre el trabajo y las pocas horas de reposo, en las que el descanso es escaso para recuperarse antes de una nueva jornada.

Nova experimenta una fusión total entre su vida laboral y personal. Su jornada no se divide claramente entre el trabajo y el hogar, ya que ambos espacios se entremezclan. “Toda mi vida es aquí”, señala, refiriéndose al lugar donde trabaja. Allí, no solo vende, sino que también cocina, comparte las comidas con su hijo y lo ayuda con las tareas escolares. Aunque organiza turnos con sus compañeros para descansar brevemente, admite que el cansancio es inevitable: “Nos turnamos para tomar un descansito cada uno (...) porque igual es agotador estar todo el día aquí”. Este agotamiento no se limita a lo físico, sino que abarca la dificultad de encontrar un momento de desconexión verdadera.

En el caso de Andrómeda, la jornada comienza mucho antes de salir a la calle. Sus días inician temprano, dedicándose a preparar los alimentos que venderá. Luego pasa largas horas atendiendo su puesto y, en algunos casos, extiende su labor con la entrega de pedidos a domicilio. “Nos levantamos a hacer la producción... me quedo aquí como hasta las cuatro, cinco... Luego me voy y hacemos pedido a domicilio si es que nos piden”, explica. Incluso los fines de semana se ocupan en abastecerse para la semana, reservando el domingo para descansar.

Por su parte, Orión encuentra en los momentos con sus hijos una manera de desconectarse del trabajo. Sus salidas con ellos son un esfuerzo por ofrecerles un ambiente más relajado y distinto al de las largas jornadas laborales. Su dedicación a ellos en esos momentos es total: “Trato de darles lo mejor, de mostrar otra cara (...) otro día más alegre cuando salgo con ellos”. En estos breves respiros, logra alejarse del ritmo de su semana laboral, conectando con su rol de padre y ofreciendo a sus hijos una experiencia más relajada y diferente al estrés cotidiano del trabajo.

Para Ciro, las fronteras entre su vida laboral y personal son difusas: «La vida personal está súper mezclada como con todo lo que es trabajo”. Su jornada de trabajo se desarrolla en estrecha colaboración con su pareja, con quien comparte tanto las responsabilidades laborales como los momentos cotidianos. “Trabajo con mi polola, y entre los dos cocinamos y hacemos todo, entonces (...) mientras estamos trabajando estamos almorzando, estamos conversando, estamos haciendo como vida de pareja». Así, ambos roles, como vendedor ambulante y pareja, se entrelazan constantemente, de modo que las actividades laborales y personales se desarrollan de manera simultánea a lo largo del día.

La vida privada está fuertemente relacionada con la vida laboral, de modo que el abandono del lugar de trabajo no significa el cese de las actividades laborales. En el tiempo de descanso, el/a vendedor/a ambulante se provee de insumos, planifica las ventas, organiza presupuestos, cocina los productos para vender, entre otras actividades relacionadas, lo que somete el tiempo de descanso a las tareas que sostienen el trabajo y las ventas.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir la identidad de vendedores/as ambulantes. Con los resultados obtenidos es posible afirmar que la identidad personal de los/as vendedores/as ambulantes se construye de manera dinámica, influenciada por sus valores, autoimagen, experiencias laborales y las tensiones entre su deseo de autonomía y las limitaciones estructurales que enfrentan. La autonomía que les otorga su actividad les permite tener control sobre su tiempo y decisiones, pero esta libertad se ve contrarrestada por la inestabilidad económica y los riesgos asociados al trabajo informal, lo que genera un proceso constante de negociación entre lo que desean proyectar y las restricciones de contexto.

Algunos/as vendedores/as ambulantes aspiran a mayor seguridad laboral mediante la formalización de su actividad, lo que les permitiría mantener la flexibilidad de gestionar su propio tiempo sin renunciar a los beneficios del trabajo informal. Sin embargo, otros/as experimentan desafíos más profundos como la inestabilidad económica, lo que provoca una constante reevaluación de la viabilidad de continuar en esta actividad. De este modo, la identidad personal de los/as vendedores/as ambulantes se encuentra en constante tensión entre el deseo de autonomía y la necesidad de seguridad laboral y económica.

La identidad social real de los/as vendedores/as se manifiesta en sus roles como trabajadores/as informales, cuyas interacciones y conductas están mediadas por las exigencias del entorno, como las relaciones de cooperación o conflicto con colegas, la gestión de su puesto de trabajo, la interacción con los/as clientes/as y las estrategias frente a fiscalizadores/as. La identidad social real se ve también mediada por la identidad social virtual, influenciada por estigmas sociales asociados a la informalidad, como la delincuencia o la falta de higiene. En este contexto, los/as vendedores/as interactúan activamente con los prejuicios existentes para manejar su posicionamiento en la sociedad, utilizando su fachada personal como una herramienta clave para contrarrestar los prejuicios. Al mantener un espacio de trabajo limpio y adoptar actitudes de cooperación, cordialidad

y respeto hacia clientes y colegas, buscan reducir la brecha entre su identidad social real y la percepción pública, lo que les permite fortalecer su legitimidad social. En el backstage de los/as vendedores/as ambulantes, el tiempo personal se ve influenciado por las demandas laborales, ya que las tareas domésticas y familiares se entrelazan con la preparación para el día siguiente de trabajo. Este entrelazamiento limita los momentos de desconexión y recuperación, aunque algunos/as vendedores/as buscan equilibrar las presiones cotidianas pasando tiempo en familia.

Esta investigación se realizó con entrevistas etnográficas, lo que, aunque permitió obtener información detallada sobre la experiencia de los/as vendedores/as ambulantes, representa una limitación al no incorporar otras técnicas de recolección de datos, como la observación participante. La inclusión de esta última podría haber fortalecido la comprensión y validez de los hallazgos, ya que habría permitido captar dimensiones adicionales de la experiencia de los/as vendedores/as que no se revelan únicamente a través de entrevistas.

Conclusiones

La identidad de los/as vendedores/as ambulantes se configura de manera relacional y dinámica, en constante negociación con las condiciones estructurales de inestabilidad económica y estigmatización social. Se trata de una construcción situada que emerge y se reafirma en la relación cotidiana con clientes, colegas y autoridades. En este marco, las tensiones entre el deseo de autonomía y las restricciones del contexto adquieren un papel central, pues delimitan los márgenes de acción desde los cuales los/as vendedores/as definen y reconfiguran su posición en el entramado social. La gestión del tiempo, la organización del puesto, la disposición al trato respetuoso y la búsqueda de legitimación frente al estigma son respuestas estratégicas que permiten sostener una imagen socialmente válida. Así, la identidad de los/as vendedores/as ambulantes se expresa en su capacidad para interactuar con las demandas del entorno, articular distintos ámbitos de su vida y

mantener una continuidad en su forma de ser y actuar, a pesar de la inestabilidad vinculada a su contexto de trabajo, como la precariedad y la inseguridad. Esta continuidad no implica una estabilidad rígida, sino una adaptabilidad que les permite reafirmar su pertenencia a un colectivo, cuyo sentido se construye más a partir de las prácticas diarias y las tensiones compartidas que por atributos fijos.

Esta investigación aporta a la comprensión de la realidad social de los/as vendedores/as ambulantes, quienes no solo encuentran en su actividad una forma de sustento económico, sino también una manera de afirmar su autonomía y desarrollar proyectos de vida en un sistema económico excluyente. Esto subraya la necesidad de políticas públicas que valoren su rol social y económico, y así promover su inclusión sin forzar la asimilación en estructuras formales que no respondan a sus realidades.

Esta investigación contribuye a la comprensión de la realidad social de los/as vendedores/as ambulantes, al evidenciar que, además de ser una fuente de sustento económico, su actividad constituye una forma de afirmar su autonomía y desarrollar proyectos de vida dentro de un sistema económico excluyente. A partir de estos hallazgos, se subraya la importancia de desarrollar futuras investigaciones que profundicen en el estudio de las dinámicas identitarias de este grupo, particularmente en la relación entre sus prácticas cotidianas y las políticas públicas que afectan su inclusión social y económica. Estas investigaciones podrían orientar el diseño de políticas que reconozcan y valoren su rol en la sociedad, promoviendo su inclusión sin imponerles la asimilación a estructuras formales que no se ajusten a sus realidades.

Agradecimientos

Como equipo de investigación, expresamos nuestro agradecimiento a la docente María Isabel Toledo por orientarnos y retroalimentarnos durante este año. Agradecemos también a Francisca Quiroz por su apoyo y guía para trabajar, y a Sofía Astaburuaga por su disposición para corregirnos y ayudarnos a mejorar. Agradecemos a la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales por brindarnos la oportunidad de crecer académicamente y acercarnos al conocimiento poniendo en práctica lo aprendido, así como al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales por revisar y aprobar nuestro trabajo. Por último, agradecemos a los informantes por su valiosa colaboración en esta investigación.

Referencias

- Aguirre, A. (1995). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Alfaomega Grupo Editor.
- Angrosino, M. (2007). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *La declaración universal de los derechos humanos*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1990). *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>
- Bhowmik, S. K. (2005). Street vendors in Asia: A review. *Economic and Political Weekly*, 40(22/23), 2256-2264. <https://www.jstor.org/stable/4416705>
- Castiblanco, S. (2017). Emprendimiento informal y género: Una caracterización de los vendedores ambulantes en Bogotá. *Sociedad y Economía*, (34), 211-228. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i34.6479>
- Centro UC Políticas Públicas. (2023). *Estudio de caracterización del comercio ambulante en la Región Metropolitana*. <https://www.cnc.cl/wp-content/uploads/2023/09/2023-09-07-Informe-Estudio-Version-Final.pdf>
- Chen, M. A. (2012). The informal economy: *Definitions, theories and policies* (Working paper No. 1). Women in Informal Economy Globalizing and Organizing. https://www.wiego.org/wp-content/uploads/2019/09/Chen_WIEGO_WP1.pdf
- Chen, M. A., Roeber, S., & Skinner, C. (2016). Editorial: Urban livelihoods: Reframing theory and policy. *Environment & Urbanization*, 28(2), 1-12. <https://doi.org/10.1177/0956247816662405>
- Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo. (1958). Convenio No 111 sobre la discriminación (empleo y ocupación). Dirección del Trabajo.

<https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/w3-article-87385.html>

Constitución Política de la República de Chile [C.P.] art. 19.

Decreto con Fuerza de Ley No 1, Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley de tránsito. Octubre 29, 2009, Diario Oficial [D.O.] (Chile). <https://bcn.cl/2lcu2>

Dirección del Trabajo. (s.f.). *Acerca de la DT*. <https://www.dt.gob.cl/portal/1626/w3-propertyvalue-81298.html>

Espejo, A. (2022). *Informalidad laboral en América Latina: Propuesta metodológica para su identificación a nivel subnacional*. Naciones Unidas. Cepal. <https://hdl.handle.net/11362/47726>

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

Goetz, J., & LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Ediciones Morata.

Goffman, I. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu. https://consejopsuntref.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/goffman_erving_la_presentacion_de_la_per.pdf

Goffman, I. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu. <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Paidós.

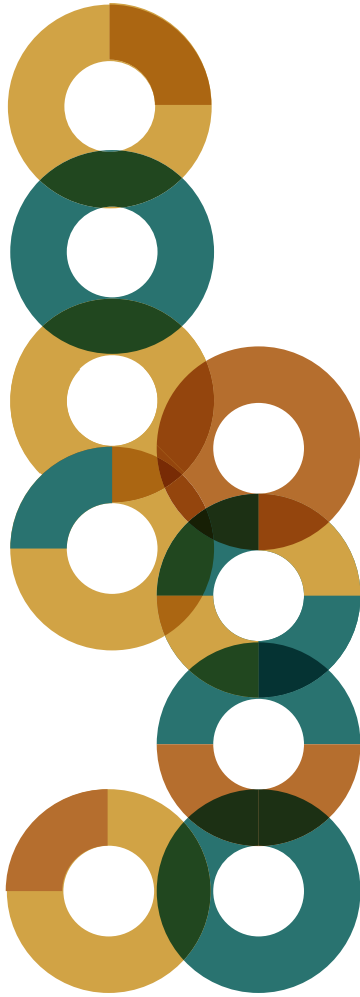
Hordofa, I. G., & Dube, E. E. (2023). Migration in the mining industry of Shakiso, Ethiopia: The case of migrant street vendors. *Theoretical & Empirical Researches in Urban Management*, 18(4), 45-64.

Jiang, A., & Wang, P. (2022). Governance and informal economies: Informality, uncertainty and street vending in China. *The British Journal of Criminology*, 62(6), 1431-1453. <https://doi.org/10.1093/bjc/azab112>

Ley No. 21426, Sobre comercio ilegal. Febrero 12, 2022, *Diario Oficial* [D.O.] (Chile). <https://bcn.cl/2xicx>

- Lucena, E., & Gomes, L. (2017). Atrizes da roça ou trabalhadoras rurais? O teatro e a fachada para obtenção da aposentadoria especial rural. *Revista Sociedade e Estado*, 32(3), 701-724. <https://doi.org/10.1590/s0102-69922017.3203007>
- Lyngwa, A., & Sahoo, B. K. (2022). COVID-19 and street vending in tribal areas: A qualitative analysis from Ground Zero-Aizawl, Mizoram, Northeast India. *Journal of Asian and African Studies*, 59(5), 1-18. <https://doi.org/10.1177/00219096221143129>
- Marichal, F. (2000). La organización del estigma en categorías: Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465. <https://www.psicothema.com/pdf/357.pdf>
- Meneses-Reyes, R., & Caballero-Juárez, J. A. (2014). The right to work on the street: Public space and constitutional rights. *Planning Theory*, 13(4), 370-386. <https://doi.org/10.1177/1473095213503967>
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (s.f.). *Misión y objetivos*. <https://www.mintrab.gob.cl/mision-y-objetivos/>
- Ojeda, L., & Pino, A. (2019). Spatiality of street vendors and sociospatial disputes over public space: The case of Valparaíso, Chile. *Cities*, 95, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2019.02.005>
- Organización Internacional del Trabajo. (30 de agosto de 2019). *Organizando a vendedores ambulantes hacia la formalización y el empoderamiento económico*. https://www.ilo.org/global/topics/cooperatives/news/WCMS_716973/lang-es/index.htm
- Palacios, R. (2016). The new identities of streets vendors in Santiago, Chile. *Space and Culture*, 19(4), 421-434. <https://doi.org/10.1177/1206331216643778>
- Prudent, E. (2019). Maternidad y movilidad: Las mujeres inmigrantes y sus ventas ambulantes en las páginas de las revistas ilustradas porteñas, Buenos Aires 1898-1918. *Antíteses*, 12(24), 459-487. <https://doi.org/10.5433/1984-3356.2019v12n24p459>
- Restrepo, E. (2018). *Etnografía: Alcances, técnicas y éticas*. Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor San Marcos

- Saldarriaga, J. M., Vélez-Zapata, C., & Betancur, G. (2016). Estrategias de mercadeo de los vendedores ambulantes. *Semestre Económico*, 19(39), 155-172. <https://doi.org/10.22395/seec.v19n39a7>
- Servicio de Impuestos Internos. (s.f.). *Misión, visión y valores del SII*. https://www.sii.cl/sobre_el_sii/mision.html
- Trujillo, I. J. (2020). Acción social de los vendedores ambulantes en Chiapas. *Revista de Sociología*, 35(2), 1-17. <https://doi.org/10.5354/0719-529x.2020.58372>
- Vidal, P. (2002). La identidad estigmatizada. *Polis*, 1(3), 1-9. <https://www.redalyc.org/pdf/305/30510309.pdf>



INVESTIGACIONES DE ESTUDIANTES
DE PREGRADO DE PSICOLOGÍA UDP2024
Cuidados, vínculos e inclusión

udp Escuela de Psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA