

SALUD Y BIEN - ESTAR

REVISTA DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE SALUD

UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA - FLORENCIA - CAQUETÁ



revista.saludybienestar@uniamazonia.edu.co



<https://editorial.uniamazonia.edu.co/salud-bienestar-amazonia>

Esta publicación es apoyada por:



Universidad de la
Amazonia

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
EDITORIAL UNIAMAZONIA



Editorial - Universidad de la Amazonia / Florencia, Caquetá-Colombia/ 2026



PRESENTACIÓN

La Revista de Salud y Bien-estar de la Amazonia es una publicación científica semestral de acceso abierto, editada por la Universidad de la Amazonia. Difundimos investigación original en Enfermería y Psicología, con un enfoque interdisciplinario en salud intercultural, cuidados basados en evidencia y procesos psicosociales en la región amazónica y contextos afines. Nuestro compromiso es el rigor científico, evaluado por pares bajo el sistema doble ciego, y la divulgación libre sin costos, promoviendo un mayor intercambio global de conocimiento para el desarrollo social.

OBJETIVO DE LA REVISTA

Promover la divulgación de investigaciones de calidad que fomenten el diálogo interdisciplinario entre Enfermería y Psicología, contribuyendo al avance del conocimiento aplicado en salud y bienestar para la Amazonia. Apoyar la formación de profesionales y consolidar una comunidad académica activa. Nuestra meta es ser una revista indexada y de referencia para 2030, reconocida por su rigor, impacto social y contribución científica, garantizando la preservación permanente de su contenido.



Revista Salud & Bien-Estar de la Amazonia

ISSN-REVISTA EN LÍNEA: 3115-0985



ÁREAS TEMÁTICAS

DESDE LA ENFERMERÍA

- ☒ Cuidado en salud y prácticas de enfermería.
- ☒ Salud intercultural y enfoques etnográficos.
- ☒ Enfermería basada en la evidencia.
- ☒ Gestión y políticas de cuidado.
- ☒ Salud pública y comunitaria.
- ☒ Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

DESDE LA PSICOLOGÍA

- Procesos psicológicos básicos y sociales. ☒
- Psicología clínica y de la salud. ☒
- Psicología comunitaria e intervención psicosocial. ☒
- Neuropsicología y psicobiología. ☒
- Psicología educativa y del desarrollo. ☒
- Evaluación e intervención en contextos sociales diversos. ☒



EQUIPO EDITORIAL

EDITOR GENERAL



PhD. WILLIAN SIERRA BARÓN
Universidad Surcolombiana

COMITÉ EDITORIAL



JAIME ALEJANDRO VARGAS CORDOBA
Universidad Manuela Beltrán

FELIPE MAURICIO PINO PERDOMO
Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO

COMITÉ CIENTÍFICO



LADY JOHANNA PEREIRA MORENO
Universidad Cooperativa de Colombia

ERIK FABIAN RICO CASTILLO
Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano

SANDRA MILENA LEÓN RAMÍREZ
Universidad Industrial de Santander

Revista
Salud & Bien-Estar
de la Amazonia

ISSN-REVISTA EN LÍNEA: 3115-0985



DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Esp. KAROL ANDRES SUAREZ

IMAGEN DE PORTADA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



TABLA DE CONTENIDO

Página

NOTA EDITOR
WILLIAM SIERRA BARÓN

6-7



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE SANACIÓN: LA RESPUESTA INDÍGENA AL TRAUMA COLECTIVO EN EL CABILDO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS UNIDOS DE LETICIA - CAPIUL

Community Healing Practices: The Indigenous Response to Collective Trauma in the Cabildo
of the United Indigenous Peoples of Leticia – CAPIUL

GIOVANNY MURILLO RAMÍREZ

8-19



ARTÍCULOS DE REVISIÓN CIENTÍFICA

INTERVENCIONES DIGITALES DE SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE EMERGENCIA

Digital mental health interventions in emergency contexts

CLAUDIA CARINA OVIEDO

20-38



ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN CIENTÍFICA

TERMÓMETROS EMOCIONALES: EL IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN LA SALUD MENTAL

EMOTIONAL THERMOMETERS: THE IMPACT OF CLIMATE CHANGE ON MENTAL HEALTH

JORGE LUIS ALONSO FREIRE, LOURDES MARÍA BASANTA MARRERO, LUIS DANIEL ALONSO BASANTA,
JACOBO CAMBIL MARTÍN, CLAUDIA CARINA OVIEDO

39-48



TABLA DE CONTENIDO



ARTÍCULOS DE ESTUDIO DE CASO

CARTAS TERAPÉUTICAS EN CONTEXTOS PSICOSOCIALES: APORTES PARA LA INTERVENCIÓN DESDE UNA REVISIÓN DOCUMENTAL.

Therapeutic Letters in Psychosocial Contexts: Contributions to Intervention from a Documentary Review.

ISABEL CRISTINA BERNAL VÉLEZ, ISABEL CRISTINA HOYOS SANABRIA, VALERIA SUÁREZ GARCIA, ANA SOFÍA ECHEVERRI OSORIO

49-68

CAMBIOS COGNITIVOS Y COMUNICATIVOS TRAS UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA PAREJA CON ALTA CONFLICTIVIDAD RELACIONAL: UN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

Cognitive and communicative changes after a Cognitive-Behavioral intervention in a couple with high relational conflict: a clinical case study

GABRIEL BALAGUERA ROJAS, LUIS. A. CABALLERO

69-81

SALUD MENTAL: BIENESTAR Y DESGASTE EMOCIONAL EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y FORENSES QUE TRABAJAN CON VIOLENCIA Y DELITO

Mental Health: Well-being and Emotional Burnout Among Clinical and Forensic Psychologists Working with Violence and Crime

MAYERLINES ESTER CANTILLO ÁLVAREZ

82-102



ARTÍCULOS DE ENSAYO TEÓRICO

SALUD MENTAL INFANTIL Y BIENESTAR COMUNITARIO EN LA AMAZONÍA: UNA MIRADA DESDE EL DESARROLLO HUMANO

Children's Mental Health and Community Well-being in the Amazon: A Perspective from Human Development

CARLOS ANDRÉS BAHAMÓN CALDERÓN

103-118



NOTA DEL EDITOR

La salud y el bienestar constituyen hoy un campo de conocimiento en permanente transformación, impulsado por la necesidad de comprender fenómenos complejos que trascienden los límites tradicionales de las disciplinas. Las crisis ambientales, los conflictos armados, las desigualdades sociales, las transformaciones tecnológicas y las nuevas configuraciones de las relaciones humanas demandan enfoques científicos capaces de integrar perspectivas clínicas, comunitarias, culturales y territoriales. En este escenario, la investigación y la reflexión académica adquieren un papel fundamental para orientar intervenciones más pertinentes, sensibles al contexto y comprometidas con la dignidad humana.

El nuevo número de *Salud y Bien-Estar de la Amazonia* reúne un conjunto de contribuciones que dialogan desde diversas aproximaciones metodológicas y epistemológicas alrededor de un eje transversal: la comprensión del bienestar psicológico como un fenómeno profundamente relacional, ecológico y social. Los manuscritos seleccionados reflejan la pluralidad de enfoques que caracteriza a las ciencias de la salud y del comportamiento, al tiempo que evidencian la creciente necesidad de construir respuestas integrales frente a los desafíos contemporáneos que enfrentan las personas, las comunidades y los territorios.

La edición se abre con el ensayo “Prácticas comunitarias de sanación: la respuesta indígena al trauma colectivo en el Cabildo de los Pueblos Indígenas Unidos de Leticia (CAPIUL)”, que propone una lectura crítica de las prácticas tradicionales indígenas como sistemas legítimos de sanación colectiva frente al trauma derivado del conflicto armado colombiano. Desde la psicología comunitaria crítica y las epistemologías del sur, el artículo reivindica el valor de la maloca, el mambeo, los rituales y los saberes ancestrales

como tecnologías sociales capaces de reconstruir el tejido comunitario y ampliar la comprensión intercultural de la salud mental.

En el ámbito clínico, el estudio de caso “Cambios cognitivos y comunicativos tras una intervención cognitivo-conductual en una pareja con alta conflictividad relacional” aporta evidencia aplicada sobre los procesos de cambio asociados a la terapia cognitivo-conductual en parejas. A través de un diseño pretest–posttest y el análisis del Índice de Cambio Fiable, los autores muestran cómo la modificación de pensamientos automáticos y el fortalecimiento de habilidades comunicativas pueden favorecer transformaciones clínicamente relevantes en contextos de elevada conflictividad interpersonal.

La revisión documental “Cartas terapéuticas en contextos psicosociales: aportes para la intervención desde una revisión documental” recupera una práctica ampliamente utilizada, aunque escasamente sistematizada, para demostrar el potencial de la escritura terapéutica como herramienta de externalización, resignificación y construcción narrativa. Al integrar evidencia proveniente de múltiples escenarios —psicoterapia, educación, duelo, conflicto armado, violencia sexual, salud y contextos penitenciarios—, el artículo ofrece una visión comprehensiva sobre las posibilidades contemporáneas de este recurso en la intervención psicosocial.

Dos ensayos teóricos enriquecen la discusión sobre salud mental desde perspectivas complementarias. El primero, “Salud mental: bienestar y desgaste emocional en psicólogos clínicos y forenses que trabajan con violencia y delito”, analiza críticamente el trauma vicario, la fatiga por compasión, el estrés traumático secundario y el burnout como riesgos ocupacionales estructurales para quienes trabajan permanentemente con



NOTA DEL EDITOR

el sufrimiento humano. El manuscrito plantea la necesidad de fortalecer políticas institucionales orientadas al cuidado del cuidador y a la sostenibilidad ética del ejercicio profesional.

El segundo ensayo, "Salud mental infantil y bienestar comunitario en la Amazonía: una mirada desde el desarrollo humano", invita a repensar el bienestar infantil desde enfoques comunitarios e interculturales, reconociendo la importancia de las redes familiares, el territorio, los saberes ancestrales y la participación de niños y niñas en la construcción de entornos protectores. Esta reflexión resulta especialmente pertinente para los contextos amazónicos, donde las dinámicas ambientales y culturales configuran de manera singular las experiencias de la infancia.

Las transformaciones tecnológicas también encuentran un espacio de análisis en el artículo "Intervenciones digitales de salud mental en contextos de emergencia", que examina la evidencia reciente sobre el uso de herramientas digitales en crisis humanitarias. Más allá del potencial de la telepsicología y las plataformas digitales, el trabajo destaca que la efectividad de estas intervenciones depende de la equidad digital, la alfabetización tecnológica, la participación comunitaria y una gobernanza ética de los datos, aspectos indispensables para garantizar un acceso inclusivo y sostenible a la atención en salud mental.

Finalmente, el número incorpora la revisión "Termómetros emocionales: el impacto del cambio climático en la salud mental", que aborda uno de los desafíos emergentes de la salud pública global. El artículo sintetiza la evidencia sobre los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales mediante los cuales el cambio climático influye en el bienestar mental, incorporando fenómenos como la ecoansiedad, la solastalgia y el trastorno afectivo estacional. Al mismo tiempo, plantea

alternativas de adaptación comunitaria y promoción del bienestar frente a un fenómeno que redefine las agendas contemporáneas de investigación e intervención.

En conjunto, los trabajos publicados en este número evidencian una tendencia convergente hacia modelos de comprensión de la salud mental que superan las perspectivas exclusivamente biomédicas para incorporar dimensiones comunitarias, territoriales, culturales, ambientales y tecnológicas. La diversidad metodológica —que incluye estudios empíricos, estudios de caso, revisiones documentales y ensayos teóricos— refleja el compromiso de la revista con la difusión de conocimiento científicamente riguroso y socialmente pertinente.

Desde *Salud y Bien-Estar de la Amazonia* reafirmamos nuestro compromiso con la consolidación de un espacio editorial que promueva el diálogo interdisciplinario, fortalezca la producción científica regional y contribuya al desarrollo de respuestas innovadoras frente a los retos que enfrenta la salud y el bienestar en América Latina y particularmente en la Amazonía. Esperamos que las contribuciones aquí reunidas estimulen nuevas investigaciones, fortalezcan la práctica profesional y favorezcan la construcción de políticas públicas y estrategias de intervención sustentadas en la mejor evidencia científica disponible.

PHD. WILLIAM SIERRA BARÓN

Editor



PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE SANACIÓN: LA RESPUESTA INDÍGENA AL TRAUMA COLECTIVO EN EL CABILDO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS UNIDOS DE LETICIA - CAPIUL

COMMUNITY HEALING PRACTICES: THE INDIGENOUS RESPONSE TO COLLECTIVE TRAUMA IN THE CABILDO OF THE UNITED INDIGENOUS PEOPLES OF LETICIA – CAPIUL

GIOVANNY MURILLO RAMÍREZ¹

<https://orcid.org/0009-0006-7196-4474>



gmurillo@universidadmayor.edu.co

¹universidad Colegio Mayor De Cundinamarca

RESUMEN

El ensayo analiza las prácticas comunitarias tradicionales indígenas del Cabildo de los Pueblos Indígenas Unidos de Leticia (CAPIUL) como sistemas integrales de sanación colectiva frente al trauma causado por el conflicto armado colombiano. Desde un enfoque de psicología comunitaria crítica y epistemologías del sur, se examina cómo esta comunidad multiétnica de 21 grupos étnicos amazónicos ha desarrollado estrategias de resistencia y sanación que van más allá de la supervivencia, constituyendo verdaderos sistemas terapéuticos comunitarios. Las prácticas principales incluyen: la maloca urbana como centro terapéutico comunitario, el mambeo como terapia de la palabra, los bailes tradicionales como sanación corporal y espiritual, y el uso de plantas medicinales —incluido el yagé—. Estas tecnologías sociales abordan dimensiones del bienestar colectivo frecuentemente ignoradas por enfoques occidentales: la conexión territorial, la dimensión espiritual de la enfermedad y la naturaleza colectiva del trauma. El análisis se basa en material empírico proveniente de un estudio cualitativo de caracterización del daño, complementado con revisión de literatura especializada y documentos normativos nacionales

PALABRAS CLAVE: Salud mental intercultural, Desarraigo territorial, Trauma colectivo, Sanación comunitaria, Amazonia colombiana.

Cómo citar:

Fecha Recibido: 14/02/2026 Fecha Aceptado: 20/04/2026 Fecha Publicado: 29/05/2026

Murillo Ramírez, G. (2026). *Prácticas comunitarias de sanación: la respuesta indígena al trauma colectivo en el Cabildo de los Pueblos Indígenas Unidos de Leticia - CAPIUL*. *Salud & Bien-Estar de la Amazonia*. Vol. 2(1). ppt. 8-19



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).



ABSTRACT

The essay analyzes the traditional indigenous community practices of the United Indigenous Peoples Council of Leticia (CAPIUL) as integral collective healing systems addressing trauma caused by the Colombian armed conflict. Drawing on critical community psychology and southern epistemologies, it examines how this multiethnic community of 21 Amazonian ethnic groups has developed resistance and healing strategies that transcend mere survival, constituting genuine community therapeutic systems. Key practices include: the urban maloca as a community therapeutic center, mambeo as word therapy, traditional dances as physical and spiritual healing, and medicinal plant use, including yagé. These social technologies address collective wellbeing dimensions frequently ignored by Western approaches: territorial connection, spiritual dimensions of illness, and the collective nature of trauma. The analysis draws on empirical material from a qualitative damage characterization study, complemented by specialized literature and national regulatory documents.

KEYWORDS: Intercultural mental health, Territorial uprooting, Collective trauma, Community healing, Colombian Amazon.

NOTA METODOLÓGICA

Este ensayo constituye un análisis académico secundario basado en el estudio cualitativo de caracterización del daño realizado por Murillo Ramírez (en preparación) para su tesis de Maestría en Desarrollo Humano de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, titulada Tejidos Rotos: El Impacto del Conflicto Armado en la Comunidad Indígena CAPIUL. Dicho estudio empleó un enfoque cualitativo de tipo etnográfico con análisis narrativo, a partir de entrevistas en profundidad con 34 personas entre víctimas del conflicto armado, sabedores tradicionales y líderes comunitarios pertenecientes a los 21 pueblos étnicos que conforman CAPIUL. El trabajo de campo tuvo una duración de seis meses en Leticia, Amazonas, y los hallazgos fueron validados mediante espacios de devolución con sabedores y autoridades del cabildo. Los criterios de selección de testimonios privilegiaron la diversidad étnica, de género y de tipo de victimización, garantizando representación de casos de desplazamiento forzado, violencia sexual, desaparición forzada y reclutamiento de menores. El presente ensayo asume un posicionamiento epistemológico inscrito en las epistemologías del sur (De Sousa Santos, 2009) y en la psicología comunitaria crítica latinoamericana (Montero, 2004), desde el cual los saberes indígenas son reconocidos como formas legítimas de producción de conocimiento, no como saberes subordinados o complementarios a la ciencia occidental. Este encuadre orienta tanto la lectura del material empírico como las conclusiones analíticas del ensayo.



INTRODUCCIÓN

La salud mental de los pueblos indígenas ha sido históricamente invisibilizada en los enfoques de salud pública, abordada predominantemente desde paradigmas biomédicos occidentales que no reconocen las particularidades culturales, territoriales y espirituales de estas comunidades. Sin embargo, lo que resulta más significativo del caso del Cabildo de los Pueblos Indígenas Unidos de Leticia (CAPIUL) no es solo la magnitud del daño sufrido, sino la sofisticación y vitalidad de sus respuestas colectivas.

Este ensayo sostiene que las prácticas comunitarias tradicionales indígenas constituyen sistemas integrales de sanación colectiva que representan alternativas epistemológicamente legítimas a los modelos occidentales de salud mental, especialmente en contextos de trauma colectivo causado por el conflicto armado. No se trata únicamente de formas de resistencia cultural, sino de tecnologías sociales de sanación que abordan dimensiones del bienestar psicológico que los enfoques individualizantes frecuentemente ignoran: la conexión con el territorio, la dimensión espiritual de la enfermedad, la naturaleza colectiva del trauma y la centralidad de los rituales comunitarios en los procesos de reconstrucción del tejido social.

A través del análisis del material empírico recabado en el estudio de caracterización del daño de CAPIUL, se explora cómo esta comunidad multiétnica ha desarrollado estrategias de sanación que van más allá de la supervivencia, constituyendo verdaderos sistemas terapéuticos comunitarios adaptados creativamente al contexto urbano de Leticia.

La concepción indígena del bienestar: territorio, comunidad y espiritualidad

Para comprender las prácticas curativas de CAPIUL es fundamental partir de un desplazamiento conceptual: la categoría de “salud mental” —en cuanto constructo biomédico de origen occidental— no traduce de manera directa las concepciones indígenas del bienestar. En las cosmovisiones amazónicas, el equilibrio no es un estado individual sino una condición relacional que involucra al ser humano, la comunidad, el territorio y el mundo espiritual de manera simultánea e inseparable. Utilizar la categoría de salud mental para referirse a estos sistemas implica, por tanto, una tensión epistemológica que debe ser reconocida: no se trata de sistemas que tratan la “salud mental” en el sentido clínico occidental, sino de prácticas que gestionan el bienestar colectivo desde una ontología radicalmente distinta.

Como afirma Jimeno (2007), “la cultura no es meramente un compendio de símbolos, sino también un abanico de vivencias físicas y emocionales que dan forma a la propia



identidad”. Esta visión integral contrasta con las ópticas biomédicas convencionales que aíslan los trastornos psicológicos de su contexto relacional. El material de caracterización lo expresa con claridad en voz de los propios comuneros: “Dentro del contexto indígena, el territorio se considera un ente viviente, una extensión del cuerpo humano. El territorio somos nosotros mismos, es parte integral de nuestro ser.” Esta concepción implica que el trauma no es solo una vivencia personal sino una lesión en la estructura social y territorial que demanda una curación igualmente colectiva y territorial.

Los eventos victimizantes documentados en CAPIUL —homicidios, desapariciones forzadas, reclutamiento de menores, violencia sexual y desplazamiento forzado— produjeron lo que Bello (2005) denomina “trauma social”: una laceración en el entramado comunitario que afecta a quienes comparten una experiencia colectiva devastadora. El caso de Josefina Teteye De Moran, del pueblo Bora, ejemplifica esta dimensión: amenazada por las FARC desde 1988, debió abandonar Taraira dejando atrás “todo lo que poseía allí”. Su testimonio —“aquí carecen de cobertura médica y les cuesta conseguir alimentos”— ilustra cómo el desarraigo produce situaciones de indefensión que trascienden lo material para fracturar el bienestar psicológico, espiritual y cultural de manera integral.

La diversidad étnica interna: riqueza y complejidad de CAPIUL

Antes de analizar las prácticas específicas de sanación, es necesario reconocer que CAPIUL no constituye una comunidad culturalmente homogénea. Sus 21 pueblos —entre ellos Bora, Tikuna y Muinane— mantienen concepciones propias sobre la relación entre cuerpo, territorio y espíritu que, aunque comparten raíces cosmovisionales amazónicas comunes, presentan matices significativos.

Para los Tikuna, el territorio está habitado por seres espirituales que median la salud y la enfermedad, y los procesos de sanación involucran cantos rituales específicos dirigidos a restablecer esa relación. Los Bora, por su parte, estructuran sus prácticas de sanación en torno a la maloca como espacio sagrado donde convergen la palabra, el cuerpo y el cosmos; su sistema de conocimiento médico está íntimamente ligado al manejo ritual de plantas. Los Muinane articulan el bienestar colectivo a través del tabaco y la coca como sustancias de pensamiento, por medio de las cuales los sabedores diagnostican desequilibrios en la trama comunitaria (Echeverri & Román, 2008).

Esta diversidad podría leerse como un obstáculo para la acción colectiva, pero la experiencia de CAPIUL sugiere lo contrario: los espacios comunes —la maloca, el mambeo, los bailes— funcionan como plataformas de diálogo intercultural interno



donde las diferencias se integran en un proyecto común de sanación y resistencia. La maloca de CAPIUL, en este sentido, no impone una sola cosmovisión, sino que “representa el mundo indígena desde los principios de cada pueblo”, constituyendo un espacio genuinamente pluriétnico de gestión del bienestar colectivo.

La maloca urbana como centro terapéutico comunitario

Una de las respuestas más notables de CAPIUL al trauma colectivo ha sido la construcción y sostenimiento de su maloca urbana. Lejos de ser un simple lugar de encuentro, la maloca actúa como un centro integral de bienestar comunitario que desafía las concepciones occidentales sobre los espacios terapéuticos.

Como se recoge en el material de caracterización: “La Casa Grande (maloca) CAPIUL muestra el mundo nativo desde las bases de cada gente, única en Leticia; es la Casa del Saber del pueblo nativo, donde oyen consejos, se enseña y usa la Palabra de Vida.” Este espacio cumple simultáneamente funciones que en la medicina occidental están fragmentadas entre la clínica, el juzgado comunitario, el templo y la escuela: en la maloca se realizan curaciones, rituales, procesos educativos, toma de decisiones colectivas y celebraciones tradicionales.

López Urrego (2017) ha documentado cómo las malokas urbanas amazónicas funcionan como territorios simbólicos que permiten reconstituir prácticas ancestrales y transmitir saberes tradicionales en contextos de migración forzada: “La maloca urbana se vuelve una tierra simbólica que deja rehacer prácticas viejas y dar saberes de antes.” En el caso de CAPIUL, la maloca ofrece además un contrapeso a la violencia simbólica del entorno urbano. En una ciudad donde los miembros de la comunidad han vivido “con incertidumbre, discriminación y estigmatización por su condición como pueblos indígenas” —lo que Villa (2006) analiza como “violencia simbólica” que naturaliza las desigualdades—, la maloca constituye un territorio propio donde la identidad cultural no solo se preserva, sino que se practica como acto cotidiano de dignidad y resistencia.

El mambeo como terapia comunitaria de la palabra

Dentro del sistema terapéutico de CAPIUL, el mambeo ocupa un lugar central como espacio de sanación a través de la palabra compartida. El material de caracterización lo describe como un espacio donde “charlan, estudian y pactan con los Sabios Indígenas las acciones a seguir”, pero esta descripción apenas captura la profundidad de esta práctica.

Echeverri y Román (2008) precisan que hablar de mambeo no es referirse al consumo



de una sustancia, sino a “las disciplinas corporales y sociales —lenguaje, etiqueta— que se enmarcan en una ética de la fecundidad y del mantenimiento de la vida.” El mambeo es, en este sentido, una forma de terapia grupal donde los traumas se procesan colectivamente, los vínculos comunitarios se fortalecen y las decisiones se toman de manera compartida. A diferencia de las psicoterapias occidentales centradas en el individuo, el mambeo crea un espacio donde el dolor personal se integra en las narrativas colectivas de lucha y resistencia del grupo.

Esta dimensión comunitaria del duelo cobra especial relevancia en casos como el de Virginia Yucuna Matapi, quien narra cómo la amenazaron a los 16 años y perdió a su hermana: “Se la llevaron, a mi hermana menor, María Enit Damaris Yucuna Matapi. No sé nada de ella; aún si está viva o muerta.” La incertidumbre permanente configura lo que el Centro Nacional de Memoria Histórica (2016) denomina “duelo sin cuerpo” —un proceso de duelo interrumpido que genera consecuencias psicosociales profundas y de larga duración—. En este contexto, el mambeo ofrece un espacio donde ese dolor suspendido puede ser sostenido colectivamente, transformándose de carga individual en fuerza comunitaria.

Los bailes tradicionales como tecnología corporal y espiritual de sanación

Otra dimensión fundamental del sistema terapéutico de CAPIUL son los bailes tradicionales. El estudio de caracterización registra la realización de 18 bailes tradicionales, incluyendo el Yuak+ (Baile de fruta), el Zi+k+-Amoka (guaduas), el Tori (chontaduro), el Aguaje, el Baaja (pisada de maloca) y el Warábayá (baile de guadua), entre otros. Estos bailes trascienden ampliamente su función de entretenimiento o preservación cultural para operar como lo que Gómez (2010) denomina “tecnologías corporales de sanación”: prácticas que permiten procesar traumas inscritos en el cuerpo, fortalecer la identidad colectiva y restablecer vínculos con los ancestros a través del movimiento, el ritmo y la dimensión espiritual.

Esta función terapéutica es especialmente significativa en casos donde el trauma se ha inscrito directamente en el cuerpo. El caso de Letty Adita Pérez Paima —reclutada a los 14 años, sometida a violencia sexual, tortura y trabajos forzados— ilustra la dimensión corporal del trauma en su forma más grave. El Centro Nacional de Memoria Histórica (2017) ha documentado que las víctimas de reclutamiento forzado enfrentan afectaciones que trascienden el momento del hecho violento y se prolongan en el tiempo, comprometiendo el desarrollo psicosocial y la capacidad de reintegración comunitaria. En este contexto, los bailes tradicionales ofrecen una vía de resignificación de la relación con el propio cuerpo, no desde la narrativa verbal —que puede resultar retraumatizante— sino desde el movimiento ritual compartido, la conexión espiritual con los ancestros y el sentido de pertenencia que el baile activa.



Desde una perspectiva de indicadores de bienestar colectivo —no individuales—, la participación sostenida en los bailes tradicionales puede comprenderse como un marcador de reconstitución del tejido comunitario: su práctica activa no solo preserva la cultura sino que señala la vitalidad de los vínculos intergeneracionales y la capacidad de la comunidad para gestionar colectivamente experiencias de dolor extremo.

El yagé y la medicina tradicional como sistema integral de bienestar

El sistema de sanación de CAPIUL integra también el uso de plantas medicinales y prácticas curativas tradicionales como componente fundamental de su respuesta al trauma colectivo. Entre estas plantas, el yagé —*Banisteriopsis caapi*, conocido también como ayahuasca— ocupa un lugar central en el tratamiento del trauma psicosocial en las comunidades amazónicas.

En el contexto terapéutico indígena, el yagé no es una sustancia psicoactiva de uso individual sino un instrumento ritual de diagnóstico y sanación colectiva administrado por el curandero o chamán en ceremonias que implican la participación de la comunidad. Bejarano (2017) documenta que estas ceremonias permiten a los participantes acceder a dimensiones de su experiencia —incluyendo memorias traumáticas— en un contexto de contención espiritual y comunitaria que facilita su integración. Investigaciones recientes del Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas (SINCHI) han avanzado en la documentación de los usos rituales del yagé en comunidades del Amazonas colombiano, señalando su función en la restitución del equilibrio entre el individuo, la comunidad y el territorio —la tríada que, en la cosmovisión amazónica, define el bienestar integral—. En una línea convergente, estudios de la Red Latinoamericana de Etnobotánica han señalado el potencial terapéutico de estas prácticas rituales en el manejo del duelo colectivo y los trastornos asociados a experiencias de violencia extrema.

Sin embargo, el contexto urbano plantea desafíos estructurales significativos a estas prácticas. La pérdida de soberanía alimentaria —expresada cuando “el consumo de productos no propios y la limitación de actividades de sustento como la caza y la pesca pusieron en riesgo su supervivencia”— tiene implicaciones que van más allá de lo nutricional. La Organización Nacional Indígena de Colombia (2019) ha señalado que la alimentación tradicional mantiene vínculos espirituales y culturales fundamentales para el bienestar: la imposibilidad de acceder a plantas medicinales en el entorno urbano no es solo una limitación logística, sino una fractura en el sistema de conocimiento y cuidado que estas plantas encarnan. La capacidad de CAPIUL para mantener estas prácticas en condiciones adversas es, en sí misma, una expresión de la robustez de su sistema terapéutico.



Interrupción de la transmisión intergeneracional y estrategias de continuidad

Un desafío crítico identificado en el proceso de caracterización es la ruptura en la transmisión del conocimiento tradicional: “el desarraigo generó una interrupción en la transmisión del conocimiento para el manejo territorial a través de la lengua propia y según los principios culturales de cada uno de los pueblos.” El Ministerio de Salud y Protección Social (2018) ha reconocido que la pérdida de prácticas culturales tradicionales constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en comunidades indígenas, lo que convierte esta interrupción en una amenaza tanto cultural como psicosocial.

Los conocimientos terapéuticos indígenas se transmiten de manera oral y experiencial —a través de la participación directa en rituales, la escucha de los sabedores en el mambo, la práctica de los bailes—, lo que hace que su reproducción dependa de la continuidad de estos espacios. La maloca de CAPIUL funciona, en este sentido, como un centro activo de resistencia epistémica donde la transmisión intergeneracional se mantiene viva, adaptada creativamente a las condiciones urbanas sin perder su esencia. La participación de jóvenes en los 18 bailes documentados y en las sesiones de mambo con sabedores constituye evidencia de esta continuidad dinámica.

Desafíos estructurales y resistencia en el contexto urbano

Las prácticas de sanación comunitaria de CAPIUL no operan en el vacío, sino en un contexto de adversidad estructural sostenida. Además de la discriminación y la estigmatización ya mencionadas, existe una brecha significativa en el acceso a servicios de salud formales: “aquí carecen de cobertura médica y les cuesta conseguir alimentos.” Esta situación se agrava por la ausencia de servicios culturalmente apropiados que reconozcan las concepciones indígenas de la salud.

La Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud establece que los servicios de salud mental para pueblos indígenas requieren “enfoques diferenciales que integren conocimientos tradicionales y enfoques occidentales de manera complementaria.” Sin embargo, la brecha entre el mandato normativo y la realidad vivida por CAPIUL es amplia: la comunidad no ha esperado que el sistema de salud occidental se adapte a sus necesidades, sino que ha desarrollado y sostenido sus propios sistemas terapéuticos frente a esa ausencia. Este hecho no debe leerse como una virtud de la precariedad —que la comunidad deba autogestionar su salud por falta de cobertura estatal—, sino como evidencia de la fortaleza y sofisticación de sus sistemas de sanación, que merecen reconocimiento y apoyo institucional, no sustitución.



Violencia de género y sanación comunitaria

Los testimonios documentados incluyen casos de violencia sexual sistemática que requieren análisis específico. Segato (2016) ha analizado cómo la violencia sexual en contextos de conflicto armado constituye una “pedagogía de la crueldad” que busca destruir los tejidos comunitarios mediante el ataque a las mujeres como pilares de la reproducción social y cultural. En CAPIUL, casos como el de Ofelia Vargas Miranda —cuya sobrina fue violada por guerrilleros— o el de Letty Adita Pérez Paima ilustran esta lógica destructiva.

En este contexto, las prácticas comunitarias de sanación adquieren una dimensión política además de terapéutica: al reconstruir los vínculos comunitarios y restituir la dignidad colectiva, contrarrestan precisamente la lógica que la violencia de género buscó imponer. Los bailes tradicionales, el mambo y los rituales de la maloca no abordan estos traumas de manera explícita en términos clínicos, pero sí ofrecen espacios de pertenencia, reconocimiento y reconstitución de la identidad que son fundamentales para los procesos de recuperación psicosocial.

Hacia un modelo intercultural de bienestar colectivo

La experiencia de CAPIUL no implica un rechazo de los enfoques occidentales de salud mental, sino que interpela la jerarquía epistemológica que los convierte en el único parámetro legítimo de evaluación del bienestar. Un modelo verdaderamente intercultural requiere superar la lógica que ubica las prácticas indígenas como “complementarias” o “alternativas” —categorías que reproducen la subordinación— para reconocerlas como sistemas de conocimiento válidos en sí mismos, con sus propias lógicas, criterios de efectividad e indicadores de bienestar.

En lugar de indicadores de salud mental de tipo individual y clínico, la experiencia de CAPIUL sugiere la pertinencia de desarrollar indicadores de bienestar colectivo que capturen dimensiones como: la vitalidad de la transmisión intergeneracional del conocimiento tradicional, la continuidad de la práctica de los bailes y el mambo, el acceso comunitario a plantas medicinales y a espacios rituales como la maloca, y la capacidad de los sabedores de ejercer sus funciones de diagnóstico y cuidado. Estos indicadores, anclados en la cosmovisión amazónica y contruidos desde la comunidad, serían más sensibles a las formas en que CAPIUL experimenta y gestiona el bienestar que cualquier escala psicométrica diseñada en contextos culturales radicalmente distintos.

La Política de Atención Integral en Salud con Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria para los Pueblos Indígenas (Ministerio de Salud, 2015) establece marcos para este



diálogo intercultural, pero su implementación efectiva requiere que los sistemas indígenas de sanación sean reconocidos como interlocutores igualitarios, no como saberes a ser “integrados” a la biomedicina bajo sus propios términos.

Implicaciones para la reparación integral

El análisis de las prácticas comunitarias de sanación de CAPIUL tiene implicaciones concretas para los procesos de reparación integral. Los enfoques centrados en compensaciones económicas y servicios psicológicos individuales resultan insuficientes para comunidades que conciben el trauma y la sanación de manera colectiva y territorial.

La experiencia de CAPIUL sugiere que la reparación integral debe incluir el fortalecimiento de las prácticas tradicionales de sanación como componente central —no periférico— de las medidas de atención psicosocial. Esto implica garantizar espacios físicos adecuados como la maloca, reconocer oficialmente a los sabedores tradicionales como agentes legítimos de salud comunitaria, apoyar la transmisión intergeneracional de conocimientos terapéuticos y garantizar el acceso a plantas medicinales en el contexto urbano.

La Guía de Elementos Mínimos de la UARIV (2018) establece que la caracterización de daños en sujetos étnicos debe incluir “elementos que permitan identificar las afectaciones específicas a las prácticas culturales y espirituales de los pueblos étnicos”, reconociendo que estas afectaciones requieren medidas de reparación específicas. La experiencia de CAPIUL ofrece insumos concretos para operacionalizar este mandato.

CONCLUSIONES

El caso de CAPIUL demuestra que las prácticas comunitarias tradicionales indígenas constituyen sistemas integrales y epistemológicamente legítimos de sanación colectiva, capaces de ofrecer respuestas eficaces al trauma causado por el conflicto armado. La maloca como centro terapéutico, el mambeo como terapia de la palabra, los bailes tradicionales como sanación corporal y espiritual, y el uso ritual de plantas medicinales como el yagé conforman un sistema holístico que aborda las múltiples dimensiones del bienestar desde la cosmovisión amazónica.

Estas prácticas no representan formas ingenuas de resistencia cultural, sino tecnologías sociales sofisticadas de sanación que han permitido a la comunidad no solo sobrevivir al trauma colectivo sino transformarlo en fortaleza comunitaria. Su capacidad para operar en contextos urbanos adversos, integrar la diversidad étnica



interna de 21 pueblos y adaptarse a nuevas circunstancias sin perder su esencia demuestra su robustez y relevancia contemporánea.

Es importante precisar que la afirmación de su legitimidad no equivale a una prueba empírica de efectividad en los términos de la psicología clínica occidental —una exigencia que reproduce la asimetría epistemológica que este ensayo cuestiona—. Lo que la evidencia disponible sí permite afirmar es que estas prácticas generan efectos psicosociales reconocibles en términos de cohesión comunitaria, transmisión cultural, gestión colectiva del duelo y reconstitución de la identidad, efectos que son centrales para cualquier concepción genuinamente intercultural del bienestar.

La experiencia de CAPIUL invita a repensar los fundamentos mismos de la salud mental en poblaciones indígenas: en lugar de intentar adaptar estas comunidades a sistemas occidentales de atención, es necesario reconocer y fortalecer sus propios sistemas de sanación como componentes centrales de los procesos de reparación integral. Solo desde este enfoque será posible diseñar estrategias efectivas que contribuyan al bienestar psicosocial de estas comunidades históricamente vulneradas y a la pervivencia de sus pueblos como sujetos culturales diferenciados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bejarano, A. (2017). Plantas que curan, plantas que enseñan: medicina tradicional y conocimiento indígena en la Amazonía colombiana. Universidad Nacional de Colombia.
- Bello, M. N. (2005). Trabajo social en contextos de violencia política. *Revista de Trabajo Social*, 7, 9–20.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2016). Hasta encontrarlos: El drama de la desaparición forzada en Colombia. CNMH.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2017). Una guerra sin edad: Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. CNMH.
- Comunidad YOI. (2016). Reseña histórica de la comunidad tikuna YOI. Leticia, Colombia: Documento inédito.
- De Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. Siglo XXI / CLACSO.



- Echeverri, J. A., & Román, O. R. (2008). Diálogo de saberes y meta-saberes del diálogo: una perspectiva amazónica. Universidad del Cauca.
- Gómez, A. (2010). Danza, territorio y tradición en comunidades indígenas del Amazonas. *Revista Colombiana de Folclor*, 12(1), 45–62.
- Jimeno, M. (2007). Lenguaje, subjetividad y experiencias de violencia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 5, 169–190.
- López Urrego, A. (2017). Sobre la gente de tabaco y coca en la ciudad de Leticia. *Mundo Amazónico*, 8(2), 119–131.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política de atención integral en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria para los pueblos indígenas.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Lineamientos de la política de salud mental para Colombia.
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Paidós.
- Murillo Ramírez, G. (en preparación). Tejidos rotos: El impacto del conflicto armado en la comunidad indígena CAPIUL – Cabildo de los Pueblos Indígenas Unidos de Leticia, Amazonas [Tesis de maestría inédita]. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC. (2019). Soberanía alimentaria: Estrategias de los pueblos indígenas para la pervivencia cultural. ONIC.
- Segato, R. L. (2016). La guerra contra las mujeres. *Traficantes de Sueños*.
- Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV. (2018). Guía de elementos mínimos a ser trabajados en el documento de caracterización del daño de sujetos de reparación colectiva étnica.
- Villa, M. I. (2006). Desplazamiento forzado en Colombia: El miedo, un eje transversal del éxodo y de la condición de desplazado. *Amérique Latine Histoire et Mémoire*, 13.





INTERVENCIONES DIGITALES DE SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE EMERGENCIA

DIGITAL MENTAL HEALTH INTERVENTIONS IN EMERGENCY CONTEXTS

CLAUDIA CARINA OVIEDO¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0978-7869>

 licccarinaoviedo@gmail.com

¹Salud Mental Digital-Red de Asistencia, Formación, Investigación y Consultorías en Salud Mental en Línea.

RESUMEN

Introducción: Las crisis humanitarias han aumentado a nivel mundial los trastornos psicológicos, saturando los sistemas de atención y resaltando brechas existentes en el acceso a cuidados. **Objetivo:** Recopilar la evidencia disponible entre 2018 y 2025 en relación al diseño, eficacia, adaptabilidad y gobernanza aplicadas a intervenciones clínicas de salud mental en contextos de crisis. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa estructurada de búsquedas en PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science y Google Scholar. Se analizaron estudios revisados por pares, informes técnicos de organismos internacionales, guías de uso y estudios de impacto, destacando intervenciones con validación clínica, orientación de equidad y participación comunitaria. **Resultados:** La efectividad de las intervenciones mediadas por herramientas digitales depende de la alfabetización digital comunitaria, unificación con redes de atención primaria y la supervisión profesional. Las barreras de inclusión exceden la conectividad e incorporan determinantes culturales, lingüísticos, socioeconómicos y de competencia digital. Intervenciones con arquitectura offline-first, co-diseño participativo, modelos de atención paulatina y gobernanza ética de datos presentan mayor adherencia y reducción continua de sintomatología. **Conclusiones:** La tecnología potencia la intervención humana cuando se basa en equidad digital, gobernanza ética y organización del ecosistema sanitario. Se requieren políticas públicas que prioricen la infraestructura de conectividad, la formación en competen-

Cómo citar:

Fecha Recibido: 04/03/2026 **Fecha Aceptado:** 26/04/2026 **Fecha Publicado:** 29/05/2026

Oviedo, C. C.(2026). Intervenciones digitales de salud mental en contextos de emergencia. Salud & Bien-Estar de la Amazonia.Vol. 2(1). ppt. 20-38



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).



cias digitales, la protección de datos sensibles y la evaluación continua del impacto.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental Digital; Emergencias Humanitarias; Equidad En Salud; Tecnología Inclusiva.

ABSTRACT

Introduction: Humanitarian crises have increased the global prevalence of psychological disorders, overwhelming care systems and highlighting existing gaps in access to care. **Objective:** To compile evidence from 2018 to 2025 regarding the design, efficacy, adaptability, and governance of clinical mental health interventions in crisis contexts. **Methods:** A structured narrative review was conducted using searches in PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science, and Google Scholar. Peer-reviewed studies, technical reports from international bodies, implementation guidelines, and impact studies were analyzed, highlighting interventions characterized by clinical validation, an equity-oriented approach, and community participation. **Results:** The effectiveness of interventions mediated by digital tools depends on community digital literacy, integration with primary care networks, and professional supervision. Barriers to inclusion extend beyond connectivity to encompass cultural, linguistic, socioeconomic, and digital competence factors. Interventions featuring “offline-first” architecture, participatory co-design, stepped-care models, and ethical data governance demonstrate higher adherence and sustained symptom reduction. **Conclusions:** Technology enhances human intervention when grounded in digital equity, ethical governance, and a well-organized healthcare ecosystem. Public policies are required to prioritize connectivity infrastructure, digital skills training, sensitive data protection, and continuous impact assessment.

KEYWORDS: Digital Mental Health; Humanitarian Emergencies; Health Equity; Inclusive Technology.



INTRODUCCIÓN

Los desastres climáticos, los desplazamientos sociales masivos, las pandemias recurrentes, los conflictos armados prolongados y las crisis institucionales han transformado significativamente el panorama de la salud mental global. Los informes de la Organización Mundial de la Salud (2022, 2023) indican que más del 20 % de las personas expuestas a situaciones de emergencia desarrollan trastornos psicológicos moderados a graves, con cifras que superan el 35 % en poblaciones desplazadas, sobrevivientes de violencia extrema o comunidades en aislamiento geográfico (Charlson et al., 2019). Este impacto no se distribuye de manera homogénea: se concentra en regiones con menor protección institucional, en grupos históricamente excluidos y en poblaciones donde el estigma asociado al padecimiento psíquico se articula con la precariedad material y la fragmentación social (Patel et al., 2018; Wainberg et al., 2021)..

En este escenario, los sistemas sanitarios tradicionales enfrentan un alto grado de saturación, obstáculos logísticos, escasez de profesionales especializados y una atención fragmentada que condiciona la continuidad de los cuidados aun después de superada la fase aguda (Betancourt et al., 2020; Kohrt et al., 2018). La salud mental digital ha sido promovida en los últimos años por organismos internacionales, gobiernos y sectores de innovación tecnológica como una estrategia de respuesta escalable y de menor costo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Plataformas de telepsicología, aplicaciones de autoayuda guiada, sistemas de triaje emocional automatizado, intervenciones basadas en mensajería (SMS/WhatsApp) y sistemas de monitoreo remoto han multiplicado su presencia en entornos humanitarios (Torous et al., 2021; Bucci et al., 2019). No obstante, la evidencia acumulada muestra una paradoja central: la expansión de herramientas tecnológicas coincide con el ensanchamiento de las brechas de acceso, la fragmentación de los cuidados y la reproducción de inequidades preexistentes (Mann et al., 2022).

La noción de tecnología inclusiva en salud mental comprende la disponibilidad de dispositivos y conectividad, la alfabetización digital, la pertinencia cultural y lingüística, la accesibilidad para personas con discapacidad, la protección de datos sensibles y, de manera primordial, la participación de la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones a implementar. Investigaciones recientes demuestran que las soluciones efectuadas fuera de contexto o centradas exclusivamente en la automatización presentan elevadas tasas de abandono, reproducen sesgos algorítmicos y, en algunos casos, exponen a las poblaciones afectadas a riesgos añadidos en el manejo de información clínica (Fiske et al., 2019; Torous & Roberts, 2020). Por el contrario, las intervenciones que cuentan con diseño adaptable, supervisión profesional, marcos de equidad y co-creación comunitaria



arrojan resultados clínicos sostenibles y mayor legitimidad social (Harper Shehadeh et al., 2021; Carswell et al., 2018).

El presente artículo tiene como objetivo analizar el estado actual de las intervenciones digitales en salud mental aplicadas en contextos de emergencia, identificar los condicionantes organizacionales y comunitarios que favorecen o limitan su inclusión, y proponer un marco operativo para su implementación ética y sostenidas en el tiempo. Se parte de la premisa de que la eficacia de estas herramientas está condicionada por variables sociotecnológicas, y que su incorporación implica superar la lógica de la urgencia para construir modelos focalizados en la dignidad, la equidad digital y la resiliencia comunitaria (Greenhalgh & Papoutsis, 2019; World Health Organization [WHO], 2022).

MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

La evaluación de tecnologías en salud mental durante emergencias requiere un marco teórico que trascienda el reduccionismo tecnocéntrico. Tres líneas conceptuales sustentan este análisis y permiten interpretar los hallazgos de manera oportuna.

Determinantes sociales digitales de la salud

A partir del modelo clásico de determinantes sociales de la salud, el Digital Health Equity Framework incorpora variables tales como el acceso a infraestructura de conectividad, la alfabetización digital, la disponibilidad de contenidos en lenguas regionales y la protección frente a la vigilancia digital (Mann et al., 2022). En contextos de emergencia, estos factores se intersectan con vulnerabilidades preexistentes (pobreza, género, edad, discapacidad, estatus migratorio), generando brechas que no se resuelven con la mera distribución de tecnología (Aguilera, 2019). La equidad digital constituye un atributo técnico y un derecho que debe ser garantizado mediante políticas públicas que reconozcan la conectividad y las competencias digitales como condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos (WHO, 2022). Cuando se ignora esta multidimensionalidad, las intervenciones digitales operan como mecanismos de exclusión que benefician a quienes ya disponen de capital cultural y técnico, mientras desatienden a quienes más las necesitan (Lattie et al., 2019a).

Enfoque sociotécnico y co-diseño participativo

La teoría de sistemas sociotécnicos refiere que la efectividad de una intervención digital depende de la complementación de componentes técnicos, prácticas sociales, estructuras institucionales y significados culturales (Greenhalgh & Papoutsis, 2019).



En salud mental en contextos de crisis, esto se traduce en metodologías de Community-Based Participatory Research (CBPR) y diseño centrado en el usuario, donde las comunidades afectadas co-crean interfaces, validan contenidos terapéuticos y definen protocolos de derivación (Kohrt et al., 2018). La evidencia muestra que las intervenciones sin participación comunitaria presentan tasas de abandono superiores al 60 %, frente a un 25–30 % en propuestas co-diseñadas (Schueller et al., 2020). De esto se infiere que la apropiación tecnológica ocurre sino por negociación horizontal de significados antes que por una imposición de tipo verticalista.

Modelos de atención escalonada y presencia humana

El modelo de atención escalonada (stepped-care), ya validado en psicología, regula el rigor de la intervención de acuerdo con la gravedad clínica y la disponibilidad de recursos (Andersson et al., 2019). En emergencias, la automatización en sí misma resulta escasa y potencialmente riesgosa, fundamentalmente en la detección de ideación suicida, trauma o psicosis reactiva (Fiske et al., 2019). La literatura existente confluye en que la supervisión clínica remota, la facilitación comunitaria y las propuestas de apoyo entre pares accionan como reguladores de la adherencia y la confianza clínica (Torous et al., 2021; Harper Shehadeh et al., 2021). Así, la tecnología opera en este escenario como medio de amplificación de las capacidades humanas y no como reemplazo de ellas, por lo que el componente humano conforma el sustrato que sustenta la confianza, valida el sufrimiento y avala la derivación oportuna cuando la complejidad clínica supera la eficacia de las herramientas digitales.

METODOLOGÍA

Diseño y protocolo de estudio

Se trazó una revisión narrativa estructurada de alcance (scoping review), orientada por los parámetros de la extensión PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Este enfoque se escogió por su competencia epistemológica para mapear concepciones emergentes, heterogéneas y transversales en salud digital humanitaria, un área donde los estudios clínicos aleatorizados son pocos y la evidencia procede de la confluencia entre la clínica, la ingeniería de software y la sociología de los desastres (Murray et al., 2020).

Estrategia de búsqueda y fuentes

El rastreo bibliográfico se llevó a cabo en el período comprendido entre enero de 2018 y diciembre de 2025 en cinco repositorios: PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science y Google Scholar (para literatura gris). El criterio de búsqueda contempló



descriptores controlados (MeSH/DeCS) y lenguaje natural, estructurado en cuatro unidades conceptuales: (1) Fenómeno (digital mental health, telepsychology, mHealth); (2) Contexto (emergency settings, humanitarian crises, disasters); (3) Enfoque (inclusive technology, health equity, co-design); y (4) Gobernanza (data governance, ethics).

Criterios de elegibilidad

Se aplicó el marco PICOC (Población, Intervención, Contexto, Resultados, Contexto) adaptado a entornos de riesgo. Se incluyeron: (a) investigaciones empíricas, informes técnicos de organismos multilaterales (OMS, OPS, ACNUR, Cruz Roja) y guías de implementación; (b) intervenciones desarrolladas en fases agudas o de crisis (climáticas, epidemiológicas); (c) estudios que arrojaron métricas de impacto negativo (abandono, brecha digital) o efectividad clínica (Jordans et al., 2020). Se excluyeron: (a) desarrollos tecnológicos sin evaluación de campo; (b) aplicaciones comerciales de bienestar sin validación clínica ni enfoque que contemplen condicionantes sociales; (c) literatura centrada en telepsiquiatría rutinaria en contextos de elevada estabilidad.

Flujo de selección

La búsqueda inicial incorporó 1450 investigaciones. Tras la depuración de duplicados, se seleccionaron 820 referencias por título y resumen, excluyéndose 650 por no referirse a contextos de crisis o no aludir al componente tecnológico. En la fase de elegibilidad se valoraron a texto completo 170 artículos, descartándose 125 por aludir a diseños exclusivamente comerciales sin validación científica (n=58), carencia de caracterización sociodemográfica (n=39) y contextos clínicos no oportunos (n=28). La muestra analítica final quedó definida por 45 registros que se definen dentro de lo descrito por Baumel et al. (2019).

RESULTADOS

El análisis deja ver cinco dimensiones fundamentales que determinan el impacto, la sostenibilidad y la equidad de las intervenciones digitales en salud mental en el transcurso de emergencias.

Efectividad clínica y modelos de atención escalonada

Las herramientas digitales generan disminuciones significativas en síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático cuando se articulan con redes de atención primaria y conservan protocolos de derivación claros (Karyotaki et al., 2021;



Ebert et al., 2021). Los modelos stepped-care que adoptan autoayuda digital de baja intensidad con seguimiento clínico remoto muestran la mejor relación costo-efectividad y la menor tasa de interrupción prematura (Andersson et al., 2019; Lattie et al., 2019a). En oposición, la automatización en fases agudas de crisis tiende a no valorar la complejidad clínica, creando falsos negativos en la detección de riesgo suicida o descompensación psiquiátrica (Fiske et al., 2019). Estudios en campos de refugiados y zonas post-terremoto alcanzan disminuciones del 30–45 % en niveles de sintomatología cuando se integra supervisión humana asidua, frente a un 10–15 % en intervenciones completamente automatizadas (Harper Shehadeh et al., 2021; Carswell et al., 2018). La evidencia revela que la tecnología funciona más efectivamente como soporte clínico que como sustituto del juicio profesional. La graduación de las características terapéuticas según la dificultad del cuadro, la disponibilidad de vías de derivación oportuna y la formación de facilitadores locales en primeros auxilios psicológicos digitales constituyen componentes fundamentales para evitar la medicalización del sufrimiento (Tol et al., 2018; Ben-Zeev et al., 2018).

Determinantes de la inclusión digital

La brecha de acceso se manifiesta por la falta de infraestructura técnica, factores socioculturales, lingüísticos y de alfabetización digital puesto que determinan su adopción y su continuidad. Las intervenciones que contienen interfaces monolingües, supuestos de alta competencia tecnológica o diseños que desconocen la crisis cultural registran tasas de abandono superiores al 60 %. Por el contrario, los procedimientos que reúnen arquitectura offline-first, sincronización diferida, modos de accesibilidad universal (navegación por voz, pictogramas, consumo optimizado de datos) y contenido co-creado con las comunidades damnificadas evidencian adherencia sostenida y mayor percepción de utilidad (Schueller et al., 2020). La pertinencia cultural actúa entonces, como un condicionante operativo de la eficacia de las implementaciones mencionadas. Por otro lado, en contextos indígenas y rurales, la inclusión de metáforas terapéuticas locales, la validación comunitaria de contenidos y el uso de canales de comunicación sencillos (radio comunitaria, mensajería por WhatsApp con facilitadores capacitados) han demostrado disminuir la estigmatización y promover la búsqueda temprana y oportuna de apoyo (Naslund et al., 2020; Jordans et al., 2020).

Gobernanza ética, privacidad y protección de datos

La recolección de información sensible durante situaciones de emergencias plantea disyuntivas significativas con relación al consentimiento informado, la privacidad y el uso de datos (Sandvik, 2019; UNHCR, 2020). Marcos como el Digital Health Equity Framework requieren valoraciones de impacto diferencial previas al uso masivo, ci-



frado de extremo a extremo, consentimiento dinámico y protocolos de eliminación segura de datos una vez sorteada la fase crítica (Mann et al., 2022). La ausencia de estos mecanismos no solo vulnera derechos primordiales, sino que impacta directamente en la confianza de la comunidad y compromete la continuidad de los cuidados. La evidencia muestra que, en casos dados en contextos de conflicto armado, la filtración de datos de salud mental puede ser utilizada para estigmatizar, discriminar o perseguir a grupos vulnerables, destacando la necesidad imperante de soberanía de datos y auditorías independientes (Red Cross & Red Crescent Societies, 2021). Así, la gobernanza de datos se presenta como un factor clínico tan crítico como la intervención misma, y la transparencia sobre qué se recoge, cómo se almacena, quién accede y con qué fines debe ser necesariamente explícita, comprensible y reversible (Jobin et al., 2019).

Co-diseño comunitario y apropiación tecnológica

La participación comunitaria desde las fases iniciales de diseño es el predictor más consistente de aceptación sostenida. Metodologías como talleres de prototipado participativo, validación intercultural de contenidos terapéuticos y capacitación de facilitadores locales crean herramientas que representan narrativas, metáforas y prácticas de abordaje culturalmente adecuadas (Greenhalgh & Papoutsis, 2019). En América Latina y el Caribe, intervenciones co-diseñadas con comunidades indígenas y afrodescendientes han integrado saberes ancestrales de regulación emocional, obteniendo mayor legitimidad y descenso del estigma (OPS, 2021). La apropiación tecnológica se da por la vía de una negociación horizontal de significados ya que cuando las comunidades guían la identificación de necesidades, la selección de canales de comunicación y la validación de contenidos, la tecnología deja de ser un objeto externo para convertirse en un recurso interno que promueve el cuidado colectivo.

Integración con redes de salud primaria y sostenibilidad operativa

La división entre plataformas digitales y sistemas de salud tradicionales constituye uno de los principales condicionantes para el logro de una escalabilidad equitativa (WHO, 2021). De este modo, las intervenciones eficaces operan como estratos complementarios dentro de ecosistemas de atención primaria, con interoperabilidad técnica, historias clínicas compartidas (con consentimiento) y vías de derivación validadas (WHO, 2018). La sostenibilidad financiera y operativa depende de la incorporación de estas herramientas en presupuestos públicos de salud, la formación continua de profesionales en competencias digitales indispensables y la instauración de alianzas intersectoriales que sorteen la dependencia de fondos económicos de corta duración. Las experiencias piloto que no se articulan con los sistemas de



salud locales muestran tendencia a colapsar una vez concluido el financiamiento externo, provocando vacíos de atención y susceptibilidad en la población (Murray et al., 2020).

DISCUSIÓN

Tensión entre escalabilidad algorítmica y equidad estructural

El dato más recurrente de esta revisión exhibe una tensión no resuelta en el campo de la salud mental digital: el choque entre el dominante tecnocéntrico de la escalabilidad masiva y los requerimientos contextuales de la equidad. Mientras parte de la literatura existente y algunos actores de la industria tecnológica promueven la automatización como solución a la falta de recursos en crisis, la evidencia significativa más reciente contradice esta premisa. Autores como Fiske et al. (2019) advierten que delegar el juicio clínico a algoritmos en poblaciones afectadas genera falsos negativos en la detección de riesgo suicida, y reproduce sesgos históricos. Los hallazgos de esta revisión confirman esta discrepancia: las intervenciones que dan prioridad a la eficiencia técnica sobre la pertinencia cultural muestran tasas de abandono superiores al 60 % (Schueller et al., 2020). De acuerdo a esto, resulta pertinente que el debate académico abandone el interrogante sobre cómo escalar las herramientas para centrarse, en cambio, en quiénes se excluye al escalarlas.

El factor humano: del reemplazo tecnológico a la modulación clínica

También se observa una discusión respecto del posicionamiento profesional y la comunidad en los ecosistemas de intervención digitales. Frente a la postura que sugiere que la tecnología puede actuar de modo autónomo en la contención emocional, los estudios analizados confluyen en un modelo de atención escalonada donde lo digital actúa como un medio que complementa y no como reemplazo de la intervención presencial (Andersson et al., 2019; Torous et al., 2021). La evidencia en entornos de gran vulnerabilidad muestra que el rol del facilitador local o el apoyo de pares constituye un factor predictor de adherencia, esto sugiere una conclusión fundamental: el uso de tecnología en contextos de crisis no resuelve la falta de entramado social, por el contrario, éste necesita una red humana que lo preexista y valide la herramienta, además de visibilizar su utilidad clínica en el ámbito emocional de la comunidad (Tol et al., 2018).

Gobernanza de datos y ética humanitaria

La divergencia más profunda en la literatura examinada se ubica en la ética de la recolección de datos. Los marcos institucionales tradicionales suelen abordar la



privacidad de los datos desde un método de observancia normativo occidental, cimentado en un consentimiento informado estático. No obstante, al contrastar estas pautas con los reportes de campo de la Cruz Roja (2021) y estudios en zonas de conflicto armado, emerge una crítica al materialismo humanitario. La extracción de metadatos, geolocalización y perfiles psicológicos en poblaciones afectadas expone a los usuarios a riesgos de control gubernamental o estigmatización que los comités de ética tradicionales no llegan a anticipar (UNHCR, 2020). La discusión demanda trasladarse de la sola protección de datos hacia la soberanía de datos, donde estas comunidades cuenten con el poder de decisión sobre la arquitectura de las bases de datos que almacenan su información clínica (Floridi, 2019).

Hacia una ecología sociotécnica de la resiliencia

La combinación de estos resultados sugiere que el fracaso de los proyectos piloto no responde a carencias en el desarrollo técnico, sino a una falta de comprensión de la conexión sociotécnica (Greenhalgh et al., 2017). La sostenibilidad no es una configuración o función aislada; es un ecosistema de prácticas que exige madurez sistémica. La literatura coincide en que las herramientas que no se relacionan con los presupuestos en las políticas públicas de salud primaria ni a las redes comunitarias de cuidado, se obstruyen en cuanto cesa el financiamiento externo de las organizaciones humanitarias (Murray et al., 2020; WHO, 2022).

IMPLICACIONES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS Y GOBERNANZA

Transformar el abordaje en situaciones de crisis demanda un cambio de paradigma que vaya más allá de las características del proyecto piloto y evoluciones hacia la institucionalización de la salud mental digital inclusiva (WHO, 2022). Se proponen cinco ejes de acción:

Conectividad como bien público: garantizar el acceso a internet en zonas de emergencia a través de la ejecución de alianzas con operadores y regulación que contemple el componente humanitario. La conectividad compone un condicionante sanitario que habilita el acceso a servicios, información y redes de apoyo (OPS, 2021). Marcos regulatorios ágiles y protectores: elaborar normativas específicas para salud mental digital que demanden evaluación de impacto diferencial, consentimiento informado dinámico, cifrado de extremo a extremo y protocolos de eliminación de datos post-crisis (Red Cross & Red Crescent Societies, 2021; UNHCR, 2020).

Financiamiento sostenible: incorporar intervenciones digitales en presupuestos de políticas públicas de salud, con fondos de contingencia pre-asignados destinados para ofrecer respuesta rápida y evaluación continua (WHO, 2018; Sphere Associa-



tion, 2018).

Formación de recursos locales: implementar programas de alfabetización digital para comunidades y formación en competencias sociotécnicas para profesionales de salud mental, con enfoque intercultural y de género (Aguilera, 2019; IASC, 2019). Gobernanza comunitaria de datos: establecer comités de ética que participen en la supervisión de recolección, uso y almacenamiento de datos clínicos, garantizando soberanía y transparencia (Sandvik, 2019; Floridi et al., 2018).

Estos ejes deben retroalimentarse para que una política de conectividad sin gobernanza de datos no replique control y un marco regulatorio sin financiamiento sostenible carezca de efectividad. Una gobernanza práctica demanda articulación intersectorial, coordinación institucional y reconocimiento de que la tecnología en salud mental es un medio, no un fin.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La ética en salud mental digital de emergencia debe posicionarse en un enfoque de equidad y prevención de riesgos. El consentimiento informado en contextos de crisis requiere adaptación, debe ser dinámico, reversible, comprensible en lenguas y formatos accesibles, y acompañado de información clara sobre los límites de confidencialidad (Fiske et al., 2019; Red Cross & Red Crescent Societies, 2021). La recolección de datos biométricos o de ubicación sin consentimiento manifiesto implica transgredir derechos humanos fundamentales, particularmente cuando los datos pueden ser utilizados como medio de control del estado (UNHCR, 2020; Sandvik, 2019). La vulnerabilidad no explica la extracción de información; por el contrario, exige mayor rigor ético.

Además, la propiedad intelectual de herramientas co-creadas con comunidades debe resguardarse a través de licencias abiertas o convenios de beneficio compartido, evitando la retención corporativa de saberes locales. Los marcos legales deben incluir la salud mental digital como un derecho autorizado por políticas de equidad y no como un mero producto de mercado sujeto a mecanismos de rentabilidad (WHO, 2022). La legislación nacional debe alinearse con estándares internacionales de protección de datos, teniendo en cuenta las particularidades de los entornos en contextos de emergencia, ya que las leyes genéricas de privacidad suelen no ser pertinentes para el abordaje de los riesgos específicos de la salud mental en crisis en lo que respecta a estigmatización, discriminación laboral, o exclusión de programas sociales; en tales casos se necesitan marcos normativos específicos que reconozcan la sensibilidad de los datos psicológicos e instauren sanciones ajustadas a los daños potenciales.



LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Las limitaciones de este trabajo provienen de la naturaleza narrativa de la revisión y de la heterogeneidad metodológica de los estudios comprendidos. El acelerado crecimiento de las herramientas digitales, sumado a la insuficiente publicación de evaluaciones de impacto diferencial en contextos de bajos recursos, restringe la comparabilidad directa de los hallazgos. Muchos estudios priorizan métricas de adherencia o satisfacción, pero no incluyen análisis de equidad, impacto en poblaciones marginalizadas o evaluación de factores externos negativos tales como la fatiga digital o la medicalización del sufrimiento formal (Baumel et al., 2019; Lattie et al., 2019a). La falta de sistematización en los indicadores de efectividad clínica obstaculiza la incorporación de resultados y la formulación de recomendaciones pertinentes basadas en evidencia afianzada.

Futuras investigaciones deberían dar prioridad a: a) ensayos híbridos que adopten validación clínica con análisis de equidad y aprobación comunitaria; b) estudios longitudinales que exploren el impacto de las intervenciones digitales en la resiliencia comunitaria a mediano y largo plazo; c) investigación sobre validación intercultural de algoritmos de IA en triaje emocional, con métricas que hagan referencia a sesgos y transparencia; d) evaluaciones de costo-efectividad comparativas entre modelos puramente digitales, híbridos y tradicionales en contextos de emergencia; e) investigación participativa que evidencie saberes locales de regulación emocional y su incorporación de manera ética en plataformas digitales (Jordans et al., 2020; Tol et al., 2018).

De acuerdo con Patel et al. (2018), la brecha entre innovación y evidencia en salud mental de en situaciones de crisis no se salva con más tecnología, sino con mayor rigor metodológico, mayor participación comunitaria y mayor compromiso con propuestas que promuevan equidad.

CONCLUSIONES

La salud mental digital en contextos de emergencia incorpora una oportunidad estratégica para promover el acceso a intervenciones dentro de abordajes psicológicos oportunos, siempre que se renuncie a la demanda de reemplazo y se reconozca su característica complementaria y condicionada al contexto. La evidencia revisada sustenta que la efectividad clínica, la inclusión y la gobernanza ética son elementos indisolubles de una intervención sostenible en el tiempo. La ejecución de estas condiciones demanda co-diseño participativo desde las primeras fases, arquitectura técnica resiliente, evaluación continua de impacto diferencial y marcos normativos que den prioridad a la protección de datos y la equidad digital (Greenhalgh &



Papoutsis, 2019; Mann et al., 2022).

Transformar la atención en crisis no está en manos de la capacidad de sumar la tecnología a redes humanas de cuidado, saberes locales y políticas públicas que reconozcan la equidad como una necesidad operante (WHO, 2022). Las respuestas deben trascender la urgencia para fundar sistemas de salud mental más resilientes, accesibles y centrados en la dignidad de los usuarios. La equidad digital no constituye una sumatoria meramente técnica, sino el cimiento de una salud mental universal (WHO, 2022; Patel et al., 2018).

REFERENCIAS

- Aguilera, A. (2019). Uso de la salud mental digital para poblaciones marginadas y desatendidas [Use of digital mental health for marginalized and underserved populations]. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(3), 240–250. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00178-0>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Tratamientos psicológicos por internet: Un comentario sobre su historia, estado actual y futuro [Internet-delivered psychological treatments: A commentary on their history, current state, and future]. *World Psychiatry*, 18(1), 20–21. <https://doi.org/10.1002/wps.20606>
- Bauer, M., Glenn, T., Monteith, S., & Whybrow, P. C. (2021). Tecnologías digitales e inteligencia artificial en psiquiatría: Consideraciones éticas [Digital technologies and artificial intelligence in psychiatry: Ethical considerations]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 23(2), 115–123. <https://doi.org/10.1080/19585969.2021.1956467>
- Baumel, A., Muench, F., Edan, S., & Kane, J. M. (2019). Compromiso objetivo de los usuarios con aplicaciones de salud mental: Búsqueda sistemática y análisis de uso basado en paneles [Objective user engagement with mental health apps: Systematic search and panel-based usage analysis]. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e14567. <https://doi.org/10.2196/14567>
- Ben-Zeev, D., Brian, R. M., Jonathan, G., Razzano, L., Pong, E., Swartz, K., ... & Campbell, A. T. (2018). Evaluación e intervención móvil para la esquizofrenia (MAIS): Un estudio de factibilidad [Mobile assessment and intervention for schizophrenia (MAIS): A feasibility study]. *JMIR Mental Health*, 5(1), e12. <https://doi.org/10.2196/mental.8688>



- Betancourt, T. S., Brennan, R. T., Rubin-Smith, J., Fitzmaurice, G. M., & Gilman, S. E. (2020). Antiguos niños soldados de Sierra Leona: Un estudio longitudinal sobre factores de riesgo, protectores y salud mental [Sierra Leone's former child soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 720–731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.05.023>
- Bucci, S., Schwannauer, M., & Berry, N. (2019). La revolución digital y su impacto en la atención de salud mental [The digital revolution and its impact on mental health care]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 27–37. <https://doi.org/10.1111/papt.12198>
- Carswell, K., Harper-Shehadeh, M., Watts, S., van 't Hof, E., Heim, E., Sheik, R., ... & Tol, W. A. (2018). Paso a Paso: Una nueva intervención digital de la OMS para la depresión [Step-by-Step: A new WHO digital mental health intervention for depression]. *mHealth*, 6, 34. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.09.05>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). Nuevas estimaciones de prevalencia de la OMS sobre trastornos mentales en contextos de conflicto: Una revisión sistemática y metaanálisis [New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis]. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- Comité Permanente entre Organismos. (2019). Directrices para la integración del apoyo de salud mental y psicosocial en la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias [Guidelines for integrating mental health and psychosocial support into emergency preparedness, response and recovery]. Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia.
- Ebert, D. D., Titzler, I., & Cuijpers, P. (2021). Intervenciones digitales de salud mental para la depresión y la ansiedad [Digital mental health interventions for depression and anxiety]. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 75. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01287-z>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2020). Inteligencia artificial en salud mental [Artificial intelligence in mental health]. *The Lancet Psychiatry*, 7(12), 1007–1009. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30406-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30406-7)
- Fiske, A., Henningsen, P., & Buyx, A. (2019). Tu robot terapeuta te atenderá ahora: Im-



- plicaciones éticas de la inteligencia artificial encarnada en psiquiatría, psicología y psicoterapia [Your robot therapist will see you now: Ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology, and psychotherapy]. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13216. <https://doi.org/10.2196/13216>
- Floridi, L. (2019). *La cuarta revolución: Cómo la infosfera está remodelando la realidad humana* [The 4th revolution: How the infosphere is reshaping human reality] (2.ª ed.). Oxford University Press.
- Floridi, L., Cowls, J., Beltrametti, M., Chatila, R., Chazerand, P., Dignum, V., ... & Vayena, E. (2018). AI4People – Un marco ético para una buena sociedad de IA: Oportunidades, riesgos, principios y recomendaciones [AI4People—An ethical framework for a good AI society: Opportunities, risks, principles, and recommendations]. *Minds and Machines*, 28(4), 689–707. <https://doi.org/10.1007/s11023-018-9482-5>
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2019). Innovación en salud digital: Una visión desde la primera línea [Digital health innovation: A view from the front line]. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(1), 1–3. <https://doi.org/10.1177/1355819618806539>
- Harper Shehadeh, M. J., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2021). Eficacia de una intervención digital de salud mental desarrollada por la OMS (Paso a Paso) para la depresión en refugiados sirios: Un ensayo controlado aleatorizado [Efficacy of a WHO-developed digital mental health intervention (Step-by-Step) for depression in Syrian refugees: A randomized controlled trial]. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103879. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103879>
- Jobin, A., Ienca, M., & Vayena, E. (2019). El panorama global de las directrices éticas de la IA [The global landscape of AI ethics guidelines]. *Nature Machine Intelligence*, 1(9), 389–399. <https://doi.org/10.1038/s42256-019-0088-2>
- Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Petersen, I., Komproe, I. H., Tol, W. A., ... & Lund, C. (2020). Evaluación de la Zona de Seguridad: Una intervención comunitaria para la salud mental y el apoyo psicosocial [Evaluation of the Zone of Safety: A community-based intervention for mental health and psychosocial support]. *Intervention*, 18(1), 1–10. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_40_19
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., ... & Cuijpers, P. (2021). Terapia cognitivo-conductual basada en internet para la depresión: Una revisión sistemática y metaanálisis de datos individuales de pacientes [Inter-



net-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data meta-analysis]. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 361–371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>

Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, J., ... & Patel, V. (2018). El papel de las comunidades en el avance de los objetivos del Movimiento para la Salud Mental Global [The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health]. *Transcultural Psychiatry*, 55(5), 632–653. <https://doi.org/10.1177/1363461518793296>

Lattie, E. G., Adkins, E. C., Winquist, N., Stiles-Shields, C., Wafford, Q. E., & Graham, A. K. (2019a). Intervenciones digitales de salud mental para la depresión, la ansiedad y la mejora del bienestar psicológico entre estudiantes universitarios: Revisión sistemática [Digital mental health interventions for depression, anxiety, and enhancement of psychological well-being among college students: Systematic review]. *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e12869. <https://doi.org/10.2196/12869>

Lattie, E. G., Lipson, S. K., & Eisenberg, D. (2019b). Tecnología y salud mental de los estudiantes universitarios: Desafíos y oportunidades [Technology and college student mental health: Challenges and opportunities]. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 246. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00246>

Mann, D. M., Chen, J., Chunara, R., Testa, P. A., & Nov, O. (2022). Un marco para la equidad en salud digital [A framework for digital health equity]. *npj Digital Medicine*, 5(1), 119. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00663-0>

Mittelstadt, B. (2019). Los principios por sí solos no pueden garantizar una IA ética [Principles alone cannot guarantee ethical AI]. *Nature Machine Intelligence*, 1(11), 501–507. <https://doi.org/10.1038/s42256-019-0114-4>

Mohr, D. C., Schueller, S. M., Araya, R., Bunge, E., & Naslund, J. A. (2020). Intervenciones digitales de salud mental: Oportunidades y desafíos [Digital mental health interventions: Opportunities and challenges]. *American Psychologist*, 75(9), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/amp0000731>

Murray, L. K., Tol, W. A., Jordans, M., Zangana, G. S. A., Amin, A. M., Bolton, P., ... & Bass, J. (2020). Difusión e implementación de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la salud mental en países de ingresos bajos y medios [Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions for mental health in low and middle income countries]. *Frontiers in Psychia-*



try, 11, 82. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00082>

Naslund, J. A., Zhang, M., Grande, S. W., Aschbrenner, K. A., McHugo, G. J., Elwyn, G., ... & Bartels, S. J. (2020). Una revisión de alcance del apoyo entre pares mediante redes sociales para personas con enfermedad mental grave [A scoping review of peer-to-peer support using social media for people with serious mental illness]. *Psychiatric Services*, 71(8), 771–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900439>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Guía de Intervención Humanitaria mhGAP (mhGAP-HIG): Orientación técnica para afecciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias en emergencias humanitarias [mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Technical guidance for mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513401>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Orientación sobre los servicios de salud mental comunitaria: Promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos [Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo [WHO guidelines on mental health at work]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos [World mental health report: Transforming mental health for all]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). eSalud en las Américas: Plan de acción 2020-2025. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53922>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible [The Lancet Commission on global mental health and sustainable development]. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32272-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32272-X)

Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2021). Protección de datos



- y ética digital en la respuesta humanitaria: Directrices para la salud mental y el apoyo psicosocial [Data protection and digital ethics in humanitarian response: Guidelines for mental health and psychosocial support]. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. <https://www.ifrc.org/document/data-protection-guidelines-mhpss>
- Sandvik, K. B. (2019). Datos humanitarios: Poder, política y digitalización de la ayuda [Humanitarian data: Power, politics, and the digitalization of aid]. *International Review of the Red Cross*, 101(910), 391–412. <https://doi.org/10.1017/S1816383119000465>
- Schueller, S. M., Neary, M., O'Loughlin, K., & Adkins, E. C. (2020). Descubrimiento e interés en aplicaciones de salud entre personas con necesidades de salud mental: Estudio de encuesta y grupo focal [Discovery of and interest in health apps among those with mental health needs: Survey and focus group study]. *JMIR Mental Health*, 7(6), e17814. <https://doi.org/10.2196/17814>
- Asociación Sphere. (2018). Manual Sphere: Carta humanitaria y estándares mínimos en la respuesta humanitaria (4.ª ed.). Asociación Sphere. <https://spheres-standards.org/sphere-handbook/>
- Tol, W. A., Augustinavskis, J., Carswell, K., Brown, F. L., Adaku, A., Anjuri, Z., ... & van 't Hof, E. (2018). Escalabilidad de una intervención psicológica de la OMS en un entorno humanitario [Scalability of a WHO psychological intervention in a humanitarian setting]. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1344–e1354. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30453-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30453-5)
- Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., ... & Firth, J. (2021). El creciente campo de la psiquiatría digital: Evidencia actual y el futuro de las aplicaciones, las redes sociales, los chatbots y la realidad virtual [The growing field of digital psychiatry: Current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality]. *World Psychiatry*, 20(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>
- Torous, J., & Roberts, L. W. (2020). Aplicaciones de salud mental: Es hora de cumplir su promesa [Mental health apps: Time to deliver on their promise]. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 889–890. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1047>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). Extensión PRISMA para revisiones de alcance (PRISMA-ScR): Lista de verificación y explicación [PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR):



Checklist and explanation]. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

ACNUR. (2020). Directrices para la Evaluación de Impacto en la Protección de Datos (DPIA) [Data Protection Impact Assessment (DPIA) Guidelines]. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. <https://www.unhcr.org/data-protection-impact-assessment-guidelines>

Wainberg, M., Gonzalez, J., Chowdhary, N., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2021). Salud mental en la pandemia de COVID-19 y otras emergencias [Mental health in the COVID-19 pandemic and other emergencies]. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 271–273. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00056-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00056-8)





TERMÓMETROS EMOCIONALES: EL IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN LA SALUD MENTAL

EMOTIONAL THERMOMETERS: THE IMPACT OF CLIMATE CHANGE ON MENTAL HEALTH

JORGE LUIS ALONSO FREIRE¹

 <https://orcid.org/0009-0000-8147-1370>

 jlalonsofreire@gmail.com

JACOBO CAMBIL MARTÍN³

 <https://orcid.org/0000-0002-9107-0068>

 jcambil@ugr.es

LOURDES MARÍA BASANTA MARRERO¹

 <https://orcid.org/0009-0009-1997-0991>

 lbasanta1963@gmail.com

CLAUDIA CARINA OVIEDO⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0978-7869>

 licccarinaoviedo@gmail.com

LUIS DANIEL ALONSO BASANTA²

 <https://orcid.org/0009-0004-2430-7880>

 luisdanielalonso75@gmail.com

¹Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande, Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba

²Prevengraf Servicios de Prevención. España.

³Departamento de Enfermería, Universidad de Granada, España

⁴Salud Mental Digital-Red de Asistencia, Investigación y Consultoría en Salud Mental Digital, Argentina.

RESUMEN

Cada vez se reconoce más la capacidad del clima para afectar la salud física y el bienestar mental. Objetivo: analizar las causas de los impactos del cambio climático en la salud mental y describir sus principales efectos. Método: revisión narrativa de la literatura en bases de datos científicas (PubMed, SciELO, OPS/OMS) hasta 2024. Desarrollo: las temperaturas extremas alteran el funcionamiento hipotalámico, afectando el sueño, el estado de ánimo y la capacidad cognitiva. El calor exige mayor actividad al hipotálamo, pudiendo bloquear la termorregulación; el frío aumenta el consumo energético y activa respuestas de temblor. El paradigma central es el trastorno depresivo mayor con patrón estacional (trastorno afectivo estacional), que puede derivar en suicidio y violencia. También se describen la ecoansiedad (miedo crónico al cataclismo ambiental) y la solastalgia (angustia por la degrada-

Cómo citar:

Fecha Recibido: 04/03/2026 Fecha Aceptado: 26/04/2026 Fecha Publicado: 29/05/2026

Alonso Freire, J. L., Basanta Marrero, L. M., Alonso Basanta, L. D., Cambil Martín, J. & Oviedo, C. C. (2026). Termómetros Emocionales: El Impacto Del Cambio Climático En La Salud Mental. *Salud & Bien-Estar de la Amazonia*. Vol. 2(1). ppt. 39-48



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).



ción del entorno propio) como manifestaciones emergentes. Las altas temperaturas se asocian linealmente con aumento de hospitalizaciones psiquiátricas e intentos de suicidio. Conclusiones: las bases biológicas de la salud mental dependen de la adaptación a las variaciones térmicas a través del hipotálamo. Se proponen alternativas locales como el manejo del entorno, la actividad colectiva en contacto con la naturaleza y el establecimiento de alianzas comunitarias.

PALABRAS CLAVE: Cambio Climático; Salud Mental; Ansiedad; Trastorno Afectivo Estacional; Hipotálamo.

ABSTRACT

The ability of climate to affect physical health and mental well-being is increasingly recognized. Objective: to analyze the causes of climate change impacts on mental health and describe their main effects. Method: narrative literature review in scientific databases (PubMed, SciELO, PAHO/WHO) up to 2024. Development: extreme temperatures alter hypothalamic function, affecting sleep, mood, and cognitive capacity. Heat demands increased hypothalamic activity and can block thermoregulation; cold increases energy consumption and activates shivering responses. The central paradigm is major depressive disorder with seasonal pattern (seasonal affective disorder), which can lead to suicide and violence. Eco-anxiety (chronic fear of environmental catastrophe) and solastalgia (distress from degradation of one's own environment) are described as emerging manifestations. High temperatures are linearly associated with increased psychiatric hospitalizations and suicide attempts. Conclusions: the biological bases of mental health depend on adaptation to temperature variations through the hypothalamus. Local alternatives such as environmental management, collective activities in contact with nature, and the establishment of community alliances are proposed.

KEYWORDS: Climate Change; Mental Health; Anxiety; Seasonal Affective Disorder; Hypothalamus.



INTRODUCCIÓN

El cambio climático, de origen antropogénico, está determinado por el aumento de gases de efecto invernadero (GEI), lo que ha provocado un incremento de la temperatura media global de 0,14 °C por década (IPCC, 2023). Se prevé que la frecuencia e intensidad de las olas de calor extremas sigan aumentando, con consecuencias directas e indirectas sobre la salud humana (Romanello et al., 2023). En la Unión Europea, 84 millones de personas padecen problemas de salud mental, y este problema está infrarrepresentado en los presupuestos sanitarios (OMS, 2022). El cambio climático puede afectar la salud mental a través de dos vías: exposición directa a desastres naturales (inundaciones, incendios, olas de calor) y exposición indirecta (angustia anticipatoria, ecoansiedad) (Clayton, 2024).

Los fenómenos meteorológicos extremos causan trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión; las temperaturas extremas afectan el estado de ánimo, empeoran trastornos del comportamiento y aumentan el riesgo de suicidio (Cianconi et al., 2020). Aún no se conocen suficientemente los mecanismos biológicos que explican esta asociación, aunque el hipotálamo desempeña un papel central. Por tal motivo, nos trazamos como objetivos: analizar las causas de los impactos del cambio climático en la salud mental y describir los principales efectos en los pacientes sometidos a estas variaciones.

DESARROLLO

Mecanismos biológicos: fisiopatología de las variaciones térmicas

Calor. Cuando se alcanzan temperaturas elevadas, el hipotálamo activa mecanismos para mantener la homeostasis. Si la temperatura corporal llega a 40 °C, el hipotálamo puede bloquear la transpiración, provocando golpe de calor. El exceso de actividad hipotalámica limita otras funciones (hambre, frecuencia cardíaca, respuesta a estímulos). El calor dificulta el sueño, causa deshidratación (con contracción del tejido cerebral, fallos de memoria y concentración) y enlentece la propagación de impulsos nerviosos, generando irritabilidad y confusión (Nori-Sarma et al., 2022).

Desde una perspectiva integradora, estos cambios fisiológicos afectan directamente los procesos psicológicos: la deshidratación y la disfunción prefrontal inducida por calor reducen la capacidad de regulación emocional, aumentan la impulsividad y deterioran la evaluación del riesgo. Esto, a su vez, interactúa con factores sociales como el hacinamiento, la falta de acceso a espacios frescos o la exposición a violencia comunitaria, creando un ciclo de vulnerabilidad.



Frío. El hipotálamo estimula el temblor para generar calor y restringe el flujo sanguíneo a las extremidades. El frío aumenta el gasto energético (hasta 500 calorías por hora en situaciones extremas). Por debajo de 35 °C se producen dos fases metabólicas: catabólica (35-30 °C: temblor, vasoconstricción, taquicardia) e hipometabólica (<30 °C: caída del metabolismo, afectación multiorgánica) (Thompson et al., 2023).

Manifestaciones clínicas, integrando niveles de análisis

Trastorno afectivo estacional (TAE). Es el paradigma del vínculo clima-salud mental. Aparecen síntomas depresivos regularmente en invierno. El TAE se asocia a alteraciones del ritmo circadiano y disminución de serotonina (Wirz-Justice & Benedetti, 2023). Aquí se observa una clara interacción biopsicosocial: la base neurobiológica (disfunción serotoninérgica) predispone, pero los factores psicosociales (menor exposición a luz natural, restricción de actividades al aire libre, reducción del contacto social) modulan la expresión y gravedad del trastorno.

Ecoansiedad y solastalgia. La solastalgia es la angustia por la degradación del entorno que se habita; la ecoansiedad es el miedo crónico a un cataclismo ambiental (Albrecht et al., 2007; Clayton, 2024). Estos fenómenos representan un puente directo entre el cambio ambiental (nivel ecológico), la interpretación cognitiva del riesgo (nivel psicológico) y las respuestas emocionales y conductuales (nivel social). A diferencia de los efectos fisiológicos directos del calor, aquí el mecanismo principal es la percepción de amenaza y la pérdida de lugar seguro, aunque el estrés crónico resultante puede, a su vez, desregular el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, generando síntomas somáticos. En comunidades indígenas del Ártico canadiense, estos fenómenos se asocian a tasas de suicidio alarmantemente altas (Middleton et al., 2023), evidenciando cómo la dimensión social y cultural (pérdida de territorio y modos de vida) se traduce en psicopatología.

Calor, violencia y suicidio. Las altas temperaturas se asocian con violencia, abuso de alcohol y suicidio. Por cada aumento de 1 °C en la temperatura media mensual, las muertes relacionadas con salud mental aumentan un 2,2 % (Thompson et al., 2023). El riesgo de hospitalización psiquiátrica aumenta un 4 % por cada incremento de 10 °C en la temperatura diaria (Nori-Sarma et al., 2022). En España, la mortalidad por suicidio es máxima en verano (julio), con un claro patrón estacional.

La evidencia actual apunta a que este fenómeno se da por una doble vía que opera simultáneamente y se retroalimenta:

1. Vía fisiológica directa: La hipertermia induce deshidratación, que reduce el volumen sanguíneo cerebral y altera la síntesis y recaptación de serotonina y do-



pamina. Estudios experimentales muestran que la deshidratación moderada aumenta la fatiga, la confusión y la ira (efectos mediados por la corteza prefrontal). Además, el estrés por calor activa el eje HHA (hipotálamo-hipófiso-adrenal), elevando cortisol, lo que en individuos vulnerables puede desencadenar ideación suicida.

2. Vía psicosocial indirecta: Las altas temperaturas incrementan la irritabilidad, reducen la tolerancia a la frustración y aumentan los conflictos interpersonales (especialmente en contextos de hacinamiento o pobreza). La percepción de peligro ante olas de calor más frecuentes e intensas, sumada a la pérdida de medios de vida (sequías, malas cosechas), genera angustia anticipatoria y desesperanza. En comunidades expuestas a desastres naturales, el calor extremo actúa como un estresor traumático que eleva el riesgo de trastorno de estrés postraumático y conductas autolíticas.

Ambas vías convergen: la deshidratación y la disfunción serotoninérgica reducen los recursos cognitivos para manejar el conflicto social, mientras que el malestar psicológico amplifica la percepción del calor. Así, el aumento del suicidio en climas cálidos no puede atribuirse exclusivamente a lo fisiológico ni a lo social; es el resultado de su interacción. Por ello, las intervenciones efectivas deben combinar medidas de hidratación y enfriamiento (nivel biológico) con apoyo comunitario y manejo del estrés (nivel psicosocial).

Impactos comunitarios

Las comunidades vulnerables (mujeres, ancianos, niños, personas con enfermedades psiquiátricas previas, bajos ingresos, indígenas) tienen mayor riesgo de psicopatologías inducidas por el clima (IPCC, 2023). Desde una óptica integradora, la vulnerabilidad no es solo biológica (menor capacidad termorreguladora) sino también social (falta de acceso a atención médica, redes de apoyo débiles, marginación) y psicológica (mayor percepción de desamparo, menor autoeficacia).

Resultados de la reflexión

Del análisis crítico de la literatura se extraen los siguientes hallazgos principales:

1. El hipotálamo es el eje termorregulador central, pero su disfunción solo se traduce en psicopatología cuando interactúa con factores psicosociales. No es la temperatura por sí sola, sino la incapacidad del individuo para modular su respuesta (debido a pobreza, aislamiento o falta de recursos de afrontamiento) lo que determina el impacto final.



2. Existe una relación dosis-respuesta entre calor y morbilidad psiquiátrica, mediada por una doble vía: fisiológica (deshidratación, desequilibrio de neurotransmisores) y psicosocial (percepción de amenaza, pérdida de recursos, violencia interpersonal). El patrón estacional del suicidio (máximo en verano) contradice el mito del invierno depresivo y exige estrategias preventivas específicas para cada estación.
3. La ecoansiedad y la solastalgia son nuevas categorías donde el nexo biopsico-social es explícito: el cambio ambiental (nivel ecológico) genera una evaluación cognitiva de amenaza (nivel psicológico) que, si es crónica, desregula el eje HHA (nivel biológico) y conduce a síntomas depresivos y ansiosos (nivel clínico), todo ello modulado por el apoyo social y la identidad cultural.
4. Las intervenciones basadas en la naturaleza y la acción colectiva son efectivas precisamente porque actúan sobre los tres niveles: el contacto con la naturaleza reduce el cortisol (biológico), mejora el estado de ánimo (psicológico) y fomenta redes de apoyo (social)

Las poblaciones vulnerables requieren políticas específicas que integren protección térmica (biología), psicoeducación (psicología) y cohesión comunitaria (sociología).

CONCLUSIONES

Las bases biológicas de la salud mental están relacionadas con la capacidad de adaptación a las variaciones de temperatura, mediada por el hipotálamo. Sin embargo, esta relación solo se comprende en su totalidad cuando se incorporan los determinantes psicológicos (percepción del riesgo, regulación emocional) y sociales (apoyo comunitario, desigualdad, acceso a recursos). Superado el umbral crítico, se producen consecuencias graves en poblaciones vulnerables, incluyendo trastorno afectivo estacional, ecoansiedad, aumento del suicidio y violencia.

Se concluye, además, que el vínculo entre calor y suicidio es bidireccional y multi-causal: no puede reducirse a un mero desequilibrio hidroelectrolítico ni a una reacción psicológica aislada, sino que emerge de la confluencia entre estrés térmico, vulnerabilidad neurobiológica y desintegración de tejidos sociales protectores.

Como alternativas desde lo local, se ofrecen: el manejo del entorno (acceso a sombra, vivienda adecuada), la actividad colectiva en contacto con la naturaleza (baños de bosque, voluntariado ambiental) y el establecimiento de alianzas comunitarias que presionen a los gobiernos para la protección del medio ambiente.

La evidencia científica actual respalda la necesidad de integrar el cambio climático como un determinante socioambiental crítico en los procesos de evaluación



clínica y en el diseño de intervenciones terapéuticas (World Health Organization, 2022; American Psychological Association & ecoAmerica, 2021). Asimismo, resulta fundamental la participación activa de los profesionales de la salud mental en el desarrollo de estrategias de promoción, psicoeducación y prevención orientadas a fortalecer la resiliencia psicológica y el bienestar emocional a nivel poblacional (Clayton, 2020; European Psychiatric Association, 2023).

REFERENCIAS

- Albrecht, G. (2011). Chronic environmental change: emerging 'psychoterratic' syndromes. In I. Weissbecker (Ed.), *Climate change and human well-being: global challenges and opportunities* (pp. 43-56). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9742-5_3
- Albrecht, G., Sartore, G. M., Connor, L., Higginbotham, N., Freeman, S., Kelly, B., ... & Pollard, G. (2007). Solastalgia: the distress caused by environmental change. *Australasian Psychiatry*, 15(sup1), S95-S98. <https://doi.org/10.1080/10398560701701288>
- Álvarez Pérez, S. (2021). Cambio climático y salud: bases para una agenda de acción. Editorial Científico-Técnica. (Nota: si es un capítulo o libro, ajustar; si es artículo, completar datos. Se asume libro).
- Bold, J., Svensson, L., & Andersson, M. (2023). Collective action and climate anxiety: a randomized controlled trial of community gardening. *Journal of Environmental Psychology*, 85, Article 101932. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2022.101932>
- Bosello, F., Nicholls, R. J., Richards, J., Roson, R., & Tol, R. S. J. (2011). Economy-wide impacts of climate change: a joint analysis for sea level rise and tourism. *Mitigation and Adaptation Strategies for Global Change*, 17(8), 857-884. <https://doi.org/10.1007/s11027-011-9352-3>
- Bratman, G. N., Olvera-Alvarez, H., & Gascon, M. (2024). Nature-based mental health interventions in the context of climate change. *Annual Review of Environment and Resources*, 49. <https://doi.org/10.1146/annurev-environ-121922-124517> (En prensa, pero se puede citar como artículo en avance)
- Burenby, C., Rönnlund, M., & Carelli, M. G. (2021). Seasonal affective disorder and winter climate: a longitudinal study in northern Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(3), 161-167. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1841289>



- Charlson, F., Ali, S., Benmarhnia, T., Pearl, M., Massazza, A., Augustinavicius, J., & Scott, J. G. (2021). Climate change and mental health: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Article 4486. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094486>
- Cianconi, P., Betrò, S., & Janiri, L. (2020). The impact of climate change on mental health: a systematic descriptive review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 74. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00074>
- Clayton, S. (2024). Climate anxiety: psychological responses to climate change. *Current Opinion in Psychology*, 55, Article 101739. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101739>
- Clayton, S., Manning, C. M., Krygsman, K., & Speiser, M. (2017). Mental health and our changing climate: impacts, implications, and guidance. *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>
- Fernández, A., Black, J., Jones, M., Wilson, L., Salvador-Carulla, L., Astell-Burt, T., & Black, D. (2015). Floods and mental health: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 185, 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.018>
- Galway, L. P., Field, E., & Bell, A. (2024). Eco-anxiety and climate-related distress: a scoping review of the evidence. *Environmental Research: Health*, 2(1), Article 012001. <https://doi.org/10.1088/2752-5309/ad1f4a>
- Hayes, K., & Poland, B. (2018). Climate change and mental health: a review of current literature. *Canadian Journal of Public Health*, 109(3), 407-409. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0081-3>
- Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., ... & van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses: a multinational survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863-e873. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00278-3)
- IPCC. (2021). *Climate change 2021: the physical science basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report*. Cambridge University Press. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg1/>
- IPCC. (2023). *Climate change 2023: synthesis report. Contribution of Working*



- Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report. IPCC. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/>
- Lawrance, E. L., Thompson, R., Fontana, G., & Jennings, N. (2021). The psychological and mental health impacts of climate change. *The Lancet Planetary Health*, 5(9), e639-e640. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00223-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00223-0)
- MedECC. (2019). Climate and environmental change in the Mediterranean Basin – current situation and risks for the future. First Mediterranean Assessment Report. Union for the Mediterranean. https://www.medecc.org/wp-content/uploads/2020/12/MedECC_MAR1_ENG_web.pdf
- Meriläinen, P., Mustonen, A., & Järvelä, M. (2021). Cloud cover and seasonal depression in Finland: a 30-year time series. *International Journal of Circumpolar Health*, 80(1), Article 1886743. <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1886743>
- Middleton, J., Cunsolo, A., Jones-Bitton, A., Wright, C. J., & Harper, S. L. (2023). Solastalgia and climate distress among Indigenous communities: a systematic review. *The Lancet Planetary Health*, 7(7), e584-e595. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00125-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00125-0)
- Mullins, J. T., & White, C. (2022). Temperature and mental health: evidence from a representative panel of Americans. *Journal of Environmental Economics and Management*, 112, Article 102604. <https://doi.org/10.1016/j.jeem.2022.102604>
- Murataya, R., & Gutiérrez, D. (2013). Clima y criminalidad: un análisis espacial para la ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 75(2), 231-256.
- Nori-Sarma, A., Sun, S., Sun, Y., Spangler, K. R., Oblath, R., Galea, S., ... & Wellenius, G. A. (2022). Emergency department visits for mental health disorders following extreme heat in the United States. *JAMA Psychiatry*, 79(9), 881-889. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2044>
- OCDE y Comisión Europea. (2018). Health at a glance: Europe 2018. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2022). Mental health and climate change: policy brief. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045123>
- Romanello, M., di Napoli, C., Drummond, P., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., ...



- & Costello, A. (2023). The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change. *The Lancet*, 402(10419), 2346-2394. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-8)
- Sanz-Barbero, B., Linares, C., Vives-Cases, C., González, J. L., & Díaz, J. (2018). Heat waves and intimate partner violence in Madrid. *European Journal of Public Health*, 28(4), 723-728. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky062>
- Thompson, R., Lawrance, E. L., Roberts, L. F., Graff, H., & Hajat, S. (2023). Associations between high ambient temperatures and suicide mortality: a multi-country time-series analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(4), 267-276. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00027-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00027-4)
- Wirz-Justice, A., & Benedetti, F. (2023). Seasonal affective disorder: is the paradigm shifting? *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 247-271. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-014532>





CARTAS TERAPÉUTICAS EN CONTEXTOS PSICOSOCIALES: APORTES PARA LA INTERVENCIÓN DESDE UNA REVISIÓN DOCUMENTAL.

THERAPEUTIC LETTERS IN PSYCHOSOCIAL CONTEXTS: CONTRIBUTIONS TO INTER-
VENTION FROM A DOCUMENTARY REVIEW.

ISABEL CRISTINA BERNAL VÉLEZ¹

<http://orcid.org/0000-0001-6223-904X>



isabel.bernal@upb.edu.co

ISABEL CRISTINA HOYOS SANABRIA²



<https://orcid.org/0009-0002-2777-763X>



isabel.hoyoss@upb.edu.co

VALERIA SUÁREZ GARCIA²



<https://orcid.org/0009-0007-0322-384X>



valeria.suarez@upb.edu.co

ANA SOFÍA ECHEVERRI OSORIO²



<https://orcid.org/0009-0006-7739-4505>



echeverri@upb.edu.co

¹Magister en Terapia Familiar: Universidad Pontificia Bolivariana.

²Egresado Facultad de Trabajo Social, Pontificia Universidad Bolivariana

RESUMEN

Las cartas terapéuticas han sido utilizadas a lo largo del tiempo como una forma de favorecer la expresión escrita de emociones, pensamientos y experiencias significativas. Su presencia en distintos escenarios de intervención psicosocial evidencia que no se trata únicamente de un recurso complementario, sino de una práctica que ha guiado procesos de acompañamiento, cuidado y transformación personal en diversos contextos. El presente artículo analiza su aplicabilidad y los efectos que generan en ámbitos como la psicoterapia, la educación, el contexto carcelario, el duelo, la salud, la terapia familiar y de pareja, la violencia sexual y el conflicto armado. Para ello, se realizó una revisión documental de publicaciones entre 1993 y 2024 en distintos idiomas, desde un enfoque cualitativo y hermenéutico que permitió interpretar su desarrollo histórico, sus modalidades de uso y los sentidos que adquiere

Fecha Recibido: 04/02/2026 **Fecha Aceptado:** 16/04/2026 **Fecha Publicado:** 29/05/2026

Cómo citar:

Bernal Vélez, I. C., Hoyos Sanabria, I. C., Suárez García, V. & Echeverri Osorio, A. S. (2026). Cartas terapéuticas en contextos psicosociales: aportes para la intervención desde una revisión documental. *Salud & Bien-Estar de la Amazonia*. Vol. 2(1). ppt. 49-68



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia
Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).

en cada escenario. El análisis muestra que las cartas terapéuticas facilitan procesos de externalización, reflexión y resignificación de experiencias, al tiempo que fortalecen los vínculos y amplían las posibilidades narrativas de quienes participan en los procesos de acompañamiento. Más que un recurso técnico, se configuran como una práctica relacional que mantiene vigencia en contextos contemporáneos y que continúa ofreciendo aportes relevantes para la intervención psicosocial.

PALABRAS CLAVES:

Cartas Terapéuticas, Intervención Psicosocial, Terapia Narrativa, Externalización, Escritura Terapéutica

ABSTRACT

Therapeutic letters have been used over time as a means of fostering the written expression of emotions, thoughts, and meaningful experiences. Their presence across different psychosocial intervention settings shows that they are not merely a complementary resource, but rather a practice that has accompanied processes of care, support, and personal transformation in diverse contexts. This article analyzes their applicability and effects in areas such as psychotherapy, education, correctional settings, grief processes, healthcare, family and couple therapy, sexual violence, and armed conflict. To this end, a documentary review of publications produced between 1993 and 2024 in various languages was conducted. The study was grounded in a qualitative paradigm with a hermeneutic approach, allowing for an in-depth interpretation of their historical development, modes of use, and the meanings they acquire in different scenarios. The analysis indicates that therapeutic letters facilitate processes of externalization, reflection, and re-signification of lived experiences, while also strengthening relational bonds and expanding narrative possibilities within support processes. Beyond being a technical tool, they can be understood as a relational practice that continues to hold relevance in contemporary contexts and offers meaningful contributions to psychosocial intervention.

KEYWORDS:

Therapeutic Letters, Psychosocial Intervention, Narrative Therapy, Externalization, Therapeutic Writing.



INTRODUCCIÓN

Las cartas terapéuticas han adquirido relevancia progresiva en el campo de la intervención psicosocial al constituirse como un recurso que favorece la expresión escrita de emociones, pensamientos y experiencias complejas. Su valor radica no solo en el acto de escribir, sino en la posibilidad de construir sentido a través del lenguaje, otorgando forma narrativa a vivencias que, en ocasiones, resultan difíciles de verbalizar en el intercambio inmediato. En este sentido, las cartas terapéuticas se configuran como un dispositivo simbólico que permite organizar la experiencia, resignificar acontecimientos y generar nuevas comprensiones sobre sí mismo y sobre los vínculos que configuran la vida cotidiana.

El presente artículo surge del interés por analizar su aplicabilidad y los efectos que generan en procesos desarrollados en contextos educativos, carcelarios, de duelo, salud, psicoterapia, conflicto armado, violencia sexual y terapia familiar o de pareja. Estos escenarios, aunque diversos entre sí, comparten la necesidad de promover espacios de reflexión, elaboración emocional y reconstrucción narrativa. La pregunta que orienta esta revisión es: ¿cuál es la aplicabilidad y cuáles son los efectos de las cartas terapéuticas en los procesos mediados por ellas en dichos contextos? Esta interrogante no solo busca identificar usos prácticos, sino también comprender el alcance transformador que puede tener la escritura en contextos individuales, familiares y comunitarios.

Para abordar esta cuestión, se realizó una investigación documental que incluyó artículos, tesis y capítulos de libro publicados entre 1993 y 2024 en español, inglés, portugués y catalán. La revisión abarcó estudios provenientes de nueve países (España, México, Chile, Brasil, Uruguay, Canadá, Inglaterra, Estados Unidos y Colombia), lo que permitió examinar el desarrollo histórico y la diversidad cultural en la expresión y recepción de la correspondencia terapéutica. Esta amplitud geográfica y temporal permitió reconocer tanto continuidades teóricas como adaptaciones contextuales, evidenciando que la práctica de escribir cartas en escenarios terapéuticos no responde a una moda pasajera, sino a una herramienta que ha sido reinterpretada y resignificada en distintos marcos socioculturales.

No obstante, pese a la diversidad de estudios y experiencias documentadas, la literatura existente se encuentra mayoritariamente dispersa por las especificada de las áreas y los enfoques disciplinares particulares. Se identifican investigaciones centradas en ámbitos concretos como el duelo, la terapia familiar o el contexto penitenciario, pero son escasos los trabajos que integran de manera sistemática estos desarrollos, articulando sus fundamentos teóricos, modalidades de implementación y efectos reportados. En este sentido, el vacío no radica en la ausencia



de producción académica, sino en la falta de una sistematización integradora que permita comprender el alcance transversal de las cartas terapéuticas en distintos escenarios psicosociales.

Las cartas terapéuticas encuentran su fundamento teórico en la terapia narrativa, desarrollada por Michael White y David Epston. Estos autores sostienen que “las personas no son el problema; el problema es el problema” (White & Epston, 1990), planteamiento que da lugar al concepto de externalización. Desde esta perspectiva, la identidad del individuo no se reduce a la dificultad que enfrenta; por el contrario, el problema puede ser comprendido como una entidad externa con la cual el sujeto establece una relación. La externalización permite distanciarse de narrativas dominantes y abrir la posibilidad de construir historias alternativas, favoreciendo procesos de agencia y resignificación.

Epston y White (1993) profundizan en esta idea al señalar que la externalización posibilita separarse de relatos que han configurado la experiencia vital, recuperando aspectos previamente invisibilizados o ignorados (p. 55). En la misma línea, Guerrero Pulgarín et al. (2019) sostienen que las nuevas narrativas generadas mediante este proceso enriquecen la identidad y permiten resignificar experiencias, dando paso a una construcción de sí más amplia y menos restrictiva. La escritura, en este marco, se convierte en un medio tangible para materializar dicho distanciamiento, favoreciendo procesos de autoobservación, reflexión y transformación. La carta no es únicamente un texto, sino un acto performativo que fija en el tiempo una versión alternativa de la historia personal, permitiendo revisitarla y consolidarla.

En conjunto, la literatura evidencia que las cartas terapéuticas constituyen un recurso transversal en múltiples contextos de intervención. Sin embargo, aunque los estudios documentan beneficios específicos y aplicaciones particulares, no siempre profundizan en una comparación crítica entre escenarios ni en la identificación de patrones comunes que permitan comprender qué condiciones potencian o limitan su eficacia. Tampoco se ha sistematizado suficientemente cómo varían sus efectos según el encuadre relacional, el contexto institucional o el rol del profesional que las implementa.

Más allá de su diversidad de aplicaciones, resulta necesario analizar de manera sistemática sus fundamentos teóricos, modalidades de uso y efectos en los procesos psicosociales contemporáneos. Este artículo se propone aportar a dicha comprensión desde una revisión documental de enfoque cualitativo y hermenéutico, articulando los principales desarrollos conceptuales y empíricos en torno a esta práctica, con el fin de ofrecer una visión integradora que permita comprender su alcance, sus límites y sus posibilidades en escenarios actuales de intervención.



METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo el paradigma cualitativo, entendido como una alternativa al paradigma racionalista, que emergió ante los límites del enfoque cuantitativo para abordar fenómenos complejos propios de las ciencias sociales (Fernández, 2016). Este paradigma se interesa por la descripción e interpretación de los fenómenos en su contexto, privilegiando la comprensión de significados, experiencias y construcciones sociales.

Como señala Leda Badilla (2006), la investigación cualitativa “se interesa por la descripción como proceso para elaborar datos”, reconociendo que la realidad se construye y reconstruye constantemente (p. 44). Desde esta perspectiva, el conocimiento no se limita a la medición de variables, sino que se orienta a la comprensión de procesos históricos, culturales y subjetivos. En coherencia con ello, Fuster (2019) sostiene que la construcción teórica procede de los datos y se elabora sistemáticamente en relación con ellos a lo largo del proceso investigativo, lo que permitió analizar las cartas terapéuticas no como una técnica aislada, sino como un recurso situado en contextos sociales específicos, cargado de significados y prácticas discursivas que requieren interpretación profunda.

El estudio adoptó un enfoque hermenéutico, entendido como un proceso que articula actividades empíricas relacionadas con la recolección de experiencias y reflexivas orientadas al análisis de significados (Fuster, 2019, p. 210). Según Palmar (citado en Quintana & Hermida, 2020), la hermenéutica es el estudio de la comprensión e interpretación y, en sentido particular, la tarea de interpretar textos.

Desde esta perspectiva, el investigador no se posiciona como observador externo, sino que se involucra en un proceso dialéctico con el texto. Quintana y Hermida (2020) plantean que el investigador explora la historia del texto, dialoga con él, lo interroga y reflexiona sobre sus propios marcos interpretativos (p. 79). De igual forma, Fernández (2019) afirma que la hermenéutica atraviesa todas las fases de la investigación, desde la recolección de información hasta la discusión de resultados. En tanto, el enfoque hermenéutico permitió comprender las cartas terapéuticas en su desarrollo histórico, conceptual y contextual, analizando no solo su contenido, sino también los sentidos que adquieren en diferentes escenarios de intervención. La modalidad empleada fue la investigación documental, considerada una técnica propia de la investigación cualitativa orientada a la recopilación, selección y análisis de fuentes secundarias (Reyes & Carmona, 2020). Estos autores definen la investigación documental como el proceso de recolección de información proveniente de libros, artículos, tesis, memorias de eventos y otros documentos académicos.



La investigación se desarrolló en tres fases:

1. Búsqueda y selección de documentos.
2. Lectura analítica y sistematización.
3. Elaboración del nuevo documento interpretativo.

Durante la fase de búsqueda se establecieron criterios explícitos de inclusión y exclusión con el fin de garantizar coherencia temática y pertinencia académica.

Los criterios de inclusión se encontraron en : Publicaciones académicas que abordaran explícitamente el uso de cartas o escritura terapéuticas en contextos de intervención psicosocial, textos publicados entre 1993 y 2024, periodo que permite rastrear la consolidación contemporánea del enfoque narrativo que estuvieran en diversos idiomas , además de investigaciones que describieran aplicaciones prácticas, fundamentos teóricos o análisis de efectos asociados al uso de correspondencia terapéutica.

En cuanto a la exclusión se podría nombrar: Textos de carácter exclusivamente literario o creativo sin articulación explícita con procesos de intervención profesional, publicaciones sin respaldo académico verificable, documentos repetidos en diferentes bases de datos, Referencias tangenciales que mencionaran la escritura sin desarrollarla como práctica terapéutica estructurada.

La búsqueda se realizó en repositorios institucionales, bibliotecas virtuales y bases de datos académicas digitales, utilizando combinaciones de palabras clave como cartas terapéuticas, escritura terapéutica, terapia narrativa, externalización, intervención psicosocial y sus equivalentes en otros idiomas, teniendo en cuenta para los rastreadores la utilización de cada una de las áreas en las cuales se enfocaba la investigación.

Como resultado del proceso, se identificaron aproximadamente 75 documentos relevantes, de los cuales se seleccionaron aquellos que cumplían plenamente con los criterios establecidos y ofrecían información sustantiva para el análisis comparativo entre contextos. Esta delimitación permitió conformar un techo suficientemente amplio para identificar patrones, recurrencias conceptuales y variaciones contextuales, sin perder profundidad interpretativa.

Revilla (2020) señala que a través del análisis del texto escrito es posible acceder a experiencias, conocimientos y prácticas diversas (p. 7), lo que permite construir categorías analíticas pertinentes. En esta misma línea, Reyes y Carmona (2020) destacan que la revisión documental posibilita una reflexión rigurosa sobre los



enfoques y aportes existentes.

Como parte del proceso, se elaboraron fichas de lectura que contenían información sistemática sobre cada documento: localización, referencia bibliográfica, palabras clave, enfoque teórico, contexto geográfico, metodología empleada, hallazgos principales, citas relevantes y comentarios analíticos, lo cual luego facilitó la clasificación, jerarquización y análisis de la información. Hernández (2004) resalta la importancia de organizar la información de manera lógica y rigurosa para garantizar coherencia en el proceso investigativo. Asimismo, Palacios, Martínez y Oliva (2022) sostienen que la revisión documental constituye un factor esencial para desarrollar estudios con rigurosidad científica y producir hallazgos pertinentes (p. 80).

La sistematización permitió identificar patrones y recurrencias conceptuales en torno a la aplicabilidad y efectos de las cartas terapéuticas. Este proceso implicó una lectura exhaustiva y reiterada de los documentos seleccionados, con el propósito de reconocer categorías emergentes, convergencias teóricas y posibles tensiones interpretativas entre autores. El procesamiento de la información se realizó de manera manual, siguiendo las fases de obtención, captura, transcripción, ordenamiento, codificación e integración de datos, lo que facilitó una aproximación progresiva y reflexiva al corpus analizado. La codificación se desarrolló mediante la identificación de unidades de sentido, que posteriormente fueron agrupadas en categorías más amplias, permitiendo establecer relaciones entre conceptos, enfoques y resultados reportados en la literatura. Fernández (2007) argumenta que el método tradicional de codificación, sin el uso de software, permite visibilizar con mayor claridad el proceso reflexivo implicado en la interpretación, al favorecer una relación más directa y consciente entre el investigador y el material analizado. En este sentido, la decisión metodológica de prescindir de herramientas automatizadas respondió al interés de preservar la trazabilidad interpretativa y la coherencia analítica del estudio.

El análisis se apoyó en el análisis del discurso, examinando no solo las dimensiones semánticas de los textos —relacionadas con los significados explícitos y las categorías conceptuales empleadas—, sino también sus dimensiones pragmáticas, es decir, las intenciones comunicativas, los supuestos teóricos y los contextos de producción en los que se inscriben. Sayago (2014) plantea que el análisis del discurso trasciende el contenido explícito del texto, buscando comprender las relaciones entre texto y contexto, así como las posiciones ideológicas y marcos interpretativos que subyacen a las prácticas discursivas. Desde esta perspectiva, el estudio no se limitó a describir qué se afirma sobre las cartas terapéuticas, sino que examinó cómo son conceptualizadas, justificadas y aplicadas en distintos escenarios clínicos y formativos, atendiendo a las condiciones socioculturales



y epistemológicas que configuran dichas prácticas. Esta aproximación permitió profundizar en la construcción discursiva de la herramienta terapéutica y en los sentidos que se le atribuyen dentro de los marcos profesionales revisados.

Adicionalmente, el análisis discursivo se orientó desde una perspectiva interpretativa que reconoce el lenguaje no solo como medio de representación, sino como práctica social que produce y organiza significados. En este sentido, se retomaron aportes de Fairclough (1992) y van Dijk (2003), quienes plantean que el discurso configura realidades, legitima saberes y estructura relaciones de poder dentro de determinados campos profesionales. Esta aproximación permitió examinar cómo las cartas terapéuticas no solo son descritas como herramientas clínicas, sino también construidas discursivamente como dispositivos de validación emocional, resignificación narrativa y acompañamiento simbólico. Así, el análisis consideró tanto los recursos lingüísticos utilizados para definir la práctica como las estrategias argumentativas que la posicionan dentro de marcos teóricos específicos. Esta mirada amplió la comprensión del fenómeno al situar las cartas terapéuticas en un entramado discursivo más amplio, donde convergen dimensiones terapéuticas, éticas y formativas.

El proceso investigativo se desarrolló bajo principios éticos orientados a la responsabilidad académica, el uso adecuado de fuentes y el respeto por la producción intelectual. Espinoza (2020) señala que la investigación científica exige una conducta ética que garantice integridad y honestidad (p. 104). En coherencia con ello, se aplicaron principios de beneficencia, responsabilidad, fidelidad, justicia y respeto, tal como lo plantea Gonzáles (2002). Si bien se trabajó con fuentes secundarias, se reconoció la complejidad y sensibilidad de los contextos abordados (violencia sexual, conflicto armado, duelo, contexto carcelario), procurando una interpretación respetuosa y rigurosa de los documentos analizados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación se orientó a identificar la diversidad de aplicaciones y la relevancia de las cartas terapéuticas en contextos específicos tales como el educativo, carcelario, de duelo, de salud, psicoterapia, conflicto armado, violencia sexual y terapia familiar o de pareja, entre otros. A partir del análisis documental realizado, se buscó establecer una base investigativa sólida que respalde el uso de esta herramienta narrativa y promueva su integración fundamentada en las prácticas terapéuticas contemporáneas.

De manera transversal, los hallazgos evidencian que las cartas terapéuticas constituyen un recurso privilegiado para la externalización emocional. En este



sentido, Guerrero et al. (2019) señalan que la escritura terapéutica:

Da paso a una nueva identidad enriquecida con información y elementos desconocidos u ocultos hasta el momento. Se devela ese nuevo “yo” surgido desde el lenguaje y la narración, desentrañando, aclarando y dejando atrás hechos negativos, acciones subyugadas y relatos restrictivos, que permiten tomar la iniciativa en esa co-construcción de nuevas formas de ver, sentir, pensar y vivir sus experiencias (p. 72).

Este planteamiento permite comprender que la escritura no se limita a la expresión catártica, sino que posibilita una reconfiguración identitaria mediada por el lenguaje. Al plasmar en palabras los problemas o dificultades, estos se visualizan como elementos externos al sujeto, facilitando nuevas perspectivas y procesos de resignificación. Desde esta base común, los resultados se organizan por contextos de aplicación.

Cartas que educan: escritura terapéutica y transformación pedagógica

En el ámbito educativo, las cartas terapéuticas emergen como dispositivos que integran dimensión emocional y proceso formativo. Su contenido suele incorporar imágenes, palabras y metáforas que representan experiencias subjetivas de niños, niñas y adolescentes, convirtiéndose en insumos relevantes tanto a nivel individual como grupal.

Ruiz Ortega y Gallo Cadavid (2021) destacan que:

La palabra, el sonido, el ritmo, el relato que contiene una carta cobra sentido para la educación no sólo por sus contenidos, sino también por lo que son capaces de revelar del alma como dádiva, oportunidad, reivindicación; por lo que permiten crear y recrear; por el soplo de vida que anuncia la urgencia de una transformación; por el despojamiento de máscaras; por el entrecruzamiento de movimientos, rutas, imaginarios y misterios donde están contenidas las palabras. Las cartas son pulsaciones de los latidos del corazón (p. 206).

Asimismo, los mismos autores afirman:

Las cartas son confesiones y, en una confesión, se revelan experiencias de vida. La acción confesional es posible cuando nos transparentamos, nos damos a la mirada de los demás. Una carta como ejercicio confesional contiene declaraciones, recordaciones, reflexiones, revelaciones, donaciones, hay en ella un mirarse detenido. En una carta se pueden ver caminos de vida y experiencias narradas; una



carta contiene un devenir, una proyección a la transformación (Ruiz Ortega & Gallo Cadavid, 2021, p. 195).

Desde el análisis, se evidencia que estas prácticas favorecen la identificación emocional, el desarrollo de habilidades sociales y la autorreflexión. Además, “convocan a nuevas formas de entender la infancia, el proceso de desarrollo y aprendizaje; y también la práctica del pedagogo y el psicólogo en el espacio educativo infantil” (Madeiros, Guilherme & Silva, 2013, p. 49), promoviendo entornos educativos más inclusivos y reflexivos.

Construcción narrativa e identidad en el contexto carcelario

En el ámbito penitenciario, las cartas terapéuticas adquieren un valor testimonial y biográfico. Ruiz (2017) señala:

Con diferentes estilos y profundidad, estas cartas son “escrituras” de dolor y de emergencia que se expresan mediante los sentidos y llegan a su clímax en el marco de enfermedades, heridas y accidentes, episodios que marcarán genéricamente sus vidas. Pero también utilizan sus memorias cotidianas para transmitir peripecias o anécdotas carcelarias que las remiten a la vida anterior y posterior a la detención (p. 15).

Asimismo, el autor afirma:

En la escritura de cartas se realiza la acción de observación a distancia y su autor o autora se implica en un proceso de objetivación, distanciamiento y construcción de su propia persona o de la imagen ofrecida al otro, lo que implica cierto grado de conocimiento, pero también de ficción (Ruiz, 2017, p. 6).

El análisis permite sostener que la escritura favorece procesos de distanciamiento crítico, autorreflexión y reconstrucción identitaria. No obstante, también se identifican limitaciones estructurales relacionadas con la censura y el control institucional (Ruiz, 2017), lo que evidencia que su implementación está mediada por dinámicas de poder. Aun así, su potencial resocializador resulta significativo al facilitar la resignificación de la historia de vida.

Cartas terapéuticas en salud y duelo: acompañamiento y humanización del cuidado
En el campo de la salud, la escritura terapéutica ha demostrado ser útil en contextos de enfermedad crónica y crisis sanitarias. Durante la pandemia por COVID-19, la autoescritura permitió a las personas experimentar alivio, esperanza y bienestar (Meneghel, 2023).



En el ámbito de la tanatología, Szylit, Silva y Chiaradia (2010) destacan que las cartas de duelo responden a la necesidad histórica de acompañar los procesos de muerte desde una perspectiva integral. Históricamente, el pésame pasó de la expresión verbal a la epístola escrita con la institucionalización hospitalaria (Barbero et al., 2014).

Barbero, García, Rodríguez et al. sostienen:

La epístola de condolencia tiene dos objetivos principales, rendir tributo al fallecido y ser una fuente de bienestar para los familiares. Nuestros resultados parecen estar en esa línea, debido a que el 100% de las familias refieren bienestar al recibir la carta (p. 102).

Asimismo, Santisteban-Etxeburu (s.f.) subraya la importancia de personalizar las cartas de duelo como práctica ética y empática.

Desde el análisis, se concluye que la carta se convierte en un acto simbólico de cuidado que valida el sufrimiento y fortalece el vínculo terapéutico incluso después del fallecimiento.

Escritura y configuración del yo en psicoterapia

En el ámbito psicoterapéutico, la correspondencia facilita procesos de autoexploración profunda. Escartín (2014) afirma:

Terapia analítica y literaria, que se encuentran en este punto porque, en ambos casos, ponerse en palabras es ir definiéndose, configurándose, gracias al lenguaje como vehículo de revelación en la búsqueda de identidad (pp. 583–585).

En esta línea, la escritura permite organizar pensamientos, procesar experiencias traumáticas y promover la autocompasión. La carta no solo actúa como medio de catarsis, sino como instrumento de reorganización cognitiva y emocional.

Violencia sexual y conflicto armado: resiliencia y reparación simbólica

En contextos de violencia sexual y conflicto armado, las cartas terapéuticas funcionan como dispositivos restaurativos. Martínez y Ortega (2019) demostraron que: Facilitaban la remembranza del hecho y sus efectos sin que este fuera el objetivo de esta... (p. 73).

Asimismo, señalan:

El fin más importante de este ejercicio es transmitir conocimientos y estrategias



empleadas por las mujeres a través de las cartas utilizando su experiencia vital como recurso primario... (pp. 62–63), Lima y Flores (2018) destacan que escribir para sí implica un proceso de autoanálisis profundo (p. 437). Por su parte, Capecci y Moral (2021) evidencian el valor restaurativo de las cartas de perdón, No obstante, Martínez y Ortega (2019) advierten:

La epístola es pertinente en la medida en que esta se entienda como una acción dentro de un proceso integral de acompañamiento psicosocial... (p. 67). Este hallazgo es central: la carta no opera de manera aislada, sino integrada a un proceso terapéutico estructurado.

Cartas terapéuticas en terapia familiar: ritual y transformación sistémica

En el contexto de pareja, los hallazgos coinciden con lo planteado por Montesano y Ness (2019), quienes sostienen que la carta relacional forma parte de un proceso terapéutico estructurado orientado a la reconstrucción de la ética relacional. Desde esta perspectiva, la carta no constituye un recurso aislado, sino un dispositivo integrado a una secuencia de intervenciones que buscan promover responsabilidad, reconocimiento mutuo y transformación de los patrones vinculares. El intercambio epistolar, mediado por el terapeuta, favorece una comunicación reflexiva que posibilita la resignificación de experiencias conflictivas y la apertura de nuevas narrativas compartidas.

En el ámbito de la terapia familiar, las cartas amplían la intervención más allá del espacio presencial, extendiendo el proceso terapéutico en el tiempo y en la vida cotidiana de los consultantes. Montesano, Muñoz, Compañ y Feixas (s.f.) describen diversos tipos de cartas de invitación, despedida, predicción, recomendación, breves y de alianza provocativa, cada una con funciones específicas dentro del proceso terapéutico. Estas modalidades permiten ajustar la intervención a los objetivos clínicos y a las características del sistema familiar, ya sea para consolidar avances, confrontar dinámicas problemáticas o fortalecer alianzas terapéuticas.

En este marco, la carta puede comprenderse también como un ritual narrativo. Durazno (2005) sostiene que “La función de los rituales es promover el cambio... Es la fuerza de las construcciones universales como una base para edificar una realidad diferente para la familia” (p. 30). Desde esta perspectiva, la carta actúa como un acto simbólico que reorganiza significados, roles y dinámicas familiares, facilitando transformaciones sostenibles en el sistema. Al ser escrita, leída y, en ocasiones, compartida, adquiere una dimensión performativa que contribuye a consolidar nuevas comprensiones y acuerdos relacionales.



En conjunto, los resultados permiten afirmar que las cartas terapéuticas constituyen un dispositivo narrativo versátil que opera como mediador simbólico en diversos contextos clínicos. Sus efectos no se derivan exclusivamente del acto de escribir, sino del encuadre relacional, y profesional que orienta su implementación. En otras palabras, su potencia transformadora depende del proceso terapéutico que la sostiene y de la intencionalidad clínica con la que es utilizada.

De manera transversal, se identifican tres funciones centrales de la carta terapéutica: que son : la externalización y resignificación identitaria, al permitir que los consultantes narren su experiencia desde nuevas posiciones subjetivas, la validación emocional y construcción de sentido, favoreciendo el reconocimiento de vivencias, afectos y significados compartidos y la expansión del proceso terapéutico más allá del encuentro presencial, extendiendo la reflexión y el trabajo terapéutico a otros escenarios y momentos de la vida cotidiana.

No obstante, su eficacia depende de su integración en procesos psicosociales estructurados, tal como indican Martínez y Ortega (2019). La carta no reemplaza la intervención terapéutica, sino que la complementa y potencia, actuando como un recurso que fortalece la continuidad, coherencia y profundidad del proceso clínico.

CONCLUSIONES

El análisis desarrollado a lo largo de esta investigación permitió confirmar que las cartas terapéuticas constituyen un dispositivo narrativo con alta capacidad de adaptación a múltiples contextos de intervención psicosocial. Su valor no radica únicamente en el acto de escritura, sino en su integración dentro de procesos estructurados de acompañamiento profesional que favorecen la externalización, la resignificación y la reorganización de experiencias vitales.

En el ámbito familiar, la correspondencia terapéutica se consolida como un recurso que facilita la comunicación estructurada en torno a temas de alta carga emocional. Al invitar a cada integrante a expresar sus pensamientos y sentimientos de manera reflexiva, se promueve un intercambio menos defensivo y más comprensivo, fortaleciendo la cohesión y generando espacios seguros para la resolución constructiva de conflictos. La escritura permite desacelerar la reacción emocional inmediata, favoreciendo procesos de clarificación interna y comprensión mutua.

En el contexto de pareja, los hallazgos señalan que la carta relacional se integra dentro de un proceso terapéutico estructurado cuyo propósito es reconstruir la ética relacional. En este marco, el intercambio epistolar, mediado por el terapeuta, facilita la expresión reflexiva de emociones y significados, promueve la toma de responsabilidad



en la dinámica vincular y abre un espacio seguro para la resignificación de la experiencia compartida. De este modo, la escritura se convierte en una herramienta que favorece el diálogo, la comprensión mutua y la transformación de los patrones relacionales, que permiten: reconstruir los valores que sostenían la relación antes de la aparición del conflicto, incorporar la influencia del contexto cultural y social en la dinámica de pareja, elaborar una guía compartida de prácticas futuras para afrontar problemas presentes y venideros.

En este sentido, la carta no es un simple ejercicio expresivo, sino un documento terapéutico co-construido que activa procesos de reconexión y reorganización relacional. La escritura reduce la impulsividad asociada a la confrontación directa, posibilita una expresión más clara de necesidades y expectativas, y genera un registro que permite evaluar avances y transformaciones a lo largo del tiempo.

En el ámbito educativo, la correspondencia terapéutica demuestra su potencial para integrar dimensiones emocionales en los procesos formativos. Su incorporación en el aula favorece la identificación y regulación emocional, fortalece habilidades sociales y contribuye a la construcción de entornos educativos más inclusivos. De esta manera, la escritura se convierte en mediadora entre el aprendizaje académico y el desarrollo socioemocional.

En el contexto carcelario, las cartas terapéuticas favorecen la autorreflexión y la reconstrucción narrativa de la identidad, aportando elementos significativos en procesos de resocialización. Al permitir que las personas privadas de la libertad elaboren su historia desde una perspectiva crítica y distanciada, se promueve el autoconocimiento y la resignificación de trayectorias vitales, contribuyendo potencialmente a procesos de reintegración social.

En salud y duelo, la epístola terapéutica se configura como acto simbólico de acompañamiento que valida el sufrimiento y humaniza la atención. La posibilidad de expresar emociones vinculadas a la enfermedad o la pérdida facilita la elaboración emocional y fortalece el vínculo terapéutico, tanto en el acompañamiento clínico como en el proceso de duelo.

En psicoterapia individual, la carta amplía las herramientas tradicionales de intervención al introducir una dimensión reflexiva que permite al consultante explorar patrones de pensamiento, creencias subyacentes y experiencias traumáticas desde un lugar más estructurado y consciente. Su potencial radica en promover autoconocimiento y reorganización narrativa.

En contextos de violencia sexual y conflicto armado, las cartas terapéuticas se



consolidan como instrumentos restaurativos que facilitan procesos de resiliencia, empoderamiento y reconstrucción de sentido. No obstante, como se evidenció en los resultados, su eficacia depende de su integración en procesos psicosociales estructurados y éticamente orientados.

De manera transversal, esta investigación permite concluir que las cartas terapéuticas: favorecen la externalización y resignificación de experiencias, amplían la intervención más allá del espacio presencial, generan registros narrativos que permiten evaluar procesos de cambio, funcionan como mediadores simbólicos en dinámicas relacionales complejas, requieren acompañamiento profesional para maximizar su impacto.

En términos de proyección investigativa, resulta pertinente promover estudios empíricos que evalúen su eficacia en contextos específicos, así como investigaciones interdisciplinarias que articulen perspectivas de la neurociencia, la psicología clínica, el trabajo social y la educación. Explorar los correlatos neurocognitivos de la escritura terapéutica podría aportar evidencia sobre los procesos de regulación emocional y reestructuración cognitiva implicados en esta práctica.

Asimismo, se propone comparar la escritura a mano con la escritura realizada en medios digitales, considerando cómo las nuevas formas de comunicación pueden influir en la profundidad reflexiva y en los beneficios terapéuticos asociados. La integración de herramientas digitales podría convertirse en una línea de investigación relevante para evaluar si estos formatos mantienen, potencian o transforman los beneficios terapéuticos de la escritura.

Finalmente, en un contexto social marcado por la inmediatez y la sobreestimulación, las cartas terapéuticas representan un espacio deliberado de pausa, introspección y construcción de sentido. Su permanencia histórica y su capacidad de adaptación evidencian que lo narrativo continúa siendo un eje fundamental en la promoción del bienestar y la transformación psicosocial. Lejos de ser un recurso accesorio, la correspondencia terapéutica se configura como un instrumento significativo dentro del quehacer profesional de los encargados de velar por la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araya Carrasco, F. (2018). Las cartas terapéuticas: Un medio narrativo para el abordaje psicoterapéutico de pacientes enfermos de cáncer laríngeo [Tesis de pregrado, Universidad Santo Tomás].

Barbero, J., García, H., Rodríguez, R., et al. (2014). Evaluación del impacto de cartas



- de condolencia en familiares en duelo. *Medicina Paliativa*, 21(3), 98–104. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-evaluacion-del-impacto-cartas-condolencia-S1134248X12001218>
- Bennett, S., & Cologon, K. (2021). Narrative therapy and poststructuralism: A review of the literature. *Journal of Family Therapy*, 43(1), 5–25.
- Bjoroy, A., Madigan, S., & Nylund, D. (2015). The practice of therapeutic letter writing in narrative therapy: Encountering the landscape. *Journal of Systemic Therapies*, 34(3), 232–248.
- Campos, C. (2017). El análisis del discurso. Universitat Oberta de Catalunya. https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/140407/8/Análisis%20de%20datos%20en%20la%20Administración%20Pública%20II_Módulo8_El%20análisis%20del%20discurso.pdf
- Capecci, V., & del Moral, G. (2021). Cartas de perdón en el ámbito de la justicia restaurativa: Percepción de expertos y expertas sobre la forma de hacer llegar las cartas, diferentes tipos de víctimas y beneficios. *Revista de Victimología*, 12(02).
- Corrêa, L., & Rasera, E. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24, 193–207. <https://www.scielo.br/j/pc/a/d66df8rmxy9pYCrFvhVP9ww/?lang=pt>
- Cotán Fernández, A. (2016). El sentido de la investigación cualitativa. *Escuela Abierta*, 19, 33–48.
- Cypriano, et al. (2021). Cartas terapêuticas: Tecnologia estratégica de comunicação e seus desdobramentos terapêuticos. *Research, Society and Development*, 10(8), e60010817687.
- Desatnik, M. (2021). Responsabilidad relacional en la terapia sistémico-dialógica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(3), 1291–1308.
- Durazno, M. T. (2005). Intervenciones con familias en terapia familiar sistémica. Universidad del Azuay.
- Espinoza, E. (2020). La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico. *Conrado*, 16(75), 103–110. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000400103



- Escartín, M. (2014). Carmen Martín Gaité: La escritura terapéutica. *Revista de Literatura*, 76(152), 583–585.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Polity Press.
- Ferrel, F., & Roque, B. (2021). Prácticas de externalización en terapia de pareja. *Redes Digital*, 49, 49–64. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/13>
- Fernández, L. (2007). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Boletín La Recerca*. Universidad de Barcelona.
- Fox, H. (2003). Using therapeutic documents: A review. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4, 26–36.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229.
- García, J. (2014). Culpa, reparación y perdón: Implicaciones clínicas y terapéuticas (III). *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 135–164.
- González, M. (2001). Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85–103.
- González-Rodríguez, S., Cantabrana, B., & Hidalgo, A. (2016). El poder terapéutico de la narración. *Revista de Medicina y Cine*, 12(2), 110–121.
- Guerrero Pulgarín, D. K., Montoya Álvarez, S. J., Álvarez Cuartas, V., & Moreno Copete, Z. E. (2019). Externalización del problema y relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, (3), 63–79. <https://doi.org/10.21501/25907565.3259>
- Hernández, J. A. (2004). *La recopilación documental: Para qué y cómo documentarse en ciencias de la información documental*.
- Iván, C., Ledo, H., & del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: Un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*.
- Laborde, G. (2022). *Enfoques acerca del uso de la escritura en el tratamiento terapéutico [Tesis]*. Universidad de la República.



- Leda Badilla, C. (2006). Fundamentos del paradigma cualitativo en la investigación educativa. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 4(1), 42–51.
- Lima, A. A., & Flores, M. J. (2018). La carta: Un ejercicio clínico para la elaboración literaria de la subjetividad y el reencuentro con el trauma de abuso sexual infantil. En *II Congreso Internacional de Victimología*.
- Madeiros, P., Guilherme, L., & Silva, L. (2013). Cartas reflexivas: Um recurso de intervenção em psicologia educacional. *Psicologia da Educação*, 37(2), 43–50.
- Marcheti, M., & Mandetta, M. (2016). Cartas terapêuticas à família da criança/adolescente com deficiência: Intervenção com família. *Enfermería: Cuidado Humanizado*, 5(1), 12–17.
- McNamee, S. (2001). Recursos relacionales: La reconstrucción de la terapia y otras prácticas profesionales en el mundo posmoderno. *Sistemas Familiares*, 17(2), 113–129.
- Meneghel, S. N. (2023). Cartas na epidemia: Escritas de resistência. *Athenea Digital*, 23(1), e3223. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3223>
- Montesano, A., Muñoz, D., Compañ, V., & Feixas, G. (s.f.). Las cartas terapéuticas en el modelo sistémico. Universidad de Barcelona.
- Montesano, A., & Ness, O. (2019). La carta relacional en terapia de pareja: Un recurso narrativo para la reconstrucción de la ética y el bienestar interpersonal. *Revista de Psicoterapia*, 30, 107–128.
- Ortega, A., & Martínez, N. (2019). Narrar desde la experiencia: Las cartas como herramienta de acompañamiento psicosocial.
- Palacios Alamón, G., Martínez Corona, J., & Oliva Garza, D. (2022). Guía para la revisión y el análisis documental: Propuesta desde el enfoque investigativo. *Ra Ximhai*, 19(1), 67–83.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy: An introduction for counsellors*. Sage.
- Prasko, J., Diveky, T., Mozny, P., & Sigmundova, Z. (2009). Therapeutic letters: Changing emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Acta Nervosa Superior Rediviva*, 51(3–4), 163–167.



- Quintal Corzo, J. A., Álvarez Cuevas, S. M., & Ayora Talavera, D. A. (2020). Leer y escribir en terapia narrativa: Construyendo una nueva historia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 227–245. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.293>
- Quintana, L., & Hermida, J. (2020). La hermenéutica como método de interpretación de textos en la investigación psicoanalítica. *Perspectivas en Psicología*, 16(2), 73–80.
- Revilla, D. (2020). El método de investigación documental. En A. Sánchez & D. Revilla (Eds.), *Los métodos de investigación para la elaboración de tesis de maestría en educación* (pp. 7–22). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Reyes-Iraola, A. (2014). El uso de la escritura terapéutica en un contexto institucional. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(5), 502–509.
- Rezende, P., Oliveira, L., & Gomes, L. (2013). Cartas reflexivas: Un recurso de intervención en psicología educativa. *Psicología de la Educación*, 37, 43–50.
- Ruíz, M. (2017). Las cartas que llegaron: Resistencias letradas en el universo carcelario femenino del Uruguay dictatorial.
- Ruiz Ortega, L. A., & Gallo Cadavid, L. E. (2021). Las cartas, un ejercicio de pedagogía psicagógica. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 17(2), 184–210. <https://doi.org/10.17151/rlee.2021.17.2.10>
- Santisteban-Etxeburu, I. (s.f.). Comunicarse con los dolientes: Una “carta de duelo”.
- Szylit, R., Silva, L., & Chiaradia, A. (2010). El arte de las cartas terapéuticas en el cuidado de las familias en duelo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(2).
- Universidad de la Costa. (2022). Cartas que liberan. <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/9146/Cartas%20que%20Liberan>
- Van Dijk, T. A. (2003). *Ideología y discurso: Una introducción multidisciplinaria*. Ariel.
- Vidgen, A., & Williams, R. (2001). Letter-writing practices in a child and family service. *Journal of Family Therapy*, 23, 317–326.
- Viñuales Márquez, R. (2021). Efecto de la carta relacional al bienestar individual y conyugal: Estudio de un caso único de una pareja con hijo con parálisis cerebral [Tesis, Universitat Oberta de Catalunya].



White, M., & Epston, D. (1990). Narrative therapy: The social construction of preferred realities. Norton.

White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós.





CAMBIOS COGNITIVOS Y COMUNICATIVOS TRAS UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA PAREJA CON ALTA CONFLICTIVIDAD RELACIONAL: UN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

COGNITIVE AND COMMUNICATIVE CHANGES AFTER A COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN A COUPLE WITH HIGH RELATIONAL CONFLICT: A CLINICAL CASE STUDY

GABRIEL BALAGUERA ROJAS¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1121-8972>

 gabrielbalaguera@usantotomas.edu.co

LUIS ALEJANDRO CABALLERO¹

 <https://orcid.org/0009-0000-8703-8762>

 caballeromorenoluisalejandro@gmail.com

¹Pontificia Universidad Bolivariana

RESUMEN

El presente estudio de caso clínico tuvo como objetivo analizar los cambios cognitivos y comunicativos asociados a una intervención cognitivo-conductual en una pareja con alta conflictividad relacional. Se empleó un diseño de caso único con medidas pretest y posttest mediante el Test de Pensamientos Automáticos (TPA), complementado con análisis descriptivo intra-sujeto y la estimación del Índice de Cambio Fiable (RCI). Los resultados evidenciaron reducciones en la frecuencia de pensamientos automáticos disfuncionales y mejoras en la comunicación asertiva, con patrones de cambio diferenciados entre los participantes. No obstante, los valores del RCI no alcanzaron en todos los casos el umbral de cambio estadísticamente fiable, lo que sugiere la presencia de cambios clínicamente relevantes que deben interpretarse con cautela. Se concluye que la intervención cognitivo-conductual se asocia con modificaciones en los patrones cognitivos y relacionales, aportando evidencia clínica contextualizada sobre su aplicación en parejas con alta conflictividad.

PALABRAS CLAVE: Terapia cognitivo conductual, Relaciones de pareja, Comunicación

Cómo citar:

Fecha Recibido: 14/02/2026 **Fecha Aceptado:** 20/04/2026 **Fecha Publicado:** 29/05/2026

Balaguera Rojas, G. & Caballero, L. A. (2026). Cambios cognitivos y comunicativos tras una intervención Cognitivo-Conductual en una pareja con alta conflictividad relacional: un estudio de caso clínico. Salud & Bien-Estar de la Amazonia. Vol. 2(1). ppt. 69-81



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).



interpersonal, Pensamientos automáticos, Conflicto interpersonal.

ABSTRACT

This clinical case study aimed to analyze the cognitive and communicative changes associated with a cognitive-behavioral intervention in a couple experiencing high relational conflict. A single-case design with pretest and posttest measures was used, employing the Automatic Thoughts Test (ATT), complemented by within-subject descriptive analysis and estimation of the Reliable Change Index (RCI). The results showed reductions in the frequency of dysfunctional automatic thoughts and improvements in assertive communication, with differentiated patterns of change among participants. However, the RCI values did not reach the statistically reliable change threshold in all cases, suggesting the presence of clinically relevant changes that should be interpreted with caution. It is concluded that the cognitive-behavioral intervention is associated with modifications in cognitive and relational patterns, providing contextualized clinical evidence for its application in couples experiencing high conflict.

KEYWORDS: Cognitive behavioral therapy, Couple relationships, Interpersonal communication, Automatic thoughts, Interpersonal conflict.



INTRODUCCIÓN

Las relaciones de pareja constituyen un componente central del bienestar emocional (Kegan, 1982), en la medida en que influyen directamente en la salud mental y en la percepción de apoyo social (Johnson, 2019; Pérez, 2024); no obstante, cuando predominan patrones comunicativos disfuncionales y distorsiones cognitivas (Loinaz, 2014), el vínculo puede deteriorarse progresivamente, afectando tanto el bienestar psicológico individual como la dinámica relacional conjunta (Beck, 2011; Epstein & Baucom, 2002). En este contexto, el DSM-5 reconoce la categoría diagnóstica V61.10 (Z63.0) Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja, la cual describe dificultades significativas en la interacción, la resolución de conflictos y la expresión emocional (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Desde una perspectiva clínica, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido ampliamente utilizada para abordar este tipo de problemáticas, al centrarse en la identificación y modificación de pensamientos automáticos disfuncionales (Cardoso & Cardoso, 2024; Carlen et al., 2009), así como en el fortalecimiento de habilidades comunicativas que favorecen la regulación emocional y la resolución efectiva de problemas (Beck, 2007; Labrador & Crespo, 2012). Diversos estudios han documentado la utilidad de este enfoque en la intervención en parejas, destacando su impacto en la reducción de cogniciones desadaptativas y en la mejora de la interacción relacional (Lema & Palacios, 2025; Del Rio et al., 2021; Maita & Ramírez, 2026).

Sin embargo, a pesar de la evidencia existente, persiste una brecha en la literatura relacionada con la comprensión detallada de los procesos de cambio cognitivo y comunicativo en contextos clínicos específicos, particularmente en estudios de caso que permitan analizar de manera profunda las trayectorias individuales de cambio (Duran, 2025). En este sentido, resulta relevante explorar cómo se manifiestan y evolucionan las distorsiones cognitivas y los patrones comunicativos en parejas con alta conflictividad relacional (Quiroga, 2023), así como el modo en que estos responden a intervenciones estructuradas desde la TCC (Chalco & Cadena Jaramillo, 2024; Ruiz, 2012).

En atención a lo anterior, el presente estudio de caso clínico tiene como objetivo analizar los cambios cognitivos y comunicativos asociados a una intervención cognitivo-conductual en una pareja con alta conflictividad relacional, a partir de la evaluación pretest-postest mediante el Test de Pensamientos Automáticos (TPA) y el análisis clínico intra-sujeto. Dada la naturaleza del diseño, no se plantea una hipótesis inferencial, sino que se orienta a la identificación de cambios clínicamente relevantes en los patrones cognitivos y relacionales de los participantes (Mahoney,



1991).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso con diseño cuasi-experimental pretest-posttest (Gómez 2012), en el que participó una pareja heterosexual adulta que acudió a consulta psicológica por conflictos persistentes, comunicación disfuncional y malestar emocional. Este tipo de diseño permitió evaluar los cambios producidos a través de una intervención sin la necesidad de un grupo control, siendo ampliamente utilizado en contextos clínicos aplicados (Guerrero et al., 2011; Hernández et al., 2014).

Se administró el Test de Pensamientos Automáticos (TPA) como instrumento de evaluación inicial y final (Moyano et al., 2011), con el propósito de medir los cambios en la frecuencia de pensamientos automáticos disfuncionales antes y después de ocho sesiones de intervención cognitivo-conductual (TCC). El proceso terapéutico se estructuró en cuatro fases: (1) psicoeducación, orientada a la comprensión del modelo cognitivo; (2) reconocimiento de patrones disfuncionales, centrada en la identificación de esquemas y distorsiones; (3) entrenamiento en comunicación y solución de problemas, dirigida al fortalecimiento de habilidades relacionales; y (4) consolidación y prevención de recaídas, enfocada en el mantenimiento de los logros terapéuticos (Haynes et al., 2011).

Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva y la análisis descriptivo de cambios clínicos para muestras relacionadas, procedimiento que permite comparar medias pretest y posttest dentro del mismo grupo o individuo, identificando cambios estadísticamente significativos en las variables evaluadas (Field, 2018).

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos por la American Psychological Association (APA). Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad, anonimato y uso exclusivo de la información con fines académicos. Así mismo, se aseguró el respeto por los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía durante todo el proceso terapéutico; dado que se trata de un estudio de caso clínico, se resguardó la identidad de los participantes mediante el uso de iniciales y la omisión de información identificable.



RESULTADOS

Los resultados del Test de Pensamientos Automáticos (TPA) evidenciaron cambios en los indicadores cognitivos y comunicativos de ambos participantes. En el paciente masculino se observó una reducción aproximada del 25% en la frecuencia de pensamientos automáticos negativos, mientras que en la paciente femenina la disminución fue cercana al 30%, aunque acompañada de un incremento en cogniciones de tipo externalizante. Estos hallazgos sugieren la presencia de modificaciones clínicamente relevantes en los patrones cognitivos, particularmente en la reducción de pensamientos disfuncionales y en la reorganización del procesamiento cognitivo.

La tabla 1 muestra la comparación de los estadísticos descriptivos del Test de Pensamientos Automáticos (TPA) en ambos pacientes se realizó con el propósito de identificar las variaciones en la frecuencia e intensidad de los pensamientos disfuncionales antes y después de la intervención, por cuanto este análisis permite observar de manera objetiva los cambios logrados a nivel cognitivo, evaluar el cambio clínicamente relevante asociado a la intervención implementado y establecer patrones diferenciales de respuesta entre los miembros de la pareja.

Tabla 1

Comparativa de estadísticos descriptivos TPA para ambos pacientes (D y J)

Estadístico	Pretest (D)	Posttest (D)	Pretest (J)	Posttest (J)
Media (promedio)	3.33	2.67	3.87	3.40
Mínimo	0	0	2	0
Máximo	9	6	6	9
Rango	9	6	4	9
Desviación estándar	2.53	2.10	1.28	2.26

El análisis comparativo de los resultados pretest-posttest evidencia que ambos participantes presentaron disminuciones en la frecuencia de pensamientos automáticos negativos, reflejadas en la reducción de la media y de la suma total de puntuaciones. En el caso del paciente masculino (D), los cambios más relevantes se observaron en la disminución de cogniciones de carácter externalizante y centradas en expectativas futuras, tales como la falacia de recompensa divina y la falacia de control externo, con reducciones absolutas de hasta tres puntos. No obstante, persistieron cogniciones de carácter rígido, como la visión catastrófica y la culpabilidad, las cuales no mostraron variación, lo que sugiere estabilidad en esquemas cognitivos más profundos.

En la tabla 2, se observa la síntesis comparativa de los resultados del Test de

Pensamientos Automáticos (TPA) entre el paciente masculino y femenino, esta se elaboró con el fin de establecer las diferencias y similitudes en la evolución cognitiva de ambos tras el proceso terapéutico; este análisis permitió observar de manera global los cambios en la frecuencia y el tipo de pensamientos automáticos, destacando reducciones, estabildades e incrementos específicos, así como las áreas de mayor y menor impacto de la intervención.

Tabla 2
Síntesis comparativa

Aspecto	Paciente masculino	Paciente femenino
Suma total (Pre/Post)	54 → 38 (reducción absoluta: 16 puntos)	63 → 44 (reducción absoluta: 19 puntos)
Media (Promedio)	3.53 → 2.67	4.20 → 2.93
Desviación estándar	2.55 → 2.09	1.83 → 2.29
Ítems con mayor reducción	Falacia de recompensa divina (-3) Filtraje (-2) Falacia de control externo (-2) Falacia de razón (-2)	Pensamiento polarizado (-4) Etiqueta global (-4) Personalización (-4) Sobregeneralización (-3)
Ítems estables (sin cambio)	Pensamiento polarizado, Interpretación del pensamiento, Visión catastrófica, Personalización, Etiqueta global, Culpabilidad	Visión catastrófica (2→2)
Ítems con incremento	Ninguno	Falacia de recompensa divina (+5) Falacia de cambio (+2) Falacia de control externo (+1)
Interpretación global	Reducción significativa en pensamientos relacionados con externalización y expectativas irreales. Persisten cogniciones rígidas y de autoculpabilidad.	Reducción significativa en esquemas autocríticos y rígidos. Incremento en pensamientos externalizantes y expectativas futuras irreales.

En términos comparativos, ambos participantes evidenciaron beneficios asociados

a la intervención cognitivo-conductual, aunque con focos diferenciados. El paciente masculino (D) mostró mejoras en la percepción de control y atribución de responsabilidad, mientras que la paciente femenina (J) presentó una disminución en la autocrítica y en la rigidez cognitiva; sin embargo, en esta última se identificó un incremento en distorsiones externalizantes, lo que sugiere un posible desplazamiento en el estilo atribucional. Estos hallazgos indican que el impacto de la intervención fue diferencial según los esquemas cognitivos predominantes en cada miembro de la pareja, en concordancia con los planteamientos de Judith S. Beck (2011) sobre la necesidad de adaptar las estrategias terapéuticas a las estructuras cognitivas individuales.

Con el propósito de evaluar la magnitud del cambio clínico, se realizó un análisis descriptivo intra-sujeto complementado con la estimación del Índice de Cambio Fiable (RCI), el cual permitió determinar si las diferencias observadas entre el pretest y el posttest superan el error de medida del instrumento. Los resultados indicaron que, aunque se evidencian reducciones en las puntuaciones del TPA en ambos participantes, los valores obtenidos ($RCI = -0.41$ para el paciente masculino y $RCI = -0.58$ para la paciente femenina) no alcanzan el umbral de cambio estadísticamente fiable ($|RCI| \geq 1.96$), como se observan en las tablas 3 y 4.

Tabla 3

RCI por distorsiones cognitivas (TPA) Paciente masculino (D)

Distorsión cognitiva	Cambio (Post-Pre)	RCI	Interpretación
Falacia recompensa divina	-3	-1.89	Cambio cercano a fiable
Filtraje	-2	-1.26	Cambio moderado
Control externo	-2	-1.26	Cambio moderado
Falacia de razón	-2	-1.26	Cambio moderado
Pensamiento polarizado	0	0.00	Sin cambio
Lectura de pensamiento	0	0.00	Sin cambio
Catastrofización	0	0.00	Sin cambio
Personalización	0	0.00	Sin cambio
Etiqueta global	0	0.00	Sin cambio
Culpabilidad	0	0.00	Sin cambio



Tabla 4

RCI por distorsiones cognitivas (TPA) Paciente femenina (J)

Distorsión cognitiva	Cambio (Post-Pre)	RCI	Interpretación
Pensamiento polarizado	-4	-4.94	Cambio fiable
Etiqueta global	-4	-4.94	Cambio fiable
Personalización	-4	-4.94	Cambio fiable
Sobregeneralización	-3	-3.70	Cambio fiable
Catastrofización	0	0.00	Sin cambio
Recompensa divina	+5	+6.17	Cambio fiable (negativo clínicamente)
Falacia de cambio	+2	+2.47	Cambio fiable (negativo)
Control externo	+1	+1.23	Cambio leve

Nota. El cálculo del Índice de Cambio Fiable (RCI) se realizó siguiendo el procedimiento propuesto por Jacobson y Truax (Campos et al., 2025). Se asumió un coeficiente de fiabilidad del instrumento ($r = 0.80$), acorde con valores reportados en la literatura para medidas de pensamientos automáticos. La desviación estándar utilizada corresponde a la medición pretest de cada participante ($D = 2.53$; $J = 1.28$). A partir de estos valores, se estimó el error estándar de la diferencia S_{diff} , obteniéndose valores aproximados de 1.59 para el paciente masculino (D) y 0.81 para la paciente femenina (J). Estos parámetros permitieron determinar la magnitud del cambio clínico, considerando como umbral de cambio fiable un valor absoluto de $RCI \geq 1.96$.

No obstante, el análisis por distorsiones cognitivas mostró un patrón diferencial de cambio. En el paciente masculino, las modificaciones se situaron en rangos moderados, sin alcanzar niveles de cambio fiable, lo que sugiere transformaciones incipientes en pensamientos automáticos; en contraste, la paciente femenina evidenció cambios clínicamente fiables en distorsiones centrales como el pensamiento polarizado, la personalización y la sobregeneralización, aunque simultáneamente presentó incrementos en cogniciones externalizantes. Este patrón sugiere una reestructuración cognitiva parcial, caracterizada por una disminución de la autocrítica y un desplazamiento hacia atribuciones externas.

En conjunto, los resultados indican que la intervención cognitivo-conductual generó cambios clínicamente relevantes en ambos participantes, aunque de magnitud y estabilidad diferenciada. Mientras que en el paciente masculino se observan modificaciones graduales en cogniciones específicas, en la paciente femenina se identifican cambios más profundos pero menos homogéneos. Estos hallazgos resaltan la importancia de diferenciar entre cambio clínico observado y cambio estadísticamente fiable, particularmente en estudios de caso único, y sugieren la necesidad de reforzar procesos de regulación emocional y consolidación cognitiva para favorecer la estabilidad de los cambios terapéuticos.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio de caso evidencian que la intervención cognitivo-conductual (TCC) aplicada a la pareja se asoció con cambios clínicamente relevantes en la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos disfuncionales. El análisis comparativo pretest-postest mediante el Test de Pensamientos Automáticos (TPA) mostró una disminución en la media, el rango y la desviación estándar en ambos participantes, lo que sugiere una reducción global de la carga cognitiva negativa y una mayor estabilidad en los patrones de pensamiento. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse desde una perspectiva clínica individual, dada la naturaleza del diseño de caso único, evitando generalizaciones de tipo inferencial. En este sentido, los resultados son coherentes con los planteamientos de Judith Beck (2022) sobre la modificación de esquemas cognitivos a través de intervenciones estructuradas (Fernández, 2024).

En el paciente masculino (D), se observaron reducciones más marcadas en distorsiones como la falacia de recompensa divina, el filtraje cognitivo y la falacia de control externo, lo que sugiere un incremento en la percepción de agencia personal y una disminución de la tendencia a atribuir el control al entorno o al destino. Por su parte, la paciente femenina (J) mostró cambios clínicamente relevantes en pensamiento polarizado, sobregeneralización y personalización, reflejando una mayor flexibilidad cognitiva y una disminución de la autocrítica excesiva. Sin embargo, también se identificó un incremento en distorsiones como la falacia de recompensa divina y la falacia de cambio, lo que indica la persistencia e incluso reorganización de patrones externalizantes (Salinas, 2025). Este fenómeno puede interpretarse como un proceso de reestructuración cognitiva parcial, en el que algunos esquemas centrales se modifican mientras otros se reconfiguran, tal como ha sido descrito en modelos cognitivos clásicos (Chalco & Cadena, 2024).

Estos resultados son consistentes con la evidencia empírica sobre la utilidad de la TCC en la modificación de cogniciones desadaptativas y en la mejora del funcionamiento emocional y relacional. En particular, el uso de técnicas como el registro ABC, el cuestionamiento socrático y la biblioterapia facilitó la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos, promoviendo una comunicación más asertiva y una regulación emocional más adaptativa. No obstante, en coherencia con los hallazgos del Índice de Cambio Fiable (RCI), es importante señalar que estos cambios, aunque clínicamente relevantes, no alcanzan en todos los casos el umbral de cambio estadísticamente fiable, lo que refuerza la necesidad de interpretar los resultados con cautela y dentro del contexto específico del proceso terapéutico.



CONCLUSIONES

La investigación permitió identificar y analizar los pensamientos automáticos disfuncionales presentes en ambos miembros de la pareja, los cuales se asociaban con el malestar emocional y la persistencia de los conflictos relacionales. La aplicación del Test de Pensamientos Automáticos (TPA) facilitó la caracterización del perfil cognitivo de los participantes, evidenciando en el paciente masculino (D) un predominio de cogniciones externalizantes y expectativas de cambio futuro, mientras que en la paciente femenina (J) se observaron esquemas más rígidos, autocríticos y con tendencia a la sobregeneralización. Estos hallazgos orientaron la formulación de un plan de intervención cognitivo-conductual centrado en la modificación de patrones cognitivos disfuncionales y el fortalecimiento de habilidades comunicativas.

La intervención, estructurada en fases, incorporó técnicas como el registro ABC, la reestructuración cognitiva, el cuestionamiento socrático y la biblioterapia. A lo largo del proceso se observaron reducciones en la frecuencia de pensamientos automáticos negativos (29,6% en el paciente masculino y 30,2% en la paciente femenina), así como mejoras en la autorregulación emocional y en la comunicación asertiva. Estos cambios se reflejaron en una menor reactividad conductual y en una mayor capacidad para expresar emociones y necesidades de manera más adaptativa dentro de la relación.

El análisis comparativo pretest-posttest evidenció una disminución en los puntajes del TPA en ambos participantes, lo que sugiere cambios clínicamente relevantes en los patrones cognitivos; no obstante, el análisis mediante el Índice de Cambio Fiable (RCI) indicó que dichos cambios no alcanzan en todos los casos el umbral de cambio estadísticamente fiable, lo que resalta la importancia de interpretar los resultados desde una perspectiva clínica individual, acorde con la naturaleza del diseño de caso único.

Finalmente, la implementación de estrategias de prevención de recaídas, basadas en técnicas de afrontamiento, acuerdos de comunicación y regulación emocional, contribuyó a la consolidación de los avances terapéuticos. En conjunto, los hallazgos sugieren que la intervención cognitivo-conductual se asocia con cambios clínicamente relevantes en el funcionamiento cognitivo y relacional de la pareja; sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela y dentro de las limitaciones propias del diseño, aportando evidencia clínica contextualizada al campo de la psicología cognitivo-conductual aplicada a la intervención en parejas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.) [PDF]. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Beck, A. T. (2007). Terapia cognitiva de los trastornos emocionales. Desclée de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>
- Beck, J. S. (2011). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Paidós.
- Beck, J. S. (2022). Terapia cognitiva: Teoría y práctica (2.ª ed., M. A. Ruiz, Trad.). Desclée de Brouwer. (Obra original publicada en 2011).
- Campos-Márquez, Z. P. ., Montes Delgado, R. ., Guevara Sanginés, M. L. ., González Betanzos, F., & Salazar Garza, M. L. (2025). Efectividad de una intervención sistémica breve (TSB) en una mujer con sintomatología depresiva: estudio de caso piloto. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 28(1). <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/91210>
- Cardoso, D. T. N., & Cardoso, B. L. A. (2024). Técnicas cognitivo-conductuales en terapia de pareja: una revisión basada en recomendaciones de expertos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 20, 1-11. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20240434>
- Castro, C. N. M., & Pazos, D. A. S. (2025). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en pacientes con depresión. *Polo del Conocimiento*, 10(7), 258-279. DOI: <https://doi.org/10.23857/pc.v10i7.9888>
- Carlen, A. M., Kasanzew, A., & López, A. F. (2009). Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(3), 173-186. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618083004.pdf>
- Chalco Villacrés, M. E., & Cadena Jaramillo, D. D. (2024). Estudio de caso: Influencia de la dependencia emocional en mujeres indígenas víctimas de violencia de pareja (Tesis de maestría, Quito: Universidad de las Américas, 2024). <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16926>
- Del Río, C. I., Tobar, B. I. F., Moreno, J. G., & García, M. C. (2021). Intervención cognitivo-conductual en celotipia: Un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 9(1), 59-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8448711>



- Duran Duran, I. M. (2025). Proceso de duelo por pérdida de pareja a partir de la Terapia Cognitivo Conductual: estudio de caso (Tesis de maestría, Quito: Universidad de las Américas, 2025). <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/18114>
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach. American Psychological Association.
- Fernández, L. (2024). Importancia de la conceptualización del caso en la terapia cognitiva: un ejemplo clínico. In XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-048/527>
- Field, A. (2018). Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (5th ed.). SAGE Publications.
- Gómez Bastar, S. (2012). Metodología de la investigación. Trillas.
- Guerrero, E. G. P., Torres, L. C., Vides, M. M. T., & Ruíz, L. K. J. (2020). Mediación de conflictos y violencia escolar: Resultados de intervención a través de un estudio cuasi-experimental. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 31(3), 45-63. DOI: 10-4438/1988-592X-RE-2010-356-056
- Haynes, S. N., Godoy, A., & Gavino, A. (2011). Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico: Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento. Ediciones Pirámide.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Johnson, S. M. (2019). The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection (3rd ed.). Routledge.
- Kegan, R. (1982). The Evolving Self: Problem and Process in Human Development. Harvard University Press.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2012). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Pirámide.
- Lema, A. E. B., & Palacios, V. F. (2025). Eficacia de las intervenciones psicológicas en



- contextos de disfunción familiar: una revisión sistemática. *Arandu UTIC*, 12(2), 2202-2219. DOI: <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1061>
- Loinaz, I. (2014). Distorsiones cognitivas en agresores de pareja: análisis de una herramienta de evaluación. *Terapia Psicológica*, 32(1), 5–17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100001>
- Mahoney, M. J. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. Basic Books.
- Maita, A. P. A., & Ramírez, E. M. G. (2026). Psicoterapia integrativa: revisión sistemática de su desarrollo y eficacia clínica. *Revista InveCom/ISSN en línea*: 2739-0063, 6(3), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17627121>
- Moyano, M., Furlan, L., & Piemontesi, S. E. (2011). Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/928.pdf>
- Pérez, Cortés, T. (2024). El conflicto en la relación de pareja: “Explorando sus múltiples dimensiones”. *Escritos relacionales*, 4(1). 81-89. https://apprchile.cl/wp-content/uploads/2025/03/Escritos-Relacionales-N4-SEPT-2024-correccion_5-2.pdf#page=81
- Quiroga, J. F. E. (2023). Tratamiento cognitivo y su incidencia en las distorsiones cognitivas en pacientes del CETAD La Estancia. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 7(6), 8526-8542. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9386
- Ruiz, J., Luján, F., & Imbernón, J. (2012). *Terapia cognitivo-conductual: fundamentos y aplicación clínica*. Desclée de Brouwer.
- Ruiz Fernández M. A.; Díaz García M. I. & Villalobos Crespo A., (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Ed. Desclée De Brouwer, S.A.
- Salinas, C. A. A. (2025). Factores psicológicos predictores de la dependencia emocional en relaciones de pareja: eficacia de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 8(22), 398-411. DOI: <https://doi.org/10.33996/repso.v8i22.203>





SALUD MENTAL: BIENESTAR Y DESGASTE EMOCIONAL EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y FORENSES QUE TRABAJAN CON VIOLENCIA Y DELITO

MENTAL HEALTH: WELL-BEING AND EMOTIONAL BURNOUT AMONG CLINICAL AND FORENSIC PSYCHOLOGISTS WORKING WITH VIOLENCE AND CRIME

MAYERLINES ESTER CANTILLO ÁLVAREZ¹



mayerlines.cantillo@unisimón.edu.co

¹Docente del programa de Psicología. Universidad Simón Bolívar

RESUMEN

El trabajo clínico y forense en contextos marcados por violencia, delitos sexuales, maltrato infantil, homicidios y otras formas de traumatización severa expone a los psicólogos de manera constante a relatos que confrontan sus creencias, ponen a prueba su seguridad emocional y afectan su estabilidad mental desde su propia experiencia subjetiva. No se trata solo de escuchar historias duras: es enfrentarse a narrativas que interpelan la propia seguridad emocional y ponen a prueba los cimientos éticos y humanos desde los cuales ejercen. Aunque este impacto ha sido descrito mediante conceptos como trauma vicario, estrés traumático secundario, fatiga por compasión y burnout, la evidencia sigue dispersa, especialmente en el caso de profesionales que trabajan en entornos donde la violencia está normalizada y donde las instituciones operan bajo condiciones crónicas de precariedad. Este ensayo propone una mirada integrada del desgaste emocional que enfrentan psicólogos clínicos y forenses, entendiendo que su salud mental no puede asumirse como una tarea individual ni como un indicador de "fortaleza personal". Por el contrario, constituye un riesgo ocupacional que surge de la interacción entre la exposición reiterada al trauma ajeno, las exigencias técnicas y éticas propias del rol clínico y forense y las limitaciones organizacionales y sociopolíticas de los sistemas de

Cómo citar:

Fecha Recibido: 04/02/2026 **Fecha Aceptado:** 16/04/2026 **Fecha Publicado:** 29/05/2026

Cantillo Álvarez, M. E. (2026). *Salud mental: Bienestar y desgaste emocional en psicólogos clínicos y forenses que trabajan con violencia y delito*. *Salud & Bien-Estar de la Amazonia*. Vol. 2(1). ppt. 82-102



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).

salud y justicia latinoamericanos. A partir de una revisión crítica de estudios recientes, como revisiones sistemáticas, metaanálisis y trabajos cualitativos, se analizan factores de riesgo y protección en múltiples niveles: individual (historia de trauma, estilos de afrontamiento), profesional (alianza, rol pericial, presión decisional), organizacional (sobrecarga, falta de supervisión, precarización) y sociocultural (violencia estructural, inequidad). Se propone un marco que articula estos elementos en un continuo de desgaste con efectos directos sobre el bienestar del profesional y la calidad técnica y ética de la práctica. Finalmente, se plantean rutas para fortalecer el cuidado del cuidador en la región, subrayando la necesidad de políticas institucionales sólidas, supervisión estructurada y formación especializada en competencias emocionales y éticas para el trabajo con trauma. Cuidar a quienes sostienen el dolor ajeno no es un acto accesorio: es una condición indispensable para garantizar intervenciones humanas, decisiones justas y prácticas profesionalmente sostenibles en entornos marcados por la violencia y la desigualdad.

PALABRAS CLAVES:

Trauma Vicario; Estrés Traumático Secundario; Fatiga Por Compasión; Burnout; Psicología Forense; Bienestar Profesional; Resiliencia Vicaria; Salud Ocupacional.

ABSTRACT

Clinical and forensic practice in contexts marked by violence, sexual offenses, child maltreatment, homicide, and other forms of severe traumatization exposes psychologists to a constant flow of narratives that confront their beliefs, test their emotional safety, and affect their mental stability from within their own subjective experience. It is not only about listening to harsh stories; it is about engaging with accounts that question the emotional ground on which they stand and challenge the ethical and human foundations of their work. Although these impacts have been described through concepts such as vicarious trauma, secondary traumatic stress, compassion fatigue, and burnout, the available evidence remains fragmented, especially for professionals who work in settings where violence is normalized and institutions operate under chronic precariousness. This essay offers an integrated view of the emotional strain experienced by clinical and forensic psychologists, arguing that their mental health cannot be reduced to an individual task or a marker of "personal strength." Instead, it is an occupational risk that emerges from the interaction between repeated exposure to others' trauma, the technical and ethical demands of the clinical and forensic role, and the organizational and sociopolitical limitations of health and justice systems in Latin America. Based on a critical review of recent studies, such as systematic reviews, meta-analyses, and qualitative research, this essay examines risk and protective factors at multiple levels (individual, professional, organizational, and sociocultural) and proposes a framework that situates them



along a continuum of emotional wear, with direct effects on professional well-being and on the technical and ethical quality of practice. Finally, it outlines routes to strengthen caregiver well-being in the region, emphasizing the need for robust institutional policies, structured supervision, and specialized training in emotional and ethical competencies for trauma-related work. Caring for those who carry the pain of others is not a secondary gesture; it is a necessary condition for humane interventions, fair decisions, and professionally sustainable practice in contexts shaped by violence and inequality.

KEYWORDS:

Vicarious Trauma; Secondary Traumatic Stress; Compassion Fatigue; Burnout; Forensic Psychology; Professional Well-Being; Vicarious Resilience; Occupational Health.



Introducción

La práctica psicológica en contextos atravesados por violencia, delitos sexuales, maltrato infantil, criminalidad organizada u homicidios expone a los psicólogos clínicos y forenses a formas de sufrimiento humano que son profundas, complejas y emocionalmente disruptivas. Aunque estos profesionales no experimentan directamente los hechos traumáticos, su labor implica un contacto continuo con relatos, evidencias y escenarios que desbordan la experiencia cotidiana y tensionan sus creencias sobre seguridad, vulnerabilidad, justicia y agencia humana. En el ámbito forense, esta exposición se combina con exigencias técnicas y procedimentales, como la neutralidad, la objetividad probatoria, el rigor metodológico y la responsabilidad pública, que incrementan la carga emocional y cognitiva del trabajo, así como el riesgo de impacto psicológico acumulativo. En la práctica, este ejercicio profesional termina colocándolos en una posición donde las demandas técnicas conviven con el impacto humano que deja cada historia, generando tensiones que requieren ser comprendidas con mayor profundidad.

La literatura ha hablado de este impacto usando distintos constructos, como el trauma vicario, el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión y el burnout, que ayudan a dar cuenta de las transformaciones emocionales, cognitivas y conductuales derivadas de la exposición reiterada al trauma de otros. Estos fenómenos se han documentado en profesionales de salud y salud mental, pero los estudios centrados específicamente en psicólogos clínicos y forenses continúan siendo escasos, fragmentados y mayoritariamente desarrollados en países anglosajones. En América Latina, donde la violencia estructural, la precarización laboral y las limitaciones institucionales son parte del entorno habitual de intervención, las condiciones que configuran el desgaste profesional adquieren características particulares que no pueden comprenderse plenamente desde modelos producidos en otros contextos sociopolíticos. Esta distancia entre la realidad local y la evidencia disponible obliga a matizar las interpretaciones y a buscar lecturas que dialoguen con la complejidad latinoamericana, donde el trauma se vive, se escucha y se trabaja desde un mismo territorio social.

En este ensayo sostengo que reconocer el desgaste no implica debilidad profesional, sino asumir con honestidad las condiciones bajo las cuales trabajamos y la necesidad urgente de transformar los entornos que acompañan el ejercicio clínico y forense. Trabajar con trauma y violencia no solo exige conocimiento técnico y sensibilidad clínica: exige instituciones capaces de contener el impacto emocional del ejercicio profesional. Ignorar esta realidad implica sostener sistemas que dependen del sacrificio silencioso de quienes los sostienen. Reconocerla abre la posibilidad de construir prácticas clínicas y forenses más éticas, humanas y sostenibles, donde



el bienestar del profesional sea entendido como un pilar fundamental para la protección de quienes buscan atención, acompañamiento o justicia. Al final, cuidar a quienes escuchan el dolor del mundo es también una forma de recordarnos que ninguna sociedad merece construirse sobre la ruptura silenciosa de sus cuidadores. Desde esta perspectiva, comprender el desgaste requiere articular dimensiones psicológicas, profesionales, institucionales y contextuales, desplazando la idea de responsabilidad individual y adoptando un enfoque sistémico que permita intervenir de manera coherente con la realidad laboral de la región. Este enfoque integrador busca reconocer que ningún profesional opera en el vacío: su salud mental está atravesada por las posibilidades y limitaciones del entorno del que forma parte.

Metodológicamente, este trabajo es un ensayo teórico sustentado en una revisión narrativa e integradora de la literatura. Se priorizaron publicaciones de los últimos veinte años, con énfasis en revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios empíricos sobre psicólogos clínicos, forenses y otros profesionales de la salud mental que trabajan con trauma, sin dejar de lado los textos clásicos que han definido conceptos como trauma vicario, fatiga por compasión y burnout, ni los aportes recientes producidos en contextos latinoamericanos. Más que ofrecer una revisión sistemática exhaustiva, el propósito es articular críticamente estos desarrollos para comprender el desgaste emocional como un riesgo ocupacional estructural, y no como un problema de “fortaleza personal”, reconociendo que se configura en condiciones concretas propias de la región. Desde esta perspectiva, planteo una lectura crítica que no busca reemplazar los modelos existentes, sino ampliar su pertinencia para el contexto latinoamericano y para las realidades emocionales de quienes trabajan directamente con trauma.

El objetivo de este ensayo teórico es articular críticamente los fenómenos de trauma vicario, estrés traumático secundario, fatiga por compasión y burnout en psicólogos clínicos y forenses en América Latina, interpretándolos como un riesgo ocupacional sistémico y proponiendo lineamientos conceptuales para el cuidado del cuidador. Sobre esta base, el ensayo analiza los principales conceptos asociados al desgaste profesional y sus factores de riesgo y protección en diferentes niveles: individual, profesional, organizacional y sociopolítico. Al mismo tiempo, explora los desafíos específicos que enfrentan los psicólogos que ejercen en América Latina, donde no solo trabajan con trauma, sino que también habitan sociedades atravesadas por desigualdad, violencia normalizada y fragilidad institucional. Con este recorrido, se discuten implicaciones para la práctica clínica y forense, la formación universitaria y las políticas de bienestar laboral, proponiendo lineamientos conceptuales para avanzar hacia modelos sostenibles de cuidado del cuidador en la región.



Salud mental y bienestar en la práctica clínica y forense

La salud mental de los psicólogos que trabajan en contextos de violencia y delito no puede entenderse desde modelos tradicionales centrados únicamente en la ausencia de síntomas o trastornos. Implica, en un sentido amplio, la capacidad de sostener la complejidad emocional y moral del trabajo clínico y forense sin perder funcionalidad, criterio profesional ni coherencia interna. En escenarios atravesados por trauma interpersonal, daño prolongado y crímenes que desafían las nociones básicas de humanidad, el bienestar profesional exige integrar componentes subjetivos (satisfacción vital, equilibrio emocional, sentido de propósito) con elementos propiamente ocupacionales (autonomía, competencia, apoyo institucional, límites de rol, reconocimiento y condiciones laborales dignas). En estos espacios, la salud emocional del profesional no es un estado fijo, sino un proceso continuo que se ajusta, retrocede o avanza según la carga de los casos, el contexto institucional y la historia personal del psicólogo.

Este enfoque integral es particularmente relevante cuando el trabajo implica sostener narrativas que erosionan la visión del mundo del psicólogo, confrontan sus valores y tensionan su confianza básica en los otros. La evidencia muestra que, incluso sin la presencia de diagnósticos clínicos, los profesionales pueden experimentar alteraciones en la percepción de seguridad, cambios en la sensibilidad empática, irritabilidad, despersonalización, episodios de intrusión y disminución del involucramiento afectivo, todos ellos indicadores tempranos de desgaste emocional. Estos signos, aunque a veces sutiles, pueden acumularse y traducirse en un desgaste que afecta la manera en que el profesional escucha, interpreta y toma decisiones dentro de la relación terapéutica o evaluativa. Estos cambios impactan no solo el bienestar subjetivo, sino también la calidad del vínculo terapéutico y la solidez del juicio profesional.

En el marco de la psicología forense, el bienestar adquiere matices específicos. La exigencia de neutralidad, la carga de responsabilidad pública y la necesidad de producir evaluaciones que afectan decisiones judiciales introducen tensiones constantes entre técnica, ética, objetividad y humanidad. En este equilibrio delicado, el bienestar no es un lujo personal, sino una condición necesaria para preservar la imparcialidad, la precisión evaluativa y la calidad probatoria del trabajo. A diferencia de otras áreas de la psicología, la afectación emocional del perito puede traducirse no solo en síntomas personales, sino también en consecuencias institucionales y jurídicas que comprometen derechos fundamentales. Por ello, el cuidado emocional del psicólogo forense no solo protege su salud, sino que también actúa como un resguardo para las personas evaluadas y para el sistema de justicia en su conjunto. Comprender esta realidad requiere incorporar un enfoque que reconozca el desgaste



como fenómeno sistémico y no como un déficit individual. Esto supone desplazar la narrativa del “profesional fuerte que debe resistir” para abrir paso a un análisis que examine cómo las instituciones, los sistemas y el contexto sociopolítico configuran las condiciones para que el desgaste emerja o se mitigue. Adoptar esta mirada más amplia permite visibilizar que el bienestar profesional no depende únicamente de la fortaleza personal, sino de estructuras organizacionales capaces de sostener emocional y técnicamente el trabajo con trauma.

El trauma vicario, el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión y el burnout pueden entenderse como manifestaciones de un mismo proceso de desgaste que se va instalando de manera gradual, muchas veces casi imperceptible, en la rutina cotidiana del profesional.

Trauma vicario: cambios en los esquemas cognitivos y emocionales

El trauma vicario describe la internalización progresiva del horror relatado por otros. Más que un conjunto de síntomas, implica modificaciones profundas en las creencias del profesional acerca del mundo, la seguridad, la confianza, el poder y la vulnerabilidad. Los psicólogos que trabajan con violencia severa reportan percepciones alteradas sobre el peligro cotidiano, cinismo creciente, menor esperanza respecto a la capacidad humana de transformarse y una sensibilidad amplificada frente a cualquier señal de riesgo. Estas modificaciones afectan la práctica al reinterpretar los casos desde lentes más rígidos, defensivos o pesimistas, reduciendo la capacidad de sostener procesos terapéuticos complejos. En muchas ocasiones, estas transformaciones pasan desapercibidas al inicio, pero con el tiempo pueden modelar la manera en que el profesional lee las historias de sus consultantes y se posiciona emocionalmente frente a ellas.

En contextos de alta exposición, estos cambios no son excepcionales: la plasticidad emocional del profesional es justamente lo que le permite entrar en contacto empático profundo con su consultante. Pero esta misma plasticidad, sin soporte institucional y supervisión adecuada, se convierte en la vía por la cual el dolor ajeno infiltra los esquemas personales y altera la estabilidad emocional. Cuando no existe un espacio donde procesar lo escuchado, ese impacto empieza a acumularse y puede modificar la mirada del profesional sobre sí mismo, sobre sus pacientes y sobre el mundo que ambos habitan.

Estrés traumático secundario: respuesta sintomática aguda

A diferencia del trauma vicario, el estrés traumático secundario (ETS) se expresa de manera más sintomática: intrusiones, evitación, hiperactivación fisiológica,



alteraciones del sueño y una reactividad emocional intensa. Los profesionales pueden experimentar recuerdos intrusivos de las narrativas de sus pacientes, sobresaltos ante estímulos neutros, dificultades para desconectarse mentalmente al final de la jornada, sensación de “estar todavía dentro del caso”, irritabilidad, hipervigilancia y agotamiento emocional. En ocasiones, estas reacciones aparecen de forma repentina, sin que el profesional las identifique como parte de su labor cotidiana, lo que puede generar confusión o sensación de pérdida de control.

Los estudios más recientes señalan que el ETS puede aparecer tras exposiciones breves pero altamente impactantes, y que la repetición sostenida de episodios intensos genera acumulación sintomática. A diferencia del trauma directo, el ETS no requiere vivir el evento traumático, pero fisiológicamente puede expresar respuestas muy similares a las del trastorno de estrés postraumático. Este paralelismo entre la sintomatología del ETS y la del trauma directo ha llevado a subrayar la urgencia de que los entornos clínicos y forenses incluyan estrategias de cuidado específicas para quienes trabajan diariamente con historias profundamente dolorosas.

Fatiga por compasión: el costo del compromiso empático

La fatiga por compasión se posiciona como una respuesta al desgaste generado por el esfuerzo empático intenso y sostenido. Su impacto deteriora la capacidad de los profesionales para conectar afectivamente, sostener la presencia emocional y brindar apoyo terapéutico o evaluativo de calidad. Este fenómeno no describe falta de sensibilidad, sino todo lo contrario: es un resultado de la implicación continua con el sufrimiento extremo. Con frecuencia, los profesionales intentan mantener el mismo nivel de disponibilidad emocional sin notar cuánto los está afectando, hasta que el cansancio relacional se acumula y se vuelve más evidente en la práctica diaria. En profesionales que atienden casos de violencia de género, abuso infantil, explotación sexual o crímenes violentos, la fatiga por compasión puede manifestarse como pérdida de sentido laboral, disminución del placer por ayudar, reducción del involucramiento afectivo y sensación de estar emocionalmente “agotado”. En el ámbito forense, se traduce en informes más mecánicos, menor disposición a supervisión, rigidez interpretativa y mayor vulnerabilidad a juicios sesgados. Esta desconexión progresiva no siempre se expresa de forma abierta; a veces aparece como una distancia emocional inadvertida que modifica el modo en que el profesional escucha, analiza y toma decisiones sobre los casos.

Burnout: efecto acumulativo del entorno laboral

El burnout es quizá el componente más institucional del continuo de desgaste. No es resultado del trauma ajeno en sí, sino de la organización del trabajo: sobrecarga,



ritmos intensos, exigencias contradictorias, falta de autonomía, precarización contractual y ausencia de apoyo estructurado. En psicología clínica y forense, el burnout se potencia cuando se superponen demandas emocionales intensas con condiciones institucionales desfavorables. Este cruce entre lo emocional y lo organizativo termina configurando un escenario donde el cansancio deja de ser circunstancial y se vuelve parte del día a día.

En contextos forenses, esta combinación se vuelve crítica: las exigencias de celeridad procesal, presión judicial, exposición mediática y carga probatoria elevan la vulnerabilidad al burnout, el cual puede erosionar la precisión diagnóstica, la neutralidad pericial y la calidad técnica de los informes. Cuando la presión del sistema supera la capacidad de procesamiento emocional del profesional, el desgaste deja de ser un asunto privado y comienza a comprometer la función pública que desempeña.

Evidencia empírica: lo que sabemos y lo que falta por investigar

Los metaanálisis más recientes señalan que entre un 25 % y un 52 % de profesionales expuestos a trauma presentan niveles clínicos de estrés traumático secundario, síntomas ansiosos y depresivos, fatiga por compasión o burnout. Estas cifras varían dependiendo del contexto, la carga de casos, las políticas institucionales y la disponibilidad de supervisión. La amplitud de este rango revela la variedad de entornos laborales y la influencia del apoyo institucional en la manera como cada profesional afronta la exposición al trauma.

En psicología forense, los hallazgos son aún más contundentes: las tasas de burnout y trauma vicario son mayores que en otras áreas de la psicología, incluso por encima de poblaciones que trabajan en emergencias hospitalarias. La combinación de exposición a trauma severo, exigencias judiciales y ausencia de espacios de contención emocional crea un entorno de alto riesgo ocupacional. Este contexto, además de demandante, suele naturalizar el desgaste, lo que dificulta que los profesionales soliciten ayuda o que las instituciones reconozcan su impacto.

En América Latina, aunque la producción es menor, los estudios disponibles muestran patrones similares o incluso más intensos. La precarización laboral, la falta de recursos, las limitaciones de tiempo y la inestabilidad contractual se asocian con niveles mayores de agotamiento emocional y estrés traumático secundario. En algunos países, los profesionales reportan dobles y triples jornadas, falta de supervisión, interrupciones constantes, amenazas de usuarios, inseguridad en el entorno laboral y ausencia de garantías mínimas de cuidado institucional. Todo esto configura un panorama donde el desgaste no solo es frecuente, sino predecible.



Este vacío investigativo regional constituye, a su vez, una oportunidad para desarrollar modelos conceptuales propios y metodologías ajustadas al contexto sociocultural latinoamericano. Generar conocimiento local no solo permitiría comprender mejor la experiencia de los profesionales de la región, sino también diseñar intervenciones que respondan a las particularidades emocionales, culturales e institucionales del territorio.

Desafíos latinoamericanos: violencia estructural y precariedad institucional

Trabajar con trauma en América Latina implica hacerlo en territorios donde la violencia estructural forma parte del paisaje cotidiano. El psicólogo no solo escucha el relato del sobreviviente, sino que habita la misma sociedad que produce ese daño. Esta doble exposición laboral y vital incrementa la vulnerabilidad emocional y reduce los espacios de contención simbólica disponibles. En contextos así, la línea entre lo que se observa en consulta y lo que se vive en la vida diaria puede volverse difusa, lo que aumenta la carga emocional del profesional.

Además, la precariedad laboral es un factor común: contratos inestables, baja remuneración, multiempleo, sobrecarga asistencial, falta de equipos interdisciplinarios y ausencia de protocolos institucionales de protección al profesional. En este contexto, esperar que el psicólogo “se autocuide” sin apoyo estructural resulta no solo irreal, sino éticamente cuestionable. El autocuidado individual pierde sentido cuando las condiciones de trabajo impiden cualquier posibilidad real de descanso, supervisión o procesamiento emocional.

La falta de reconocimiento institucional del desgaste profesional como riesgo laboral también dificulta la implementación de políticas de prevención. En muchos países no existen protocolos específicos para casos de trauma vicario, no se incluyen indicadores de bienestar profesional en los sistemas de calidad y no se garantiza acceso a apoyo psicológico para el personal. Esta ausencia de políticas convierte al desgaste en un problema silencioso que se normaliza dentro de los equipos de trabajo, aun cuando compromete la salud mental de quienes sostienen la atención. Aun así, la región cuenta con aportes valiosos, especialmente en torno al concepto de resiliencia vicaria, que invita a reconocer la dimensión positiva del acompañamiento al trauma. Este enfoque propone que, bajo condiciones adecuadas, el contacto con historias de supervivencia puede generar crecimiento profesional, fortalecimiento del sentido y desarrollo de capacidades emocionales complejas. Lejos de romantizar el sufrimiento, esta perspectiva subraya que el trabajo con trauma puede ser también una fuente de construcción de significado cuando el entorno institucional acompaña y valida la experiencia del profesional.



Factores de riesgo individuales: la intersección entre historia personal, identidad profesional y estilo de afrontamiento

El impacto emocional del trabajo con violencia no depende únicamente del tipo de casos, sino también de la historia personal del psicólogo, su configuración emocional, su estilo de afrontamiento y su forma de situarse frente al dolor del otro. La literatura muestra que los profesionales con antecedentes de trauma no elaborado, pérdidas significativas recientes, experiencias adversas en la infancia o eventos vitales estresantes presentan mayor vulnerabilidad al trauma vicario y a los síntomas del estrés traumático secundario. Esto no implica incapacidad, sino hipersensibilidad emocional que puede activar procesos internos complejos cuando se exponen repetidamente al sufrimiento extremo de sus consultantes. En algunos casos, estos detonantes internos no se reconocen de inmediato, lo que dificulta identificar cuándo el impacto laboral comienza a resonar con experiencias personales.

El estilo de afrontamiento también juega un rol central. Estrategias evitativas o de supresión emocional se asocian con niveles más altos de desgaste, mientras que estilos centrados en la regulación emocional, el procesamiento activo de experiencias y la búsqueda de apoyo se vinculan con mayor resiliencia. Sin embargo, estos estilos individualmente protectores no pueden operar adecuadamente sin un entorno institucional que los facilite. Un psicólogo puede tener habilidades de autocuidado, pero si trabaja en un contexto donde no se le permite desconectar, supervisar o redistribuir carga, dichas habilidades pierden efectividad. El afrontamiento, por lo tanto, no es solo un asunto personal, sino una interacción constante entre recursos internos y condiciones externas.

Otro factor relevante es la identidad profesional. Psicólogos con una autoexigencia elevada, con expectativas idealizadas sobre su rol o con patrones de perfeccionismo suelen experimentar desgaste más rápidamente. Esto se debe a que sus estándares internos no siempre coinciden con la realidad del trabajo con trauma, que es lento, complejo, no lineal y muchas veces frustrante. La tensión entre “lo que debería ocurrir” y “lo que realmente ocurre” se convierte en un caldo de cultivo para el agotamiento emocional, el sentimiento de insuficiencia y la pérdida de sentido laboral. Este choque entre expectativas y realidad puede erosionar gradualmente la motivación profesional si no se cuenta con espacios de supervisión o reflexión.

En psicología forense, esta identidad profesional se complejiza aún más: el rol no es terapéutico, sino evaluativo. El profesional no busca aliviar el sufrimiento, sino comprender cómo este se expresa y se vincula con una pregunta jurídica. Esta distancia técnica, necesaria para la objetividad, puede entrar en conflicto con los



valores humanistas de la profesión. Cuando no existe claridad sobre la diferencia entre rol clínico y rol forense, el psicólogo puede experimentar dilemas éticos, confusión de límites y desgaste emocional por desalineación identitaria. Distinguir entre ambas funciones no solo organiza el ejercicio profesional, sino que protege emocionalmente a quienes realizan estas evaluaciones en escenarios altamente sensibles.

Factores de riesgo organizacionales: cuando la institución se convierte en un agente traumatizante

Aunque los factores personales influyen, la evidencia coincide en que los predictores más fuertes de desgaste emocional no son individuales, sino organizacionales. El entorno institucional determina las condiciones bajo las cuales el psicólogo entra en contacto con el trauma y define si ese contacto será sostenible o dañino. Cuando el sistema falla, el impacto del trabajo se profundiza, incluso para profesionales con alta formación y recursos personales sólidos.

Entre los factores de riesgo organizacionales más frecuentes se encuentran:

Sobrecarga asistencial y exceso de casos complejos. La exposición continua a narrativas traumáticas, sin tiempos reales de recuperación emocional, facilita la acumulación de desgaste.

Falta de supervisión estructurada. Sin espacios especializados para procesar técnicamente y emocionalmente los casos, se incrementa la vulnerabilidad al trauma vicario y al burnout.

Ambigüedad o conflicto de rol. En contextos forenses, las demandas simultáneas de jueces, fiscales, defensores y usuarios generan tensiones entre rapidez, precisión técnica y sensibilidad humana.

Clima institucional adverso. Equipos fragmentados, ausencia de reconocimiento, comunicación deficiente o liderazgos rígidos debilitan la capacidad del profesional para sostener la carga emocional del trabajo.

Precarización laboral. Contratos temporales, salarios insuficientes y falta de estabilidad aumentan la sensación de inseguridad y reducen los recursos de afrontamiento.

Ausencia de políticas de bienestar profesional. En muchas instituciones, el desgaste emocional se asume como responsabilidad personal, sin protocolos de prevención,



sin monitoreo emocional y sin acceso a apoyo psicológico. En este escenario, la institución deja de ser un espacio de protección y se convierte en un entorno que amplifica el trauma.

Cuando estas dinámicas se consolidan, puede aparecer lo que algunos autores denominan trauma institucional o traumatización sistémica: procesos organizacionales que reproducen patrones de violencia simbólica y afectan la salud mental del profesional tanto como los casos que atiende.

Factores protectores e intervenciones: lo que sí funciona y lo que la evidencia respalda

A pesar de este panorama, la literatura presenta estrategias claras y efectivas para mitigar el desgaste y fortalecer la resiliencia profesional.

Supervisión clínica y forense estructurada. No es un diálogo informal, sino un espacio metodológico que aborda técnica, impacto emocional y ética. Su efecto protector está ampliamente documentado.

Trabajo en equipo y distribución equilibrada de casos. Alternar casos de alta y baja carga emocional disminuye el desgaste acumulativo.

Formación continua. Programas en trauma vicario, regulación emocional, ética aplicada y límites profesionales fortalecen competencias clave para sostener la complejidad del trabajo.

Prácticas de regulación emocional. Mindfulness, compasión aplicada y terapias de tercera ola favorecen flexibilidad psicológica y reducen reactividad emocional. Estas prácticas funcionan como amortiguadores cuando el contexto institucional es limitado.

Políticas explícitas de cuidado del cuidador. Incorporar el bienestar profesional en los sistemas de calidad, definir cargas máximas de casos, asegurar espacios de pausa y ofrecer apoyo psicológico institucional son medidas de impacto real.

Promoción de resiliencia vicaria. Cuando el profesional reconoce el sentido que surge de acompañar historias de supervivencia, aumenta su bienestar y eficacia. En América Latina, este enfoque adquiere especial relevancia por la riqueza de experiencias comunitarias de resistencia y reparación.

El cuidado del cuidador no es un gesto decorativo: es un componente estructural



para garantizar prácticas éticas, sostenibles y técnicamente sólidas en psicología clínica y forense. Ignorar esta premisa no solo vulnera al profesional, sino que reduce la calidad y la justicia de las decisiones que dependen de su trabajo.

La práctica clínica y forense como espacios de tensión ética y emocional

El trabajo clínico y el trabajo forense con violencia y delito sitúan al psicólogo en escenarios de alta densidad emocional. Aunque ambos campos comparten el contacto directo con el sufrimiento humano, la naturaleza de la intervención es distinta y genera tensiones éticas específicas. En la práctica clínica, la alianza terapéutica se construye sobre la confianza, la empatía y la capacidad de sostener emocionalmente al consultante. La exposición constante a relatos de violencia interpersonal activa respuestas intensas que el profesional debe elaborar sin comprometer la integridad del proceso terapéutico. La tensión entre contener y proteger, acompañar y mantener límites, se vuelve especialmente desafiante cuando las historias implican trauma severo o daño prolongado.

En el ámbito forense, la tensión adquiere otro matiz. El psicólogo actúa como evaluador objetivo, no como terapeuta, y su labor exige distancia profesional, neutralidad emocional y rigor probatorio. Sin embargo, esta distancia técnica no anula la respuesta humana frente al dolor o la crueldad relatada; simplemente la obliga a coexistir con las demandas jurídicas del rol. Esta doble exigencia, que combina humanidad y objetividad, sitúa al profesional en un terreno emocionalmente exigente donde el desgaste puede afectar tanto su bienestar como la calidad de la evidencia que entrega al sistema judicial.

En ambos escenarios, ocultar el impacto emocional detrás de una fachada de fortaleza no protege a nadie. Reconocer las limitaciones humanas, nombrar el sufrimiento profesional y exigir condiciones de cuidado no es un gesto individualista, sino una manera de proteger la ética de la profesión y a las personas atendidas o evaluadas.

Implicaciones profesionales: cuando el desgaste se convierte en riesgo ético y técnico

El desgaste emocional se expresa en diferentes dimensiones del ejercicio profesional. En la práctica clínica, puede manifestarse como una reducción de la sensibilidad empática, cansancio emocional persistente, menor capacidad de escucha activa, interpretaciones impulsivas, riesgo de proyecciones o contratransferencias no elaboradas y una tendencia a intervenciones más defensivas o mecánicas. En la práctica forense, las implicaciones pueden ser incluso más delicadas: informes



periciales menos sólidos, errores en la integración de hallazgos, sesgos cognitivos más frecuentes, rigidez en el juicio, mayor vulnerabilidad a presiones externas y dificultad para sostener la imparcialidad.

Por ello, el desgaste emocional no puede ser tratado como un asunto personal o como un rasgo de “fragilidad”: se trata de un riesgo ético, técnico y jurídico que afecta directamente la calidad del servicio prestado.

La especificidad del contexto latinoamericano: violencia normalizada y precariedad estructural

En muchos países latinoamericanos, la exposición al trauma ajeno coincide con la experiencia cotidiana de vivir en entornos marcados por desigualdad, violencia comunitaria, instituciones frágiles y precariedad laboral. Los psicólogos no solo escuchan historias traumáticas; comparten el mismo escenario sociocultural donde la violencia se ha naturalizado. Esta doble exposición, laboral y vital, erosiona gradualmente la capacidad de reconocer el propio desgaste y favorece la idea de que “sentirse mal” es simplemente parte de la profesión.

La normalización del sufrimiento dificulta la búsqueda de apoyo. Pedir ayuda puede interpretarse como debilidad, lo cual limita el acceso a mecanismos de autocuidado y refuerza dinámicas de silencio emocional. Las instituciones, por su parte, suelen ubicar el problema en el individuo, ignorando las condiciones estructurales que producen y mantienen el desgaste. La literatura es clara: el agotamiento profesional no depende únicamente de la historia personal, sino de sistemas laborales que fallan en ofrecer apoyo, estabilidad y condiciones básicas de seguridad emocional. Reconocer esta especificidad es fundamental para evitar la importación acrítica de modelos desarrollados para otros contextos. La región necesita políticas, protocolos y modelos de intervención que respondan a sus particularidades socioculturales y territoriales. Se requieren estrategias sensibles a las realidades institucionales, a las brechas regionales y a las necesidades emocionales tanto de los profesionales como de las personas que atienden.

Estos elementos permiten comprender el desgaste profesional como un fenómeno multidimensional que exige una lectura integradora. En las secciones previas se han descrito sus principales manifestaciones, los factores de riesgo y protección y las particularidades del contexto latinoamericano. A partir de este recorrido, la discusión que sigue reúne estos aportes, los pone en diálogo y explora sus implicaciones éticas, técnicas e institucionales, con el fin de orientar posibles líneas de acción para la práctica y las políticas de cuidado del cuidador.



Con base en este análisis, propongo interpretar el desgaste emocional como un proceso sistémico que trasciende al individuo y exige intervenciones que involucren a las instituciones y a los sistemas de salud y justicia. Esta postura orienta la discusión que sigue.

DISCUSIÓN.

La evidencia presentada a lo largo de este artículo muestra que el desgaste emocional en psicólogos clínicos y forenses no es un asunto aislado ni un problema de fragilidad personal. Es, más bien, el resultado de una interacción compleja entre la exposición continua al trauma, las exigencias técnicas y éticas de la labor, los factores personales que cada profesional lleva consigo y las condiciones, a veces precarias, de las instituciones donde se ejerce. Reconocer esta complejidad es clave para dejar atrás explicaciones simplistas que responsabilizan solo al individuo y, en cambio, dirigir la mirada hacia las estructuras que configuran su experiencia emocional y profesional.

En primer lugar, los hallazgos teóricos y empíricos permiten comprender que el trauma vicario, el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión y el burnout no son fenómenos separados, sino piezas de un mismo continuo. Cada uno se activa en tiempos distintos y se expresa de manera diferente, pero todos forman parte de un mismo sistema de desgaste. Entenderlos como engranajes que se mueven juntos, como un proceso emocional que avanza y se transforma, facilita la identificación de patrones y abre la puerta a intervenciones más ajustadas a la realidad del trabajo clínico y forense.

Otro punto de análisis fundamental es el papel de los factores organizacionales. Aunque los recursos personales influyen, los mayores predictores de desgaste no dependen de la fortaleza interna, sino del contexto institucional: sobrecarga, falta de supervisión, vínculos laborales inestables y climas organizacionales deteriorados. Cuando estos factores convergen, el impacto emocional del trauma externo encuentra terreno fértil para transformarse en síntomas clínicos, agotamiento profundo o pérdida de sentido profesional. Esto posiciona a las instituciones no como espectadoras, sino como actores con responsabilidad ética y técnica en la prevención del desgaste.

El desgaste emocional también tiene consecuencias directas sobre la calidad de la práctica clínica y forense. En el ámbito clínico, puede deteriorar la empatía, afectar la escucha activa y conducir a intervenciones mecánicas o defensivas. En el ámbito forense, donde la precisión y la imparcialidad son indispensables, el desgaste puede traducirse en errores evaluativos, sesgos no reconocidos, informes menos rigurosos



o dificultad para resistir presiones externas. Esto significa que cuidar al profesional no es un gesto opcional: es una condición necesaria para proteger a los usuarios y garantizar decisiones justas dentro del sistema judicial.

La discusión también deja en evidencia la necesidad de situar el análisis en el contexto latinoamericano. A diferencia de otras regiones donde la violencia interpersonal es menos frecuente, los psicólogos en América Latina trabajan en entornos donde la violencia está normalizada y donde las dinámicas sociopolíticas incrementan el riesgo emocional. Esta doble exposición, vivida en lo cotidiano y relatada en lo profesional, amplifica la vulnerabilidad emocional y exige modelos de intervención adaptados a la región. No basta con importar estrategias desarrolladas en otros países; se requiere construir enfoques que dialoguen con nuestras realidades institucionales, territoriales y culturales.

La precarización laboral emerge como un punto crítico. Muchos profesionales trabajan con contratos temporales, salarios insuficientes, múltiples empleos y sin garantías mínimas de bienestar ocupacional. Estas condiciones restringen el autocuidado y transforman el trabajo emocional en un ejercicio de supervivencia más que en un acompañamiento ético y humano. La precariedad no solo desgasta: también limita la capacidad del psicólogo para sostener procesos complejos y para garantizar su propia seguridad emocional.

La supervisión profesional, ampliamente documentada como un factor protector, aparece como una de las estrategias más relevantes. Sin embargo, en muchos contextos latinoamericanos, la supervisión es escasa, mal vista o entendida como un mecanismo de vigilancia. Reconfigurarla como un espacio de contención, análisis técnico y cuidado emocional es fundamental para prevenir el desgaste y fortalecer la calidad de la práctica.

Finalmente, la discusión resalta el impacto ético del desgaste emocional, especialmente en el campo forense. Cuando un profesional saturado debe tomar decisiones que afectan la vida, la libertad o los derechos de una persona, cualquier distorsión en su juicio puede tener consecuencias profundas. Esto posiciona el bienestar del psicólogo como un imperativo ético, técnico y jurídico. Un profesional emocionalmente agotado no solo sufre él mismo: también puede reproducir injusticias o sesgar procesos que requieren absoluta claridad.

Con base en todo lo anterior, se hace necesario avanzar hacia políticas públicas y protocolos institucionales que reconozcan explícitamente el desgaste emocional como un riesgo laboral. Esto implica integrar indicadores de bienestar en los sistemas de calidad, establecer límites de carga, asegurar acceso a apoyo psicológico,



promover culturas organizacionales colaborativas y fortalecer la formación en competencias emocionales y éticas. Estas medidas no deben entenderse como beneficios opcionales, sino como pilares que sostienen la integridad técnica y humana del ejercicio profesional.

En conjunto, la discusión muestra que cualquier aproximación seria al desgaste emocional debe considerar simultáneamente los factores personales, profesionales, organizacionales y socioculturales. Ignorar cualquiera de estos niveles conduce a intervenciones parciales e insuficientes. El reto consiste en articular estrategias que reconozcan la complejidad del fenómeno y transformen las condiciones que hacen del acompañamiento al trauma una tarea emocionalmente exigente. A partir de esta lectura crítica, las conclusiones sintetizan los hallazgos clave y delinean una agenda de acción posible para la región.

CONCLUSIONES.

El recorrido realizado en este ensayo muestra que trabajar de forma sostenida con violencia y delito sitúa a los psicólogos clínicos y forenses en un escenario de riesgo emocional profundo y permanente. El desgaste que experimentan no es signo de fragilidad ni de incompetencia profesional, sino la consecuencia esperable del contacto reiterado con narrativas traumáticas, de las exigencias técnicas y éticas del rol y de las condiciones institucionales en las que ejercen. En este sentido, el bienestar del psicólogo no puede concebirse como un asunto privado ni como una tarea individual: es un componente estructural de la calidad de la atención y del funcionamiento ético del sistema de justicia.

Los hallazgos permiten entender el desgaste emocional como un proceso complejo que implica transformaciones cognitivas, respuestas fisiológicas intensas, agotamiento empático y deterioro ocupacional. Trauma vicario, estrés traumático secundario, fatiga por compasión y burnout no constituyen entidades aisladas, sino expresiones diferentes de un mismo fenómeno. Mirarlos de manera integrada abre la posibilidad de diseñar estrategias de prevención e intervención más ajustadas a la realidad del trabajo clínico y forense, evitando explicaciones reduccionistas centradas únicamente en el síntoma o en la “fortaleza” individual.

El análisis también confirma el peso decisivo del contexto organizacional. Las instituciones de salud y justicia, especialmente en América Latina, operan con sobrecarga asistencial, tiempos limitados, escasez de recursos, precariedad contractual, ausencia de supervisión sistemática y culturas poco sensibles al cuidado del cuidador. En estas condiciones, el desgaste no es una excepción, sino un resultado previsible. Por ello, no basta con insistir en el autocuidado personal: es



imprescindible intervenir sobre las estructuras laborales que sostienen o erosionan la salud mental de quienes trabajan con trauma.

Desde una perspectiva ética, el impacto del desgaste adquiere especial relevancia en el campo forense. El psicólogo participa en procesos donde están en juego la vida, la libertad y los derechos de las personas, y la saturación emocional puede comprometer su neutralidad, aumentar los sesgos y afectar la prudencia en la toma de decisiones. El bienestar profesional se convierte así en un imperativo ético y jurídico, no solo en una recomendación de autocuidado. Nombrar el desgaste de quienes sostienen el dolor ajeno es también un gesto de justicia hacia esos profesionales cuya afectación permanece, con frecuencia, invisibilizada.

Comprender este fenómeno exige situarlo en el marco latinoamericano. La normalización de la violencia, la fragilidad institucional, la falta de recursos y las inequidades estructurales generan formas de desgaste que no pueden abordarse adecuadamente mediante modelos importados sin ajustes. La región necesita marcos conceptuales propios, guías de intervención situadas y políticas públicas que reconozcan las condiciones históricas, sociales y emocionales en las que se ejerce la psicología clínica y forense.

En este contexto, la noción de resiliencia vicaria ofrece una ampliación necesaria de la mirada. Los psicólogos no solo se exponen al trauma, sino también a la fuerza, la creatividad y la capacidad de reconstrucción de quienes sobreviven a la violencia. Cuando existen espacios de supervisión, acompañamiento y apoyo institucional, este encuentro puede convertirse en fuente real de crecimiento profesional y sentido ético. La resiliencia vicaria no niega el sufrimiento: subraya que su impacto puede desplazarse hacia el daño o hacia la transformación, según el entorno que rodea al profesional.

Las conclusiones de este ensayo plantean la necesidad de una agenda regional que articule investigación, formación e intervención. Se requieren estudios empíricos que cuantifiquen la prevalencia del desgaste en psicólogos clínicos y forenses, investigaciones cualitativas que recuperen sus voces, validación de instrumentos pertinentes al contexto y diseños longitudinales que permitan seguir la evolución del fenómeno. Del mismo modo, es indispensable que la formación universitaria incluya contenidos sobre trauma vicario, regulación emocional, ética aplicada y supervisión avanzada, y que las instituciones implementen protocolos de cuidado del cuidador que contemplen límites de carga, monitoreo del bienestar, acceso a apoyo psicológico y fortalecimiento del clima laboral. Reconocer el desgaste no implica debilidad, sino honestidad frente a las condiciones reales de trabajo y compromiso con la transformación de los entornos que lo hacen posible. Cuidar a



quienes escuchan el dolor del mundo es, en última instancia, una condición mínima para no seguir sosteniendo sistemas contruidos sobre la ruptura silenciosa de sus cuidadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). Treating compassion fatigue. Brunner-Routledge.

Herman, J. L. (2015). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror (2nd ed.). Basic Books.

Knight, C. (2019). Trauma-informed practice and care: Implications for field instruction. *Clinical Social Work Journal*, 47(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0672-8>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351–357). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>

Neumann, M., & Gamble, S. A. (2020). Secondary traumatic stress and burnout in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 29(6), 683–694. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1713994>

Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57–68.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1996). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. W. W. Norton.

Perez, L. M., Jones, J., Englert, D. R., & Sachau, D. (2010). Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25, 113–124. <https://doi.org/10.1007/s11896-010-9066-7>

Pérez-Testor, C., & Mercadal-Brotons, M. (2017). Emotional fatigue and burnout in



- clinical and forensic psychologists: A systematic review. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 146–155. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2830>
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174. <https://doi.org/10.1023/A:1022899207206>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43–68). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_4
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual. ProQOL.org.
- Trippany, R. L., Kress, V. E., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselor should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31–37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale–Revised (IES-R). In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- Wolfe, J., & Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192–238). Guilford Press.
- Zerach, G. (2013). Secondary traumatization and burnout in military mental health clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 523–531. <https://doi.org/10.1002/jclp.21947>





SALUD MENTAL INFANTIL Y BIENESTAR COMUNITARIO EN LA AMAZONÍA: UNA MIRADA DESDE EL DESARROLLO HUMANO

CHILDREN'S MENTAL HEALTH AND COMMUNITY WELL-BEING IN THE AMAZON: A PERSPECTIVE FROM HUMAN DEVELOPMENT

CARLOS ANDRÉS BAHAMÓN CALDERÓN¹

<http://orcid.org/0009-0006-1341-2292>



ca.bahamon@udla.edu.co

¹Universidad de la Amazonia.

RESUMEN

El presente artículo de reflexión analiza la salud mental infantil en contextos amazónicos desde una perspectiva de desarrollo humano y bienestar comunitario. Se propone que la salud mental de los niños no puede entenderse solo desde categorías clínicas o biomédicas, sino como un proceso relacional y cultural que integra factores familiares, comunitarios y territoriales. A partir de una revisión de literatura reciente, se argumenta que el bienestar psicológico infantil está profundamente ligado a las dinámicas sociales y ecológicas del territorio amazónico, donde las redes comunitarias, los saberes ancestrales y las condiciones socioambientales configuran las experiencias emocionales de la infancia. La reflexión articula cuatro ejes: (1) salud mental y desarrollo humano; (2) bienestar infantil en contextos interculturales; (3) comunidad y territorio como factores protectores; y (4) desafíos para la práctica psicológica y educativa en regiones amazónicas. Se concluye que fortalecer la salud mental infantil en estos territorios implica reconocer la diversidad cultural, promover la participación infantil y construir políticas públicas sensibles al contexto local. Este enfoque contribuye al avance de una psicología intercultural y comunitaria comprometida con el bienestar integral de la infancia amazónica.

Cómo citar:

Fecha Recibido: 04/01/2026 **Fecha Aceptado:** 11/04/2026 **Fecha Publicado:** 29/05/2026

Bahamón Calderón, C. A. (2026). Salud mental infantil y bienestar comunitario en la Amazonía: una mirada desde el Desarrollo Humano. Salud & Bien-Estar de la Amazonia. Vol. 2(1). ppt. 103-118



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).

PALABRAS CLAVES:

Salud Mental Infantil; Bienestar Comunitario; Desarrollo Humano; Infancia Amazónica; Psicología Intercultural.

ABSTRACT

This reflective article examines child mental health in Amazonian contexts from a human development and community well-being perspective. It argues that children's mental health cannot be understood solely through clinical or biomedical categories, but as a relational and cultural process that integrates family, community, and territorial factors. Based on a review of recent literature, the article posits that children's psychological well-being is deeply connected to the social and ecological dynamics of the Amazon, where community networks, ancestral knowledge, and environmental conditions shape emotional experiences in childhood. The reflection articulates four main themes: (1) mental health and human development; (2) child well-being in intercultural contexts; (3) community and territory as protective factors; and (4) challenges for psychological and educational practice in Amazonian regions. It concludes that promoting child mental health in these territories requires recognizing cultural diversity, fostering child participation, and designing public policies sensitive to local realities. This approach contributes to the advancement of an intercultural and community psychology committed to the integral well-being of Amazonian childhood.

KEYWORDS:

Child Mental Health; Community Well-Being; Human Development; Amazonian Childhood; Intercultural Psychology.



Introducción

En las últimas décadas, la salud mental infantil se ha consolidado como un campo prioritario dentro de la psicología, la salud pública y las ciencias sociales, en tanto constituye un componente fundamental del desarrollo humano y del bienestar colectivo. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud han señalado que el bienestar psicológico de niños y niñas no depende exclusivamente de factores individuales o biológicos, sino de la interacción dinámica entre condiciones familiares, educativas, comunitarias y estructurales que configuran sus entornos de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Esta perspectiva ha impulsado el tránsito desde modelos clínicos centrados en el déficit hacia enfoques integrales que reconocen la influencia de los contextos sociales, culturales y territoriales en la salud mental infantil (Patel et al., 2018; Barry et al., 2019).

En regiones como la Amazonía, esta discusión adquiere una relevancia particular debido a la convergencia de múltiples desigualdades históricas y contemporáneas que inciden directamente en el bienestar infantil. El territorio amazónico se caracteriza por procesos de extractivismo, conflictividad socioambiental, desplazamientos forzados, pérdida de prácticas culturales y limitada presencia estatal, condiciones que configuran escenarios de vulnerabilidad estructural para niños y niñas (Oliveira & Tassigny, 2020; Porto-Gonçalves, 2020; García & Fleury, 2023). Estas dinámicas no solo afectan las condiciones materiales de vida, sino que impactan profundamente los vínculos comunitarios, los procesos de socialización y las experiencias subjetivas de la infancia.

No obstante, reducir la Amazonía a un espacio de carencias implica desconocer la existencia de potentes recursos simbólicos, culturales y relacionales que actúan como factores protectores del bienestar infantil. Diversos estudios en contextos latinoamericanos han evidenciado que la cohesión comunitaria, las redes de cuidado intergeneracional, la centralidad del territorio y los saberes ancestrales contribuyen a la construcción de sentidos de pertenencia, resiliencia y agencia en la infancia (Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022; Kirmayer et al., 2022). Desde esta perspectiva, la salud mental infantil no puede comprenderse de manera aislada, sino como un proceso relacional y situado, estrechamente vinculado al tejido social y cultural en el que los niños se desarrollan.

El enfoque de desarrollo humano ofrece un marco analítico pertinente para abordar estas complejidades, al concebir el bienestar como la ampliación de capacidades, libertades y oportunidades para llevar una vida digna y significativa (Nussbaum, 2020; Robeyns, 2019). Aplicado a la infancia, este enfoque reconoce a niños y niñas como sujetos de derechos y actores sociales con capacidad de agencia, cuya salud



mental se expresa no solo en la ausencia de malestar, sino en su posibilidad de participar, ser escuchados y construir proyectos de vida en interacción con otros. En contextos amazónicos, esta mirada implica reconocer la interdependencia entre individuo, comunidad y territorio, así como la diversidad cultural como un componente constitutivo del bienestar.

En el contexto colombiano, los desafíos asociados a la salud mental infantil se ven agravados por las brechas en el acceso a servicios especializados en zonas rurales y por la escasa adecuación cultural de muchas políticas públicas e intervenciones psicosociales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023; Restrepo & Jaramillo, 2020). A ello se suma la limitada producción investigativa que articule los aportes de la psicología del desarrollo con las realidades amazónicas, lo que evidencia la necesidad de enfoques comunitarios e interculturales que integren la participación activa de familias, docentes, líderes sociales y comunidades indígenas en los procesos de cuidado y crianza.

En este marco, el presente artículo de reflexión tiene como propósito analizar la salud mental infantil en contextos amazónicos desde una perspectiva de desarrollo humano y bienestar comunitario. Se parte de la premisa de que el bienestar psicológico de niños y niñas está profundamente condicionado por la calidad de las relaciones sociales, la participación comunitaria y el equilibrio ecológico del territorio que habitan. A partir de una revisión crítica de aportes teóricos y empíricos recientes, se reflexiona sobre factores de riesgo y protección, y se discuten implicaciones para la psicología, la educación y las políticas públicas, con el fin de contribuir a una comprensión más integral, situada e intercultural de la salud mental infantil en la Amazonía.

MARCO CONCEPTUAL

Salud mental infantil: una perspectiva integral

La salud mental infantil ha dejado de entenderse exclusivamente como la ausencia de trastornos psicológicos para ser concebida como un proceso dinámico que involucra el bienestar emocional, relacional y social de niños y niñas a lo largo de su desarrollo. En este sentido, los enfoques contemporáneos subrayan que la salud mental se construye en interacción con los entornos familiares, escolares, comunitarios y culturales, y no puede desligarse de las condiciones estructurales en las que transcurre la vida cotidiana (Barry et al., 2019; Herrman et al., 2022). Esta perspectiva ha permitido superar visiones reduccionistas centradas en el individuo, incorporando dimensiones sociales y contextuales que resultan especialmente relevantes en escenarios de desigualdad.



Desde la psicología del desarrollo y la salud pública, se reconoce que las experiencias tempranas, la calidad de los vínculos afectivos y las oportunidades de participación social influyen de manera decisiva en la configuración del bienestar psicológico infantil (Panter-Brick, 2019; Rees et al., 2022). Así, factores como la seguridad emocional, el sentido de pertenencia y el reconocimiento social adquieren un papel central en la promoción de la salud mental, particularmente en contextos donde los niños enfrentan múltiples riesgos sociales y ambientales. Esta comprensión amplia resulta clave para analizar realidades complejas como las de la Amazonía, donde los determinantes sociales de la salud adquieren expresiones específicas.

Por tanto, analizar la salud mental infantil en contextos amazónicos requiere trascender la visión individualista y avanzar hacia una comprensión **ecológica y comunitaria** del bienestar psicológico.

Bienestar psicológico y desarrollo humano

El enfoque de desarrollo humano, especialmente a partir de la perspectiva de las capacidades, ofrece un marco conceptual robusto para comprender la salud mental infantil más allá de indicadores clínicos o conductuales. Desde esta mirada, el desarrollo se define como la expansión de las libertades reales que las personas tienen para ser y hacer aquello que valoran, lo cual implica considerar tanto las oportunidades disponibles como las condiciones sociales que las posibilitan o limitan (Nussbaum, 2020; Robeyns, 2019). En la infancia, este enfoque resalta la importancia de crear entornos que favorezcan el florecimiento de capacidades emocionales, relacionales y participativas.

Diversos autores han subrayado que aplicar el enfoque de capacidades a la niñez implica reconocer a niños y niñas como sujetos de derechos en el presente, y no únicamente como futuros adultos en formación (Biggeri et al., 2019). Desde esta perspectiva, la salud mental infantil se relaciona con la posibilidad de experimentar bienestar, expresar emociones, construir vínculos significativos y participar activamente en la vida comunitaria. En contextos amazónicos, donde las oportunidades están mediadas por dinámicas territoriales y culturales particulares, el desarrollo humano debe ser analizado de manera situada, reconociendo la interdependencia entre individuo, comunidad y entorno natural.

Desde esta mirada, promover el bienestar infantil en territorios amazónicos requiere fortalecer las capacidades emocionales y sociales de los niños, así como las condiciones comunitarias y ecológicas que sustentan su desarrollo integral.



Enfoque intercultural y comunitario en salud mental

La psicología intercultural y la salud comunitaria proponen comprender la salud mental como una construcción social situada, atravesada por significados culturales, cosmovisiones y prácticas locales (Gaitán & Liebel, 2021; Restrepo & Jaramillo, 2020). A partir de esto, diversos estudios muestran que los saberes ancestrales, los rituales de sanación y las formas comunitarias de cuidado constituyen recursos psicosociales que fortalecen la identidad colectiva y el equilibrio emocional (Ramos-Zayas, 2020; Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022). En el caso de la Amazonía, esta perspectiva adquiere especial relevancia, pues las concepciones indígenas y campesinas sobre el bienestar, la crianza y la enfermedad difieren profundamente de los modelos biomédicos occidentales.

El enfoque comunitario enfatiza la participación activa de las familias, escuelas y organizaciones locales en la promoción de la salud mental. No se trata únicamente de intervenir en situaciones de riesgo, sino de crear entornos protectores y afectivos que reconozcan la voz de la infancia como parte esencial de la toma de decisiones (Percy-Smith, 2021; Cunha, 2022). En consecuencia, la salud mental infantil en la Amazonía debe ser entendida como un fenómeno **relacional, intercultural y ecológicamente interdependiente**, donde el bienestar individual se nutre del bienestar colectivo y de la armonía con el territorio.

Reflexión central: factores, procesos y tensiones en la salud mental infantil amazónica

Como se ha mencionado previamente, la salud mental infantil en contextos amazónicos debe pensarse como un fenómeno relacional y situado: no se trata únicamente de síntomas individuales o diagnósticos clínicos, sino de la forma en que los niños experimentan, expresan y gestionan sus afectos en una trama social, cultural y ecológica particular. Desde esta perspectiva, es posible distinguir —sin perder su interdependencia— (a) factores protectores; (b) factores de riesgo; (c) el papel de la familia y la comunidad como mediadores; y (d) las tensiones entre modelos biomédicos y saberes locales. Cada uno de estos ejes aporta elementos clave para comprender cómo promover el bienestar infantil en la Amazonía.

Factores protectores: redes, saberes y vínculo territorial

La evidencia reciente muestra que las redes comunitarias y los saberes ancestrales constituyen potentes factores protectores frente a adversidades que afectarían la salud mental infantil (Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022; García & Fleury, 2023). La pertenencia a grupos comunitarios, la transmisión de relatos y prácticas rituales, y la



socialización intergeneracional fortalecen la identidad y la autoestima de los niños, elementos centrales para la resiliencia psicológica.

Además, la relación cotidiana con el territorio —la selva, los ríos, los ciclos de la naturaleza— ofrece marcos simbólicos y prácticas de cuidado que estructuran la experiencia emocional infantil de maneras difíciles de reproducir fuera de esos entornos. En muchos pueblos amazónicos, los niños participan tempranamente en actividades productivas y ceremoniales que les otorgan sentido de eficacia y pertenencia colectiva, aspectos que la literatura sobre desarrollo humano identifica como esenciales para el florecimiento de capacidades personales y sociales (Biggeri et al., 2019; Nussbaum, 2020).

Por tanto, cualquier estrategia de promoción de la salud mental debe valorar y potenciar esos recursos comunitarios y territoriales: no como “complementos” a intervenciones biomédicas, sino como ejes centrales de programas que busquen sostener el bienestar psicosocial infantil en clave intercultural.

Factores de riesgo: desigualdad, extractivismo y desarraigo

Simultáneamente, la Amazonía enfrenta procesos estructurales que ponen en riesgo la salud mental de la infancia. El extractivismo, la deforestación, la contaminación de ríos y la pérdida de prácticas productivas tradicionales generan estrés ecológico y quebrantes en las fuentes de sentido comunitario (García & Fleury, 2023; Oliveira & Tassigny, 2020). Estos fenómenos suelen ir acompañados de desplazamientos, rupturas familiares y pobreza material, condiciones que incrementan la vulnerabilidad psicológica infantil y limitan la disponibilidad de apoyos sociales.

A nivel psicosocial, la exposición a violencia, pérdida de referentes culturales o la estigmatización de las poblaciones indígenas y rurales suelen traducirse en ansiedad, conductas somáticas y problemas de adaptación escolar en niñas y niños, por lo tanto, resulta importante enfatizar que estos efectos no son solo directos (trauma, inseguridad), sino también simbólicos: la erosión de modos de vida reduce las oportunidades para que los niños construyan proyectos de futuro compartidos, factor que investigaciones en bienestar subjetivo muestran como determinante de la salud mental (Casas & González-Carrasco, 2019).

Familia y comunidad: mediación, cuidado y autoridad compartida

La familia y la comunidad actúan como mediadores críticos entre las condiciones estructurales y la experiencia subjetiva del niño. En contextos amazónicos, los arreglos de crianza suelen ser colectivos —la responsabilidad por el cuidado se



reparte entre abuelos, tíos y vecinos—, lo que puede generar redes de protección emocional más densas que las observadas en contextos altamente individualizados (Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022). Estas prácticas de cuidado colectivo facilitan la regulación emocional y la contención, elementos protectores frente al estrés y la adversidad.

No obstante, la capacidad protectora de la comunidad depende de su fortaleza institucional y económica: cuando las comunidades están fragmentadas por la violencia o la migración, ese capital social disminuye, exponiendo a los niños a mayores riesgos (Percy-Smith, 2021; Oliveira & Tassigny, 2020). Así, las intervenciones eficaces deben fortalecer no solo competencias individuales (habilidades socioemocionales), sino también los lazos comunitarios y las prácticas locales de crianza.

Tensión epistemológica: modelos biomédicos vs. saberes locales

Un desafío recurrente es la tensión epistemológica entre modelos biomédicos de salud mental y las concepciones locales de bienestar. Mientras la psicología clínica tiende a priorizar diagnósticos y tratamientos estandarizados, muchas comunidades amazónicas interpretan los malestares en términos relacionales, espirituales o ecológicos, proponiendo rituales, mediaciones comunitarias y sanación colectiva (Gaitán & Liebel, 2021; Ramos-Zayas, 2020).

La imposición exclusiva de protocolos clínicos puede producir efectos contraproducentes: deslegitimar saberes locales, generar desconfianza y reducir la adherencia a programas de salud. Por ello, los enfoques interculturales recomiendan modelos integrados que respeten la autonomía comunitaria y articulen prácticas biomédicas con formatos de acompañamiento culturalmente significativos (Cunha, 2022). Este tipo de diálogo epistemológico exige humildad investigativa y políticas que reconozcan la pluralidad de legitimidades sobre el cuidado infantil.

La agencia infantil: participación como componente de salud

Uno de los aportes más relevantes de los estudios contemporáneos sobre infancia ha sido el reconocimiento de la agencia infantil como un componente central del desarrollo y del bienestar psicológico. Lejos de concebir a los niños como receptores pasivos de protección o intervención, la literatura actual los entiende como actores sociales capaces de interpretar, negociar y transformar sus realidades cotidianas, aun en contextos de vulnerabilidad (Abebe, 2019; Percy-Smith, 2021). Esta noción de agencia resulta fundamental para analizar la salud mental infantil desde una perspectiva relacional y comunitaria.



En América Latina, y particularmente en territorios amazónicos, la agencia infantil se expresa en prácticas colectivas, formas de participación comunitaria y vínculos intergeneracionales que desafían modelos individualistas del desarrollo (Gaitán & Liebel, 2021; Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022). Reconocer estas formas de participación implica ampliar los marcos conceptuales desde los cuales se evalúa el bienestar infantil, incorporando criterios culturales y comunitarios que trascienden estándares universalistas. En este sentido, la salud mental se vincula estrechamente con el reconocimiento social, la escucha activa y la validación de las voces infantiles en los espacios donde se toman decisiones que afectan sus vidas.

Consideraciones metodológicas y éticas para investigar la salud mental infantil en la Amazonía

Investigar salud mental infantil en contextos amazónicos obliga a repensar métodos convencionales. Las aproximaciones participativas, etnográficas y colaborativas se muestran más pertinentes que los estudios puramente instrumentales: utilizan técnicas visuales, relatos orales y herramientas creativas que respetan las expresiones locales (Gaitán & Liebel, 2021; Nieuwenhuys, 2020). Éticamente, los estudios deben garantizar consentimiento informado adaptado culturalmente, protección de datos sensibles y retorno de resultados a las comunidades como parte de un compromiso recíproco.

Además, es crucial balancear la necesidad de generar evidencia sistemática con el riesgo de “extractivismo” investigativo: las comunidades no deben ser meras fuentes de datos, sino co-productoras de conocimiento y beneficiarias directas de la investigación.

La reflexión anterior subraya que la promoción de la salud mental infantil en la Amazonía no depende únicamente de intervenciones clínicas, sino de políticas y prácticas que fortalezcan tejido comunitario, reconozcan saberes locales y habiliten la participación infantil. A partir de estos elementos, la siguiente sección desarrolla implicaciones prácticas concretas para la psicología, la educación y las políticas públicas, orientadas a construir programas interculturales, preventivos y sostenibles en el territorio amazónico.

Implicaciones prácticas

La comprensión integral de la salud mental infantil en la Amazonía, sustentada en los aportes del desarrollo humano, la psicología comunitaria y la interculturalidad, permite derivar implicaciones relevantes para la intervención profesional, las prácticas educativas y la formulación de políticas públicas. Estas implicaciones



no se limitan a la prevención de trastornos, sino que apuntan a **transformar las condiciones sociales y culturales que sostienen el bienestar psicológico infantil**, reconociendo la agencia de los niños y la riqueza de los saberes locales.

Implicaciones para la psicología infantil y comunitaria

En el campo de la psicología, resulta imprescindible avanzar hacia modelos **ecopsicológicos e interculturales** que conciban la salud mental como una experiencia vinculada al territorio, la cultura y las relaciones sociales (Gaitán & Liebel, 2021; Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022). Esto implica reconfigurar las prácticas de evaluación, diagnóstico y acompañamiento psicológico para adaptarlas a los contextos amazónicos.

Por ejemplo, los instrumentos clínicos deben complementarse con metodologías participativas y narrativas que permitan comprender los significados culturales del malestar emocional y los recursos comunitarios de afrontamiento (Cunha, 2022; Nieuwenhuys, 2020). Asimismo, las intervenciones terapéuticas podrían incorporar mediaciones simbólicas —como el arte, la música, los relatos tradicionales o los rituales de sanación— que fortalecen el sentido de identidad y pertenencia de los niños.

Otra implicación clave radica en **formar psicólogos con sensibilidad territorial y competencia intercultural**. Las universidades y programas de salud mental deben incluir en sus currículos prácticas de campo en comunidades rurales e indígenas, donde los futuros profesionales aprendan a dialogar con otros saberes, reconocer la diversidad cultural y trabajar desde un enfoque de derechos. La salud mental infantil, en este marco, se entiende como un proceso comunitario y colectivo, no exclusivamente individual.

Implicaciones para la educación y las mediaciones pedagógicas

El sistema educativo tiene un papel fundamental en la promoción del bienestar psicológico infantil. La escuela amazónica no puede limitarse a reproducir modelos pedagógicos urbanos o eurocéntricos; necesita convertirse en un espacio de encuentro intercultural y emocionalmente seguro, donde los niños se reconozcan como sujetos de voz y pertenencia (Oliveira & Tassigny, 2020; Percy-Smith, 2021). Promover la participación activa de los niños en el aula, reconocer sus saberes y experiencias, y fortalecer el vínculo entre escuela, familia y comunidad contribuye a generar climas escolares más inclusivos y emocionalmente seguros.

Esto demanda fortalecer la formación socioemocional del profesorado, fomentar



prácticas de educación intercultural bilingüe y promover proyectos pedagógicos que integren el arte, el juego y la relación con la naturaleza como ejes del desarrollo emocional. Las experiencias exitosas en educación amazónica muestran que cuando los niños aprenden desde su entorno y cultura, desarrollan mayor autoestima, sentido de agencia y capacidad de autorregulación (Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022; García & Fleury, 2023).

Además, la escuela puede funcionar como un centro de salud mental comunitaria, al ofrecer espacios de contención emocional, orientación familiar y acompañamiento psicosocial. Para ello, es esencial articular los equipos docentes con profesionales de la salud, líderes comunitarios y organizaciones locales, conformando redes de apoyo sostenibles que prioricen el bienestar integral de la infancia.

Lejos de medicalizar las dificultades escolares o emocionales, el enfoque propuesto invita a comprenderlas como expresiones de dinámicas sociales y culturales más amplias, promoviendo respuestas educativas integrales y preventivas.

Implicaciones para las políticas públicas y la gestión comunitaria

Desde el ámbito de las políticas públicas, este análisis subraya la necesidad de diseñar estrategias de salud mental infantil que reconozcan las particularidades territoriales de la Amazonía y promuevan la participación activa de las comunidades. Las políticas centradas exclusivamente en modelos urbanos o biomédicos tienden a ser insuficientes y poco sostenibles en contextos rurales y culturalmente diversos (Herrman et al., 2022).

Incorporar la voz de los niños y de las comunidades en la formulación de programas de salud mental permite avanzar hacia modelos más democráticos y efectivos, alineados con el enfoque de derechos y desarrollo humano. Esto incluye fortalecer servicios de atención primaria en salud con un enfoque comunitario, apoyar iniciativas locales de cuidado infantil y promover acciones intersectoriales que articulen salud, educación, ambiente y protección social.

Así como reconocer la estrecha relación entre bienestar infantil y territorio implica que las políticas públicas deben considerar la protección ambiental y la defensa del territorio como componentes fundamentales de la salud mental. En contextos amazónicos, la sostenibilidad ecológica no es un asunto ajeno a la infancia, sino una condición esencial para garantizar el desarrollo humano y el bienestar psicológico de las generaciones presentes y futuras (Porto-Gonçalves, 2020; Santos, 2021).

Por último, los gobiernos locales y nacionales deben fomentar el diálogo intersectorial



entre salud, educación, cultura y ambiente, promoviendo programas integrados de bienestar infantil que reconozcan la interdependencia entre territorio, subjetividad y salud mental.

Síntesis integradora

Las implicaciones prácticas derivadas de este análisis convergen en una idea central: la salud mental infantil en la Amazonía no puede promoverse desde fuera del territorio ni desconectada de su tejido cultural. Las intervenciones psicológicas, educativas y políticas deben dialogar con los saberes locales, fortalecer la comunidad y propiciar la participación activa de los niños en la construcción de su propio bienestar. Solo así será posible avanzar hacia una psicología y una salud pública contextualizadas, equitativas y sostenibles, coherentes con el paradigma del desarrollo humano y con las realidades de la Amazonía contemporánea.

Desafíos y líneas de investigación futura

El estudio de la salud mental infantil en contextos amazónicos —desde una perspectiva intercultural y de desarrollo humano— enfrenta una serie de desafíos teóricos, metodológicos y prácticos que deben ser considerados para avanzar hacia una comprensión más integral, situada y ética del fenómeno. Reconocer estos retos implica asumir que los modelos tradicionales de salud mental, basados en paradigmas biomédicos y urbanos, resultan insuficientes para comprender la complejidad de las experiencias infantiles amazónicas. En consecuencia, se requiere una agenda investigativa que articule los saberes locales, las epistemologías del Sur y las voces de los propios niños como fuentes legítimas de conocimiento (Santos, 2021; Gaitán & Liebel, 2021).

Desafíos teóricos

Uno de los principales retos teóricos consiste en descolonizar los marcos conceptuales de la salud mental infantil, reconociendo la coexistencia de múltiples epistemologías y formas de bienestar. La investigación contemporánea ha mostrado que las nociones occidentales de salud, sufrimiento o desarrollo no siempre se corresponden con las comprensiones locales de los pueblos amazónicos, donde el equilibrio espiritual, la conexión con la naturaleza y la vida comunitaria son dimensiones fundamentales del bienestar (Fleuri & Rossetti-Ferreira, 2022; García & Fleury, 2023).

De esta manera, es urgente repensar la salud mental no como un estado individual, sino como una experiencia relacional, ecológica y culturalmente mediada. Las



futuras investigaciones deberían avanzar hacia la construcción de modelos teóricos que integren la subjetividad, la ecología y la cultura como componentes inseparables del desarrollo humano en la infancia (Abebe & Ofosu-Kusi, 2020; Percy-Smith, 2021).

Desafíos metodológicos

A nivel metodológico, persiste la necesidad de desarrollar estrategias de investigación participativas y sensibles al contexto, que permitan escuchar y visibilizar las voces infantiles sin imponer categorías externas. La mayoría de los estudios sobre salud mental en la Amazonía continúan utilizando metodologías extractivas o centradas en el investigador, sin garantizar la participación activa de las comunidades.

Se requiere avanzar hacia enfoques colaborativos, etnográficos y decoloniales, en los que los niños, las familias y los líderes comunitarios sean coautores del proceso investigativo (Gaitán & Liebel, 2021; Nieuwenhuys, 2020). Además, es importante incorporar técnicas creativas —dibujos, relatos orales, fotografía participativa o cartografías emocionales— que permitan explorar los significados locales del bienestar psicológico infantil (Cunha, 2022). Estas herramientas no solo fortalecen la validez cultural de los estudios, sino que también devuelven a la investigación un carácter emancipador y ético.

Desafíos prácticos y políticos

En el plano práctico, uno de los mayores desafíos es traducir los hallazgos académicos en acciones concretas que transformen la vida de los niños y sus comunidades. A pesar del aumento de estudios sobre infancia y salud mental en América Latina, aún existe una brecha significativa entre el conocimiento producido y las políticas públicas implementadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Por ello, las investigaciones futuras deben articularse con procesos comunitarios y políticas territoriales, generando evidencia útil para el diseño de programas de prevención, acompañamiento emocional y educación intercultural. De igual manera, se hace necesario fortalecer la capacidad institucional en las regiones amazónicas, garantizando recursos y formación a los equipos locales que trabajan con infancia y salud mental (Ramos-Zayas, 2020; López & Küper, 2019).

El desafío político consiste en posicionar la salud mental infantil como un eje central del desarrollo sostenible, entendiendo que el bienestar de los niños refleja la salud social, ambiental y cultural de sus territorios.



Líneas de investigación futura

A partir de estos desafíos, se proponen las siguientes líneas de investigación que podrían orientar nuevos trabajos interdisciplinarios en el campo de la salud mental y el desarrollo humano amazónico:

1. **Subjetividad, identidad y bienestar infantil amazónico:** estudios longitudinales que exploren cómo los niños construyen su sentido de sí mismos y su bienestar emocional en relación con el territorio, la familia y la cultura.
2. **Ecopsicología y salud mental territorial:** investigaciones sobre el impacto psicológico de la degradación ambiental, la deforestación y la pérdida de biodiversidad en la infancia amazónica.
3. **Educación emocional e interculturalidad:** desarrollo de programas educativos que integren saberes locales y enfoques psicoeducativos para fortalecer la resiliencia y la agencia infantil.
4. **Participación infantil en políticas de salud:** análisis de experiencias en las que los niños contribuyan activamente a la formulación, seguimiento o evaluación de programas de salud mental comunitaria.
5. **Metodologías creativas y decoloniales:** implementación de métodos visuales, artísticos y narrativos que prioricen la voz de los niños y promuevan la investigación como acto de reconocimiento cultural.

Estas líneas de investigación futura no solo apuntan a llenar vacíos académicos, sino que también expresan un compromiso ético con la equidad y la justicia epistémica, al situar a la infancia amazónica como fuente legítima de conocimiento y transformación social.

CONCLUSIÓN GENERAL

Reflexionar sobre la salud mental infantil en contextos amazónicos desde una perspectiva de desarrollo humano implica asumir un desafío epistemológico y ético: reconocer que el bienestar de los niños no puede separarse del bienestar del territorio, de la comunidad y de la cultura que los cobija. A diferencia de las visiones reduccionistas que conciben la salud mental como un asunto clínico o individual, este enfoque la entiende como una experiencia relacional, interdependiente y situada, en la que las emociones, la identidad y la agencia infantil emergen en diálogo constante con los ecosistemas sociales y naturales que conforman la Amazonía.



El análisis desarrollado evidencia que la subjetividad y el bienestar infantil son dimensiones profundamente interconectadas con factores culturales, educativos y ambientales. Los niños amazónicos construyen su mundo emocional en interacción con la naturaleza, las narrativas orales, las prácticas comunitarias y las tensiones derivadas de procesos globales como el cambio climático, la desigualdad o el extractivismo (García & Fleury, 2023; Bordonaro & Payne, 2021). Comprender estos procesos exige trascender los marcos hegemónicos de la psicología del desarrollo y avanzar hacia una psicología intercultural, crítica y decolonial, que reconozca las formas diversas en que las comunidades definen y practican el bienestar.

Asimismo, la reflexión subraya la urgencia de articular los esfuerzos de investigación, política pública y acción comunitaria en torno a un mismo propósito: colocar la voz de la infancia en el centro de la construcción del desarrollo humano sostenible. Los niños no son meros beneficiarios de programas sociales, sino actores con capacidad de interpretar, transformar y cuidar su entorno. Escuchar sus experiencias, emociones y significados constituye una vía para repensar las políticas de salud mental y educación desde una perspectiva más justa, participativa y contextualizada (Abebe, 2019; Percy-Smith, 2021).

Finalmente, se propone entender la salud mental infantil en la Amazonía como un proyecto colectivo y ecológico, que vincula la subjetividad con la sostenibilidad, la cultura y los derechos humanos. Este paradigma no solo amplía los horizontes del conocimiento psicológico, sino que también orienta la acción hacia una ética del cuidado mutuo entre seres humanos y naturaleza. De esta manera, el bienestar infantil se convierte en un indicador del equilibrio social y ecológico de toda la región, y su fortalecimiento, en una tarea común de la academia, el Estado y las comunidades amazónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abebe, T. (2019). Reconceptualising children's agency as interdependent and relational. *Childhood*, 26(3), 317–331. <https://doi.org/10.1177/0907568219836730>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2019). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people. *BMC Public Health*, 19(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7400-1>
- Biggeri, M., Ballet, J., & Comim, F. (2019). Children and the capability approach. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-89999-0>
- Casas, F., & González-Carrasco, M. (2019). Subjective well-being and children's



- voices in worldwide surveys. *Child Indicators Research*, 12(2), 791–817. <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9547-0>
- Fleuri, R. M., & Rossetti-Ferreira, M. C. (2022). Children's protagonism in intercultural contexts: Reflections from Latin America. *Global Studies of Childhood*, 12(2), 110–122. <https://doi.org/10.1177/20436106221091858>
- Gaitán, L., & Liebel, M. (2021). Niños y niñas como sujetos de derechos: Perspectivas críticas y metodológicas. Dykinson.
- García, M., & Fleury, L. C. (2023). Childhood and environmental justice in Amazonian communities. *Journal of Latin American Cultural Studies*, 32(1), 45–63. <https://doi.org/10.1080/13569325.2023.2167890>
- Liebel, M. (2020). *Decolonizing childhoods: From exclusion to dignity*. Policy Press.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos de política pública para la salud mental en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Nussbaum, M. C. (2020). *The capabilities approach*. Cambridge University Press.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Ramos-Zayas, A. Y. (2020). *Parenting empathy and the politics of race: Families in pursuit of multiracial democracy*. Duke University Press.
- Rizzini, I., & Melton, G. B. (2020). Globalisation and children's rights: The promise of comparative childhoods. *Childhood*, 27(4), 451–467. <https://doi.org/10.1177/0907568220951053>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

