



## CAPÍTULO 3

# CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POR SU PAREJA

*Evelyn Tatiana Cucuyame Jaramillo*<sup>5</sup>  
*María del Carmen Martínez Cardona*<sup>6</sup>  
*Marcela Rosero Pérez*<sup>7</sup>  
*Natalia Barberena Borja*<sup>8</sup>

## INTRODUCCIÓN

La violencia es definida como cualquier relación por medio de la cual, un individuo o grupo social, afecte la integridad física, psicológica o social del otro (Quiñones y Arias, 2011). Con respecto a la

---

<sup>5</sup> Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0001-5597-8354>

<sup>6</sup> Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0001-9108-4702>

<sup>7</sup> Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0003-4713-9555>

<sup>8</sup> Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0002-7708-3225>

### **Cita este capítulo**

---

Cucuyame Jaramillo, E. T.; Martínez Cardona, M.; Rosero Pérez, M. & Barberena Borja, N. (2018). Caracterización sociodemográfica en mujeres víctimas de violencia por su pareja. En: Rosero Pérez, M. y Javier Ordóñez, E. (comp.). *Experiencias significativas en la psicología de hoy. Clínica, educación y ciudad*. (pp. 57-70). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. DOI: <https://doi.org/10.35985/9789585522343.3>

violencia contra la mujer, o maltrato en las relaciones de pareja, se puede indicar que ha sido una problemática que ha prevalecido en diferentes sociedades, religiones y posturas políticas y económicas a lo largo de la historia de la humanidad. La violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja se ha producido por múltiples causas, su incidencia es mayor en determinadas características sociodemográficas y por esto, el presente trabajo tiene por objeto presentar los diferentes aspectos que ilustran algunas investigaciones que explican la violencia de pareja y los factores de riesgo sociodemográfico que han sido detectados en la investigación y que pueden explicar este fenómeno.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), en su informe manifiesta que casi un tercio (30%) de las mujeres del mundo que han tenido una relación de pareja, ha sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. En Colombia dentro de los tipos de violencia más comunes está la violencia intrafamiliar y lo sigue siendo según el Instituto Nacional de Medicina Legal (2016), además refiere un notable incremento en el último año, con un total de 50.707 casos, donde el 40% de las víctimas fueron mujeres entre los 30 y 80 años de edad.

La mayoría de estos casos se registran por violencia entre parejas y su principal agresor, en un 90%, son los hombres. Es por ello que la premisa retomada en el presente artículo como punto central de abordaje, será la violencia en pareja (VP). Esta es definida como uno de los tipos de violencia más graves a nivel interpersonal, por medio de la cual se destacan patrones de conducta del victimario hacia su víctima como lo son, las agresiones sexuales, el acoso sistemático y amenazante, extorsión económica, entre otros (Pueyo, López & Álvarez, 2008). A la vez, dicho tipo de agresión logra repercutir en diferentes facetas de la víctima, en ámbitos familiares, domésticos y sociales.

En Colombia, según las cifras del Instituto de Medicina Legal, en referencia del Centro de Referencia Nacional (2015), se evidencian un incremento en las cifras de violencia contra la mujer desde el 2015 y señaló que entre enero y febrero de ese año, 735 niñas y mujeres adolescentes fueron víctimas de violencia por parte de un familiar o cuidador y 6.269 fueron víctimas de violencia de pa-

reja. 126 mujeres han sido víctimas de homicidio; 2.631 acudieron al Instituto para ser valoradas por un presunto delito sexual, en el marco de la violencia intrafamiliar.

En el año 2016 según el mismo instituto, la violencia intrafamiliar tuvo un incremento superior al 20%. En total, se registraron 49.712 casos, entre los cuales las más afectadas (9.544 casos) fueron las mujeres entre 20 y 24 años. En el análisis realizado se encontró que las mujeres que viven en unión libre son las principales víctimas de la violencia intrafamiliar. Según datos de Medicina Legal, citados por el periódico El Tiempo (2016), "en segundo lugar están las mujeres solteras y muy de lejos, en tercer lugar, las mujeres casadas" (párr. 7). En promedio, uno de cada cuatro ataques en casa ocurre contra mujeres en esa condición.

Los resultados obtenidos en la literatura y estadísticas, ilustran con más fuerza la necesidad de alerta a la violencia física, porque en el 2016 se produjeron un total de 40.483 casos reportados, donde el 80 % de casos de violencia en pareja iban acompañados de consumo de alcohol. Desde la perspectiva psicológica en diversas investigaciones, se ha estudiado el vínculo entre el consumo patológico de alcohol y la violencia de género, afirmando que los maltratadores consumen más alcohol que los que no ejercen violencia contra su pareja (Campos Moreira, Ferigolo, Fernández, et al. 2011).

La relevancia de este artículo consiste en ilustrar los resultados obtenidos en una investigación sobre Caracterización Sociodemográfica en mujeres víctimas de VP, bajo un estudio descriptivo de tipo transversal realizado a 22 mujeres víctimas de violencia por su pareja reportadas en el Hospital Primitivo Iglesias de la Ciudad de Cali. Lo anterior permitió ilustrar y comparar cuáles son los aspectos fundamentales de la caracterización sociodemográfica presentes en la población de mujeres víctimas de violencia en pareja y su relación con las diversas formas de violencia a las que son sometidas las mujeres en el ámbito de la relación conyugal.

Las conclusiones y recomendaciones de esta investigación, buscaron orientar y aportar elementos para futuros trabajos en torno al tema de Violencia de Pareja, así como evidenciar la necesidad de realizar acciones en el acompañamiento a las mujeres en las rutas de atención

en denuncias propias o en casos detectados por terceros en ámbitos hospitalarios. Asimismo y dado que la violencia de pareja supone un importante problema de Salud Pública y Salud Mental pues genera graves daños a la integridad física, psicológica y mental en la víctima, en este caso la mujer, pues puede producir a mediano o largo plazo secuelas en la lesionada, llegando hasta la muerte (Organización Panamericana de la Salud [OPS] – Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Así pues, nuestro propósito fue contar con datos que nos permitan desempeñar un papel vital en el tema de entender la prevalencia de acuerdo a la caracterización sociodemográfica de mujeres con VP, permitiendo responder y prevenir en el maltrato a la mujer, identificando, según características, posibles abusos tempranos, tratamiento, atención adecuada y la atención interdisciplinar que una problemática social como esta requiere en el tema de la Salud.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

La investigación fue un estudio descriptivo con diseño transversal, se empleó muestreo no probabilístico por conveniencia, en la que participaron 22 mujeres víctimas de violencia por su pareja, que consultaron por este caso, entre agosto de 2012 y mayo de 2013, en el Hospital Básico Primitivo Iglesias de la Ciudad de Cali-Valle (Colombia). Dentro de los criterios de inclusión se encuentra que fueran mujeres mayores de edad y que estuvieran registradas en la base de datos del Departamento de Psicología de este Hospital. Las mujeres que participaron lo hicieron de forma voluntaria.

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada a partir de un guión de preguntas. Se tomaron datos sociodemográficos como la edad, nivel educativo, ocupación, estrato socioeconómico, estado civil y la existencia de hijos o no. Se realizó una prueba piloto en el manejo del tiempo de ejecución y ajuste en el número y contenido de este instrumento.

Se diligenció individual y anónimamente el consentimiento informado, donde las mujeres autorizaban que se les realizara la entrevista y el manejo confidencial de la información, garantizando su anonimato.

Dentro de lo procedimental, se solicitó permiso y autorización del Hospital Básico Primitivo Iglesias para acceder a la base de datos del Departamento de Psicología donde se encontraban registradas las mujeres víctimas de violencia por su pareja que consultaron por este caso, entre agosto de 2012 y mayo de 2013.

Las participantes fueron contactadas telefónicamente en la que se citaban al Hospital con previa información del motivo de la citación.

Las entrevistas se llevaron a cabo en este Hospital, diligenciado el consentimiento informado. Estas entrevistas fueron realizadas por una estudiante de décimo semestre del período 2013B, del programa de Psicología de la Universidad Santiago de Cali, como parte de su trabajo de grado. La estudiante en su momento, recibió capacitación para el manejo de dicho instrumento y se documentó sobre aspectos conceptuales, teóricos, legales y resultados estadísticos en Salud Pública sobre violencia de pareja.

Los datos obtenidos de estas entrevistas se incorporaron en una matriz en Microsoft Excel. Se realizó un análisis descriptivo, mediante el cálculo de porcentajes de cada una de las variables sociodemográficas.

## **RESULTADOS**

Mediante la entrevista semiestructurada de violencia de pareja se logró recoger información de 22 usuarias del Hospital Básico Primitivo Iglesias, registradas en la base de datos del área de psicología por casos de violencia de pareja.

Se estimó que el 90% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de tipo de violencia física y psicológica, mientras que un 4.5% de violencia emocional.

En la tabla 1, se muestra que el 27% de mujeres víctimas de violencia de pareja se encuentran en el rango de edad entre 21-26 años, seguido por el 18% en rangos de edades entre 27-29 años y 41-45 años.

**Tabla 1.** Rango de edad de mujeres víctimas de violencia de pareja ▼

EDAD (AÑOS)	ENTREVISTADOS	PORCENTAJE
17 -20	3	14%
21-26	6	27%
27-29	4	18%
32-36	3	14%
41-45	4	18%
47-53	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100 %</b>

Fuente: elaboración propia (2017).

En cuanto al nivel educativo se puede observar que el 18% de las entrevistadas solo realizó estudios de básica primaria, el 5% aún tiene sus estudios de bachiller incompletos. Mientras el 36% culminó sus estudios de bachiller. El 14% realizó estudios técnicos, el 18% culminó estudios tecnológicos y para concluir el 9% realizó estudios profesionales o universitarios (tabla 2).

**Tabla 2.** Nivel educativo de mujeres víctimas de violencia de pareja ▼

NIVEL EDUCATIVO	PORCENTAJE
Bachiller	36%
Técnico	14%
Primaria	18%
Incompleto	5%
Tecnólogo	18%
Profesionales	9%
<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>

Fuente: elaboración propia (2017).

De acuerdo a la ocupación de las 22 entrevistadas, se halló que el 27% eran empleadas independientes y se desempeñaban en labores como la peluquería, manicuristas, ventas. El otro 27% desempeñaban labores dependientes, es decir vinculadas laboralmente a una empresa realizando oficios varios o labores de oficina y el 46% de las entrevistadas eran amas de casa lo cual nos explica que dependían económicamente de su pareja.

Con respecto al estrato social se puede observar que el mayor porcentaje, con el 59% pertenece a estrato 1 mientras el 41% pertenece a estrato 2.

En la tabla 3, se muestra que el 14% al momento de la entrevista estaban solteras. El 40% convivían en unión libre con su agresor. Un 14% estaban casadas. El 23% se habían divorciado y un 9% eran novios al momento de la agresión. Lo que indica que el mayor porcentaje es el 40% en la que seguían conviviendo con su agresor a pesar de que hace algunos meses habían pasado por una situación de violencia de pareja.

**Tabla 3.** Estado civil de mujeres víctimas de violencia de pareja ▼

ESTADO	ENTREVISTADOS	PORCENTAJE
Soltera	3	14%
Unión libre	9	40%
Casada	3	14%
Divorciada	5	23%
Novios	2	9%
▶ TOTAL	▶ 22	▶ 100

Fuente: elaboración propia (2017).

De acuerdo con el núcleo familiar, se observa que el 73% de las 22 entrevistadas tenían hijos con su agresor, mientras que el 27% no tenían. Lo que nos evidencia que el mayor número de estas mujeres aparte de depender económicamente de su agresor, tienen hijos con él.

## DISCUSIÓN

En esta investigación se buscó describir las características sociodemográficas en mujeres víctimas de violencia por su pareja. Analizando los resultados de diferentes investigaciones, se encontró relación y diferencia de varios aspectos importantes y por ello se mencionaran algunos:

El presente estudio muestra que el mayor porcentaje de mujeres que experimentaron violencia de pareja es del 27%, donde el rango de edad es de 21-26 años. Mientras que el menor porcentaje es del 9%, y en este rango se encontraban las mujeres entre los 47-53 años. *A diferencia del estudio salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España* (García Oramas y Matud Aznar, 2015), en el cual se relata que la edad promedio de las mujeres maltratadas de México y España se encontraba entre los 33-39 años en españolas y 32-50 años en mexicanas. Así mismo, la investigación, *"Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato"* (Fernández – González, Calvete & Orue (2017)), en su estudio muestra que la edad promedio de mujeres maltratadas fue de 34 años. A diferencia de la investigación *"Necesidades de cuidado y la dinámica familiar de mujeres violentadas: un estudio analizado desde las catorce necesidades"* de Virginia Henderson (Herrera, Lloja y Gálvez (2016)), que corrobora que 30% de las mujeres víctimas de violencia se encontraba entre los 18-25 años. En igual forma, el Instituto de Medicina Legal, refiere que el 2016, se recibieron 49,712 casos, en los cuales fueron mujeres en edades de 20 a 24 años, estando de dicho modo en rangos de edades similares a la presente investigación.

Ahora bien, la escolaridad o el nivel educativo inciden en la aparición o no de un evento violento contra la mujer. De las entrevistadas en el presente estudio, el 36% de las mujeres tenía culminado solo sus estudios de bachiller, el 5% tenía sus estudios suspendidos, mientras el 9% eran profesionales y contaban con mayores oportunidades en el campo laboral. A diferencia de lo referenciado en el estudio de *"la violencia familiar (conyugal/pareja) en las ciudades de Cartagena y Barranquilla en el Caribe colombiano"* Silva (2017), que refleja que en cuanto al nivel de estudios, por Barranquilla, se encontró lo siguiente: sin estudios: (6.6%), con básica primaria completa

(26.6%), con básica primaria incompleta (13.3%), con básica secundaria completa (13.3%), con básica secundaria incompleta (26.6%), a nivel técnico (a) (13.3%), evidenciando entonces que el mayor porcentaje tenía solo su básica primaria culminada y su secundaria sin terminar. Así mismo, otra característica sociodemográfica es la ocupación de la mujer, de las 22 entrevistadas, el 27% eran empleadas independientes, el otro 27% desempeñaban labores dependientes, es decir, vinculadas laboralmente a una empresa realizando oficios varios o labores de oficina, y el 46% de las entrevistadas eran amas de casa lo cual nos explica que dependían económicamente de su pareja y las hacía más vulnerables a sufrir casos de violencia. Se encuentra semejanza con la investigación, Necesidades de cuidado y la dinámica familiar de mujeres violentadas: un estudio analizado desde las catorce *necesidades de Virginia Henderson* de (Herrera, et al., (2016), donde la mujer maltratada ama de casa es del 47%, con trabajo independiente 31% y estudiante 11%.

También es cierto que el estrato socioeconómico es determinante en la violencia por la pareja; de las entrevistadas el mayor porcentaje, 59% pertenece a estrato 1, mientras el 41 % pertenece a estrato 2, lo que indica que la economía de estas mujeres es básica. De acuerdo con el estudio, "*Variables psicosociales y riesgo de violencia grave en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo*" (Amor, Bohórquez, De Corral y Oria (2012), refieren que existe mayor riesgo de violencia de la pareja cuando se presenta menor autonomía económica por parte de la mujer, así mismo, Silva (2017), encontró que el nivel socioeconómico de las parejas encuestadas, estuvo distribuido en las siguientes frecuencias: bajo 13, medio 2, alto 0, siendo así el estrato más bajo el que mayor probabilidad tuvo de presentar violencia por su pareja.

Hay que reconocer que el estado civil y el núcleo familiar son otras características importantes dentro de esta investigación. De las mujeres entrevistadas el 40% convivían en unión libre con su agresor, lo cual, concuerda con el estudio de Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestra de México y España (García Oramas y Matud Aznar (2015), en el que se muestra que las mujeres maltratadas utilizadas en el estudio, manifiesta tener un estado civil de matrimonio, encabezado por las mujeres mexicanas con el 36,6%, seguido de las españolas con el 35,6%; por otra parte

en unión libre conviven el 41,6% de las mujeres mexicanas, seguidas se las españolas con el 28,7%, y en no convivencia habitual con el 19,8% las mujeres mexicanas y españolas con el 32,7%. Por otra parte, "*Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato*" (Fernández González et al., 2016), refieren que las mujeres víctimas de la violencia y participantes de su estudio, el 45,5% era solteras, casadas el 31,1%, separadas - divorciadas el 17,8%.

En promedio, uno de cada cuatro ataques en casa ocurre contra mujeres en esa condición de su estado civil, y más frecuentemente todavía es que dentro de las entrevistadas el 73% tenían hijos con su agresor, mientras que el 27% no los tenía. Se evidencia relación con el estudio, "*Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las mujeres*" (Tavares de Lucena, De Toledo Vianna, Fernandes & Torres, 2017) que muestran que 80,0% de las mujeres violentadas relataron poseer hijos.

Respecto al tipo de violencia, se estimó que el 90% fueron agredidas de forma física y psicológica, mientras que un 4.5% de violencia emocional. De la misma manera, la investigación, "*Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja*" (Aiquipa Tello (2015)), expone que la frecuencia de mujeres víctimas de violencia de pareja, representando el 49% del total, ninguna reportó violencia de tipo sexual, siendo más frecuente el tipo físico (la cual implica algún tipo de violencia psicológica). De igual forma, el Instituto de Medicina Legal (2016), expone que en Colombia el tipo de violencia más común es la violencia doméstica, y que en mayor porcentaje, se genera la agresión por parte de sus parejas; reforzando el concepto dado en la investigación, "*Alcohol and domestic violence: A cross – over study in residences of individuals in Brazil*" (Campos Moreira et al., 2011), donde expone que el 80% de violencia hacia la mujer son dados por su pareja, bajo el consumo de alcohol. Por el contrario, en el estudio, "*Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato*" (Martínez Gómez, Vargas Gutierrez, Novoa Gómez, 2016), refiere en sus participantes, que el 50% fueron objeto por lo menos una vez de violencia psicológica, seguida de la violencia emocional con el 60.9% y violencia física con el 23,5%.

Como se puede evidenciar existen mayores porcentajes de violencia física en la mujer, incluida en ella la violencia psicológica. Dicha problemática se desarrolla por diversos factores sociodemográficos como se narra a lo largo del artículo.

## CONCLUSIONES

En relación con la caracterización sociodemográfica en mujeres víctimas de violencia por su pareja, se encuentra que lo más común dentro de esta investigación y su relación con otras, fue que el nivel bajo de escolaridad y/o nivel educativo tiene gran correlación en que ocurra o no violencia por parte de la pareja, debido a que la falta de conocimientos de la población hace que perciban este acto como algo aceptable dentro de las relaciones; porque no han escuchado sobre el manejo de estos temas ni las redes de apoyo o ayuda que pueden tener. Lo que concluye que el nivel educativo juega un papel importante en la ocurrencia del evento violento contra la pareja.

De acuerdo con lo anterior también se encontró que la categoría o historia sociofamiliar de las entrevistadas y de sus parejas, los antecedentes de comportamientos violentos en sus familias de origen, el análisis de la forma de resolver conflictos y el tipo de crianza de ambos integrantes de la pareja determinan la aparición de violencia en ellas.

Lo anterior permite explicar la existencia de algunas mujeres que puedan percibirse frágiles frente a la ocurrencia de violencia por parte de su pareja, con antecedentes de modelos aprendidos desde comportamientos de sumisión y poco empoderamiento de las mujeres en su familia frente a esta situación, siendo un aprendizaje observado desde la niñez.

Por lo tanto, factores como antecedentes de violencia en su familia de origen, bajos niveles de estudio, pocas oportunidades de redes de apoyo social, económico y familiar, permiten que estos eventos se repitan una y otra vez en sus relaciones de pareja.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*. 33(2); 412 – 437.
- Amor, P., Bohórquez, I., De corral, P., & Oria, J. (2012). Variables psicosociales y riesgo de violencia grave en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo. *ACCIÓN PSICOLÓGICA* vol. 9, n.o 1, 3-18.
- Campos Moreira, T., Ferigolo, M., Fernádes, S., Barros, X., Mazoni, C. G., Noto, A. R., Fernádes, Galduróz, C. (2011). Alcohol and domestic violence: A cross – over study in residences of individuals in Brazil. *J Fam Viol.* 26; 465 – 471.
- El Tiempo (2016). *Violencia contra la mujer se disparó durante el 2016*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/justicia/cortes/violencia-contra-la-mujer-en-colombia-48758>.
- El Tiempo (2017). *Menores de 10 años, víctimas de 72% de casos de violencia sexual*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/justicia/delitos/cifras-de-violencia-contra-las-mujeres-en-colombia-65596>.
- Fernández González, L., Calvete, E., & Orue, I. (2016). Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*, 9-17.
- García Oramas, M. J., Matud, M. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestra de México y España. *Salud Mental*. 38(5); 321- 327.
- Herrera Díaz, E., Lloja Rodas, C., & Gálvez Díaz, N. (2016). Necesidades de cuidado y la dinámica familiar de mujeres violentadas: un estudio analizado desde las catorce necesidades de Virginia Henderson. *Rev. Tzhoecoen Edición* Vol. 8 / N° 01, ISSN 1997-3985.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015). Cifras estadísticas de violencia contra la mujer 2015. Recuperado de: [http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset\\_publisher/4Of1Zx-8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015](http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx-8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015).

- Jaen Cortés, C. I., Rivera Aragón, S., Amorin de Castro, E., Rivera Rivera (2015). Violencia de pareja en mujeres: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*. 5(3); 2224 – 2239.
- Martínez Gómez, J. A., Vargas Gutierrez, R., Novoa Gómez, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 10 (1); 101 – 112.
- Martínez, J., Vargas, R., & Novoa, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato . *Psychol. av. discip* Vol. 10 N.º 1 , 101-112.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Sobre violencia contra las mujeres. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1720%3A2009-about-violence-against-women&catid=1505%3Aviolence-against-women&Itemid=41108&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1720%3A2009-about-violence-against-women&catid=1505%3Aviolence-against-women&Itemid=41108&lang=es).
- Organización Mundial de la Salud (2016). Violencia contra la mujer. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
- Pueyo A. A., López, S., Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1); 107 – 122.
- Quiñones Rodríguez, M. C., Arias López, Y., Delgado Martínez, E. M., Tejera Valdés, A. J. (2011). Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. *Centro Provincial de promoción y educación para la salud Ciego de Ávila*, 17 (2); 1 – 10.
- Silva, M. (2017). La violencia familiar (conyugal/pareja) en las ciudades de Cartagena y Barranquilla en el Caribe colombiano. *Pensamiento Americano* Vol. 10 - No. 18 , 161-178.
- Tavares de Lucena, K. D., De Toledo Vlanna, R. P., Do Nascimento, J. A., Coelho Campos, H. F., Tôrres Oliveira. (2017). Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las mujeres. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 25; 1- 8.



## CAPÍTULO 4

# ¿CIUDADES ENFERMAS O CIUDADES QUE ENFERMAN?<sup>9</sup>

*Abraham Heriberto Mora Jiménez*<sup>10</sup>

### INTRODUCCIÓN

(...) muchos psiquiatras y psicólogos se resisten a sostener la idea de que la sociedad en su conjunto pueda carecer de equilibrio mental, y afirman que el problema de la salud mental de una sociedad no es sino el de los individuos “inadaptados”, pero no el de una posible inadaptación de la cultura misma (Fromm, 1964, p.13).

El Programa de Psicología de la Universidad Santiago de Cali, viene formando psicólogos desde el segundo periodo de 1997. Sus estudiantes de últimos semestres realizan prácticas formativas en distintos escenarios, este servicio de atención psicológica, les da la oportunidad de conocer a través de sus consultantes una parte de la ciudad. De esta manera, los practicantes escuchan los dramas que vive la ciudad. Se puede pensar en una conciencia que se refleja

<sup>9</sup> Artículo de reflexión como producto de la investigación “Visibilización de las problemáticas psicológicas contadas desde la práctica del programa de Psicología de la Universidad Santiago de Cali en un periodo de 7 años”, Universidad Santiago de Cali, 2017.

<sup>10</sup> Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0001-6520-5961>

#### **Cita este capítulo**

Mora Jiménez, A. H. (2018). ¿Ciudades enfermas o ciudades que enferman?. En: Rosero Pérez, M. y Javier Ordóñez, E. (comp.). *Experiencias significativas en la psicología de hoy. Clínica, educación y ciudad*. (pp. 71-88). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. DOI: <https://doi.org/10.35985/9789585522343.4>

en sus habitantes que consultan sobre algún malestar de su salud mental. Ese conocimiento se compila y se registra en un documento que entregan al final de su formación. En sus páginas se guardan las voces de las problemáticas psicológicas atendidas, el ejercicio de aprendizaje y los aportes sociales que se hacen desde su quehacer en la profesión. Sin embargo dichos informes se archivan y se silencian en el olvido. Por tal motivo se tomó la decisión de rescatarlos para visibilizar las problemáticas psicológicas, narradas en estadísticas de la población atendida en distintas partes de la ciudad.

Así pues, lo que se pretende con este artículo es tomar la ponderación de las problemáticas psicológicas registradas en los informes finales durante el periodo de 2006 a 2013 en quince escenarios donde los practicantes realizaron sus prácticas formativas de atención psicológica. Los datos más preponderantes, que éste trabajo arrojó indican que de las 21.789 personas atendidas, el 20% de ellas, según el manual de diagnóstico del CIE-10 presentaron episodio depresivo, el 14% esquizofrenia, 10% trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva), el 9% problemas en la relación entre esposos o pareja y el 16% entre trastornos de adaptación y abuso sexual. Los datos mencionados representan el porcentaje más alto, sin embargo se registraron otras problemáticas cuyos porcentajes no son tan significativos, pero que muestran una panorámica de la salud mental de nuestra ciudad. Rescatar lo que indican las estadísticas desde los informes llevó a considerar la ciudad como un organismo que se puede enfermar por distintas variables, y que por lo tanto, vale la pena exponer a la luz de la psicología individual y la psicología social. En esta misma línea, se permite ver la problemática psicológica de los habitantes, como un elemento causado por la ciudad, es decir, un organismo que enferma lo sustancial de ella misma que son sus habitantes. Sin embargo, suscita también la reflexión con respecto a que las dinámicas de relación de sus habitantes conlleven a que una ciudad se "enferme".

Dicho lo anterior, en este artículo nos proponemos considerar las distintas variables que están en juego para pensar sobre las ciudades enfermas, las ciudades que enferman o la relación recíproca entre ciudad y habitantes de la misma. Para dar comienzo a esta tarea, traeremos inicialmente a colación el epígrafe. Ya Fromm centraba su atención en dos posturas al pensar la salud mental con respecto a, si es el individuo inadaptado o es la inadaptación de la cultura. Apo-

yado en su agudeza, del que el individuo no está en medio de nada, sino por el contrario en relación con su entorno, es que se puede pensar entonces, que el entorno al contener al individuo afectaría a este, en la medida de su propia adaptación o inadaptación en la que se encuentre. Ahora bien, la pregunta que debería abordarse es: qué hace a un entorno enfermo o inadaptado, y su respuesta exigiría considerar que se compare con elementos o factores similares que enferman a un individuo en su esfera mental. Con respecto a lo anterior, Rodríguez, et al. (1993); citando a Campbell (1979) dice que: "[...] una de las metas del análisis psicosocial de la calidad de vida es constatar los indicadores de bienestar "objetivos", presentes en una sociedad y "subjetivos", presentes en la experiencia de la persona" (p.350). Es decir, que es válido pensar el bienestar de entidades mayores a partir de las entidades que la componen. Dicha traspolacion de lo social a la ciudad como espacio físico, pero que además, es un espacio donde se conjugan relaciones que finalmente conllevan a la salud mental.

Esta mirada conduce a senderos diferentes, para dar cuenta de las incidencias que tiene la ciudad en ella misma y en sus habitantes. En esta misma línea, Fromm (1964) en su libro "*Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana*" va a considerar a la cultura, como la variable que enferma al ser humano. Y precisamente con un poco de sorna, dice:

[...] en lo que se refiere a las perturbaciones mentales que sufren algunos individuos las consideramos estrictamente como accidentes individuales, quizás un poco extrañados de que ocurran tantos accidentes de esos en una cultura que se reputa por tan equilibrada (p.11).

Su pensamiento de sospecha, de una variable más amplia y no ubicada en el individuo si no por fuera de él para reflexionar sobre la salud mental, es la que se intentará actualizar a la luz de algunas evidencias que reporta la atención psicológica y los medios de comunicación con sus informes de lo que sucede día a día en la ciudad.

Por otro lado, tomaremos a su vez lo que plantea la psicología individual o de la persona como lo expone Rogers, (1992) en su libro "*El proceso de convertirse en persona*" al señalar que la persona se construye en la interacción con su entorno, y éste según las circunstancias favorecerá el desarrollo y bienestar o por el contrario la rigidez y el malestar. Por consiguiente, el ser humano al estar en relación con sus entornos, afecta su dimensión psicológica, orgánica y social de manera positiva

o negativa su calidad de vida. Por lo tanto, no es posible sustraerse a la incidencia del entorno; si en cambio es posible reconocer su influencia y la percepción que se genera en la relación con su entorno.

Sin embargo, Rogers (1992, p. 89) cita el libro de White (1968) para hacer mención, sobre el malestar que causa la intensa expectativa que tiene el individuo de su entorno por convertirse en un hombre organizado, predecible y adaptado. Por lo cual, el individuo somete su individualidad a las necesidades de su entorno para convertirse en el ideal esperado. Por supuesto que dicha conducta generará a largo plazo un distanciamiento de sí mismo y por ende una tensión interna, expresada en un malestar orgánico y/o subjetivo.

Así pues, la exposición precedente, dibuja la reflexión acerca de ciudad que como espacio físico, enmarca un espacio de diversas y numerosas relaciones que favorecen o no la salud mental. Enfáticamente, se puede decir que no se vive en espacios neutros, se vive de manera dinámica y la relación con los espacios es dialéctica, en cuanto que se afecta la estructura misma, como organismo y sus partes que la componen. Existen pues espacios físicos, que al dinamizar relaciones restringidas o agresivas en su interior reflejan en sus unidades alguna característica de malestar que menoscaba la calidad de vida. En este mismo sentido, se puede decir que la ciudad como espacio físico y dinámico que suscita, favorece o restringe relaciones a su interior o por fuera de él, termina desarrollando incapacidades para funcionar efectivamente en concordancia con el tiempo.

Con el objeto de profundizar en la reflexión que compete a esta cuestión, se propone entonces, como primera medida, pensar lo que es una ciudad enferma. En este apartado, se va a describir lo que implica un espacio físico y de relaciones que no funciona adecuadamente, y que se comporta torpemente con las demandas del tiempo actual. En el segundo apartado se va a mostrar cómo una ciudad enferma a sus habitantes. Se reflejará de qué manera la ciudad aliena a los individuos que la componen. En la tercera parte se pretende establecer una relación recíproca entre la ciudad y el individuo, pues es necesario resaltar la responsabilidad de la salud mental como un asunto que va en doble sentido, es decir, que hay una ciudad que enferma, pero que también hay una ciudad que los individuos enferman. En conclusión se arribará a la ciudad como unidad en cuanto espacio físico

de relaciones que está enfermo y/o que enferma como también de individuos que agrietan o desorganizan la ciudad.

## CIUDADES ENFERMAS

Decir que hay una ciudad enferma, seguramente sorprende por la razón de que no es un ser vivo, sin embargo es un ente vivo, en cuanto que es un espacio que dinamiza relaciones entre individuos e instituciones. En otras palabras es un espacio donde se conjuga la vida entre individuos e instituciones de organización administrativa y política, RAE, (2014). En el Diccionario de Derecho Usual (2015), el concepto de ciudad viene del latín *civitas*, con el cual se hace referencia a lo urbano, a la alta densidad de población, cuyos habitantes no se dedican a las actividades agrícolas.

La ciudad entonces, puede acoger y permitir que sus habitantes se desarrollen a nivel socioeconómico, físico y emocional. De esta manera podría decirse que en ella se vivencia bienestar, esto en la medida que las relaciones internas funcionan. La ciudad como totalidad se orienta y se moviliza con metas comunes que la actualizan y benefician con respecto al progreso. Caso contrario, también la ciudad puede rechazar, excluir o alienar a su población impidiendo de esta manera el desarrollo y el buen funcionamiento. En otras palabras, un espacio dividido donde la desorganización interna promueve el caos, sus habitantes solo ocupan el espacio y las relaciones alteradas entre ellos y sus entidades de administración y política no van en la misma dirección. En este sentido, y tomando en cuenta la definición de enfermedad que registra el Diccionario de la RAE (2014), podría decirse que hay una alteración más o menos grave de salud, y refiere también anormalidad dañosa en el funcionamiento del colectivo o las instituciones.

En relación a la salud, entonces, una ciudad sana sería aquella donde sus habitantes y las instituciones, se muestran adaptativamente frente a las circunstancias vitales que ella facilita para la existencia de los mismos. Su organización interna confluye en bienestar y desarrollo. Apoyándonos en Fromm (1964) el señalará que:

Hablar de una "sociedad sana" presupone una premisa diferente del relativismo sociológico. Únicamente tiene sentido si suponemos que

puede haber una sociedad que no es sana, y este supuesto, a su vez, implica que hay criterios universales de salud mental válidos para la especie humana como tal y por los cuales puede juzgarse del estado de salud de cualquier sociedad. Esta actitud de humanismo normativo se basa en algunas premisas fundamentales (p. 18).

Para nuestro caso, tendríamos que decir que una ciudad es sana en cuanto que funciona eficazmente su organización, es decir, que sus diversos estamentos interactúan favorablemente en dirección a lo humano y para lo humano. Generaría bienestar a sus habitantes que son los que darían cuenta de su buen funcionamiento. Una ciudad que se mueva alrededor de lo humano y no alrededor de intereses económicos de particulares. Vemos en las noticias, permanentemente un malestar que hace referencia a quejas sobre la inseguridad, manifestaciones de una justicia que no funciona, lamentos sobre la infraestructura, indignación sobre la planeación concienzuda que no funciona, quejas sobre la salud y sobre ésta, las políticas de salud pública son pobres o no se ejecutan. Lo dicho se podría representar con una pirámide, donde lo humano está en la base, luego la ciudad y en la cúspide la nación, tal representación debería invertirse, para que sea lo humano sobre lo cual gire el bienestar. Se espera una ciudad inteligente y evolucionada, sin embargo la ciudad se muestra con un atraso en su "factor cognitivo", la memoria no funciona, no tiene proyecto de vida a la largo plazo, Su "factor afectivo" poco le interesa, su alexitimia<sup>11</sup> nos permitirá entender su frialdad, insensibilidad y distancia. Una ciudad enferma que se mueve lentamente, que no quiere levantarse, que todos los días se ejercita en la muerte y en la apatía, se autodestruye y atribuye su malestar a otros, como por ejemplo el Estado, o la inclemencia de la naturaleza. No mira internamente sus procesos. Cada día se repite el malestar y así se incrementa su impotencia, su desmoralización y su desesperanza. No hay estrategias de afrontamiento positivo que le permita resolver la situación. Su pesimismo alimenta su incapacidad y justifica su agotamiento para operar.

De esta manera podemos ver la ciudad, como un organismo que se deprime. Desde esta perspectiva puede pensarse la dinámica que

---

<sup>11</sup> Fernández y Yárnoz citan a Sífneos (1973) para decir que "Este término significa literalmente ausencia de palabras para expresar emociones; y denota una dificultad en identificar y describir emociones. Así como una vida de fantasía interna empobrecida".

origina, desarrolla y mantiene la depresión. Si consideramos esta patología como la pérdida de un afecto significativo, podemos entonces preguntarnos cómo se inicia esto en una ciudad<sup>12</sup>. Fromm, (1964) nos da una pista para pensar una hipótesis cuando dice:

(...) una sociedad sana es la que corresponde a las necesidades del hombre, no precisamente a lo que él cree que son sus necesidades, porque hasta los objetivos más patológicos pueden ser sentidos subjetivamente como lo que más necesita el individuo-, sino a lo que objetivamente son sus necesidades, tal como pueden descubrirse mediante el estudio del hombre (p. 25).

Así pues, la ciudad dejó de ser útil, dejó de satisfacer las necesidades de sus habitantes, para satisfacer necesidades de un orden diferente. Como dice Fromm en la cita, dejó de ser objetivo frente a lo que son sus genuinas necesidades. Se distanció de su propia naturaleza, para responder a las creencias y expectativas externas, dejó de escuchar objetivamente, para centrarse en las demandas de lo público y lo privado. Perdió su razón de ser, su identidad, su carácter, su talante, para convertirse en un ente disperso, desorganizado y fluctuante con sus percepciones y necesidades. La fantasía, la alucinación y los delirios de contenido se apoderaron en la toma de decisiones. Su comportamiento erróneo se evidencia en las necesidades que trata de satisfacer. Sus facultades cognitivas y de lenguaje se convirtieron en una "torre de Babel". La incongruencia se apoderó y entonces lo que pensaba, lo que sentía, y lo que hacía iban por sendas diferentes. Sin embargo externamente, todo parece bien, el asunto es su equivocación para saber qué necesita, su introspección dejó de funcionar, se tornó impulsiva y dispersa.

Una ciudad que no habla con sus habitantes, que no los escucha, que no interactúa con ellos, tal vez, indica que actúa o se comporta de manera "esquizofrénica", es decir, fragmentada, dividida, alienada de sus habitantes. Una ciudad enferma, entonces, sería aquella que se niega a considerar la realidad e impone a fuerza un modo de vivir equivocado a muchas de sus instituciones que la componen.

---

<sup>12</sup> La investigación que hace aparecer este artículo de reflexión muestra como resultado significativo la depresión en un primer lugar y en el segundo la esquizofrenia. Por este motivo se induce la patología de la depresión para hablar implícitamente de la Ciudad de Cali. Viene muy bien señalar de manera descriptiva toda esa sintomatología de marasmo en la que vive y permanece la ciudad.

¿Qué podría ser la causa para que una ciudad se enferme? Podría pensarse, para iniciar su estudio y comprensión, la pérdida de comunicación con sus partes constitutivas. Una relación con desconocimiento de su entorno, una relación con pérdida de atención a sus necesidades internas. Podría pensarse que su desconocimiento y pérdida llevan a que la ciudad se viva enferma. Aquí vamos a señalar que enfermedad, con respecto a la ciudad, tiene que ver más con una ciudad que no responde a las necesidades internas y a la importancia de relacionarse con el mundo y la evolución de éste. Una ciudad que se quedó ensimismada en el pasado, atrasada en el tiempo y viviendo de los aplausos de una gloria. Se olvidó de crecer y borró su visión de lo que sucedía en su entorno. Perdió su capacidad de responder a los requerimientos externos, su dinámica de interacción e integración con otras ciudades, con el país y con el mundo; se tornó pobre, se detuvo.

Ahora bien retomando a Marx (2006) en su artículo "Ciudades en la globalización" ella dice en el contexto actual de las ciudades que:

Ante la amenaza de la desaparición de la ciudad como forma específica de relación entre territorio y sociedad, crece la necesidad de que la ciudad renueve su papel específico y se abra al mundo trabajando la relación Global - Local. Esta relación dinámica y creativa entre lo local y lo global (que algunos autores llaman Glocalización (Borja y Castells, 2004, p.14)) podría ser una relación complementaria, creadora de sinergia social y económica (p.3).

Tendremos que evaluar, en nuestra ciudad, la relación entre territorio y sociedad, para pensar si ésta ha desaparecido o, si sus síntomas son un aviso de la oscuridad por la que atraviesa, o si de pronto su desarticulación es la sintomatología de la "esquizofrenia", reflejada en sus habitantes<sup>13</sup>. Marx (2006) nos permite, así mismo, reflexionar sobre la necesidad que tiene nuestra ciudad de renovar su forma de ser o desempeñarse y la de abrirse al mundo para trabajar en la relación Global - Local, es decir, una relación que le permita actualizar los ámbitos que la componen, esto implicaría una reestructuración en las formas de percibirse y de conducirse frente a las nuevas

---

<sup>13</sup> Es importante aclarar que son los resultados de frecuencia y porcentajes obtenidos en la investigación documental de los informes de los practicantes entre 2006 - 2013 lo que permite ahora extrapolar, para reflexionar lo que podría ser una ciudad enferma.

expectativas de una ciudad en el mundo. Una ciudad que atienda mejor sus necesidades internas y que interaccione de forma integral con las exigencias de su entorno, tal como una ciudad moderna, funcionando en relación con los movimientos del gran mundo. No se puede esperar reconocimiento cuando se ha decidido vivir a espaldas de la realidad mundial, cuando se ha ocultado en las sombras de un pasado que se intenta retener, vivir de la gloria no es posible, y más cuando no se intentó actualizarla con el paso del tiempo. El caso es que establecer, mantener o aprender sobre la relación Global-Local es propender por una relación dinámica y creativa que complementa, que sea creadora de sinergia social y económica. Son aspectos indudablemente deseables, para una ciudad que crece con el tiempo; rezagarse en esto probablemente es lo que la llevaría, a la ciudad, a estar en un estado de depresión, o a veces, en un estado de esquizofrenia. Castro (2010) en su tesis nos dirá además que:

Desde la perspectiva cultural, la relación global-local se manifiesta en la pugna entre la alienación a la homologación de valores y actitudes que fomenta la globalización y la lucha por mantener la identidad con características particulares que le otorgan especificidad a los lugares (p. 32).

Como se puede notar, resulta interesante pensar en ese conflicto interno que vive la ciudad entre ***alienación y homologación de valores y actitudes, y la lucha por mantener la identidad.***

Una ciudad enferma, diagnosticada a través de la lectura que se hace desde la salud de sus habitantes, parece decirnos que ella padece un trastorno. Un malestar que necesita de una mirada introspectiva, para dar cuenta de un conflicto interno y de unas falencias que impiden actualizarse en una relación global-local para su transformación en la gran aldea mundial.

Dejaremos por un momento la mirada de una ciudad enferma para retomarla luego de haber incursionado en la ideas de una ciudad que enferma. Son dos caras de una misma moneda pero con la sutileza de que podamos pensar la salud de sus habitantes como consecuencia de los espacios físicos y de las relaciones que se generan en estos.

## CIUDADES QUE ENFERMAN

Una ciudad puede enfermar a sus habitantes cuando los confina a las mismas relaciones en los espacios que ella posibilita. Es tóxica cuando sus espacios excluyen la individualidad y masifica formas de ser y estar en ellos. Genera malestar también cuando sus habitantes son olvidados y ella se desarrolla en lo que presume que necesitan sus habitantes. En esta línea de pensamientos cuando el individuo es desaparecido, como parte constitutiva de la ciudad que habita, pierde su lugar en los espacios y en las relaciones que se suscitan para venir a preguntarse sobre su identidad o, peor, para perderla sin la conciencia de ello. ¿Apunta acaso a individuos autómatas y predecibles? ¿Las instituciones sociales, en la ciudad, aportan a ese sentimiento?

La cultura occidental se desarrolló en el sentido de crear las bases del sentimiento pleno de la individualidad. Libertando al individuo política y económicamente, enseñándole a pensar por sí mismo y libertándole de toda presión autoritaria, podía esperarse que le capacitará también para sentirse "yo" en el sentido de ser centro y sujeto activo de sus potencias y de sentirse a sí mismo como tal. Pero sólo una minoría adquirió el nuevo sentimiento del "yo". Para la mayoría, el individualismo no fue mucho más que una fachada tras la cual se ocultaba el fracaso en la adquisición de un sentimiento individual de identidad (Fromm, 1964, p. 58).

La cultura se realiza en los espacios de las ciudades, por tal razón, es ella la que facilitará en sus habitantes humanos ese sentimiento de individualidad. Lo que se puede ver es que no hay ese individuo político y económico, tal vez un individuo que se comporta inflexible en las relaciones con los otros y con los espacios. Tanto que su capacidad de pensar por sí mismo es más una caricatura, una ilusión. Sin autonomía para modificar su entorno, solo es pertinente habitarlo, con cánones prefijados que exigen modos iguales de estar ahí. Sin posibilidad de sentirse centro en los espacios en los que recorre o transita su vida, mucho menos activo y más como paciente o pasajero alienado y confinado a espacios muertos que no permiten interacción significativa que ponga en juego la individualidad y el potencial de crear, de proponer.

Ajenos a sus lugares, extraños en su hábitat. Cómo no responder con depresión, cómo no sentirse esquizofrénicos, cómo no actuar

con violencia. No se trata de justificar la conducta de los habitantes de una ciudad cuando esta no es proactiva o socialmente aceptable. Es la propuesta de una hipótesis que se sale de la explicación causal de la historia del sujeto, para pensar la influencia de los espacios que componen a una ciudad en conjunto con las relaciones e instituciones que la conforman.

En este sentido Fromm (1964) dirá frente a la salud mental, que ésta no podrá definirse como adaptación del individuo a su sociedad, sino como adaptación de la sociedad a las necesidades del hombre y de acuerdo a su papel **impulsar** o **impedir**<sup>14</sup> el desarrollo de la salud mental. La salud mental del individuo no es un asunto individual, es más bien un asunto que depende de la estructura de la sociedad, parafraseando al autor en mención diríamos para nuestro caso, que ella depende de la ciudad en cuantos espacios interactivos y de relaciones que se fomentan dentro de estos. Una ciudad sana creará formas para capacitar a sus habitantes en relaciones y canales de comunicación que desarrollen su **razón** y su **objetividad**, que les facilite tener un **sentimiento de sí mismo fundado en sus capacidades productivas**.

Una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, salvo en la medida en que se somete a otros o se convierte en un autómatas. La sociedad puede desempeñar ambas funciones; puede impulsar el desarrollo saludable del hombre, y puede impedirlo; en realidad, la mayor parte de las sociedades hacen una y otra cosa, y el problema está sólo en qué grado y en qué dirección ejercen su influencia positiva y su influencia negativa (Fromm, 1964, p. 66).

Nos permitiremos decir, entonces, que esa “sustancia” que atraviesa la ciudad y la hace un espacio sano o insano, creará malestar o bienestar, que se reflejará en sus habitantes, lo que a su vez puede indicar, como una ciudad enferma o crea salud en sus habitantes, en la medida que ella misma se constituye como sana o enferma. La relación es dialéctica, se enferma o enferma a los hombres que la habitan.

---

<sup>14</sup> Las cursivas son propias, pero hacen parte del texto de Fromm que se está mencionando, se realiza con el fin de resaltar y enfatizar aquellos elementos de su pensamiento.

Insistir en que la ciudad como espacio enferma, es una demanda de atención para tener en cuenta en el análisis de las enfermedades de sus habitantes. Los individuos están en relación con su medio ambiente y éste, con su dinámica interna, influye en los individuos. La tendencia es creer que la salud mental de los individuos depende de ellos mismos, sin embargo las restricciones y vivencias alienantes de una ciudad, terminan afectando su salud. Podemos ver este fenómeno en ciudades caóticas y en conflicto. La calidad de vida de los habitantes, tiende a menoscabarse cuando la desorganización tiraniza las relaciones y la convivencia. La teoría humanista de la Gestalt en su conceptualización sobre la relación organismo-ambiente Salama & Castanedo (1991) plantean los trastornos que se generan cuando el ambiente desconoce las necesidades del organismo y demanda atención solo para sí mismo. Los autores se refieren a la tiranización del ambiente sobre los organismos, impidiendo o negando, que estos últimos satisfagan sus necesidades. La imposibilidad del organismo de establecer "contacto" con su entorno lo pone en tensión y lo debilita. La ciudad como ambiente dinámico que permite la vivencia de sus habitantes, puede oponerse al contacto o negar las necesidades y por tanto, la existencia de estos.

Existen espacios prohibidos dentro de la ciudad, para una determinada población, existen espacios excluyentes que impiden que una parte de sus habitantes interactúen en ellos, hay espacios que silencian la voz para algunos. La ciudad es un ente vivo invisible que atraviesa a la población, la ciudad se comporta inconsciente para sus habitantes, pero no por ello inocente y desinteresada. Sabemos por el ejercicio de atención psicológica que para una parte de individuos que habitan una ciudad, esta se constituye ajena para satisfacer sus necesidades. Entonces, cómo no pensar que si incide en el malestar, en la enfermedad, en la alienación mental, en la depresión o en el abuso sexual.

Lo ideal es una ciudad que les dé a sus habitantes la oportunidad de una identidad propia y no de una que les prive o les quite la sensación de sí mismo. Una ciudad que les apueste a hombres activos, dueños de sí, para crear y proponer una transformación lógica con su entorno. La automatización de las personas para que solo respondan de una forma predecible, conllevará a que se manifieste alguna patología como la que se pudo evidenciar en los resultados de la investigación que ha suscitado esta reflexión.

## **A MODO DE CONCLUSIONES: CIUDAD E INDIVIDUO UNA RELACIÓN RECÍPROCA**

En este apartado se quiere mostrar que la relación ciudad e individuo es recíproca, es decir, que en la ecuación que se viene presentando, hay espacios enfermos, en cuanto que no son funcionales con respecto a sus dinámicas de interacción tanto interna como externa. En este sentido, espacios enfermos terminan enfermando a quienes los habitan. Así pues, la reflexión se ha establecido alrededor de la ciudad como un ente enfermo, y en consecuencia un ente que enferma.

El evento concreto que ha permitido pensar esta cuestión son los resultados encontrados en los informes de práctica, donde se registran las impresiones diagnósticas como problemáticas psicológicas. Que los tres valores más altos sean la depresión, la esquizofrenia y el abuso sexual a menores, nos lleva a pensar que algo está sucediendo en la ciudad.

Para el análisis de las problemáticas psicológicas y propuestas de salud pública, debe pensarse en otras categorías diferentes a la del individuo o la familia, se requiere pensar en una categoría que las abarque, y para el caso, la ciudad como espacio donde se mezclan todo tipo de relaciones, pero también donde se impiden y se deterioran las mismas. La ciudad es un espacio vivo que actualiza y regula relaciones a su interior, pero también se actualiza y se autorregula hacia afuera. Con respecto a la actualización Rogers & Kinget (1967) dicen que:

La tendencia a la actualización es la más fundamental del organismo en su totalidad. Preside el ejercicio de todas las funciones, tanto físicas como de la experiencia. Tiende constantemente a desarrollar las potencialidades del individuo para asegurar su conservación y su enriquecimiento, teniendo en cuenta las posibilidades y los límites del ambiente (p. 31).

De este modo, se puede considerar una ciudad enferma como aquella que perdió su capacidad de actualizarse y ser más efectiva para proporcionar bienestar. Su desarrollo se congela y se pone en peligro en la medida que se empobrece para responder a las necesidades internas, en este caso a su población. Lo planteado anteriormente con

respecto a la ciudad, como categoría amplia, le sucedería lo mismo a los habitantes. Ejemplo de ello son las problemáticas psicológicas que mueven esta reflexión, donde las personas se quedaron congeladas en sus relaciones y respondieron con conductas y comportamientos bizarros o poco adaptados, alterando de esta manera su bienestar y la de otros. ¿Acaso no se puede pensar lo mismo de la ciudad, cuando ésta y los individuos son una unidad?

Ahora bien, con respecto a la autorregulación, se puede decir que es un mecanismo interno del organismo, entidad o institución que le permite equilibrarse de manera autónoma e independiente. Baumgardner (1978) plantea que:

La persona que verdaderamente se regula a sí misma, conoce entonces primero a su propia persona y a los demás en el nivel de la experiencia; permite que funcione su ser y el de los demás. La autorregulación orgánica confía nuestro bienestar al cuidado de un ser interno que se esfuerza inherentemente por ser sano (p. 129).

Cabe destacar entonces la importancia que tiene esa unidad ciudad-individuo, de conocerse mutuamente, tal vez sea esto lo que finalmente lleva a los dos protagonistas a ser causa uno del otro. La ciudad sabe de sí misma y también de sus habitantes, de manera inversa el individuo sabe de sí mismo y de la ciudad. La enfermedad se convierte en un lenguaje, a través del cual se manifiestan sus necesidades, su experiencia, su vivencia interna. Aquí la cuestión es por qué de esta forma, a no ser que sea la manifestación de un desacuerdo o la protesta más grotesca de la inconformidad. Probablemente sea la distracción en intereses particulares, en la apatía, en el cinismo, en la ignorancia o en el atraso cognitivo que impide aprender de sí mismo para autorregularse. No hay resonancia de la manifestación que se hace a través de la enfermedad. No hay un puente efectivo que facilite la escucha entre ambos. Es una relación donde se comunica, pero desconociendo al otro como interlocutor. La relación es psicótica, desorganizada, sin el referente de la existencia del otro y de sus necesidades.

Se puede decir que la pérdida del contacto entre ambos materializa la negación mutua, uno del otro, postulándose de esta manera, el desconocimiento por ignorancia o por arrogancia lo que cada uno

necesita del otro. Dicen Perls, et, al (1994) que la frontera entre el organismo y su entorno es donde se da el contacto, de este modo, puede darse el caso de no diferenciarse el uno del otro lo que impediría la satisfacción de las necesidades que se pueden comerciar. En esa unidad se conoce, a través de la experiencia, la necesidad del otro diferenciada de la necesidad propia, pero si en esa unidad se pierde la noción de conocer la experiencia del otro, se pasa a subyugar al otro e impide que la relación se de en ambas direcciones. Esta tendencia conlleva al malestar del que se viene planteando como enfermedad, expresada en conductas y comportamientos poco adaptados.

Algo semejante sucede, cuando Rogers (1968) propone la relación de ayuda y señala que esto es posible cuando al menos una de las dos partes tenga la intención de promover el desarrollo de la otra parte. Sin esta condición no es posible la relación de ayuda. Tal como vemos la relación ciudad-individuo, ninguno de los dos está interesado en el progreso del otro. La relación que se propone es egocéntrica, sin la posibilidad de ver la experiencia del otro. Aquí volvemos a enfatizar que en ese binomio se desconocen mutuamente.

De la situación planteada, cabe hacer un giro cuando Vernant (1990) menciona a Dumont quien establece dos tipos de individuos opuestos: uno que está fuera del mundo y otro que está dentro del mundo. El primero renuncia al mundo, la ruptura con las instituciones, el abandono de la comunidad, de ésta manera se excluye de todo tipo de vínculos sociales para buscar su singularidad, tal como lo hace el hindú. Para el caso que se está reflexionando implicaría, como se viene diciendo, la negación del otro (ciudad) por ende desconoce las necesidades y se sustrae de ayudar para el desarrollo del otro, sin embargo se puede pensar que tal actitud, si bien es la búsqueda de su singularidad es a la vez una protesta ante la masificación que intenta la ciudad en su afán de predecir la conducta y el comportamiento del individuo.

De la relación ciudad-individuo Hernández, et al (2000) resalta la función de la ciudad como espacio capaz de satisfacer las necesidades del hombre, de permitir el desarrollo de su potencial humano, a través de un universo de estímulos, la cercanía a otros y la posibilidad de recibir la solidaridad social. Y dice además, que ella se conserva, se rehabilita o se amplía a partir del múltiple orden de necesidades

humanas en cuanto que las mantiene y las refleja. La ciudad genera nuevos espacios que favorezcan su desarrollo el cual se basa en la solidaridad y el pacto social.

La ciudad tiene un papel importante en el desarrollo y bienestar tanto de ella misma como de sus habitantes. Negar su función retarda la dinámica de evolución interna y externa. No hay manera de separar la ciudad de sus habitantes, por esta razón es pertinente ver en ellos un diálogo donde se influyen de manera recíproca.

En este mismo orden de ideas y un poco más esperanzador Páramo (2004) va a proponer que, en vez de “[...] estudiar la ciudad como una fuente de enfermedad, de estrés psicológico o de problemas sociales debería ser estudiada como una experiencia positiva que ofrece oportunidades para el crecimiento individual y de aprendizaje”. Esta propuesta refiere, de manera optimista, pensar la ciudad cuando en el fondo reconoce que la ciudad si origina problemáticas significativas en las personas. Aunque su mirada gira alrededor de manera opuesta al planteamiento reflexivo que se ha venido desarrollando, permite decir entonces que esta cuestión tiene cara y sello, es decir, que la ciudad incide en los individuos que la habitan y esto sucede negativa o positivamente, pero también en la unidad ciudad-individuo puede observarse que la ciudad como espacio, también es alterado por sus habitantes.

Finalmente y tal vez desde la ingenuidad, la propuesta de esta reflexión ha sido la de aportar una concepción de ver la ciudad a partir de los diagnósticos que se registran en las instituciones de salud, pero también de proponer categorías distintas para pensar la enfermedad o la salud desde el enfoque de la ciudad con sus espacios y relaciones que se generan. El caso es que si la ciudad está enferma, entonces también enfermará a sus habitantes, sin embargo, quien compone una ciudad, que es su población, también descompone el o los espacios que habita. La relación va en direcciones que hacen recíproca su incidencia de bien o mal-estar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumgardner, P. (1978). *Terapia gestalt. Teoría y práctica Fritz Perls*. México, D.F. Editorial Concepto, S.A.
- Castro, U. (2010). *Estructuras regionales emergentes y desarrollo turístico sustentable: la región Costa Sur de Nayarit*. México. Edición electrónica gratuita. Texto completo en: [www.eumed.net/tesis/2010/uca/](http://www.eumed.net/tesis/2010/uca/).
- Diccionario de derecho usual. (2015). Consultado en: <http://universojus.com/definicion/civitas>.
- Fernández, J., Yáñez, S. (1994). Alexitimia: *Concepto, Evaluación y Tratamiento*. Revista Psicothema Volumen 6, No. 3, 1994 ISSN: 0214-9915 Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/931.pdf>.
- Fromm, E. (1964). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, A. (1997). *La ciudad de los ciudadanos*. Editado por el Ministerio de Fomento. Madrid, ISBN: 84-498-0305-5. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/aciudad/aciudad.pdf>.
- Marx V. (2006). *Las ciudades en la globalización*. Arqitekturarevista Enero-Junio. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193616282004>. Fecha de consulta: 22 de julio de 2017.
- Paramo, P. (2004) *Algunos conceptos para una perspectiva optimista de vivir la ciudad*. Revista Territorios. No. 11. ISSN-e: 2215-7484. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35701105>.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1994). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Edita: Sociedad de Cultura Valle-Inclán. La Coruña.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23ª Edición. (2014). Consultado en: <http://dle.rae.es/?id=FHA3D3L>.

- Rodríguez, J., Pastor, M A., López, R. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. *Psicothema* 19935349-372. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>.
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica favorita*. Barcelona, Editorial Paidós.
- Rogers, C. (1986). *Características de una relación de ayuda*. En Lafarga, J., Gómez, J. Compiladores. *Desarrollo del Potencial Humano*. (pp. 81) México. Editorial Trillas.
- Rogers, C. Kinget, G. (1967). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Tomo I. Madrid – Barcelona. Ediciones Alfaguara.
- Salama, H., Castanedo, C. (1991). *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. Editorial Manual Moderno, S.A. México, D.F.
- Vernant, J. et, al (1990). *El Individuo en la ciudad*. Editor Universidad Autónoma de Madrid. Cuaderno Gris. Época I, 6 ISSN: 0213-6872. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/39>.