

**Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil**

Rosa Isabel García Ledesma, Adrián Mellado Cabrera, Cinthya Illarramendi Hernández y María Belén Pérez Cequera

**Adaptación del Cuestionario Actitudes del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención para Tratamiento de Adicciones**

Miriam Iliana Véliz Salazar,  
Kalina Isela Martínez Martínez

**El proceso de autorregulación de la alimentación en diabetes tipo 2**

Laura Rojano García,  
Claudia Unikel Santoncini,  
Lucy María Reidl Martínez

**Contraste de un Modelo de Red Intencional**

Javier Carreón Guillén,  
Jorge Hernández Valdés,  
María Beatriz Castillo Escamilla,  
Cruz García Lirios

**El escucha familiar en la atención psicoanalítica individual**

Regina Márcia Manicardi Vaz y  
Maria Consuêlo Passos

**Mujeres jóvenes otomíes: de la tradición a la transformación**

Iris Rubí Monroy Velasco, Corina Benjet y  
Emily Ito Sugiyama

**Nuevo instrumento para evaluar el conocimiento sobre asma en Médicos generales**

Georgina Eugenia Bazán Riverón,  
Jorge Iván Rodríguez Martínez,  
Laura Evelia Torres Velázquez y  
Rafael Javier Sandoval Navarrete

**Componentes afectivos-motivacionales en la toma de decisiones morales: validación de constructo y calibración de ítems**

Laura Ramírez Hernández,  
Sandra Castañeda Figueiras,  
Eduardo Peñalosa Castro

**La dinámica de la familia y la diferenciación**

José de Jesús Vargas Flores,  
Edilberta Joselina Ibáñez Reyes y  
Karina Mares Martínez

**Dos formas de hacer familia: visibilizando a las Familias Trans**

Maria Olga Mejía Anzures y  
María Emily Ito Sugiyama

Revista alternativas en psicología, órgano de difusión científica de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.

Indizada en PsycInfo, PSERINFO, PEPSIC Y EBSCO

Toda comunicación dirigirla a AMAPSI:  
Instituto de Higiene núm. 56, Col. Popotla,  
CP 11400, México, D.F.

Teléfono/Fax: 5341-8012

[www.alternativas.me](http://www.alternativas.me)

info@alternativas.me

La responsabilidad sobre la información y opiniones vertidas en los artículos corresponde únicamente a los autores.

Diseño: creamos.mx. Foto de la portada: Amir Rochman

Edición y corrección: Tania Torres Gómez Tagle

Revista Alternativas en Psicología, año XIX, número 33, Agosto 2015 – Enero 2016, es una publicación semestral editada por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, [www.alternativas.me](http://www.alternativas.me), [info@alternativas.me](mailto:info@alternativas.me). Editor responsable: Laura Evelia Torres Velázquez. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2012-102212263800-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN: 2007-5251. Responsable de la actualización de este número: creamos.mx, Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 30 de agosto de 2015.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C.

# Revista “Alternativas en Psicología”

Fundador: Marco Eduardo Murueta Reyes

Presidenta actual: Laura Evelia Torres Velázquez

Directora fundadora: E. Joselina Ibáñez Reyes

Vicepresidente actual: Jorge Guerrero Barrios

## Consejo editorial

Marco Eduardo Murueta Reyes  
UNAM, FES Iztacala. Fundador

Laura Evelia Torres Velázquez  
UNAM, FES Iztacala. Fundador

E. Joselina Ibáñez Reyes  
UNAM, FES Iztacala. Fundadora

Rocío Soria Trujano  
UNAM; FES, Iztacala. Fundadora

José de Jesús Vargas Flores  
UNAM, FES Iztacala. Fundador

Jorge Guerrero Barrios  
UNAM, FES Iztacala. Fundador

María Rosario Espinosa Salcido  
UNAM, FES Iztacala. Fundadora

Ma. Refugio Ríos Saldaña  
UNAM, FES Iztacala

Esther M. Marisela Ramírez G.,  
UNAM, FES Iztacala. Fundadora

Ma. Teresa Hurtado  
de Mendoza Z,  
UNAM, FES Iztacala

Enrique B. Cortés Vázquez  
UNAM, FES Iztacala. Fundador

## Comité editorial internacional

Fabián Spinelli  
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Edgar Galindo  
Portugal

Manuel Calviño  
Universidad de la Habana, Cuba

Fernando González Rey  
Cuba-Brasil

Fernando Ortiz  
Universidad Estatal de Washington

Jorge Pérez Alarcón  
UAM, Xochimilco

Alma Herrera Márquez  
UNAM, FES Zaragoza

Germán Gómez  
UNAM, FES Zaragoza

María del Refugio Cuevas  
UNAM, FES Zaragoza

Brian McNeill  
Universidad Estatal de Washington

Carmen Mier y Terán  
UAM, Iztapalapa

José Joel Vázquez Ortega  
UAM, Iztapalapa

Lucy Reidl  
UNAM, Facultad de Psicología

Luis Joyce Moniz  
Universidad de Lisboa, Portugal

Nuria Codina  
Universidad de Barcelona, España

Carolina Moll Cerizola  
Universidad Católica, Uruguay

Ana María Caballero  
Paraguay

Humberto Giachello  
Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Luis Morocho  
Colegio de Psicólogos del Perú

Luis Benítes Morales  
Universidad de San Martín de Porres, Perú

Mario Molina

Federación de Psicólogos de la República  
Argentina

Ada Casal Sosa

Universidad Médica de la Habana, Cuba

Ana María del Rosario Asebey,

UA de Querétaro

Rosalba Pichardo

UA de Querétaro

Dulce María Arredondo

UA de Querétaro

Betty Sanders Brocado

UAM, Xochimilco

Carlos Guardado

Universidad Hispanomexicana

Antonio Tena Suck

Universidad Iberoamericana, Santa Fe

Ana Mercedes Bahia Bock

Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Eduardo Almeida

Universidad Iberoamericana, Puebla

Emily Ito Sugiyama

UNAM, Facultad de Psicología

Odair Furtado

Presidente Consejo Federal de Psicología de  
Brasil

Javier Guevara Martínez

GRECO, México

Marcos Ribeiro Ferreira

CRP, Santa Catarina, Brasil

Héctor Magaña Vargas

UNAM, Fes Zaragoza

Bernardo Muñoz Riverol

DGEO, UNAM

Carmen María Salvador Ferrer

Universidad de Almería, España

## Índice de contenido

**Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil..... 8**

Rosa Isabel García Ledesma, Adrián Mellado Cabrera,  
Cintha Illarramendi Hernández y María Belén Pérez Cequera  
UNAM, FES Iztacala

**Adaptación del Cuestionario Actitudes del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención para Tratamiento de Adicciones..... 22**

Miriam Iliana Véliz Salazar, Kalina Isela Martínez Martínez  
Universidad Autónoma de Aguascalientes

**El proceso de autorregulación de la alimentación en diabetes tipo 2..... 32**

Laura Rojano García, Claudia Unikel Santoncini, Lucy María Reidl Martínez  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Contraste de un Modelo de Red Intencional..... 50**

Javier Carreón Guillén, Jorge Hernández Valdés,  
María Beatriz Castillo Escamilla, Cruz García Lirios  
Universidad Nacional Autónoma de México

**El escucha familiar en la atención psicoanalítica individual..... 66**

Regina Márcia Manicardi Vaz y Maria Consuêlo Passos  
Universidade Católica de Pernambuco / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

**Mujeres jóvenes otomíes: de la tradición a la transformación..... 82**

Iris Rubí Monroy Velasco, Corina Benjet y Emily Ito Sugiyama  
Facultad de Psicología de la UNAM  
Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

**Nuevo instrumento para evaluar el conocimiento sobre asma en Médicos generales.....98**

Georgina Eugenia Bazán Riverón, Jorge Iván Rodríguez Martínez,  
Laura Evelia Torres Velázquez y Rafael Javier Sandoval Navarrete  
Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM  
Centro Médico Coyoacán Facultad de Medicina UNAM

**Componentes afectivos-motivacionales en la toma de decisiones morales:  
validación de constructo y calibración de ítems..... 115**

Laura Ramírez Hernández, Sandra Castañeda Figueiras, Eduardo Peñalosa Castro  
Facultad de Psicología UNAM / UAM

**La dinámica de la familia y la diferenciación..... 133**

José de Jesús Vargas Flores, Edilberta Joselina Ibáñez Reyes y Karina Mares Martínez  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México

**Dos formas de hacer familia: visibilizando a las Familias *Trans*..... 160**

Maria Olga Mejia Anzures y María Emily Ito Sugiyama  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
Facultad de Psicología, UNAM

## Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil

Rosa Isabel García Ledesma<sup>1</sup>, Adrián Mellado Cabrera<sup>2</sup>,  
Cinthya Illarramendi Hernández<sup>3</sup> y María Belén Pérez Cequera<sup>4</sup>

*UNAM, FES Iztacala*

### Resumen

Las pérdidas y duelos familiares conllevan una serie de movimientos en la estructura familiar. El dolor de la pérdida ayuda a que la familia inicie, de ser posible, su proceso de duelo. El objetivo de esta investigación es describir desde el marco sistémico-narrativo las técnicas: saturación del problema, externalización, recursos literarios, acontecimientos extraordinarios y "Decir de nuevo hola", usadas para el acompañamiento psicoterapéutico de estudio de caso de la familia Citlaxochitl que vivía un proceso de duelo por cáncer infantil. Finalmente, la familia logró vivir un proceso de duelo en el que reconstruyó su experiencia y logró reconocer sus saberes y habilidades familiares, permitiéndose ser acompañados en sus vidas por el recuerdo de Itz.

**Palabras clave:** pérdidas, duelo, terapia familiar sistémica, modelo narrativo.

---

<sup>1</sup> Profesora asociada de la carrera de Psicología, FES-Iztacala. UNAM. Correo-e: rosa\_isabel\_garcia@hotmail.com.

<sup>2</sup> Profesor de la carrera de Psicología, FES-Iztacala. UNAM. Correo-e: adrianromirosas@prodigy.net.mx

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: cillarramendi@gmail.com

<sup>4</sup> Licenciada en Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: cequera.ma.bel@gmail.com



**Abstract**

Family duels and losses involved a series of movements within the family structure. The pain of loss helps the family to start, if possible, a grief process. The objective of this research is to describe the techniques from the systemic and narrative approach: saturation of the problem, outsourcing, literary resources, extraordinary events and "Say hello again", used for psychotherapeutic accompanying case study of family Citlaxochitl who was living a process of mourning by childhood cancer. Finally, the family managed to live a grieving process that rebuilt their experience and they became able to recognize their knowledge and family skills, allowing them to be accompanied in their lives by the memory of Itz.

**Key words:** Death, Grief, Family therapy system, Narrative approach.

**Introducción**

Las enfermedades crónicas degenerativas han llegado a tener una posición primordial en la tasa de mortandad, el cáncer, por ejemplo, ocupa el segundo lugar por muertes infantiles. Por lo que resulta significativo el acompañamiento médico, psicológico, religioso, de la familia extensa y amigos. Además, ante estos cambios no se debe pasar por alto la ayuda psicoterapéutica, ya que si pudiésemos imaginar a una familia que está sana e inesperadamente es anunciado el cáncer en uno de los hijos, es de esperar que en este núcleo inminentemente se presenten diversas reacciones como emociones, sentimientos, acciones o cuestionamientos como: ¿Qué pasará ahora?, ¿Vivirá mi hijo?, ¿Morirá mi hermano?, ¿Podré cuidar a mi hijo en el hospital sin descuidar a mis otros hijos?

¿Y... si no podemos con esto? Interrogantes para las cuales dar una respuesta no siempre es tan sencillo. Dado que la llegada del cáncer infantil modifica el equilibrio funcional de toda la familia, es importante un acompañamiento psicológico en las diversas etapas de la enfermedad (diagnóstico, hospitalización, recidiva, fallecimiento o la reincorporación del paciente) por las diversas pérdidas ambiguas o definidas (Boss, 2001; Goldbeter, 2003) que conlleva durante el proceso de duelo. Una propuesta para la intervención en terapia de duelo es el marco narrativo-sistémico, el cual refleja una epistemología de causalidad circular, que contempla a todo el sistema e implica la búsqueda de un reajuste familiar.

Payne (2002) señala que la terapia narrativa se centra en el estudio de las cosas atípicas, poco comunes, es decir que mediante la reexaminación de las historias estereotipadas se buscan nuevos detalles, fomentando la emergencia de narrativas ricas a partir de descripciones aisladas o incompatibles, que no son consideradas erróneas sino pobres o ralas. La terapia narrativa deviene de los fundamentos posmodernos que rompen con las nociones de la terapia tradicional, por lo que desde esta perspectiva se asume que las historias o narrativas son aquellas descripciones que retoman la experiencia concreta, cotidiana y personal de nuestras vidas, aquellas que nos contamos los unos a los otros (White, 2002).

El interés por esta visión epistemológica, que tiene como fundamento central el lenguaje, ha ampliado la visión hacia el mundo interno del individuo, de sus narrativas y de sus emociones, lo que ha conducido al redescubrimiento y la valoración de la relación entre los pensamientos y la construcción de los significados. Pero, ¿será posible que la manera de contarnos las cosas, cambie nuestra realidad? Aunque esta idea podría parecer simplista, el enfoque sistémico-narrativo contribuye a explicarlo al considerar que el lenguaje es algo que subyace al ser humano y al entendimiento de los individuos mediante la construcción y el compartimiento de significados, de manera que el foco de interés terapéutico se

encuentra en ahondar en la construcción del mundo a partir de los significados asignados a nuestros relatos en el momento en que éstos se vuelven compartidos. En consecuencia, la intervención terapéutica se puede beneficiar de la línea conductora inspirada en estas ideas. A pesar de la dispersa identidad de algunos miembros, se deberá procurar enriquecer las narrativas individuales y las mitologías familiares (Linares, 2005).

A continuación se ofrece una breve descripción de algunas de las técnicas narrativas:

*Saturación y externalización del problema:* generalmente cuando los pacientes explican los problemas por los cuales se presentan a terapia hacen una «*descripción saturada del problema*» que suele ser el relato dominante de la familia, White y Epston (1993) lo llaman «*externalizar el discurso internalizante*», lo cual permite expresar elementos de autoinculpción y falta de autoconfianza; desde esta perspectiva es el problema lo que es el problema y se trata de confrontar a las creencias y narrativas que permitan separarse de los relatos que dominan sus relaciones.

*Recursos literarios:* Las cartas terapéuticas se basan principalmente en la reescritura. El paciente y el terapeuta escriben y construyen el relato que la persona narra al estar en terapia y después de ser escrita se exterioriza (Linares,

Pubill y Ramos, 2005). También Gordón (2011) señala que la literatura nos enseña las distintas posibilidades de lo humano para saber cómo se comportan los otros en ciertas circunstancias y también cómo lo haríamos nosotros en el mismo escenario. Androutsopolou (2001) y Laitilla, Aaltonen, Wahlstrom y Angus (2005), la emplean con sus clientes para la co-construcción de sus historias personales.

*Acontecimientos extraordinarios:* esta técnica se lleva a cabo mediante la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema, recordando hechos que contradigan los efectos del problema sobre sus vidas (White y Epston, op. cit.; Payne, op. cit.).

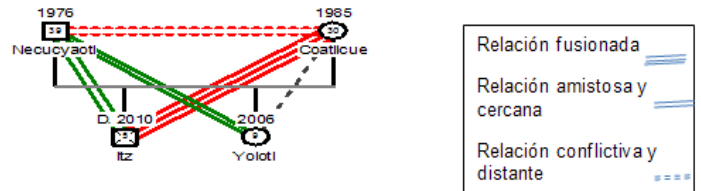
*Decir de nuevo hola:* White (2002) notó que la aceptación de la pérdida definitiva complicaba más la situación en lugar de capacitar a las personas a reaccionar y enriquecer sus vidas, por lo que incorporó la metáfora “Decir de nuevo hola”, que permite a las personas introducir las concepciones alternativas de su yo como persona y lo presenta a los demás en sus redes sociales.

En este sentido, la terapia narrativa puede ayudar en diversos casos, centrándose en rescatar los saberes y habilidades de la vida, por ejemplo, en temas de abuso sexual, enfermedades, separaciones o divorcios, duelo, entre otros. Sobre este

último tema, White (op. cit.) aborda el caso de Greg, en el cual expone de qué manera vivió la muerte de uno de sus mejores amigos que falleció de SIDA; es a través de la conversación como surgen recuerdos que le permiten reintegrar a la persona que se ha ido nuevamente a su vida y de esta manera también dejarse acompañar por otros personajes importantes. White (1994) señala que es a través de la práctica de técnicas narrativas y la intervención terapéutica como estuvo examinando la metáfora de “Decir de nuevo hola” y su implementación al tratar la aflicción de personas que habían sido diagnosticadas con duelo patológico y estado bajo tratamientos normativos. White se dio cuenta de que muchas personas experimentan la aceptación de la pérdida definitiva del ser querido, pero esto complica más la situación, en lugar de capacitar a las personas a reaccionar y enriquecer sus vidas. Por ello es que él propone incorporar la relación de la pérdida más que intentar que el paciente olvide la relación e impulsa esta técnica a través de la metáfora de “Decir de nuevo hola” permitiéndole que las personas introduzcan las concepciones alternativas de su yo como persona y lo presenten a los demás en sus redes sociales (White, op. cit.).

Tomando en consideración lo antes mencionado, el objetivo de esta investigación es describir desde el marco sistémico-narrativo las técnicas: *saturación del problema, externalización, recursos litera-*

rios, acontecimientos extraordinarios y “Decir de nuevo hola”, usadas para el acompañamiento psicoterapéutico de estudio de caso de la familia Citlaxochitl que vivía un proceso de duelo por cáncer infantil.



## Metodología

La investigación e intervención se valió del enfoque sistémico narrativo para la visión del caso de la familia Citlaxochitl quienes perdieron a su hijo a causa del cáncer infantil, para fines de la investigación y protección de los pacientes todos los nombres fueron cambiados y se usaron nombres de lengua náhuatl.

Procedimiento: Las sesiones fueron grabadas con el consentimiento de la familia para ser usadas en la presente investigación. El modelo psicoterapéutico constó de tres modalidades a saber: 1) Psicoterapia individual con cada integrante de la familia; 2) Intervención con la pareja como equipo de padres; 3) Intervención familiar (familia nuclear: padre, madre e hija). De las tres modalidades se contabilizaron 80 sesiones, cada una con una duración de 1 a 2 horas. Se realizó un análisis cualitativo mediante categorías y la extracción del relato que pudiera dar cuenta de la implementación de las diversas técnicas que aporta la visión sistémica narrativa.

## Presentación del caso: Familia Citlaxochitl

Conformada por Coatlicue (en adelante C) madre de 30 años, con carrera técnica concluida. Necucyaotl (en adelante N) esposo de C, de 39 años con carrera trunca. Itz (en adelante I) su primer hijo, fallecido a los 5 años, 6 meses, y Yolotl (en adelante Y) quien actualmente estudia la primaria.

El sistema familiar del que provenía C había vivido infidelidad conyugal y violencia familiar tanto física como psicológica. De tal manera que eran concepciones desde las que C se relacionaba con su esposo y sus hijos.

Por su parte la familia de origen de N tiene un subsistema conyugal disuelto. Después de la separación, N comenzó a trabajar en un grupo de música que amenizaba fiestas y se responsabilizó de su madre y su hermano a partir los 15 años.

Formación de la familia: C y N se conocieron cuando ella tenía 18 y él 27, un año después se casaron siendo presionados por los padres de C,

ya que ella estaba embarazada de Itz, su relación estuvo acompañada de desacuerdos, poca comunicación y discusiones, las cuales generaron tres separaciones. La pareja tuvo a I y a Y; la tensión dentro del subsistema conyugal no arreglada fue desplazada hacia los hijos, generando una dinámica conflictiva entre padres e hijos que se repetía constantemente.

Familia con hijos pequeños: cuando I tenía 4 años le diagnostican cáncer sarcoma de Ewing, estudiaba primer año de kínder; Y tenía 2 años y estaba al cuidado de su abuela, pues sus padres trabajan.

En esta etapa se presentó un evento transaccional con la llegada del cáncer y la muerte de I, lo que significó una crisis para la familia.

El malestar en el matrimonio de C fue desplazado a una relación aglutinada con su familia, sobre todo con su hijo mayor I cuando él seguía con vida. Después de la llegada del cáncer a la vida de esta familia y de la muerte de I, C vivió una gran tristeza, culpa, coraje y resentimiento por la indiferencia de N, reflejando un duelo congelado y repercutiendo en las relaciones familiares las cuales se tornaron distantes entre C, su hija y su esposo.

Por parte de N la relación con C se tornó conflictiva pues ella minimizaba la ayuda que recibía de él y los padres de C no consideraban que fuera buen marido y buen padre. Con la llegada del cáncer y la muerte de I, N reflejaba un gran enojo con la vida por haberle arrebatado a su hijo, la culpa lo acompañaba, sentía una gran indiferencia y enojo contra C, sin embargo, la solución de él era callar y evadir los problemas, expresando así, síntomas de un duelo inhibido que no había sido trabajado.

Y vivía el duelo por la partida de su hermano I, este evento lo experimentó sin el acompañamiento de sus padres, por lo que en algunas ocasiones llegaba a sentirse triste, la ausencia de los padres significó que la relación con ellos fuera distante y estos conflictos fueron permeando en el desempeño escolar de Y, pues tenía bajo rendimiento y continuamente no hacía sus tareas, al igual que desobedecía a su abuela materna y comenzaba a comer muy poco, situaciones que preocupaban y enojaban a sus padres.

Tras la partida del pequeño I, a pesar de que C y N estaban insatisfechos con su matrimonio, siguieron viviendo juntos para cumplir la petición que I le hiciera a N de cuidar a su familia. Fue en estos momentos cuando la familia inició el proceso terapéutico.

## Intervención

Se utilizaron algunas técnicas del modelo narrativo para el caso de la familia Citlaxochitl, cabe aclarar que la descripción de estas técnicas y su exposición en el presente artículo no reflejan la complejidad, sensibilidad, el tacto y la flexibilidad de la terapia narrativa, puesto que el objetivo de este trabajo es señalar la implementación de técnicas narrativas en un caso de duelo por cáncer infantil.

El análisis de intervención se divide en categorías que reflejan algunas de las técnicas implementadas en la terapia narrativa, siguiendo criterios convenientemente descriptivos.

### Saturación y externalización del problema:

Algunos teóricos como White y Epston (*op. cit.*) y Payne (*op. cit.*) señalan que esta técnica puede emplearse de manera fluida durante los encuentros terapéuticos, sin embargo, con fines didácticos y para beneficio del lector, se abordará a través de pasos sistematizados.

*1. Identificar el discurso saturado del problema:* Se refiere a la problemática que domina en la narrativa de la persona. Al llegar a sesión la descripción saturada del problema de C estaba centrada en la pérdida de su hijo: *"A un año que él se fue, me siento muy culpable, siento que no fui una buena madre, siento que fue mi culpa que él se enfer-*

*mara..."* ella vivía un duelo congelado que, de acuerdo con Gómez (2007); García, Mellado, Pozadas y Oviedo (2008) y Castro (2007), es experimentado por aquellas personas que se vuelcan en actividades frenéticas para no tener que pensar en lo que ha sucedido, pero basta un solo recuerdo para desencadenar el duelo que aún no han resuelto. Todo ello aunado a las problemáticas que ya se presentaban desde el inicio de su matrimonio y que no les ayudaron a confrontar este evento transaccional.

En el caso de N la saturación del problema radicaba en el peso que tenía el discurso de C sobre su construcción paterna, lo que daba pauta a que él viviera un duelo inhibido, que de acuerdo con Gómez (*op. cit.*) García, Mellado, Pozadas y Oviedo (*op. cit.*) y Castro (*op. cit.*) consiste en una "anestesia emocional", es decir, no se expresa el sentir de la pérdida, *"Cuando pasaron cosas importantes yo no estaba...pero dice -tú estás para proveer- entonces me confundió cuando me dice que pasaron cosas importantes, y que yo no estuve, entonces - ¿Qué es lo que quieres, de mí?"* (refiriéndose a C). En este caso N se enfrascaba en una realidad en la que sus sentimientos no eran válidos ni aceptados por él y vivía presionado por la imagen que esperaban de él.

*2 Externalización del problema:* lo que se busca es que la persona identifique que el problema es el

problema y no la persona en sí, que aprecie la influencia que el problema tiene en su vida y la influencia que él tiene en el problema. (White y Epston, 1993). Ya que ambos padres estaban saturados por la culpa, enojo, tristeza y ambigüedad, se implementó la externalización como abordaje terapéutico en las primeras sesiones. En el caso de C describió que sus sentimientos paralizaban su vida, *"... yo más que nada veo esto como un hoyo negro que fui cavando yo solita"*. A través de las siguientes preguntas se invitó a C a bautizar el problema ¿Me pregunto cómo podrías llamar a todo esto que estás sintiendo? ¿Si pudieras darle forma, cuál sería? ¿Qué color, tamaño, textura tendría? Ella refirió sentirse en una obscuridad que la hacía depender de una lámpara que simbolizaba el recuerdo de su hijo, logró identificar el dolor y lo denominó como el "Hoyo Negro".

En el caso de N había un reconocimiento de la culpa, sin embargo, no existía una disposición a exteriorizar cómo la vivenciaba, ya que en su discurso estaba presente *"yo soy un pescado enjabonado, todo se me resbala"*, *"todo lo que siento no sé a dónde se va"*. Cuando se prosiguió a bautizar a la culpa y la tristeza refirió imaginársela como una presencia: *"Me imagino a la culpa y la tristeza como alguien que me acompaña... es una mujer muy bella, que me sigue a todos lados, yo no le puedo decir nada, es paralizante para mí, me recuerda esa parte*

*obscura, lo que no hice."* A esta acompañante la denominó la "Dama Seductora".

**3. Entrevistar al problema externalizado:** Una vez que se ha cosificado el problema y se ha visto como algo externo a la persona, el terapeuta deberá hacer uso de su creatividad e imaginación para entrevistar al objeto externalizado, y entonces pedir el consentimiento para entrevistar respectivamente al Hoyo Negro (HN) y a la Dama Seductora (DS). Algunas preguntas que se emplearon fueron:

¿Hoyo Negro en qué momento llegaste a la vida de C? ¿En qué momentos te haces más grande? ¿En qué momentos te haces más pequeño? ¿Qué crees que deba hacer C para sacarte de su vida? ¿En algún momento piensas dejarla sola?

**4. Escuchar la influencia que el problema tiene en la vida de la persona:** Se reflejó el reclamo y el castigo que hacía el Hoyo Negro hacia C por una idea mal fundada que tenía sobre la responsabilidad de la muerte de su hijo, aunado a las voces que le recalaban que su matrimonio influyó para que el enfermara, las cuales la hacían vivir con temor sobre lo que le pudiera pasar a Y. Después de entrevistar al HN, C tuvo el propósito de no dejarse vencer por él teniendo nuevos proyectos y

dándole un sentido diferente a su vida, intentando volver a sonreír y disfrutar el regalo que es su hija, conocerla como lo hizo con I.

En la entrevista con la Dama Seductora (DS), a través de las preguntas ya señaladas, N pudo escuchar que ésta tiene un papel muy importante en su vida y que le impedía relacionarse con los demás al concentrar todas sus emociones y sentimientos dentro de una caja, imposibilitando que los expresara y que emergiera el verdadero dolor de haber perdido a su hijo.

Le recordamos al lector que en este sentido nos referimos a que el paciente necesita un tiempo para asimilar esta información, de tal modo que la naturaleza del proceso puede ser mucho más compleja de lo que aquí se describe.

**Cartas terapéuticas:** El terapeuta tiene que identificar el momento apropiado para emplear esta técnica en la que la persona escribe en una hoja de papel, durante la sesión o en casa, una historia en la cual exteriorice parte de la problemática. Esta herramienta puede ser flexible y en algunos casos se presentan cartas o diplomas escritos por el terapeuta dirigidos hacia la persona.

C escribió una carta a N (que le entregó meses después) en la que exteriorizó un deseo de diferenciar los roles y trató de concentrarse en ser la

madre responsable, sin descubrir aún cuáles eran sus verdaderas necesidades. Este evento permitió que C reflejara su sentir como mujer insatisfecha y reconociera que ella debe ver por sus necesidades, merece ser feliz y amada, en este caso fue la primera vez que C señala que desea algo para ella, acepta despedirse de N como hombre y verlo sólo como el padre de Y, aún sin dejar de depender de la decisión de él.

En el caso de Y las cartas terapéuticas fueron empleadas como un ritual para procesar el duelo por su hermano, ella realizó un dibujo en el cual representó a su hermano como un ángel rodeado de flores, con este ejercicio pudo expresar por primera vez sus sentimientos respecto a la partida de su hermano.

**Recursos literarios:** Este recurso fue ocupado con Y a través de la película *¡Up! Una aventura de altura* (2009), del director Docter, adecuando el medio narrativo al desarrollo psicoemocional de Y. Ella evocó experiencias acompañadas de tristeza, observándose asimilación al señalar que ella había soñado con I y que todos los miembros de la familia, incluso él, lucían felices. Además deja ver que él sigue acompañándola mientras juega, ya que menciona que al arrojar la pelota su hermano se la devuelve, lo que permite dotar a su relato de sentido y demostrar la presencia de I; como lo señala Lavega (2010), el juego da pauta a



que los niños puedan otorgarle un sentido nuevo a los objetos.

**Acontecimientos extraordinarios:** Esta técnica se lleva a cabo mediante la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema, recordando hechos que contradigan los efectos del problema sobre sus vidas (White y Epston, *op. cit.*; Payne, *op. cit.*).

Un acontecimiento extraordinario para C e I fue la creatividad con la que ella manejaba las cosas para darle y darse fuerza durante el período de hospitalización *"Cuando ya nos íbamos al hospital llevábamos ahí la maletota y siempre les decía ¡ay! ya nos vamos de vacaciones al hotel de cinco estrellas... y luego nos decían: ¡ay! hasta el noveno piso, y yo les decía ¡claro, claro es el Pent-house"*.

**Decir de nuevo hola:** Para Y el *"Decir de nuevo hola"* fue después de todo un proceso de trabajo que se reflejó cuando logró compartir sus sentimientos respecto a su hermano, sentir tristeza y extrañarlo. Se hace evidente la ausencia física de I, sin embargo, ésta es más llevadera cuando aprende que puede convivir con él a través del juego: *"Aprender a decir cómo me siento, a obedecer las reglas... me acuerdo que invitábamos a I a jugar y que ahora puedo estar con él"*. en este sentido, para Y ahora cabe la posibilidad de que haciendo uso de la imaginación su hermano la siga acompa-

ñando en el juego, permitiéndole una presencia psicológica y emocional que dota de otro significado a la ausencia y hace sentir feliz a Y.

Para C, soñar con su hijo le permitiría estar perdonada y este evento sucedió después de un año y medio del fallecimiento de I, cuando al padre de C lo estaban diagnosticando con un posible cáncer de próstata. Ella tuvo la oportunidad de reencontrarse con su hijo a través del sueño, en el cual él le brindó la tranquilidad al decirle *"aquí donde estoy, estoy bien y estoy feliz, ya no me duele nada, él no te va a dejar, él va a seguir contigo"* (refiriéndose al papá de ella); además, le hace saber que no debe sentirse culpable de nada. Nadeau (2005, citado en López, 2008) menciona que los sueños son generalmente interacciones que se tienen con el fallecido, la asignación de sentido ocurre cuando el que sueña interpreta éste mismo, lo comparte con la familia y cuando los miembros responden a ese sueño, en el caso de C, compartirlo dio un giro heurístico *"aceptar la partida de mi hijo a otro lado a donde está mejor, a donde está sano, sé que está bien y en mi mente siempre se va a quedar"*. Este evento da pauta a la finalización del duelo, al dotar de un nuevo sentido a su relato, C vivencia la aceptación de la pérdida.

El *"Decir de nuevo hola"*, para N representa un *cambalache* de dolor por aprendizaje, N lo describe como *"una luz que lo saca de la obscuri-*

dad, como rendirle honor a la muerte de mi hijo y aprender a vivir”, lo que implica reconstruir aquellos proyectos que en algún momento de su vida había empezado pero quedaron inconclusos por el hecho de pensar que no valían la pena, pues estaba más centrado en el miedo que sentía a la muerte, lo que le impedía pensar en su presente. Sin embargo, va disipando el temor y entendiendo que *I* es su *sensei*, lo que le permite construir un relato en el cual da cabida a comprender que la muerte sólo es una transición y cuando “le toque” tendrá la posibilidad de un reencuentro con su hijo. Ahora le puede decir “no te vayas, quédate donde yo te pueda sentir” asumiendo que ya no está la presencia física pero queda la esencia y el amor.

En todo este proceso se aprecia el reajuste de una estructura familiar diferente que contempla la posibilidad de que aún siendo una pareja separada los padres tienen la voluntad de seguir construyendo y trabajando por el bienestar de su hija.

## Conclusiones

La intervención psicoterapéutica juega un papel muy importante en el acompañamiento de procesos de enfermedades crónicas, si se tiene en cuenta que éste brinda la posibilidad de desarrollar elementos resilientes y fomentar el equilibrio familiar. En la presente investigación, hacer uso

de las técnicas narrativas permitió que durante los encuentros terapéuticos la familia Citlaxochitl iniciara un proceso de duelo para aquellas pérdidas ambiguas y definidas que los acompañaban, ya que al ser la tristeza, la elegía, el rencor, la culpa, los problemas que dominaban su discurso, el sistema perpetuaba su homeostasis. Es decir, la familia, en relación con el problema, mantenía las mismas formas de evadir su duelo sin llegar entonces a solución, propiciando que la narrativa saturada del problema siguiera presente. Por tanto, la finalidad era reestructurar a la familia tomando en cuenta sus premisas para trabajar junto con ella y construir narrativas alternas. En los casos de duelo uno de los objetivos de la terapia narrativa es resaltar, a pesar del dolor, los detalles insignificantes pero que sin duda al quedar reflejados pueden ayudar a que las personas rescaten una historia diferente cuando aprenden a “Decir de nuevo hola”.

La familia que colaboró en esta investigación pasaba por estos cambios transaccionales y, tras la muerte de *I*, la estructura familiar se vio afectada y sus vínculos se fueron desligando al igual que se acentuaron los conflictos maritales. Sin embargo, durante el proceso terapéutico se observó que conforme se iba trabajando la narrativa personal, se respetaron los tiempos del duelo de cada integrante, teniendo la posibilidad de contactar con su dolor, trabajar su duelo, darse

cuenta de sus historias saturadas para poder resignificarlas y que la muerte de su pequeño se convirtiera en una experiencia de aprendizaje. Asimismo, conforme esto sucedía se iba construyendo una confluencia de la mitología y reencontramiento familiar.

Lo que el cáncer le dejó a la familia Citlaxochitl fue poder gobernar su narrativa, tener una identidad en la que pudieron integrar aquellos acontecimientos extraordinarios que estaban allí y que habían pasado desapercibidos, atender sus emociones, escuchar a los otros, sentir a su familia y vivenciar el dolor para resignificarlo y dejarse acompañar por el recuerdo de l.

Se resalta que al incorporar la visión del marco sistémico narrativo, cuya epistemología se rige por romper con las verdades determinantes que gobiernan el relato de los pacientes, permitió descubrir que los encuentros terapéuticos dan cabida a construir un espacio relacional con el paciente en el que el terapeuta no se guía por pasos sistematizados, por el contrario, existe una flexibilidad a negociar los significados, lo que conlleva a una construcción de realidades que dan pauta a nuevas posibilidades.

Al llevar a cabo esta investigación pudimos enriquecer nuestra experiencia a nivel profesional y aprendimos a ser conscientes de la complejidad

que acompaña a las familias que vivencian la llegada y las secuelas del cáncer. En este sentido, queda claro que nuestra responsabilidad y labor psicoterapéutica va más allá de elaborar un discurso lleno de conceptos teóricos que le puedan dar confort al paciente, más que esto, es generar un espacio relacional y sabemos que independientemente de que sea una familia paralizada por las problemáticas, somos acreedores de fortalecer y estimular nuevas creencias y propiciar nuevas estructuras familiares.

Es importante conocer el marco teórico epistemológico sistémico y narrativo para comprender el sentido de estas técnicas para poder emplearlas adecuadamente en una relación colaborativa entre terapeuta y usuario.

Otra limitante es mencionar que este modelo puede no ajustarse a las necesidades del consultante dependiendo de su demanda o de los objetivos que planea cumplir, en este caso el modelo es flexible sin embargo hay clientes que necesitan un acompañamiento más directivo.

## Referencias

- Androutsopoulou, A. (2001). Fictions as an aid to therapy: a narrative and family rationale for practice. *Journal of Family Therapy*, 23 (1), pp.278-295. En red: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00184/pdf>
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. España: Gedisa.
- Castro, M. (2007). *Tanatología: La inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México: Trillas.
- Docter, P. (2009) *Up, una aventura de altura*. [Pixar Animation Studios](http://www.pixar.com). Estados Unidos.
- García, R., Mellado, A., Pozadas, B. y Oviedo, L. (2008) Atendiendo al guión de nuestra vida: la terapéutica constructivista narrativa del duelo. En R. García y A. Mellado (Comp.), *Las enseñanzas de la ausencia o presencia de los seres queridos*, (19-68). México: CEAPAC.
- Goldbeter, E. (2003). *El Duelo Imposible: Las Familias y la Presencia de Los Ausentes*. España: Herder.
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. España: Arán.
- Gordón, J. (2011). El cerebro y el arte de la ficción. *Muy Interesante*, 5 (3), pp. 26-28.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlstrom, J. & Angus, L. (2005). Narrative process modes as a bridging concept for the theory, research and clinical practice of systemic therapy. *Journal of Family Therapy*, 27 (1), pp.202-216. En red: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/147608306X158092/abstract>.
- Lavega, P. (2010). *Teoría y Práctica del Juego: Dimensión Psicológica del Juego*. En red: [http://www.praxiologiamotriz.inefc.es/PDF/Joc\\_Psicologia.pdf](http://www.praxiologiamotriz.inefc.es/PDF/Joc_Psicologia.pdf)
- Linares, J. (2005). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. España: Paidós.
- Linares, J., Pubill, J. y Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas*. España: Herder.
- López, J. (2008). Resiliencia familiar ante el duelo. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Ciudad Universitaria. Recuperado de: <http://132.248.9.195/pd2008/0627932/Index.html>

Payne M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. España, Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.

## Adaptación del Cuestionario Actitudes del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención para Tratamiento de Adicciones

Miriam Iliana Véliz Salazar, Kalina Isela Martínez Martínez<sup>5</sup>

*Universidad Autónoma de Aguascalientes*

### Resumen

El objetivo de este estudio fue adaptar el *Cuestionario Actitudes del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención* en una población de terapeutas mexicanos. Su enfoque fue cuantitativo y transversal; se obtuvo una muestra no probabilística de 113 licenciados en psicología, inscritos en la Especialización, Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, a quienes se aplicó la versión del Cuestionario de Percepción del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención Breve. Para la adaptación del instrumento a la población mexicana se empleó un procedimiento de cuatro fases: traducción lingüística, análisis de corrección y adaptación de significados, análisis contextual por expertos y validación empírica. La última fase mostró alta consistencia interna, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.84 en la escala global. La versión adaptada puede ser utilizada para identificar la percepción de los profesionales de la salud sobre el uso de manuales de intervención en los escenarios clínicos.

**Palabras clave:** manuales de intervención breve, terapeutas, adaptación de cuestionario, adicciones, escenarios clínicos.

<sup>5</sup> Departamento de Psicología. Centro de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Dirigir correspondencia a Miriam Iliana Véliz Salazar. E-mail: miriamiliana@hotmail.com Esta investigación se realizó gracias al apoyo de Conacyt.

### Abstract

The purpose of the present study was to adapt the *Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals* to a therapist population from Mexico. A total of 113 psychologist sampled registered in the Health Promotion Specialization and Addictive Behavior Prevention participated. An adapted version of the questionnaire to mexican population was achieved through four process stages: Spanish translation, equivalence measurement, cultural adaptation and empirical validation. The final version revealed high internal consistency, obtaining a Cronbach's alpha of 0.84 in the global scale. This adapted version may be used with populations of similar regional characteristics and can be used to identify the perception of health professionals on the use of manual intervention in clinical settings.

**Key words:** Manuals brief Intervention, Therapists, Adapted Questionnaires, Addictions, Clinical settings.

### Introducción

El objetivo de este estudio fue adaptar a la población mexicana el instrumento elaborado por Addis y Krasnow (2000), denominado *Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals*. Su aplicación resulta útil para evaluar la percepción hacia el uso de manuales de intervención en los escenarios naturales, con el propósito de identificar las características de los manuales que facilitan o limitan su uso y utilidad en la práctica clínica. Asimismo, permite conocer las barreras que presentan los psicólogos para utilizar estos instru-

mentos en la atención de usuarios que acuden a los Centros de Atención Psicológica.

Los manuales de intervención son utilizados para transferir el conocimiento científico a la práctica clínica, han sido empleados como herramientas de transferencia de los programas de intervención con validez científica y a su vez como instrumentos de apoyo para que los terapeutas logren ofrecer terapias costo-efectivas a los usuarios de servicios de salud mental (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993; Luborsky, 1993; Hayes, Follette, Dawes & Grady 1995; Lambert & Bergin, 1994; Addis, 1997).

El proceso de llevar el conocimiento científico a la práctica clínica ha sido complejo, y poco se ha explorado acerca de la percepción de los terapeutas sobre la efectividad de los manuales como medio de capacitación y transmisión de conocimiento, así como su utilidad para atender a la población que acude a los escenarios clínicos. A pesar de que los manuales de intervención son una de las más importantes innovaciones científicas en la práctica de la psicoterapia de las últimas décadas (Addis, 1997), existen pocos estudios respecto a la opinión que tienen los terapeutas sobre los manuales y en nuestro país no existe algún instrumento que nos permita conocer dicha percepción ni su utilidad en los escenarios clínicos.

El Cuestionario de Actitudes del Psicólogo sobre los Manuales de Intervención (APTMI por sus siglas en inglés) fue creado por Addis y Krasnow (2000), con el objetivo de examinar una muestra nacional de profesionales de la salud en cuanto a su actitud y creencia sobre el papel de los manuales de tratamiento en la práctica clínica. Se plantearon tres variables principales: la percepción de un manual de tratamiento en la psicoterapia, la actitud hacia el papel de los manuales en la práctica clínica y los contenidos y estructura que caracterizan a los manuales de intervención.

El cuestionario estuvo integrado por 52 ítems de auto-informe sobre las características demográficas de los terapeutas, la experiencia con los manuales, la actitud y creencias acerca de lo que es un manual de intervención. El cuestionario se envió por correo a una muestra de psicólogos obtenida de la base de datos de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés), evaluando en total 891 psicólogos de Estados Unidos. En resumen, los profesionales informaron de una amplia gama de experiencias con manuales y el uso variado de éstos en la práctica clínica. Además, se mostró que varían los grados de opinión sobre el papel de los manuales en los escenarios naturales.

Este instrumento fue una herramienta confiable para el estudio de la percepción de los terapeutas sobre el uso de manuales de intervención ya que permite identificar las opiniones sobre las características que contienen los manuales, así como las barreras que dificultan al terapeuta su uso efectivo en su práctica clínica (Najavits, Weiss, Shaw & Dierberger, 2000; Addis, Wade & Hatgis, 1999). Por otro lado, arrojó buenas propiedades psicométricas, entre las que destacan su consistencia interna ( $\alpha$  0.85) reportada en un estudio realizado en Estados Unidos (Addis y Krasnow, 2000), así como su validez de constructo.



El APTM es un cuestionario útil para ser adaptado a terapeutas mexicanos ya que puede emplearse como instrumento clave en el estudio de las barreras del terapeuta en el uso de manuales de intervención, en función de obtener conocimiento sobre los elementos que permitan hacer de los manuales medios de transferencia más efectivos entre la investigación y los escenarios clínicos. El presente documento es un estudio instrumental cuyo objetivo fue adaptar el APTM a una población de terapeutas mexicanos que laboran en los Centros de Atención Primaria para las Adicciones de todo el país; el proceso de adaptación del cuestionario consideró indagar únicamente sobre los manuales de intervención para el tratamiento de adicciones, pues son los más utilizados por esta población de profesionales de la salud.

## Método

### *Participantes*

Se aplicó el instrumento adaptado a un total de 113 terapeutas inscritos en la especialidad “Promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo” (cuaded unam). Los criterios de inclusión fueron: licenciatura o posgrado en Psicología; mínimo tres meses de experiencia laborando en los Centros de Atención Primaria para las adicciones; y utilizar programas de intervención con evidencia científica por medio de manua-

les. Los participantes se eligieron a través de un muestreo por conveniencia, con base en el listado de grupos que se encontraban cursando algún módulo de la especialidad mencionada durante el periodo mayo-septiembre del 2013. Se obtuvo la participación de terapeutas provenientes de toda la República Mexicana.

Además de los terapeutas, participaron en el proceso de adaptación dos traductores, uno de nacionalidad mexicana certificado en el idioma inglés y otro bilingüe de nacionalidad estadounidense. Para la fase del análisis contextual se contó con la participación de un grupo de investigadores expertos en el área de Adicciones.

### *Materiales e instrumentos*

Se realizó la adaptación con base en la versión original del instrumento en inglés APTM (Addis & Krasnow, 2000) después de obtenerlo del autor principal (Addis, 2013) así como su autorización para la adaptación a población mexicana. Durante el proceso de adaptación se manejaron distintas versiones de la traducción del instrumento, finalmente se utilizó la versión adaptada a terapeutas mexicanos denominada *Cuestionario de Percepción del Psicólogo hacia los Manuales de Intervención Breve (CPPM)*, generado en el proceso de adaptación, mismo que se describe en el apartado de resultados. Todas las versiones utilizadas

conservan la estructura y organización del instrumento original APTM.

## Diseño y procedimiento

### a) Fases de la Adaptación.

Para adaptar el APTM se tomaron en cuenta las variables contextuales en relación al área de Intervención en Adicciones, así como las variables culturales presentes en los terapeutas mexicanos, tomando como referencia los criterios propuestos para este tipo de adaptación (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol y Haranburu, 2007; Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013). La transformación de los ítems de la escala original se realizó mediante el método de traducción conocida en inglés como *back translation* (Eremenco, Cella & Arnold, 2005). A continuación se describe el procedimiento de adaptación desarrollado en cuatro fases:

— Fase 1. Traducción lingüística. Se realizó la traducción de los módulos del APTM al español usando el método de traducción directa (*forward translation*). Como resultado de esta traducción se obtuvo una primera versión en español identificada con las siglas APTM-ESP. Posteriormente se realizó una retro- traducción de la versión en español al inglés usando un método de traducción inverso (*back translation*). De esta manera se

obtuvo una versión en inglés APTM-ING para realizar el análisis de corrección y adaptación de significados entre ambos instrumentos.

— Fase 2. Análisis de corrección y adaptación de significados. De acuerdo al método de *back translation*, se verificó la consistencia del APTM-ING con el APTM a fin de validar y asegurar que la versión traducida refleja el mismo contenido de los ítems de la versión original.

— Fase 3. Análisis contextual y piloteo. El análisis contextual y cultural fue evaluado por dos expertos en el área de adicciones que poseen dominio del tema y conocimiento del servicio de atención para las adicciones en México. Posteriormente se aplicó a una muestra piloto de 25 terapeutas, a los cuáles se les solicitó revisar el instrumento y reportar si las instrucciones e ítems eran comprensibles. Como resultado se adecuaron algunas de las palabras modificándolas en función del contexto, la cultura y el lenguaje utilizado por estos terapeutas. El trabajo de análisis derivó en la versión CPPM.

— Fase 4. Validación empírica. La versión final en español del CPPM se aplicó a una muestra nacional de terapeutas inscritos en la Especialidad en línea, se obtuvo la participación de 113 psicólogos para realizar el análisis de validez y confiabilidad estadística.

*b) Análisis de datos.*

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0. Se analizó la consistencia interna del instrumento, a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, de la misma manera, se obtuvieron los coeficientes alfa para los componentes de experiencia con los manuales, percepciones hacia los manuales, y estructura y contenido de los manuales de intervención.

## Resultados

El APTM (Addis & Krasnow, 2000), originalmente en lengua inglesa, fue traducido al español y manejado como CPPM, siguiendo todos los pasos referidos en la metodología. De acuerdo con los resultados, se determinó que las equivalencias en cuanto al idioma, cultura y conceptos del instrumento original fueron conservadas, además de las propiedades de validez y confiabilidad.

En el análisis de consistencia interna, el CPPM obtuvo un coeficiente alfa global de 0.84, mientras que los componentes obtuvieron los siguientes coeficientes: experiencia con los manuales 0.57, percepción sobre los manuales de intervención 0.81 y estructura y contenido de los manuales 0.75. Respecto al componente sobre las percepciones específicas acerca de los manuales de intervención, se realizó un análisis factorial de la

matriz de componentes rotados que arrojó un total de tres factores que explican el 52.7% de la varianza. Esta parte del instrumento muestra indicadores predictivos sobre el uso de manuales en la práctica clínica. Uno de los factores fue compuesto por sólo dos ítems que no eran conceptualmente distintos al factor 2, y tenían cargas transversales mayores a 0.40 en este segundo factor. Debido a que el tercer factor representó sólo el 7% de la varianza, se consideraron dos factores como una estimación razonable del número potencial. Posteriormente, se realizó un segundo análisis de componentes principales, indicando dos factores determinados de solución y se utilizó una rotación por método varimax.

El factor 1 agrupa los ítems correspondientes a percepciones negativas sobre el uso de manuales (19 al 27 y 36, 37 y 39), es decir terapeutas que prefieren libertad y flexibilidad en las sesiones con los usuarios e informan percepciones negativas del uso de manuales de intervención en el proceso terapéutico. El Factor 2 contiene ítems correspondientes a los aspectos positivos del uso de un manual (28 al 35 y 38, 40 y 41) para mejorar los resultados de las intervenciones y describen prácticas terapéuticas con adhesión al manual de intervención, por lo que se han denominado al Factor 1 Factor Negativo, y al Factor 2 Factor Positivo.

## Discusión

De acuerdo a la metodología utilizada para la adaptación de este cuestionario y los resultados obtenidos a través de las cuatro fases implementadas, podemos concluir que el instrumento final CPPM es un instrumento equivalente al cuestionario original creado por Addis & Krasnow (2000) ya que conserva una estructura similar en las escalas y contenidos, por lo tanto se logró una adecuada adaptación del instrumento en la población de terapeutas mexicanos, lo que nos permitirá comparar elementos característicos entre ambas culturas.

El CPPM resultará confiable para evaluar la percepción de los terapeutas mexicanos hacia los manuales de intervención breve en los escenarios clínicos. Su alta consistencia interna en la escala global lo convierte en un instrumento con propiedades psicométricas similares a las reportadas en la bibliografía internacional sobre el instrumento original (Addis & Krasnow, 2000).

El alfa de Cronbach obtenido fue idéntico al reportado por los autores del instrumento original, a pesar de que el tamaño de la muestra del presente estudio fue considerablemente menor a la del estudio estadounidense. Esto también puede justificarse a causa de la cuidadosa aplica-

ción de la metodología de adaptación (Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013).

Revisando distintos procesos de adaptación encontrados en la literatura, se identificó una metodología de adaptación adecuada para este tipo de cuestionario y para la población objetivo. Es probable que este diseño metodológico haya asegurado la adaptación exitosa del instrumento en la población mexicana, por lo que se considera como la parte central del estudio. A continuación se presentan distintas consideraciones importantes que fueron encontradas en cada una de las fases del proceso de adaptación.

Tomando en cuenta las cuatro fases que se implementaron para lograr la adaptación, la fase de traducción y análisis de corrección de significados fueron esenciales ya que permitieron primordialmente la adaptación lingüística del CPPM. Con el propósito de conseguir una traducción confiable se tomó en cuenta cumplir con requisitos como la elección de traductores certificados y con experiencia académica. Lo anterior favoreció a que la versión APTM-ESP conservará un lenguaje acorde a los profesionales de la salud y congruente con el instrumento original, fortaleciendo la adaptación lingüística en esta versión del instrumento.

Dentro del proceso de adaptación se consideró el análisis contextual por medio de un grupo de investigadores expertos en el área de las Adicciones de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, lo cual permitió elaborar los ítems y las instrucciones del cuestionario con un lenguaje claro y apropiado para la comprensión y evaluación de la población objetivo.

Otro aspecto importante, es el valor transcultural del instrumento, ya que al obtener características psicométricas semejantes al cuestionario original y el cuidado que se tuvo para incluir los aspectos contextuales, considerando las características de la población de psicólogos donde se hizo la adaptación, el CPPM permitirá realizar estudios comparativos entre los terapeutas mexicanos y los estadounidenses, lo que puede arrojar datos interesantes sobre las diferencias significativas entre los contextos profesionales en ambos países, y la percepción y uso de los manuales psicoterapéuticos en los escenarios clínicos.

Otro punto importante a considerar dentro de la discusión es referente a la aplicabilidad del instrumento adaptado con otras poblaciones similares en el país. Debido a las características y las condiciones de los terapeutas en donde fue adaptado el cuestionario, el CPPM es un instrumento que puede ser utilizado para evaluar la percepción sobre los manuales de intervención breve en tera-

peutas de todo el país, sin embargo, cabe destacar que la mayoría de los participantes de la muestra pertenecen a la región centro-occidente de México, en donde la capacitación y transferencia de conocimiento sobre el uso de los manuales para la intervención psicológica ha sido más difundido y existe mayor supervisión de los psicólogos en los escenarios clínicos, en comparación con otras regiones del país. Esta limitante puede provocar que se obtengan resultados distintos al evaluar poblaciones únicamente de la región sur o norte del país, ya que pudieran presentar características distintas debido a su contexto laboral y cultural.

Cabe destacar que el cuestionario original tuvo el objetivo de evaluar la percepción sobre todos los manuales de intervención psicológica, mientras que el instrumento adaptado únicamente está enfocado a evaluar los manuales de intervención breve para el tratamiento de adicciones. Sin embargo, resultaría interesante indagar si el instrumento pudiera ser útil para evaluar la percepción de los terapeutas sobre todo tipo de manuales de intervención en México, en escenarios clínicos públicos y privados.

Finalmente, la versión adaptada será útil para obtener conocimiento acerca de las barreras en el uso de manuales de intervención breve, las cuales son un factor importante para predecir el posible

empleo de los manuales en la práctica clínica; se cuenta con un instrumento adecuado a la población de terapeutas mexicanos, que sirve para proporcionar información relevante sobre la opinión de los terapeutas respecto a las intervenciones con validez científica, además, es útil para detectar las limitaciones de los manuales en la transferencia de programas de intervención breve para el tratamiento de adicciones.

## Referencias

- Addis, M. E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 1-11.
- Addis, M. E. (2013) Treatment Manuals Survey. Comunicación personal con el autor del 11 de marzo del 2013
- Addis, M. E., Wade, W. A. & Hatgis, C. (1999) Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430-441.
- Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A National Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 2, 331-339.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I. & Haranburu, M. (2007) La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124-133
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Eremenco, S.L., Cella, D. y Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation and the Health Professions*, 28(1), 212-232.
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172.
- Hayes, S. C., Follette, V. M, Dawes, R. B. & Grady, K. E. (1995) Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations. *Reno: context press*
- International Test Commission(2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. [<http://www.intestcom.org>]

Lambert, M. J. & Bergin A. E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (eds A. E. Bergin & S. L. Garfield), pp. 143-189.

Luborsky, L. (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 61(4), 561-573

Muniz, J., & Hambleton, R. K. (1997). Directions for the translation and adaptation of tests. *Papeles del Psicólogo*, Agosto, 63-70.

Muñiz, Elosua & Hambleton (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, Vol 25 (2), 151-157.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S.R & Dierberger, A. E.(2000) Psychotherapists' Views of Treatment Manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*. *American Psychological Association*, Vol. 31, No. 4, 404-408

Waltz, J., Addis, M. E., Koemer, K. & Jacobson, N. S. (1993) Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61,620-630.

## El proceso de autorregulación de la alimentación en diabetes tipo 2

Laura Rojano García, Claudia Unikel Santoncini, Lucy María Reidl Martínez<sup>6</sup>

*Universidad Nacional Autónoma de México*

### Resumen

La alimentación es un aspecto decisivo en el control de la diabetes mellitus. Se ha reportado que, a pesar de las dificultades que las personas enfrentan para cumplir el régimen alimentario, logran cambios debido a procesos de automanejo y autorregulación en la conducta alimentaria. Objetivo: conocer el proceso de autorregulación para el automanejo de la conducta alimentaria que realizan las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Método: Estudio cualitativo. Participaron 4 hombres y 7 mujeres que reportaron control glucémico en los 6 meses previos al estudio. Se realizaron entrevistas a profundidad que fueron analizadas por su contenido. Resultados: Las modificaciones a la conducta alimentaria se realizan a través de un proceso en el interactúan aspectos de automanejo de la enfermedad, la instrumentación de estrategias de alimentación basadas en selectividad y la disminución de la cantidad del consumo e integración de nuevos alimentos. Este proceso implica una actividad reflexiva relacionada con motivación para el cambio. Discusión: Esta información puede integrarse a las intervenciones dirigidas a la modificación de hábitos alimentarios en esta población.

<sup>6</sup> Mtra. Laura Rojano García, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: rojanolau@yahoo.com.mx. Con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Dra. Lucy María Reidl Martínez, Coordinación del Consejo Académico del Área de Ciencias Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: lucym@unam.mx. Dra. Claudia Unikel Santoncini, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Correo electrónico: unikels@imp.edu.mx



**Palabras clave:** Diabetes mellitus 2, alimentación, autorregulación, automanejo, conducta alimentaria.

### Abstract

Food is a decisive point in the diabetes mellitus control. It is reported that despite the difficulties people face to meet a diet, they change due to the self-management processes and the self-regulation in eating behavior. Objective: Know the process of self-regulation for self-management eating behavior that people with a diagnosis of diabetes mellitus type 2. Method: Qualitative study. Four men and seven women reported glycemic control within the 6 months prior to the study. Interviews were conducted with depth, which were analyzed for their content. Results: Eating behavior modifications are performed through a process in the interacting aspects of self-management of the disease, the implementation of food strategies based on selectivity and decrease in the amount of consumption and integration of novel foods. This process involves a reflective activity related to motivation to change. Discussion: This information can be integrated to interventions aimed to the modification of eating habits in this population.

**Key words:** Diabetes mellitus 2, Self-regulation, Self-management, Eating behavior.

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (oms, 2013) reporta que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, de las cuales el 90% padecen la tipo 2. La incidencia se observa en población menor a los 70 años, con una presencia más alta en mujeres y se asocia al sobrepeso y la obesidad. Asimismo, se calcula que el índice de mortalidad por diabetes tipo 2 se duplicará antes

del año 2030. En 2011 las muertes por esta enfermedad en México fueron de 62% en mujeres y de 61% en hombres (inegi, 2013).

Ante esta situación de salud, se han desarrollado esfuerzos para favorecer una mejor calidad de vida y prevenir complicaciones propias del padecimiento (Nix, 2005) por medio de fomentar el cumplimiento de las indicaciones médicas, la práctica del ejercicio físico y del autocuidado, así como

la vigilancia y regulación de hábitos alimentarios, ya que se reconoce a éstos como un recurso decisivo para la disminución de los altos índices de glucosa en sangre (Nix, 2005).

El comportamiento alimentario es un fenómeno complejo donde inciden aspectos biológicos, psicológicos, socio- culturales y económicos (Chiquete, Nuño, Panduro, 2001); y se pueden identificar una serie de conductas relacionadas con la selección, preparación y cantidad de alimentos que se consumen (Alcaraz, Chávez, Amador, Loya, & Vargas, 2001; Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).

Con relación a lo anterior, se ha encontrado que algunas aproximaciones psicológicas (León & Medina, 2002) consideran a la persona como un agente activo que interviene en su propio cambio como resultado de un proceso racional de toma de decisiones, basado en el procesamiento deliberado y sistemático de información disponible (Boekaerts, Pintrich, Zaidner, 2000; Creer, 2000). Estas perspectivas han sido particularmente útiles para estudiar los cambios de hábitos alimentarios (Conner & Norman, 2005; Morris & Wylie-Rossett, 2010), ya que proporcionan a las personas información sobre aspectos nutricionales, e inciden en los procesos de motivación y aprendizaje para el cambio.

Creer (2000) señala que las personas en situación de enfermedad pueden realizar cambios en su vida cotidiana cuando tienen información disponible relacionada con el padecimiento y con la capacidad para regular su propia conducta (autorregulación), creando así un vínculo interactivo entre cogniciones y acciones.

En el caso de la diabetes, el esquema de tratamiento incluye, además de la toma de medicamentos antigluceantes y la actividad física regular, el consumo de alimentos adecuados en cantidades proporcionales a la actividad cotidiana (Nix, 2005), ya que el manejo nutricional contribuye hasta con un 70% en la mejoría de los niveles de glucosa si se llevan a cabo los cuidados necesarios en la gestión de alimentos saludables e incluso ayuda a prevenir complicaciones propias de la enfermedad (Franz, Bantle, Beebe, Brunzell, Ciasson, & Garg 2002; Franz, Boucher, Green-Pastor & Powers, 2002; Franz, 2008). Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue comprender el proceso de autorregulación en la conducta alimentaria que realizan las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

## Método

Para comprender el proceso de autorregulación de la conducta alimentaria de las personas que tienen diagnóstico de diabetes tipo 2 se eligió una

metodología cualitativa que permite conocer los elementos que integran el proceso, su interacción y dinámica (Strauss & Corbin, 1998).

## Participantes

Se realizó una selección intencional de los participantes inscritos en un programa institucional para el manejo de la diabetes en una clínica de salud del sector público. Los criterios de inclusión fueron que tuvieran al menos 6 meses de control glucémico, con índices de hemoglobina glucosilada de 8% y/o mediciones consecutivas de glucosa en ayunas entre 120 y 130 mg/dl, sin

complicaciones severas o incapacitantes a consecuencia de la enfermedad y que se les hubiera comunicado el diagnóstico con al menos un año de anterioridad.

Participaron en el estudio 11 personas, 4 hombres y 7 mujeres, cuyo rango de edad fue de entre 35 a 60 años. A todos los participantes se les invitó a colaborar de manera voluntaria y se les dio a conocer el objetivo y procedimiento del estudio a través de un consentimiento informado, con la seguridad de que los datos personales serían conservados en la confidencialidad y el anonimato.

Tabla I. Características demográficas de los participantes

|                     | Mujeres (n=7) | Hombres (n=4) | Total (n=11) |
|---------------------|---------------|---------------|--------------|
| Promedio de edad    | 49            | 51            | 49           |
| <b>Estado civil</b> |               |               |              |
| Casado              | 5             | 4             | 9            |
| Divorciado          | 2             | -             | 2            |
| <b>Ocupación</b>    |               |               |              |

|   |      |     |    |
|---|------|-----|----|
| Hogar                                     | 7    | -   | 7  |
| Empleado                                  | -    | 4   | 4  |
| <b>Escolaridad</b>                        |      |     |    |
| Primaria                                  | 6    | -   | 6  |
| Secundaria                                | 1    | 3   | 4  |
| Bachillerato                              | -    | 1   | 1  |
| <b>Seguridad Social</b>                   | 7    | 4   | 11 |
| <b>Tiempo de diagnóstico (rango años)</b> | 1-10 | 1-7 | -  |

a) Recolección de datos

Se realizaron entrevistas semi estructuradas, con una guía cuyos tópicos se referían a la conducta alimentaria, tales como: conocimiento de la enfermedad y de la dieta, experiencias en el manejo de la alimentación y consecuencias percibidas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas *verbatim* para su análisis.

b) Análisis de datos

Los textos de las entrevistas fueron analizados por comparación constante (Strauss & Corbin, 1994) para identificar, de manera inductiva, los elementos que ayudan a explicar la conducta alimentaria y los mecanismos implicados en ella. Primero se realizó la codificación inicial para posteriormente elaborar los códigos que permitieran identificar una categoría central que explicara y articulara las demás categorías que surgieron de los datos. Durante este proceso se aplicó el crite-

rio de saturación teórica para las categorías, auxiliados por las notas de campo y los memorándums desarrollados a lo largo del análisis de los textos de las entrevistas (Strauss & Corbin, 1998).

c) Resultados

El análisis de los datos de manera inductiva permitió describir los componentes y el proceso

de aprendizaje del manejo de la conducta alimentaria con base en pautas de autorregulación a lo largo del periodo comprendido desde la comunicación del diagnóstico hasta el momento de la entrevista. Esta manera de mostrar los datos permite conocer las estrategias para el manejo de la alimentación en un continuo temporal, como se especifica en la tabla 2.

Tabla II. Etapas de proceso de manejo de la alimentación

| Etapa 1  | Etapa 2  |
|--|--|
| Automanejo de la enfermedad  | Estrategias de alimentación  |
| A. Información sobre la enfermedad y dieta recomendada<br><br>B. Restricción de alimentos<br><br>C. Selectividad | A. Selección y preparación de alimentos<br><br>B. Disminución de la cantidad del consumo<br><br>C. Integración de nuevos alimentos |
| Evaluación/ Reflexión  |  |
| A. Percepción de bienestar físico<br><br>B. Expectativa de calidad de vida                                       |  |

Etapa 1. Automanejo de la enfermedad

En la categoría correspondiente al automanejo de la enfermedad se incluyeron temas relacionados con el conocimiento de la diabetes tipo 2, su etiología y tratamiento; información proporcionada a los participantes por el equipo médico tratante y por personas cercanas como amigos y familiares. Asimismo, se hace referencia a los componentes del tratamiento como son: la toma de medicamentos antigluceantes, actividad física y tipo de alimentación recomendada, es decir, en la disminución del consumo alimentario en general y de carbohidratos en particular, en el aumento de consumo de verduras, e integración de colaciones entre comidas. Esta última temática fue asesorada por profesionales de la salud, ya sea médicos o nutriólogos.

Una vez que los participantes obtuvieron la información relacionada con el padecimiento, comenzaron por sí mismos a realizar conductas para el automanejo de las indicaciones médicas acerca del tratamiento, incluyendo la alimentación.

#### A. Información sobre la enfermedad y la dieta recomendada

Al inicio del proceso de autorregulación de la alimentación, los participantes refieren que cuando se les comunicó el diagnóstico de la enfermedad el personal médico les proporcionó las indicaciones para modificar sus hábitos de

alimentación. Ante esta situación manifestaron que la primera impresión fue una percepción de dificultad en su ejecución, pues consideraban que se les restringían la mayoría de los alimentos y las cantidades a las que estaban acostumbrados. Los participantes expresaron que los patrones alimentarios a los que estaban habituados se caracterizaban por un consumo excesivo de alimentos, específicamente de algunos carbohidratos como las tortillas, en comparación con el momento en que se realizó la investigación.

*“me voy a morir de la dieta...porque me va a llevar al panteón esa dieta...tortillas dos, dice la nutrióloga” (Fem. 1)*

Además se identificó en algunos participantes que el concepto de “comer bien”, equivalía a comer hasta sentirse muy satisfechos:

*“yo antes comía pero de todo, pero a llenarme” (Fem. 6)*

#### B. Restricción de alimentos

Una manera para modificar la alimentación fue a través de la restricción de alimentos, lo cual implica una percepción de dificultad ante la planeación de las comidas. La información sobre la evitación de estos alimentos fue proporcionada por el personal médico.

*“(la nutrióloga dice) eliminen todas las grasas, no debe tomar leche, nada de pastas, de harina, la mitad de un tamal” (Fem. 1)*

Otra forma de restricción se basó en eliminar los ingredientes contenidos en ciertos alimentos, como por ejemplo los dulces o el pan, ya que éstos contienen azúcar; término utilizado para denominar los altos niveles de glucosa; es decir, dejan “el azúcar” con la idea de que esto contribuirá a la disminución de la glucosa (azúcar en sangre), como lo comentan:

*“antes tenía el kilo de azúcar y ya tenía otro en la alacena...estaba un kilo de azúcar en la azucarera y ya estaba el otro ahí esperándome, y ahora no, voy comprando medio kilo, y tratamos de tener en la mesa un vasito, el más chiquito que hay con tapadera, y este tarda para acabarse” (Fem. 3)*

## C. Selectividad

Asimismo, durante esta primera etapa, los participantes se involucraron en un proceso de conocimiento y aprendizaje continuo de las características de los alimentos que se les permitía consumir por indicación médica. En la medida en que iban incrementando este acervo, se sentían más cómodos para manejar la restricción, tanto de los

alimentos como de las cantidades de los mismos, y comenzaron a ser más selectivos.

*“le digo (a su esposa) de arroz a nopales, mejor nopales, es más nutritivo y a veces si hasta me como un taco de nopales” (Masc. 1)*

Las mujeres participantes refieren que al preparar los alimentos tratan de integrar los permitidos a la dieta familiar, para optimizar sus recursos económicos y de tiempo.

*“algo que pueda comer mi papá y mi esposo, es lo primero, pues pienso en que les guste, para no preparar varias comidas, por ejemplo si voy a hacer pollo con chipotle, ya sé que eso lo puedo comer...también lleva sus verduras y todo” (Fem. 2)*

En general, en la preparación de los platillos se incluyen alimentos a los que todos los miembros de la familia están acostumbrados, sólo que durante esta etapa se van incorporando otros nuevos y se prueban formas diferentes de preparación. Estas prácticas anteceden a otras partes del proceso, que se van consolidando en nuevas maneras de comer, e influyen en la adquisición de conocimientos sobre la alimentación.

## Etapas 2. Estrategias de alimentación

Durante esta etapa, el conocimiento de las características y propiedades de los alimentos de la dieta les permite gradualmente desarrollar algunas habilidades para la preparación de las comidas, en la moderación en el consumo de las porciones, y en ciertas equivalencias.

## A. Selección y preparación de alimentos

Todas las mujeres participantes de este estudio tenían la oportunidad de preparar los alimentos en casa, pues su actividad principal se encontraba dentro de ese contexto, lo que les proporcionó la posibilidad de elegir y seleccionar los ingredientes del menú, como lo refieren:

*"...me hago mi pechuga así empapelada y ahí le pongo las verduras, le pongo nopales, le pongo zanahorias, le pongo pedacito de ejote y ahí bien que se cocen, las hago empapeladas y con hojas de epazote y ahí la dejo en el comal bajito, y se hacen bien al vapor, ¡bien ricas!" (Fem. 2)*

En la mayoría de los casos el aspecto económico influye en la selección y preparación del menú diario.

*"Estuve platicando con la nutrióloga...me dijo que era muy importante la alimentación y yo le dije que no tenía las posibilidades de seguir una alimentación adecuadamente y me dio*

*una dieta que podía seguir y no me salía cara, y la estoy practicando" (Fem. 2)*

Y continúa describiendo el menú típico que ya realiza de manera cotidiana, donde se observa la selección, preparación y manejo de las porciones:

*"me preparo un desayuno que puede ser café con leche y un sándwich con queso panela y su verdura, me como una fruta...hago pollo a la mexicana (en la comida), aparte le pongo sus verduritas, mi verdura y una fruta y mi vaso de agua." (Fem. 2)*

Además se observa un cambio incluso en el uso de utensilios para preparar los alimentos, con base en la información que proporciona el médico:

*"el doctor empieza desde cómo guisamos, las marcas del aceite, la lechita que la light, incluso nos dijo que nos compráramos, dice yo sé que va a ser caro, un sartén de teflón, sin nada de grasa, así detallitos que nos fueron diciendo" (Fem. 3)*

*"ahora tengo una tacita y esas son mis medidas" (Fem. 6)*

La incorporación de alimentos como las verduras permite que los menús tengan más volumen, por lo tanto produzcan mayor sensación de saciedad,



a la vez que confirma la idea de que se consume comida sana:

*“las verduras, dice uno que no están buenas pero sí, las agarra uno y si están buenas, por ejemplo, el pollo que es con caldo, le echamos mucha verdura y terminamos comiendo todos mucha verdura, ahora sí que lo inventa uno (la preparación)” (Fem. 4)*

B. Disminución en la cantidad del consumo.

En contextos diferentes al de casa, como son los eventos sociales o de convivencia, los participantes refieren que han adoptado varias estrategias para comer lo que se les ofrece, para regular la selección y cantidad del consumo, a la vez que complacen a sus anfitriones —un aspecto socio-cultural importante en la interacción social— y satisfacen el hambre.

*“así que voy a las fiestas, lo normal me sirven mole, como mole, una piernita de pollo, antes sí decía no pues échale otra, ahora lo normal, un plato normal, trato de medirle cada vez más” (Masc. 1)*

*“cuando te invitan a una fiesta, no te dan lo que comes, no puedes tomar refresco, si comes lo que te dan, pero no comes todo lo que te sirven” (Masc. 3)*

Otra práctica es compartir los alimentos para no consumir todo lo que se les ofrece, pues seleccionan lo que se pueden comer con base en su conocimiento y en el manejo de las raciones.

*“(en las fiestas) aunque sea poquito como, si dan mucho, le digo a mi hija, yo todo el arroz no me lo voy a comer, nada más voy a comer un poquito, como la cuarta parte y le di al niño (nieto) de ahí, la carne si me la comí pero le dieron una porcioncita chiquita” (Fem. 1)*

Otros participantes mencionan que tienen apoyo familiar en las situaciones de convivencia, ya que ellos conocen la condición de enfermedad y hacen modificaciones al menú:

*“cuando hacen una fiesta o la organizamos o cuando yo no la organizo, mis hermanos y mis hermanas dicen ‘ándale vamos, te vamos a hacer tu pechuga de pollo’, hacen su comida, comen lo que hacen y nosotros nuestro pedazo de pollo” (Masc. 2)*

En los participantes hombres se observan estrategias de alimentación en el ámbito laboral, donde han tenido que adaptar sus actividades, tiempos y espacios para realizar sus comidas. Los empleos de los participantes constituyen escenarios que particularizan las estrategias, especialmente en la de selección de alimentos, entre la gama de posi-

bilidades económicas y de disponibilidad de los mismos en contextos laborales y horarios establecidos para el consumo.

*“ver la forma de cómo tener mis alimentos, cómo tener la fruta, las verduras, cómo tener una comida que yo tuviera al alcance en su momento, porque mi trabajo es dos horas, voy en camino y ya no hay nada que vendan, sí ese es un problema, yo tenía unas hieleras, me la llevo, y es lo que hago” (Masc. 1)*

*“en el comedor pido una pechuga, y frijoles poquitos, verduras, pues eso es lo que ando escogiendo, pero sí hay veces que en las noches, porque trabajo de día y trabajo de noche, una semana y una semana, entonces cuando trabajo de noche... una o dos tortas, y me las como en pausas y ya los demás se compone de frutas, algunas galletas integrales” (Masc. 2)*

Incluso cambiaron las actividades laborales para seguir la dieta, como lo refiere otro participante:

*“yo dejé de ser taxista, me empecé a disciplinar, la alimentación para mí fue básica, (como taxista) por el estrés que no tiene uno horario tiene uno que estar comiendo lo que uno puede y lo que uno se encuentra. Ahora en mi trabajo tengo derecho de cena, pero*

*ahí la comida es naturista, es vegetariana, ahí no hay carnes rojas, no hay pan (Masc. 4)*

### C. Integración de nuevos alimentos

Los participantes hombres reconocen que el aprendizaje de consumo de nuevos alimentos ha sido propiciado y apoyado por sus esposas, especialmente en la selección, combinación e integración de nuevos alimentos a los platillos cotidianos, pues la cantidad del consumo la regulan por sí mismos.

*“porque siempre mi esposa dice hay que comer lo más sano que se pueda, le digo ¿y la verdura?, ahora siento que si no como verdura como que no estoy bien” (Masc. 1)*

*“mi esposa las organiza, hacemos la compra, como los dos trabajamos, entonces ahí va toda la verdura y todo para la semana” (Masc. 3)*

### Etapas 3. Evaluación/reflexión

Esta etapa es una actividad que se encuentra presente de manera continua en los procesos antes descritos para evaluar los resultados de las estrategias de alimentación. La evaluación de la autorregulación proporciona la clave para continuar con los cambios y su mantenimiento, en función del bienestar físico, entendido como la

disminución perceptible o ausencia de malestares relacionados con los síntomas de la enfermedad.

## A. Percepción de bienestar físico

El conocimiento de la enfermedad, los síntomas y posibles complicaciones ayudan a las personas a elegir determinadas estrategias en la autorregulación de la alimentación y así establecer un sistema de reconocimiento en la disminución de los síntomas y del estado general de bienestar físico.

*“...no me arrepiento (de llevar la dieta) por el bienestar que siento en mi estómago, antes era una cosa horrorosa” (Fem. 1)*

*“no excederse (en la comida) porque si se excede uno se siente uno mal. Lo he comprobado, se me ocurre comerme un pan completo, pero como a los 10 minutos, se siente como cuando se quiere subir el azúcar, siento un malestar en mi cabeza, intranquilo” (Masc. 2)*

## B. Expectativa de calidad de vida

Por otro lado, al referirse a todo el proceso de adquisición de nuevas pautas para comer, hasta el momento de la entrevista, los participantes mencionaron que los cambios y habituación a formas diferentes de realizar sus comidas se vinculan con la expectativa de una mejor calidad

de vida, haciendo énfasis en la conservación de los órganos de su cuerpo, tanto en su integridad como en su funcionalidad.

A esto se suma la sensación de independencia personal para mantenerse funcionales en el contexto familiar, para poder convivir y cuidar a sus familiares.

*“lo hice pensando (cambios de alimentación) en que yo me sintiera bien para vivir un poco más con mis hijos” (Fem. 6)*

*“entonces empieza uno a darse cuenta de que es necesario, hacer algo por uno mismo, aquí el que se quiere es uno, uno se debe cuidar de y se debe de querer para tener un nivel de vida mejor” (Masc. 4)*

Otros participantes, manifestaron temor ante las posibles complicaciones de la enfermedad:

*“yo tengo miedo a quedarme ciego, a que me corten un pie, ver eso me hace hacer las cosas que estoy haciendo, no quiero llegar a eso” (Masc. 3)*

*“así como vi cómo acabaron mis suegros, no pues no, hay que pensarlo también, es una cosa fea, fea, fea, mi suegra acabó sin piernas, como vi todo eso, digo no, para qué le vamos*

*a buscar, ¿cómo vamos a acabar? (ella y su esposo), ¿quién nos va a cuidar? (Fem. 7)*

## Discusión

La conducta alimentaria, como un complejo de procesos que interactúan mutuamente en su interacción, se modifican de manera similar a las pautas de un aprendizaje de autorregulación en el contexto del manejo de la enfermedad (Ogden, 2005).

La característica cíclica de las interacciones entre las etapas, desde el inicio del cambio de comportamientos relacionados con la comida y la consolidación de algunas formas de consumo, preparación y elección de alimentos, es constantemente evaluada con respecto a la percepción de la sintomatología propia de la enfermedad.

Lo anterior es consistente con las propuestas de los modelos teóricos en psicología de la salud, que coinciden en que durante el manejo de un padecimiento crónico se analizan a nivel cognitivo aspectos como la percepción del riesgo que implica la enfermedad, así como la severidad de las consecuencias y complicaciones; por lo que se desarrolla, a partir de estas evaluaciones, un control de sí mismo a través de la regulación de las propias conductas (Rodríguez, Díaz-González, & García, 2013).

Las dimensiones de selectividad y preparación de los alimentos, son parte de las estrategias empleadas por los participantes para habituarse a un patrón de consumo que les permita distinguir una sensación de bienestar físico (Lai, Lew-Ting & Chie, 2004), esto disminuye la percepción del riesgo, y las complicaciones muy temidas, tales como la invalidez física o ceguera.

Por otra parte, Zimerman (2000) señala que la autorregulación es un proceso en el que la observación y la simulación participan en el cambio de patrones conductuales. El desarrollo de las habilidades para lograr el control de sí mismo, está caracterizado precisamente por los procesos cognoscitivos que se van adquiriendo en la experiencia de enfermedad.

En los resultados, se observan aspectos de la conducta alimentaria que se relacionan con el aprendizaje de formas de automonitorización en la diada comida-síntoma, es decir, la cantidad y tipo de alimento; y su relación con la presencia de cierta sensación física desagradable.

Asimismo, se identificaron estrategias para la planeación de la preparación y consumo de los alimentos, en específico en las actividades cotidianas. Esta habilidad se desarrolla a partir del conocimiento de las propiedades de los alimentos y de

su selección en ambientes laborales y de convivencia social.

Las conductas relacionadas con la planeación de la conducta alimentaria, se organizan básicamente para procurar la ausencia de la sintomatología. Este dato coincide con propuestas que hacen énfasis en que para lograr un cambio conductual sostenido, respecto a la alimentación, es importante que las personas generen sus propias metas para optimizar la autorregulación y por lo tanto los logros (Pelletier, Dion & Reid, 2004).

La autorregulación (Bandura, 1991), tiene implicaciones sociales donde se considera el contexto en el cual se realiza (Jackson, Mackenzie & Hobfoll, 2000). El impacto de las influencias sociales y familiares en el manejo de los procesos de regulación (Peel, Parry, Douglas & Lawton, 2005) sugieren que la conducta individual es producto de claves sociales y culturales, como se puede observar en la manifestación de conducta alimentaria en ambientes cotidianos, laborales y sociales de convivencia (Beverly, Wray & Miller, 2008); de éstos últimos se establece una diferencia entre familiares y personas ajenas al participante.

Otra diferencia en el aprendizaje de pautas de automanejo y autorregulación de la conducta alimentaria se observa en el rol de género, pues

los hombres basan sus elecciones de alimentos con base en la disponibilidad y en las características nutricionales de los mismos, con base en la observación que hacen de la preparación de los platillos en casa (Arenas-Montreal, Ruiz-Rodríguez, Bonilla-Fernández, Valdez, & Hernández-Tezoquipa, 2013).

Algunos estudios mencionan que ciertas conductas se presentan en los participantes durante periodos específicos del tratamiento, como una especie de autonegociación para controlar ciertos aspectos del régimen, acompañado de una actitud de autocontrol. Esto se manifestó en los participantes de esta investigación cuando al inicio del tratamiento intentaron compensar el consumo de alimentos no permitidos por la dieta por otros en menor cantidad, generando la percepción de que sí se están siguiendo las prescripciones médicas (Ingadottir & Halldorsdottir, 2008).

Por otro lado, el seguimiento de la dieta, a pesar de que se adopta con cierta obligación, no afecta de manera negativa la percepción de sus consecuencias, pues produce una sensación de autocontrol que se refuerza por la ausencia de sintomatología desagradable en comparación con otras investigaciones, donde las personas manifiestan pérdida de autonomía al tener que comer solamente lo que se les indica (Masís, 2005).

Otro aspecto importante implicado en el proceso de aprendizaje de la conducta alimentaria en la diabetes está relacionado con la cantidad del consumo. Herman y Polivy (2004) sugieren que la regulación de la ingestión a través de la observación de otros puede ser más efectiva que otras estrategias tales como seguir las prescripciones médicas e incluso dirigir la conducta con base en las propias intenciones o metas de las personas.

En este caso, varios participantes reportaron que frecuentemente algún miembro de su familia funcionaba como factor externo que ayuda a la regulación de la cantidad de los alimentos que se ingieren e incluso a la selección de los mismos en un ambiente social, como puede ser una fiesta o reunión social. Este aspecto vincula los elementos cognoscitivos, sociales y motivacionales (Zimmerman, 2008) en una interacción que ayuda a la adaptación a nuevos patrones alimentarios (Baldwin & Falciiglia, 1995).

## Conclusión

El cambio de la conducta alimentaria en condición de enfermedad, implica un proceso de re-aprendizaje de pautas en la selección, preparación y consumo de los alimentos, en un contexto socio-cultural y económico. La participación de los profesionales de la salud será comprender el proceso y apoyar a las personas para el logro y

mantenimiento de los cambios, considerando el estado epidemiológico de la enfermedad (Hernández, Gutiérrez & Reynoso, 2013). Se sugiere que en futuras investigaciones se incluya una población mayor para el conocimiento de los cambios, así como de una metodología que permita la generalización de datos.

## Referencias

- Alcaraz, N., Chávez, A., Amador, G., Reyes, A., Loya, J., Vargas, R. (2009). Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. *Cultura de los cuidados*; XIII, 25: 104-110.
- Arenas-Monreal, L., Ruiz-Rodríguez, M., Bonilla-Fernández, P., Valdez Santiago R, Hernández-Tezoquipa, I. (2013). Cambios alimenticios en mujeres morelenses migrantes a Estados Unidos. *Salud Publica de México*, 55 (1): 35-42.
- Baldwin, T, Falciiglia, G. (1995). Application of cognitive behavior theories to dietary change in clients. *Journal of the American Dietetic Association*, 95: 1315-1317.
- Bandura, A. (1991) Social Cognitive Theory of Self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes* 50 (2):248-287.

- Beverly, E., Wray, L., Miller, C. (2008) Practice implications of what couples tell us about type 2 diabetes management. *Diabetes Spectrum*, 21(1):39-45.
- Boekaerts M, Pintrich P, Zeidner M. Self regulation: An overview. En: M. Boekaerts, P. Pintrich, M. Zeidner (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press, 2000.
- Chiquete, E., Nuño, P., Panduro, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, III (99): 5-10.
- Conner, M., Norman, P. (2005). Predicting health behaviour: A social cognition approach. En: M. Conner, P. Norman (Eds.) *Predicting Health behavior: Research and practice with social cognition models*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Creer T. (2000) Self- management of chronic illness. En: M. Boekaertes, P. Pintrich, M. Zaidner, (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press, 2000.
- Franz, M., Bantle, J.P., Beebe, C.A., Brunzell, J.D., Ciasson, J., Garg, A. *et al* (2002) Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 25:148-198.
- Franz, M., Boucher, L., Green-Pastors, J., Powers, A. Evidence-based nutrition practice guidelines for diabetes and scope and standards of practice. *Journal of the American Dietetic Association*, Supp. 108(4):S52-S58.
- Franz, J. (2008) What makes diabetes medical nutrition Therapy effective?. *Review of Endocrinology*. 2008; April:16-19.
- Herman, P., Polivy, J. (2004) The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. En: V. Baumeister, (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Guilford Press, 2004.
- Hernández, M., Gutiérrez, J.P., Reynoso, N. (2013) Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública México*, 55(sup 2):129-13.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Día Mundial de la Diabetes. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Consultado el 13 de septiembre de 2013. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
- Ingadottir, B., Halldorsdottir, S. (2008). To discipline a "dog": The essential structure of mastering diabetes. *Qualitative Health Research*, 18(5): 606-619.

- Jackson, T., Mackenzie, J., Hobfoll, S. (2000). Communal aspects of self-regulation. En: M. Boekaerts, P., Pintrich, M., Zeidner (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press.
- Lai, A., Lew-Ting, Y., Chie, C. (2004). How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan. *Diabetic Medicine*, 22:286-292.
- León, J.M., Medina, S. (2002) *Psicología Social de la Salud: Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.
- Masís, P. (2005). Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares en el cantón de la Unión, Cartago. *Anales en Gerontología*, 5: 39-53. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8863>
- Morris, S., Wylie-Rossett, J. (2010) Medical Nutrition therapy: A key to diabetes management and prevention. *Clinical diabetes*, 28:12-18.
- Nix S. W. (2005). *Basic Nutrition & Diet therapy*. Elsevier Mosby: Philadelphia.
- Ogden J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- Osorio J, Weisstaub N, Castillo C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. Chil Nutr*; 29(3).
- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa, Nota Descriptiva No. 312. Diabetes Octubre de 2013. Consultado el 13 de agosto de 2013.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., Lawton, J. (2005). Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes. *Journal of health psychology*. 10 (6): 779-872.
- Pelletier, L., Dion, S., Slovinec, M., Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat?: Relationships between forms of regulation, eating behavior, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*. 28 (3):245-277.
- Rodríguez, L., Díaz-González, E., García, J.C. (2013). Un instrumento para evaluar factores dispositionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 18(2):263-276.



Strauss, A., Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: an overview. En: N. Denzin, Y. Lincoln, (Eds.) *Handbook of qualitative research*. California: Sage, 273:285.

Strauss, A., Corbin, J., (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. California: Sage.

Zimmerman, B.J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. En: M. Boekaerts, P. Pintrich, M. Zeidner, (Eds.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press.

Zimmerman B. (2008). Methodological developments, and future prospects investigating self-regulation and motivation: historical background. *Educ Res J*, 45 (1):166-183.

## Contraste de un Modelo de Red Intencional

Javier Carreón Guillén, Jorge Hernández Valdés, María Beatriz Castillo Escamilla, Cruz García Lirios<sup>7</sup>

*Universidad Nacional Autónoma de México*

### Resumen

Si consideramos a Internet como una red intencional de búsqueda de información destacaríamos una brecha digital entre quienes usan las redes sociales para entretenimiento y diversión frente a quienes buscan información en páginas de revistas. En este sentido, se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo con una selección no probabilística de 253 estudiantes del Estado de México para contrastar el supuesto de ocho dimensiones de la intención de buscar información para fines académicos. Se construyó una escala para medir la variable psicosocial y poder establecer su distribución normal, confiabilidad y validez. A partir de un modelo estructural [ $\chi^2 = 24,36$  (16gl)  $p = 0,000$ ; GFI = 1,000M RMR = 0,000], la ansiedad fue el factor reflejante del constructo “Red Intencional” ( $\beta = 0,53$ ) en referencia a las otras siete dimensiones especificadas el aporte de la presente investigación fue discutido.

**Palabras claves:** Información, red, intención, ansiedad, desempeño.

### Abstract

If we consider the Internet as a network of intentional search for information would highlight a digital divide between those who use social networks for entertainment and

<sup>7</sup> Escuela Nacional de Trabajo Social. Circuito Interior s/n Ciudad Universitaria, Coyoacán, México, Distrito Federal. CP: 04510. Teléfono: 5622 6666 ext. 47385 javierg@unam.mx

fun against those seeking information on magazine pages. In this sense, we conducted a cross-sectional quantitative study with a nonrandom selection of 253 students of the State of Mexico to test the assumption of eight dimensions of the intention of seeking information for academic purposes. A scale was constructed to measure the psychosocial variable and to establish normal distribution, reliability and validity. From a structural model [ $\chi^2 = 24.36$  (16gl)  $p = 0.000$ ; GFI = 1.000; RMR = 0.000 ], anxiety factor was reflective of the construct "Red Intentional" ( $\beta = 0.53$ ) in reference to the other seven specified dimensions, the findings of the state of knowledge and the conceptual framework, the contribution of this research was discussed.

**Keywords:** Information Network, Intention, Anxiety, Performance

## Introducción

La psicología social, a través de los modelos de acción razonada y conducta planificada, han influido en la construcción de una psicología de la información. En esencia, ambos modelos parten del supuesto según el cual el comportamiento es determinado por la relación entre creencias, actitudes, percepciones e intenciones. Se trata de un proceso que, en el marco de la información que se genera en Internet, explica decisiones de consumo a partir del procesamiento racional, deliberado, planificado y sistemático.

Sin embargo, los modelos psicosociales han sido modificados para ajustar sus relaciones al procesamiento de información en Internet. Son los casos del Modelo de Aceptación de la Tecnología, el Modelo de Adopción del Comercio y el Modelo

del Consumo Electrónico. Estos modelos han incorporado las variables psicosociales de creencias, actitudes, percepciones e intenciones que fueron propuestas para explicar un comportamiento eficiente, eficaz y efectivo.

La psicología de la información ha fusionado las variables psicosociales con otros constructos organizacionales tales como: clima laboral, capacitación y adiestramiento. Aunque la psicología educativa, con la propuesta de la auto-eficacia computacional y la psicología clínica con la inclusión de la ansiedad y adicción son participes activas de la construcción de modelos psicológicos informacionales.

Sin embargo, en un contexto en el que las capacidades son indicadores de Desarrollo Humano Sustentable, las habilidades, conocimientos y

motivaciones son fundamentales para explicar la emergencia del emprendimiento y la felicidad como principales propuestas, la psicología en general y la psicología positiva en lo particular, ante las problemáticas relativas a la escasez de recursos y su impacto en los servicios públicos que hacen más vulnerable a los sectores marginados y excluidos.

En este escenario la psicología de la información ha estrechado más sus lazos teóricos y conceptuales con la psicología social ya que las creencias siguen siendo una propuesta sustancial para entender el impacto de las problemáticas ambientales sobre el comportamiento humano a través de los medios de comunicación, principalmente tratándose de la información que se genera en Internet.

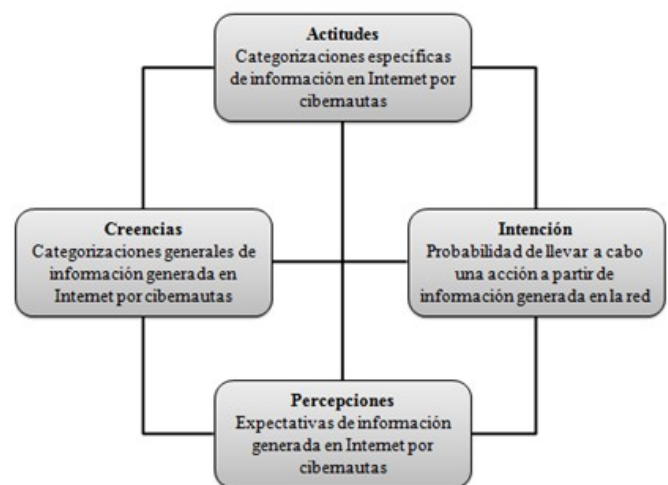
## Teoría de la Red Intencional

La relevancia de las creencias, entendidas como categorías generales de información, se extiende a la formación de actitudes definidas como categorizaciones específicas de información, las percepciones de riesgo de catástrofes o las percepciones de utilidad de información, asumidas como expectativas que permiten anticipar escenarios de incertidumbre, así como las intenciones de uso de Internet para procesar la información que se genere (véase Figura 1). Son estas

relaciones entre las variables psicosociales las que hacen relevante su inclusión en los modelos psicológicos informacionales ya que explican el procesamiento de información de eventos lejanos o cercanos a la vida cotidiana de usuarios de Internet. De este modo, la recepción de información en tiempo real es un factor preponderante en la planificación de estrategias o estilos de vida que aminoren el impacto de las catástrofes.

Sin embargo, la tendencia de los estudios psicológicos informacionales es especificar las variables psicosociales ya que las creencias son categorizaciones muy generales y no podrían anticipar comportamientos específicos, pues aunque las actitudes son categorizaciones más delimitadas, requieren de información percibida para activar decisiones de acción inmediata.

Figura 1. Teoría de la Red Intencional



Precisamente, al ser las intenciones probabilidades decisivas de llevar a cabo una acción racional, deliberada, planificada y sistemática, predicen la emergencia de un comportamiento, empero la información que se genera en Internet propicia un proceso más emocional que racional.

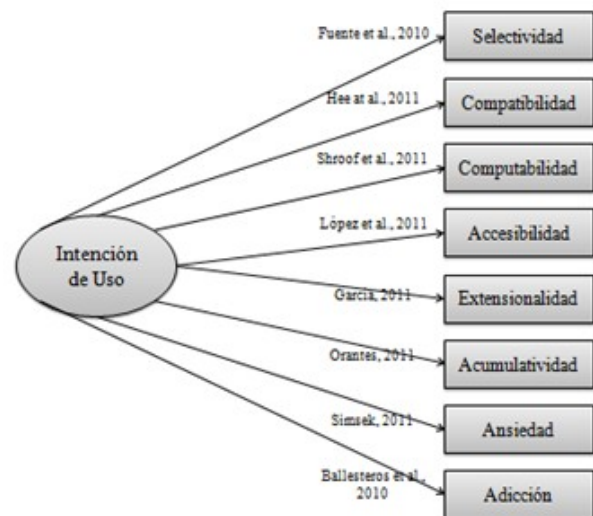
Es por ello que el estudio de las intenciones con dimensiones emocionales y racionales parece ser más pertinente en un escenario impredecible e inconmensurable como lo serían las catástrofes ambientales.

Los estudios psicológicos de la información han establecido ocho dimensiones relacionadas con las intenciones de uso de información que se genera en Internet (véase Figura 2).

La primera dimensión corresponde a la selectividad informacional como una decisión de llevar a cabo una búsqueda de información delimitada (Fuente, Herrero y Gracia, 2010); la segunda dimensión refiere a las similitudes y diferencias de la información buscada en referencia a los estilos de vida y consumo de información de los cibernautas (Hee y Mc Daniel, 2011); mientras que la tercera dimensión obedece a la probabilidad de codificar información y su resguardo en cualquier dispositivo electrónico (Shrrof, Denenn y Ng, 2011). La cuarta dimensión alude a la decisión de buscar información libre de filtros (López y López,

2011); la quinta sugiere que los internautas toman decisiones de búsqueda de información considerando las versiones de diferentes fuentes ante el mismo fenómeno (García, 2011); la sexta supone que la información puede ser reproducida, pero sobre todo producida desde y por el usuario de la red a fin de que se construya una versión grupal de los hechos (Orantes, 2011). Por último se encuentran las dimensiones psicológicas informacionales de la intención de procesar información: la ansiedad (séptima) y la adicción (octava), como dos patologías a las que los internautas están expuestos (Simsek, 2011; Ballesteros, Gil, Gómez y Gil, 2010).

Figura 2. Estado del conocimiento



En síntesis, la intención de procesar información que se genera en Internet tendría ocho dimensiones (véase Figura 3). Tomar la decisión de proce-

sar información muy probablemente iniciaría con la búsqueda selectiva de información (hipótesis 1). Después seguiría con el uso de dispositivos electrónicos diversos que permitan una búsqueda eficiente (hipótesis 2). Posteriormente, la información sería posiblemente resguardada en un código que permitiese procesarse en cualquier dispositivo electrónico (hipótesis 3).

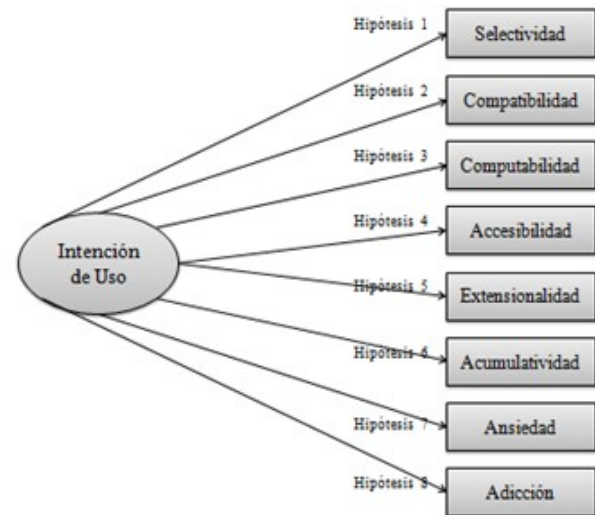
Empero, la búsqueda de información complementaria tendría que realizarse desde dispositivos electrónicos que permitieran un acceso a diversas fuentes de información y a diversos usuarios en la red (hipótesis 4), aunque ello reduciría la difusión de información seleccionada por los internautas (hipótesis 5), pero incrementaría la discusión y el debate ya que los cibernautas de las redes sociales se concentrarían en unos cuantos temas de discusión (hipótesis 6).

No obstante que la búsqueda de información supone una intencionalidad racional, deliberada, planificada y sistemática, la ansiedad por encontrar fuentes de información confiables o compatibles (hipótesis 7) podría desencadenar una patología adictiva que muy probablemente inhibiría y sobre todo limitaría la búsqueda de información en la red (hipótesis 8).

En suma, la intención de procesar información a partir de una búsqueda selectiva, compatible,

computable, accesible, extensiva y acumulable puede derivar en una patología de ansiedad y adicción que inhibiría la eficiencia, eficacia y efectividad informativa.

Figura 3. Especificación de relaciones



¿Cuál de las ocho dimensiones esgrimidas refleja la intención de uso de Internet para procesar información mediante la búsqueda selectiva, compatible, computable, accesible, extensiva y acumulable que puede derivar o no en ansiedad y adicción a la información?

Hipótesis nula: La relación especificada entre las ocho dimensiones y el factor intencional se ajustará a los datos observados en el estudio estableciendo a la selectividad como la dimensión preponderante de la intención informacional.

## Método

### Diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo.

### Muestra

Se realizó una selección no probabilística de 253 estudiantes de una universidad pública del Estado de México. El criterio de inclusión-exclusión fue haber estado inscrito en el laboratorio de cómputo, pertenecer a una red social y buscar información para la elaboración de tareas, trabajos, prácticas, exposiciones, dinámicas, tesis o reportes de investigación. 120 fueron mujeres (M = 19,5 años de edad y DE = 3,15 años) y 133

hombres (M = 22,5 años de edad y DE = 4,26 años).

Dispositivos: 230 mostraron un dispositivo electrónico (M = 3,45 horas de uso al día y DE = 0,46 horas de uso diarias); 240 mostraron su teléfono móvil (0,57 horas en Internet al día y DE 0,25 horas al día en la red), 45 mostraron una laptop (1,35 horas diarias y DE = 0,16 horas al día) y 15 mostraron una tablet (M = 1,46 horas al día y DE = 0,57 horas al día).

### Instrumento

Se construyó una Escala de Red Intencional, la cual incluyó 32 reactivos en torno a la selectividad, compatibilidad, computabilidad, accesibilidad, extensionalidad, acumulatividad, ansiedad y adicción (véase Tabla 1).

Tabla 1. Operacionalización de variables

| Dimensión      | Definición  | Ítems          | Medición  |
|----------------|---|----------------|---|
| Selectividad   | Nivel de selección en la búsqueda de información para realizar trabajos, tareas, exposiciones, tesis o prácticas. | r1, r2, r3, r4 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |
| Compatibilidad | Grado de relación entre la búsqueda de información y los estilos de vida cotidianos y las actividades académicas  | r5, r6, r7, r8 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |

|                 |   |                    |   |
|-----------------|---|--------------------|---|
| Computabilidad  | Cantidad de almacenamiento de información buscada para llevar a cabo trabajos académicos.   | r9, r10, r11, r12  | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |
| Accesibilidad   | Grado de intercambio de información a partir de la búsqueda de información para la elaboración de tareas, trabajos, exposiciones o tesis.   | r13, r14, r15, r16 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |
| Extensionalidad | Nivel de influencia de los trabajos, tareas o tesis subidos a una página electrónica por parte de buscadores de información.  | r17, r18, r19, r20 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |
| Acumulatividad  | Número de veces en que la información buscada para realizar tareas, trabajos, exposiciones o tesis es nuevamente utilizada para compartirla con otros usuarios o en otras actividades académicas. | r21, r22, r23, r24 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |
| Ansiedad        | Grado de reconocimiento de ansiedad al momento de buscar información, almacenar archivos o revisar documentos con la finalidad de realizar tareas, trabajos o tesis.                              | r25, r26, r27, r28 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |
| Adicción        | Grado de percepción en torno a la cantidad de tiempo que se utiliza para buscar información que sirva en la elaboración de tareas, trabajos, exposiciones o tesis en referencia a otros usuarios  | r29, r30, r31, r32 | 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable |

#### Procedimiento

Se solicitó el permiso correspondiente para la aplicación del instrumento en el aula de clases. Una vez que se les explicó a los estudiantes que el

estudio no afectaría ni positiva ni negativamente sus calificaciones parciales o finales, se procedió a entregarles la encuesta advirtiéndoles que tenían



un máximo de 20 minutos para responder a las mismas. Los casos en los que había una ausencia de respuesta, o bien, una respuesta repetida, fueron eliminados de los análisis estadísticos. Los datos fueron capturados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (spss por sus siglas en inglés) y el software Análisis de Momentos Estructuras (amos por sus siglas en inglés) en sus versiones 10 y 6.0 respectivamente.

## *Análisis*

Los análisis multivariados fueron realizados previos requerimientos de distribución normal, confiabilidad y validez para lo cual se utilizaron los parámetros de curtosis, alfa y peso factorial. Una vez establecidas las propiedades psicométricas, se procedió a estimar las correlaciones entre cada uno de los ocho factores con respecto a ellos mismos mediante el estadístico “phi”. Las relaciones de dependencia se calcularon con el parámetro “beta” entre el factor y los indicadores así como el empleo del estadístico “épsilon” para las relaciones entre errores de estimación las variables manifiestas. Por último, el contraste del modelo estructural se realizó con los parámetros chi cuadrada, bondad de ajuste y residual.

Normalidad. Los valores de curtosis cercanos a la unidad fueron asumidos como evidencias de distribución normal. En contraste, aquellos valo-

res superiores a las dos unidades fueron considerados como evidencias para descartar a los ítems de posteriores análisis.

Confiabilidad. Los valores alfa superiores a 0,60 e inferiores a 0,90 fueron considerados como evidencias de consistencia interna entre la escala y los ítems, así como entre las subescalas y los reactivos que la conforman. Por el contrario, los valores inferiores a 0,60 y superiores a 0,90 propiciaron la eliminación de los ítems para análisis subsecuentes.

Validez. Los pesos factoriales, establecidos por las pruebas KMO y Bartlett, así como los análisis factoriales exploratorios de componentes principales con rotación varimax y máxima verosimilitud, superiores a 0,300 e inferiores a 0,900 fueron aceptados como indicadores de los factores correspondientes, pero aquellos valores inferiores a 0,300 y superiores 0,900 fueron descartados de los análisis siguientes.

Covarianzas. Los valores superiores a 0,30 e inferiores a 0,90 indicaron relaciones de dependencia mientras que los valores inferiores al rango establecido fueron asumidos como relaciones espurias y aquellos valores superiores al rango fueron considerados como relaciones multicolineales.

Estructura. Los valores “beta” inferiores a 0,30 y superiores a 0,90 fueron descartados de una nueva especificación de relaciones mientras que los valores ubicados en el rango establecido fueron considerados como evidencia de relaciones reflejantes del factor en cuestión. En el caso de los valores entre los errores de medición y los factores siguieron la misma lógica que los valores correspondientes a las relaciones entre el factor de segundo orden y las variables latentes de primer orden.

Contraste. Los valores chi cuadrada cercanos a la unidad y significativos fueron asumidos como evidencia de rechazo de la hipótesis nula, pero los valores próximos a la unidad para la bondad de ajuste y los valores cercanos a cero para el residual fueron considerados como preponderantes en la decisión de aceptar la hipótesis nula dada la sensibilidad de la chi cuadrada por el tamaño de la muestra.

## Resultados

Selectividad. Lostemas y/o motivos de búsqueda de información son: tareas (M = 1,46 horas al día y DE = 0,25 horas diarias), exposiciones (M = 0,37 horas diarias y DE = 0,09 horas al día) y trabajos (M = 0,68 horas al día y DE = 0,15 horas diarias).

Compatibilidad. 157 aseguraron que la información buscada está relacionada con sus estilos de vida (M = 2,46 horas diarias y DE = 0,25 horas al día). Empero, 81 señalaron que buscan información desvinculada de su vida privada, pero indispensable para su desarrollo académico (M = 1,47 horas diarias y DE = 0,62 horas al día).

Computabilidad. 45 usuarios declararon que guardan su información en USB (M = 1,29 horas diarias y DE = 0,59 horas diarias), 22 en disco compacto (M = 2,47 horas diarias y DE = 0,70 horas al día), 170 guardan información en su teléfono móvil (M = 2,05 horas al día y DE = 0,93 horas diarias) y 16 guardan información en su correo electrónico (M = 1,46 horas diarias y DE = 0,68 horas al día).

Accesibilidad. 201 usuarios están dispuestos a subir sus trabajos a la red (M = 2,35 horas al día y DE = 0,48 horas diarias) y 45 advirtieron que no subirían sus trabajos para evitar el plagio (M = 1,35 horas al día y DE = 0,12 horas diarias).

Extensionalidad. 140 aceptarían compartir sus trabajos con otros estudiantes de su universidad (M = 1,36 horas diarias y DE = 0,25 horas al día), 62 compartirían información con estudiantes de otras universidades (M = 1,25 horas al día y DE = 0,46 horas diarias), 33 no compartirían información con otros estudiantes (M = 0,47 horas diarias y DE = 0,12 horas al día).

Acumulatividad. 67 señalaron que utilizarán para otros trabajos la información que buscaron (M = 1,46 horas al día y DE = 0,47 horas diarias), mientras que 159 declararon que desecharían la información una vez que entregarán sus trabajos (M = 0,38 horas diarias y DE = 0,10 horas al día).

Ansiedad. 167 reconocieron ansiedad cuando la red es lenta (M = 1,49 horas diarias y DE = 0,39 horas al día), 57 aceptaron ponerse ansiosos cuando no encuentran la información que buscan (M = 1,46 horas diarias y DE = 0,26 horas al día) y 22 se sintieron ansiosos cuando la información que encontraron está incompleta (M = 1,35 horas diarias y DE = 0,25 horas al día).

Adicción. 170 advirtieron que pasan muchas horas en la red (M = 2,35 horas diarias y DE = 0,65 horas al día) mientras que 66 señalaron que deben dedicar más tiempo a buscar información para sus actividades académicas (M = 1,38 horas diarias y DE = 0,26 horas al día). Por último, 17 consideraron que utilizan un tiempo de búsqueda similar al que utilizan sus compañeros (M 1,30 horas diarias y DE = 0,28 horas al día).

Los valores de curtosis cercanos a la unidad muestran una tendencia de distribución normal, aunque los promedios de las respuestas a los ítems señalan que la muestra sólo considera muy probable la relación entre la búsqueda de información y sus vidas cotidianas y actividades académicas (véase Tabla 2).

Tabla 2. Propiedades psicométricas del instrumento

|           | Ítems  | M        | DE       | C        | F1        | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 |
|-----------|--|----------|----------|----------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
|           | <i>Subescala de selectividad (alfa = 0,69)</i>               |          |          |          |           |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>R1</b> | Elegiría información de revistas para elaborar mi exposición | 1,0<br>3 | 0,4<br>9 | 2,0<br>3 | 0,38<br>1 |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>R2</b> | Cualquier información me serviría para elaborar mi tesis     | 1,0<br>6 | 0,3<br>9 | 2,0<br>6 | 0,38<br>2 |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>R3</b> | Encontraría información actualizada para realizar tareas     | 1,0<br>7 | 0,2<br>9 | 2,1<br>5 | 0,39<br>2 |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>R4</b> | Buscaría cualquier información para hacer mis trabajos       | 1,1      | 0,3      | 2,1      | 0,39      |    |    |    |    |    |    |    |

|            |  |          |          |          |   |  |           |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|----------|----------|----------|---|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
|            |  | 9        | 1        | 6        | 1 |  |           |  |  |  |  |  |  |
|            | <i>Subescala de compatibilidad (alfa = 0,70)</i>                 |          |          |          |   |  |           |  |  |  |  |  |  |
| <b>R5</b>  | Adaptaría mis actividades a la búsqueda de información en la red | 3,1<br>0 | 0,5<br>2 | 2,4<br>6 |   |  | 0,39<br>0 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R6</b>  | Ajustaría mis prioridades a la búsqueda de información en la red | 3,0<br>4 | 0,3<br>9 | 2,3<br>7 |   |  | 0,49<br>1 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R7</b>  | Asimilaría cualquier información para aplicarla en mi vida       | 3,1<br>7 | 0,6<br>9 | 2,3<br>3 |   |  | 0,33<br>0 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R8</b>  | Buscaría información en la red que pueda llevar a la práctica    | 3,4<br>7 | 0,2<br>5 | 2,0<br>1 |   |  | 0,41<br>0 |  |  |  |  |  |  |
|            | <i>Subescala de computabilidad (alfa 0,72)</i>                   |          |          |          |   |  |           |  |  |  |  |  |  |
| <b>R9</b>  | Respaldaría la información de mi PC para facilitar el plagio     | 1,0<br>6 | 0,5<br>1 | 2,8<br>3 |   |  | 0,48<br>2 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R10</b> | Vacunaría mis dispositivos para evitar virus espías              | 1,0<br>1 | 0,8<br>3 | 2,0<br>4 |   |  | 0,48<br>2 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R11</b> | Utilizaría cualquier dispositivo para difundir el plagio         | 1,8<br>3 | 0,9<br>3 | 2,8<br>1 |   |  | 0,41<br>0 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R12</b> | Almacenaría información en el correo para evitar spam            | 1,2<br>7 | 0,6<br>2 | 2,9<br>3 |   |  | 0,44<br>1 |  |  |  |  |  |  |
|            | <i>Subescala de accesibilidad (0,64)</i>                         |          |          |          |   |  |           |  |  |  |  |  |  |
| <b>R13</b> | Difundiría mis trabajos para que los demás me citen              | 1,2<br>0 | 0,6<br>3 | 2,3<br>2 |   |  | 0,51<br>8 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R14</b> | Realizaría exposiciones con otros usuarios para ahorrar tiempo   | 1,1<br>7 | 0,8<br>4 | 2,0<br>4 |   |  | 0,52<br>9 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R15</b> | Usaría una tecnología que me permitiera trabajar en red          | 1,2<br>8 | 0,8<br>5 | 2,8<br>3 |   |  | 0,50<br>2 |  |  |  |  |  |  |
| <b>R16</b> | Intercambiaría mis tareas con otros usuarios para ahorrar        | 1,6      | 0,1      | 2,0      |   |  | 0,48      |  |  |  |  |  |  |

|            |  |          |          |          |  |  |  |           |  |  |  |
|------------|--|----------|----------|----------|--|--|--|-----------|--|--|--|
|            | tiempo   | 2        | 9        | 1        |  |  |  | 1         |  |  |  |
|            | <i>Subescala de extensionalidad (alfa 0,78)</i>                |          |          |          |  |  |  |           |  |  |  |
| <b>R17</b> | Difundiría mi tesis para que otros la criticarán               | 1,6<br>9 | 0,2<br>9 | 2,4<br>6 |  |  |  | 0,51<br>8 |  |  |  |
| <b>R18</b> | Publicaría mis trabajos para que los demás me reconocieran     | 1,3<br>0 | 0,3<br>8 | 2,3<br>2 |  |  |  | 0,38<br>2 |  |  |  |
| <b>R19</b> | Vendería mis exposiciones para que mi capacidad sea premiada   | 1,6<br>4 | 0,4<br>1 | 2,3<br>7 |  |  |  | 0,49<br>3 |  |  |  |
| <b>R20</b> | Subiría mis tareas para que otros las utilizaran               | 1,0<br>2 | 0,6<br>2 | 2,8<br>3 |  |  |  | 0,51<br>3 |  |  |  |
|            | <i>Subescala de acumulatividad (alfa = 0,75)</i>               |          |          |          |  |  |  |           |  |  |  |
| <b>R21</b> | Usaría mis trabajos para elaborar mi tesis                     | 1,2<br>9 | 0,4<br>7 | 2,0<br>6 |  |  |  | 0,39<br>1 |  |  |  |
| <b>R22</b> | Modificaría mis exposiciones para convertirlas en trabajos     | 1,6<br>3 | 0,3<br>5 | 2,8<br>3 |  |  |  | 0,49<br>5 |  |  |  |
| <b>R23</b> | Buscaría información complementaria a la que tengo             | 1,0<br>3 | 0,2<br>5 | 2,4<br>9 |  |  |  | 0,40<br>5 |  |  |  |
| <b>R24</b> | Volvería a utilizar mis tareas para realizar trabajos          | 1,8<br>3 | 0,3<br>8 | 2,0<br>4 |  |  |  | 0,50<br>6 |  |  |  |
|            | <i>Subescala de ansiedad (alfa = 0,68)</i>                     |          |          |          |  |  |  |           |  |  |  |
| <b>R25</b> | Aceptaría mi ansiedad si Twitter me lo señalara                | 0,3<br>8 | 0,0<br>5 | 2,1<br>7 |  |  |  | 0,38<br>1 |  |  |  |
| <b>R26</b> | Rechazaría cualquier advertencia de restricción a las red      | 0,4<br>9 | 0,0<br>7 | 2,1<br>6 |  |  |  | 0,40<br>6 |  |  |  |
| <b>R27</b> | Acataría las restricciones de Google* por mi búsqueda excesiva | 0,1<br>6 | 0,0<br>8 | 2,7<br>1 |  |  |  | 0,59<br>1 |  |  |  |
| <b>R28</b> | Reconocería mi ansiedad si Facebook me lo advirtiera           | 0,3      | 0,0      | 2,1      |  |  |  | 0,47      |  |  |  |

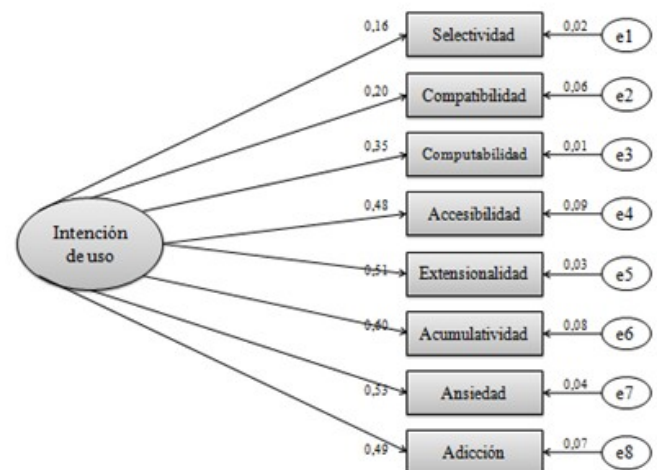
|            |  |          |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |
|------------|--|----------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|
|            |  | 9        | 4        | 0        |  |  |  |  |  |  |  |  | 1         |  |
|            | <i>Subescala de adicción (alfa = 0,79)</i>                 |          |          |          |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |
| <b>R29</b> | Utilizaría el tiempo de búsqueda que tardan otros usuarios | 0,8<br>2 | 0,0<br>4 | 2,0<br>3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,59<br>5 |  |
| <b>R30</b> | Ajustaría mi búsqueda a los criterios de otros usuarios    | 0,9<br>5 | 0,0<br>5 | 2,0<br>7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,40<br>5 |  |
| <b>R31</b> | Navegaría menos tiempo que el promedio de los demás        | 0,7<br>1 | 0,0<br>8 | 2,0<br>5 |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,59<br>1 |  |
| <b>R32</b> | Buscaría más información si los demás lo hicieran          | 0,3<br>9 | 0,0<br>5 | 2,0<br>6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,60<br>6 |  |

Curtosis general = 2,47; Bootstrap = 0,000; KMO = 0,601;  $\chi^2 = 12,35$  (24gl)  $p = 0,000$ ; F1 = Selectividad (21% de la varianza explicada), F2 = Compatibilidad (18% de la varianza explicada), F3 = Computabilidad (15% de la varianza explicada), F4 = Accesibilidad (13% de la varianza explicada), F5 = Extensibilidad (11% de la varianza explicada), F6 = Acumulatividad (9% de la varianza explicada), F7 = Ansiedad (7% de la varianza explicada) y F8 = Adicción (6% de la varianza explicada). Todos los ítems tienen como opciones de respuesta: 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = probable, 4 = muy probable

Respecto a la validez de constructos, los pesos factoriales de los ítems en cada uno de los ocho factores especificados indican que existen correla-

ciones suficientes para sustentar los ocho supuestos multidimensionales de la red intencional de búsqueda de información (véase Figura 4).

Figura 4. Relaciones reflejantes



De este modo, la ansiedad respecto a la rapidez de búsqueda de información, el resguardo de

archivos o la completud de los mismos fue el factor reflejante de la intención de uso de Internet para fines académicos ( $\beta = 0,53$ ).

Los parámetros de ajuste y residual [ $X^2 = 24,36$  (16gl)  $p = 0,000$ ; GFI = 1,000M RMR = 0,000] sugirieron la aceptación de la hipótesis nula, aún y cuando la chi cuadrada fue significativa y supondría el rechazo de la hipótesis en cuestión.

No obstante, los valores de bondad de ajuste y residual son preponderantes en estos casos y por ello se discuten a continuación las implicaciones de la aceptación del supuesto según el cual los buscadores de información se caracterizan por un proceso psicológico que hemos denominado red intencional.

Se trata de un proceso psicológico que explica las decisiones racionales, deliberadas, planificadas y sistemáticas en torno a la elaboración de trabajos, tareas, exposiciones o tesis a partir de la selección, compatibilidad, computación, acceso, extensión, acumulación, ansiedad y adicción a la información que tienen disponible desde sus dispositivos electrónicos.

## Discusión

El presente estudio ha especificado ocho dimensiones de la intención buscar información a través de dispositivos electrónicos con la finalidad de

elaborar procesos académicos. Los resultados sugieren la aceptación de la especificidad del modelo reflejante, pero es necesario advertir que el estado del conocimiento ha establecido cada una de estas dimensiones asumiendo que la intencionalidad de usar Internet es una posibilidad latente y poco relevante para el avance de la psicología informacional.

La investigación de Núñez, Ochoa, Vales, Fernández y Paz (2013) en donde encontraron una relación entre actitudes y hábitos en el uso de Tecnologías de Información y Comunicación respecto a entretenimiento más que al desarrollo de competencias investigativas, comparte con el presente trabajo la ansiedad que supone la búsqueda de información para elaborar trabajos, tareas, exposiciones o tesis. También se infiere que, en ambos estudios, el uso de Internet para entretenimiento o diversión genera una adicción que no estaría vinculada con el desempeño académico.

En el trabajo de Ballesteros et al., (2010) la compulsividad fue un factor preponderante en la adicción al uso de redes sociales complementado el hallazgo del presente estudio ya que las patologías en Internet son producto de distorsiones perceptuales acerca de los acontecimientos virtuales con respecto a los compromisos académicos. Es decir, en torno a la fantasía del cibersexo los estudiantes se decantan por una proba-

ble compulsión a buscar relaciones virtuales sexuales, mientras que si invertimos el objetivo por el de buscar información para realizar una tesis, los encuestados manifiestan un alto grado de ansiedad ya que no estarían dispuestos a dedicar el tiempo suficiente a la elaboración de un proyecto de investigación.

Por último, en el trabajo de Simsek (2011) la autoeficacia computacional, indicador de un alto desempeño académico, al correlacionar negativamente con la ansiedad, complementa el hallazgo de la presente investigación, ya que la ansiedad reflejó la intención de uso de Internet para buscar información con fines académicos e investigativos.

No obstante, es menester advertir que la variable psicosocial de intención de uso, en este caso de dispositivos electrónicos para buscar información en la red, es predictora del comportamiento gracias a que transfiere la influencia de las actitudes y las creencias de la información que se genera en Internet. Por ello, es fundamental especificar y contrastar un modelo en el que los cuatro factores de segundo orden expliquen el proceso racional, deliberado, planificado y sistemático de búsqueda de información como síntoma del desarrollo de competencias formativas.

## Conclusión

El aporte del presente trabajo al estudio de Internet como un escenario de disponibilidad de información para fines académicos e investigativos es haber establecido ocho dimensiones de la intención de búsqueda de información a través de dispositivos electrónicos.

Sin embargo, es menester profundizar en el análisis de otros factores implicados en la red intencional, tales como creencias, actitudes y comportamientos, para avanzar hacia una teoría que permita explicar la brecha entre quienes usan las redes sociales para su entretenimiento y diversión y quienes usan la red para buscar información que les permita coadyuvar a su formación profesional.

## Referencias

- Ballesteros, R., Gil, M., Gómez, S. y Gil, B. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22, 1048-1063
- Chuo, Y., Tsai, C., Lan, Y. y Tsai, C. (2011). The effect of organizational support, self efficacy and computer anxiety on the usage intention of e-learning system in hospital. *African Journal of Business Management*, 5, 5518-5523



- Fuente, A., Herrero, J. y Gracia, E. (2010). Internet y apoyo social: sociabilidad online y ajuste psicossocial en la sociedad de la información. *Acción Psicológica*, 7, 9-15
- García, C. (2011). Estructura de las actitudes hacia el comercio electrónico. *Contribuciones a la Economía*, 14, 1-10
- García, C. (2012). Estructura híbrida de los determinantes sociodemográficos del consumo electrónico. *Gepu*, 3, 43-53
- García, C. (2013). Actitud hacia la utilidad y el riesgo en las redes sociales. *Folios*, 29, 91-103
- Hee, D. y Mc Daniel, S. (2011). Using an extended Technology Acceptance Model in exploring antecedents to adopting fantasy sports league websites. *International Journal of Sport Marketing & Sponsorships*, 17, 240-253
- López, L. y López, J. (2011). Los modelos de adopción de tecnologías de información desde el paradigma actitudinal. *Cuadernos Ebape*, 9, 176-196
- Núñez, D., Ochoa, E., Vales, J., Fernández, M. y Paz, G. (2013). Actitudes y hábitos asociados al uso de las TIC's en alumnos de psicología. *Psicología para América Latina*, 25, 91-114
- Orantes, S. (2011). Viabilidad del Modelo de la Aceptación de la Tecnología en las empresas mexicanas. Una aproximación a las actitudes y percepciones de los usuarios de las tecnologías de la información. *Revista Digital Universitaria*, 12, 1-15
- Sandoval, R. y Saucedo, N. (2010). Grupos de interés en las redes sociales: el caso de Hi5 y Facebook en México. *Educación y Humanidades*, 4, 132-142
- Shrrof, R., Denenn, C. y Ng, E. (2011). Analysis of the Technology Acceptance Model in examining student's behavioral intention to use an e-portfolio system. *Australasian Journal of Educational Technology*, 27, 600-618
- Simsek, A. (2011). The relationships between computer anxiety and computer self efficacy. *Contemporary Educational Technology*, 2, 177-187
- Teh, P., Chong, C., Yong, C. y Yew, S. (2010). Internet self-efficacy, computer self-efficacy, and cultural factor on knowledge sharing behavior. *African Journal of Business Management*, 4, 4086-4095

## El escucha familiar en la atención psicoanalítica individual<sup>8</sup>

Regina Márcia Manicardi Vaz<sup>9</sup> y Maria Consuêlo Passos<sup>10</sup>

*Universidade Católica de Pernambuco / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*

### Resumen

El objetivo de este artículo es discutir el escucha familiar en la atención psicoanalítica individual. Partimos del principio de que el psiquismo individual se conforma en una dimensión grupal de asociaciones inconscientes, pactos y defesas. Así, el escuchar familiar en la atención individual está orientada hacia la presencia “psíquica” del grupo en las expresiones del sujeto. A partir de eso, discutimos algunos aspectos que guían nuestra propuesta de escucha: el carácter intersubjetivo de la constitución psíquica; la familia como grupo primario en ese proceso; los lazos familiares y sus dimensiones narcisistas y libidinales; la transmisión psíquica entre generaciones y la actualidad de las manifestaciones psíquicas de sufrimiento. Creemos que esta propuesta podrá contribuir para una discusión de la clínica psicoanalítica a través de un escucha que enfatice el sujeto constituido en la familia y al mismo tiempo coadyuvar a la discusión de la clínica psicoanalítica a partir de un escucha que enfatice al sujeto construido en la familia.

<sup>8</sup> Este artigo foi escrito a partir da Dissertação de Mestrado de Regina M. M. Vaz com orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Consuêlo Passos, que teve como título: “A escuta das relações familiares na clínica psicanalítica individual”, pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP.

<sup>9</sup> Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco – linha de pesquisa: Família e Interação Social, setembro de 2013. E-mail: regpsi@uol.com.br

<sup>10</sup> Professora do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail: mariaconsuelopassos@gmail.com

**Palabras clave:** escuchar psicoanalítico, familia, vínculos, constitución psíquica, clínica individual.

### Resumo

O objetivo desse artigo é discutir a escuta da família no atendimento psicanalítico individual. Partimos do princípio de que, o psiquismo individual se constitui a partir de uma dimensão grupal de alianças inconscientes, pactos e defesas. Assim, a escuta da família no atendimento individual está voltada para a presença “psíquica” do grupo nas expressões do sujeito. A partir disso, discutimos alguns aspectos que orientam nossa proposta de escuta: o caráter intersubjetivo da constituição psíquica; a família como grupo primário nesse processo; os vínculos familiares e suas dimensões narcísicas e libidinais; a transmissão psíquica entre gerações; a atualidade das manifestações psíquicas de sofrimento. Acreditamos que essa proposta poderá contribuir para uma discussão da clínica psicanalítica a partir de uma escuta que enfatize o sujeito constituído na família.

**Palavras-chave:** escuta psicanalítica, família, vínculos, constituição psíquica, clínica individual.

### Introducción

Los estudios de Kaës (2011) han sido importantes referencias para las aproximaciones al psiquismo desde una perspectiva grupal, directamente involucrada en la conformación de la subjetividad y sus expresiones que rebelan tanto la salud como el sufrimiento psíquico de los sujetos. Kaës (2011) hace pensar en una semejanza entre el sujeto del inconsciente y el sujeto del vínculo. En este trabajo nos interesa, de manera especial, reflexio-

nar sobre el sujeto singular que se constituye psíquicamente en el grupo familiar (plural).

Abordar el psiquismo individual como un *singular plural* (Kaës, 2011), ha tenido implicaciones importantes en la clínica, espacio en que ocurre el escuchar del paciente y propone una amplificación de la conciencia de sí mismo. El método psicoanalítico tiene, como una de sus propuestas, hacer consciente lo que está inconsciente y, en ese sentido, es importante la inclusión de las cuestiones inconscientes de la transmisión psíquica

transgeneracional, de las alianzas y pactos, de la paternidad y de la conyugalidad. Esa manera de pensar también ayuda en la clínica en la medida en que hace posible la contextualización grupal de la producción del síntoma.

La propuesta de este estudio no se refiere a un escuchar del paciente que nos cuenta sobre su familia, pues eso ya ocurre, inevitablemente, en el análisis. En su discurso, el paciente relata conflictos, afinidades y otras experiencias con los miembros de su familia, lo que no necesariamente, pone en evidencia cómo ese grupo está involucrado en su constitución psíquica. Por lo tanto, nos interesa tratar un escuchar que ponga en evidencia, en ese discurso, los elementos grupales del psiquismo familiar, constitutivos de su subjetividad.

De esta manera, el escuchar de la familia en la atención individual está orientado hacia la presencia psíquica del grupo en las expresiones del sujeto, esto se contrapone con la atención familiar que ya ocurre en el psicoanálisis, donde el escuchar ocurre en la presencia física del grupo. Esa presencia psíquica se presenta como una herencia, la cual podrá obstaculizar la conformación del sujeto miembro del grupo si no puede ser apropiada, aceptada, negada o transformada por éste. Si no hubiera ese procesamiento y esas elecciones, la representación de esos vínculos podría

quedar enquistada en el psiquismo. En ese sentido, la relación analítica promueve un encuentro intersubjetivo que favorece el trabajo psíquico de concientización y elaboración de esa herencia familiar. Se ofrece al paciente no solo una condición para que las marcas relacionales sean revividas en un espacio transferencial. Ese encuentro es, además, una condición de conformación subjetiva, en la que lo inédito modifica lo que fue registrado, interrumpiendo la repetición y abriéndose frente a la constitución de nuevos sentidos.

Creemos que esta propuesta podrá contribuir en la discusión de la clínica psicoanalítica a partir de un “escuchar más allá del sujeto”, o sea, un escuchar que enfatice el sujeto constituido en la familia, tratando de observar los aspectos grupales que repercuten en sus sufrimientos y síntomas. A partir de aquí destacamos algunos aspectos importantes a ser discutidos que guíen nuestra propuesta de escuchar: el carácter intersubjetivo de la conformación psíquica; la familia como grupo primario en ese proceso, los lazos familiares y sus dimensiones narcisistas y libidinales; la transmisión psíquica entre generaciones; la actualidad de las manifestaciones psíquicas de sufrimiento y algunas consideraciones más específicas sobre el escuchar de la familia en la atención individual.

## 1. El carácter intersubjetivo de la constitución psíquica

En grupo somos *grupales*, es decir, trabajamos psíquicamente para elaborar ese encuentro, por medio de mecanismos psíquicos típicos que permiten un acuerdo entre las partes, siendo solamente una experiencia intrapsíquica que representa el otro a partir de sí mismo.

Al psicoanálisis le interesa, particularmente, estudiar cuáles son las condiciones psíquicas fundamentales para el proceso de subjetivación y cómo la dimensión grupal de la experiencia humana se involucra y conforma la singularidad. Cómo el inconsciente, la realidad psíquica, los objetos internos, los mecanismos de defensa del Yo, las identificaciones (cuestiones narcisistas y superyoicas) se constituyen en el procesamiento de la dimensión subjetiva, tomándose en cuenta lo individual y lo grupal.,

Freud (1921a, p.83) ya se preguntaba en *Psicología de grupo y análisis del yo*: “¿Qué es entonces un grupo? ¿Cómo adquiere él la capacidad de ejercer influencia tan decisiva sobre la vida mental del individuo? Y, ¿cuál es la naturaleza de la alteración mental que ejerce en el individuo?” Esos cuestionamientos nos muestran que, aunque su atención recaía en la dimensión intrapsíquica del ser humano, el psicoanálisis pretende también estu-

diar lo que es del orden de la pluralidad del grupo con características propias.

El Psicoanálisis de Grupos y de Familia, teniendo a Kaës (2006, 2011) como uno de sus principales colaboradores, propone que el psiquismo sea considerado también en su dimensión intersubjetiva. Sus estudios tratan de demostrar metapsicológicamente que la intersubjetividad marca indiscutiblemente el psiquismo, promoviendo una exigencia de trabajo por su relación con lo grupal (con el aparato grupal), tal como trabaja psíquicamente y elabora representaciones posibles por su relación con lo corporal (en el aparato individual). Es por esa condición que los estudios sobre grupos y familia se orientan hacia una constitución psíquica donde el grupo precede al sujeto (Kaës, 1997).

Kaës propone un estudio de los procesos inconscientes que estructuran la realidad grupal y pueden determinar, por su parte, la realidad psíquica de los individuos en una situación intersubjetiva. Su atención recae en la cuestión principal de cómo “se convierte el yo en un conjunto intersubjetivo” (2011, pag. 15).

Él se pregunta qué es lo que sería específico del grupo que se volvería constitutivo del psiquismo individual y revela que los mecanismos psíquicos involucrados en ese agrupamiento de individuos

pueden fortalecer la dimensión de la alteración y de la determinación constitutiva del psiquismo individual.

Dentro de esos mecanismos, Kaës (2011, p. 198) destaca las *alianzas inconscientes* como base principal en la cual podemos identificar la imbricación con los vínculos. Desde el punto de vista de Kaës (2011, p. 199), las alianzas inconscientes sirven al sujeto singular brindándole “derechos” y “deberes”.

Derecho a la compañía de otro sujeto u otros con quien o quienes pueda complementar psíquicamente aquello que estando solo no podría. Cabe aquí hacer mención de la función continente del grupo de las partes negadas, proyectadas, excluidas y psíquicamente no elaboradas.

Los deberes tienen una correspondencia con lo que podemos llamar de “desvanecimiento” del yo, quedando ininteligible la posibilidad de “separar y reconocer lo que es propio de cada sujeto, lo que es de la relación y lo que es de la realidad psíquica del conjunto” (Kaës, 1997, p. 197). Ese deber pone muchas veces al sujeto del grupo en una posición de renuncia a su propia individualidad de pensamientos, fantasías, deseos y realizaciones. Ese proceso es inconsciente y puede llevar a manifestaciones de sufrimiento psíquico que están relacionadas más con los vínculos que con la reali-

dad psíquica interna o conflicto de instancia del aparato psíquico individual.

A través de esas nociones, Kaës (2011. Pag. 51) organiza su pensamiento sobre grupos y propone una fórmula esencial: “el sujeto del inconsciente es, de manera indisociable, el sujeto del grupo y que, de modo correlacionado, el sujeto del grupo es una dimensión del sujeto del inconsciente”.

La particularidad de esa consideración plural de la constitución psíquica también pone en evidencia la relación existente entre la manifestación de síntomas y el funcionamiento del grupo “lo que es reprimido en el síntoma es el contexto que lo hace inteligible” (Phillips, 2006, p.84), y en ese caso el contexto está relacionado al grupo, a la intersubjetividad. El psiquismo promueve una formación de compromiso para atender a la posición plural de su constitución y eso puede configurar síntomas. La concepción de este autor sobre lo que ocurre entre los sujetos en grupo resalta que la vivencia en grupo siempre es la de “un grupo secundario en relación al grupo primario que es la familia”. Relaciones de objeto, identificaciones, complejos, recuerdos, mecanismos de defensa, ciertos significantes y ciertas representaciones, lugares posiciones y funciones son constituidas por medio de los vínculos vividos por el sujeto en el grupo primario. Son esas formaciones las que serán transportadas hacia los grupos secundarios

desde la infancia. Así, “El grupo primario es el espacio y el proceso en que el Yo puede sobrevivir.”, nos dice Kaës en su libro *Un Singular Plural* (Kaës, 2011, p.15). Mientras tanto, el Yo podrá sobrevivir si hubiese otro Yo con el cual pueda compartir un espacio psíquico.

En ese sentido, la noción y conceptualización de vínculos familiares se vuelve relevante cuando hablamos en la constitución psíquica, de alianzas inconscientes y configuraciones de la subjetividad.

## 2. Vínculos familiares y su origen

Los vínculos son procesamientos psíquicos que hablan respecto a cada miembro en particular (en el sentido de su existencia en sí y no sólo como producto de proyecciones) y, al mismo tiempo, engloban la condición intersubjetiva de la pareja. En realidad podemos decir que, más allá de la intersubjetividad, los vínculos familiares también son constituidos a partir de la condición transubjetiva de los miembros del grupo. Las relaciones intersubjetivas dicen respecto al encuentro de dos o más sujetos en un determinado período y las transubjetivas se relacionan con un conjunto de individuos a través de generaciones.

Cada sujeto participa de diversas configuraciones vinculares en las cuales es posible ser al mismo tiempo marido, padre de su hijo, hijo de su padre,

hermano de su hermano. Esas consideraciones son importantes porque proponen una mirada hacia las relaciones interpersonales a partir de esa matriz relacional familiar. Se entiende que ese individuo establece sus relaciones en una “reactivación” de esa matriz, de acuerdo con re-vivencias transferenciales, reproduciendo inconscientemente, en sus relaciones actuales, la posición subjetiva que asumió al frente de una configuración familiar.

La manera como son asimiladas, aprendidas e introyectadas esas referencias es tarea de las leyes y reglas internas que mantienen sus miembros en un relacionamiento recíproco. En éste se destacan algunos elementos que son puestos en la constitución psíquica individual, de los cuales podemos citar los vínculos narcísicos (alianzas inconscientes, contrato y pacto narcisista y pertenencia); libidinales (filiación, alianza y consanguinidad); y la transmisión psíquica entre generaciones (movimiento identificatorio, inter y transgeneracionalidad) como formaciones que dependen de una participación individual y grupal, determinando modificaciones que dependen de una participación individual y grupal, determinando modificaciones y formaciones psíquicas específicas en el psiquismo singular que pueden contribuir tanto para la salud cuanto para la enfermedad y sufrimiento psíquico (Eiguer, 1985).

Los llamados vínculos narcisísticos son constituidos a partir de una inversión narcisista, en la cual existe la participación del “no yo” que cada miembro aporta al colectivo (Eiguer, 1985).

Esa inversión psíquica, a la cual somos sometidos desde la infancia, es la que garantiza la atención a nuestra condición de dependencia. Es la presencia del otro la que pueda hacer la función para-exitatoria, regulando el encuentro del psiquismo incipiente con el todo externo que nos proporciona ese soporte inicial.

Esa tarea es llamada función materna y es realizada principalmente por la madre, mas no solamente por ella. Debido a esa condición de necesidad tenemos que ser deseados para que podamos existir.

Los llamados vínculos narcisistas (Eiguer, 1985) dan cohesión y sustentan al grupo en un “yo familiar”, cimentando y dando solidez al sentimiento de pertenencia. El nuevo miembro acepta esa alianza para poder ser nutrido y existir, así como sus padres lo hicieron en relación con sus propios padres (los abuelos), heredándose los ideales, las reglas, las alianzas que regulan las realizaciones de deseos inconscientes, etc.

En ese contexto, nos llama la atención en la clínica que el sufrimiento psíquico puede resultar de

esas alianzas, pues, aquello que es del sujeto puede entrar en conflicto con la alianza grupal y una manifestación de sufrimiento puede resultar en forma de síntoma en un miembro de la familia. Ese miembro sirve como un “emisor” de esa alianza del grupo, denunciándola aunque sea totalmente inconsciente para el sujeto. Ese proceso de exigencias de trabajo psíquico puede acarrear ausencia de pensamientos y anulación de límites del yo o una parte de la realidad psíquica individual en nombre de la regulación del funcionamiento del grupo.

Eso nos interesa, puesto que ese mecanismo acarrea un *no trabajo* psíquico como nos dice Kaës (2011), en el sentido de evitar algunas representaciones psíquicas, negando su inclusión en el camino asociativo de la percepción. En esa configuración, la alianza se vuelve un “pacto de negación” término propuesto por Kaës (1989, citado por Kaës, 2011, p. 204) y que designa “ciertos arreglos establecidos inconscientemente entre los miembros de una familia a manera de evitar el contacto con representaciones y afectos experimentados como imposibles de elaboración psíquica” (Mandelbaum, 2010, p. 117). Ese pacto de negación es la cara no saludable de las alianzas inconscientes en la familia, aquella que no favorece a la construcción del psiquismo, pero sí lo inmoviliza y retira el acceso y fluidez de las representaciones posibles para una determinada expe-



riencia. La fusión que el miembro denunciante tiene es la de ser y actuar esa parte rechazada o recalcada de un miembro o todo el grupo. Se subjetiva para sustentar lo que debe ser olvidado en otro yo del grupo.

Las alianzas promueven, sin duda, la construcción en carácter positivo del psiquismo, sin embargo, al mismo tiempo, su modalidad de pacto de negación obstaculiza el funcionamiento psíquico produciendo síntomas.

El concepto de alianzas inconscientes nos ayuda a comprender de qué forma el grupo familiar mantiene su cohesión y permanencia, reforzando el conjunto intersubjetivo que perpetua el grupo a lo largo de las generaciones.

Por lo tanto, es importante que los sujetos en la familia se orienten hacia un tipo de relación en la cual el otro sea reconocido como diferente realizando un trabajo psíquico que no sólo se base en una experiencia narcisista y sí en una relación objetal libidinal. Ese reconocimiento de lo diferente queda regulado en la familia por los vínculos libidinales (Eiguer, 1985): de alianzas (esposo-esposa o pareja), de filiación (padres-hijos o parental) y de consanguinidad (hermanos o fraternal). Según Eiguer (1985), los vínculos libidinales son los que darán la forma definitiva de las relaciones familiares con un grupo único.

La elección de pareja es, consecuentemente, asumir la posición subjetiva del cónyuge (marido o esposa) y requiere un trabajo psíquico que pasa por el rescate de la situación edípica de cada miembro de la pareja. El resultado de ese vínculo carga esa re-vivencia y la forma como puede ser elaborada, es decir, si hubiera un abandono del amor filial para la construcción a través de identificaciones de las figuras parentales, de un amor objetal por el compañero. Hay un rescate de toda la historia de la familia en términos de los propios padres, “la genealogía de sus mitos y secretos” (Eiguer, 1985, p. 54). Es decir, un trabajo psíquico que garantiza la perpetuación de ese amor por medio de la identificación con las figuras paternas, al mismo tiempo que mantiene la prohibición del incesto o la salida edípica satisfactoria.

Si la identificación primaria sustenta una posición narcisista estructurante del grupo familiar, la identificación necesaria para la elaboración del complejo edípico garantiza la interacción típica de los miembros de una familia. Así como observa Eiguer (1985), son los vínculos libidinales los que señalan la interacción entre los miembros de una familia y también nos proporcionan los elementos para observar distorsiones que pueden perjudicar esa interacción.

La construcción de los vínculos libidinales de alianza, filiación y consanguinidad requiere un

trabajo psíquico por parte de los miembros de la familia o, por lo menos, de la pareja que se une para iniciar una familia. El resultado de ese trabajo psíquico es la posición subjetiva que define un lugar, un papel y una función de aquel miembro dentro de la familia y eso incide en su subjetividad y en su posibilidad psíquica de representar su propia existencia.

Cuando se trata de los vínculos narcísisticos y libidinales participan también aquellos contenidos a ser conservados por el grupo, perpetuando su unidad y cohesión a lo largo de las generaciones. Esa perpetuación de los acuerdos y de los pactos inconscientes se realiza, fundamentalmente, por la transmisión psíquica que puede ser intergeneracional (pasada de una generación a la otra) y transgeneracional (cuando la transmisión de contenidos psíquicos sobrepasa tres o más generaciones).

En la transmisión entre generaciones familiares, modos de conducta, represiones y mecanismos de defensa, las relaciones de objeto y síntomas son transmitidos por una familia a sus descendientes. Herencias de la historia familiar cuyos autores son sustituidos a lo largo del tiempo de las generaciones, aunque continúan jugando los mismos papeles.

En realidad transmitimos lo que deseamos mantener y lo que no podemos contener en nosotros mismos y eso también ocurre en los grupos familiares. La fase positiva (“vivificante y erotizada”, como menciona Kaës (2006, p. 21) de la transmisión sigue su estatuto de mantenedora de vida en grupo, del repaso de los ideales y continuidad de la vida psíquica entre generaciones. Su fase negativa (o sus modalidades “mortificantes”, también citadas por Kaës), se refieren al “no transmitido, a la transmisión del no elaborado, del objeto muerto, de los enquistamientos y foliculaciones psíquicas” (Kaës, 2006, p. 21).

Son casos en los que lo negativo impera y se transmite lo que fue vivido, mas no representado, lo que tuvo su representación imposible de ser tolerada por el significado a ser atribuido. Ese material no procesado pasa a invadir el espacio familiar de forma que ha de “bloquear la circulación fantasmática” y habitan en la familia como un presente, ausente. Presente como perturbación, ausente, como representación”, (Piva, 2006, p. 25).

### **3. Sufrimientos psíquicos actuales y el escucha de la familia**

El sufrimiento presente en muchas de las formas conocidas como patológicas de la actualidad parece ser el resultado de la carencia representacional de la experiencia. Marion Minerbo (2009)

nos habla de las fallas en la función simbolizante en la actualidad. Fallas de la función materna y de las instituciones: “[...] la función materna, también llamada función simbolizante, es ejercida por el inconsciente materno (y sus sustitutos) y/o por las instituciones, estableciendo lazos simbólicos entre significantes y significados que propician la experiencia subjetiva de ‘hacer sentido’” (Minerbo, 2009, p. 415).

Las fallas en esa función, según la autora (2009, p. 414), traen consigo lo que ella llama “reducción simbólica”, término de la Medicina que designa la disminución de un elemento del medio celular, provocando daño en su funcionamiento. En esta concepción, “reducción simbólica” sería para el psiquismo una disminución o ausencia de representaciones posibles para significar la experiencia, provocando un daño en el funcionamiento psíquico. Ese daño podría provocar una especie de “anemia psíquica”.

Ese psiquismo anémico necesita aportes compensatorios que sustituyan la representación faltante: adicciones, compulsiones, el cuerpo de la descarga emocional, la violencia en actuación, la urgencia de gratificación y de evitación del sufrimiento, son manifestaciones que “pretenden” ocupar o corregir el lugar de la falta simbólica, siendo que su fracaso en esa tentativa lleva una repetición sin fin de esos mecanismos. El vacío

existencial, el tedio y la apatía, al lado de su relativo opuesto, la angustia sin nombre, la ansiedad generalizada, son los afectos que dan testimonio de ese fracaso.

Nuestra intención no es particularizar una sola forma de expresión del sufrimiento en la actualidad, pero sí mostrar que hay algo en común entre ellos: la falta de bagaje representacional que ha sido muy frecuente en la clínica.

El analista actualmente parece escuchar el vacío. No lo “escondido” (inconsciente) en el habla mani-fiesta del neurótico. En el vacío representacional lo inconsciente se abre hacia los afectos y no hacia las ideas. Con todo, el afecto no se hace inconsciente, éste es, este se impulsa a partir del cuerpo. El inconsciente comunica, entonces, lo que de la historia relacional del sujeto habló en la función simbolizante, dejando el afecto sin relación simbólica. La transferencia ocurre como una memoria de afectos vividos, por lo tanto, sin relación.

Muchas veces en la clínica se trata de construir un significado en la propia relación con el paciente y, en otras ocasiones, deshacer un camino incompleto de simbolizaciones erróneas para que el afecto pueda finalmente ser acogido en un sentido. El analista hace las veces de un “Significador”. “Significa el dolor” del paciente que no

puede ser aún sufrido porque no fue representado de alguna forma en un lugar que lo contenga. Nos interesa, especialmente, pensar cuáles recursos podemos tener como analistas frente de la “reducción simbólica” en la clínica para que el trabajo analítico pueda contribuir a que el paciente pueda apropiarse de su historia. Y, comprendiendo su propio funcionamiento psíquico y sus orígenes, pueda poner en movimiento su vida de forma más creativa.

Es exactamente en esa función que el analista tiene la posibilidad de construir, junto con el paciente, un sentido para la experiencia. En ese intento de dar sentido a lo que no fue debidamente simbolizado el escuchar de los aspectos grupales familiares puede ser un aporte que favorece la emergencia de lo simbólico en el trabajo analítico. Las relaciones muestran la historia psíquica del individuo, la “cultura” familiar a lo largo de las generaciones y como los vínculos, en tanto marcas de subjetividad, están siendo constituidos.

Para el psicoanálisis, escuchar es escuchar lo otro del paciente, es decir, lo Inconsciente. Si la regresión que ocurre en el *campo* psicoanalítico remite al inicio de la vida psíquica, entonces lo que se escucha son los aspectos primarios del sujeto, o sea, las condiciones en que fue posible construir u obstaculizar los sentidos y la simbolización.

En esa propuesta de escucha, la capacidad del analista de dejarse afectar por el paciente colabora con la tarea de escuchar esos elementos grupales que participan de las condiciones en las cuales el psiquismo se constituye.

Creemos que una comprensión apurada de los afectos contra transferenciales es valiosa, y en ese lugar localizamos la posibilidad de un escuchar para las relaciones familiares. En el juego de los afectos “desunidos” del paciente, el analista juega con la posibilidad de “unir” de forma que la conjunción de los afectos a las representaciones no sea ni a partir del analista ni a partir del paciente, sino de la posibilidad de ese encuentro.

Recurrimos aquí a una consideración que nos parece apropiada para caracterizar una contra-transferencia posible al analista que atiende un paciente regresado a ese hablar simbólico y que abarca lo familiar en sus aspectos más diversos. Miguez (2003), en su artículo intitulado “El espacio ectópico de la contratransferencia”, discute un tipo de contratransferencia que no es ni resistencia ni reflejo especular del analista a los afectos del paciente.

El autor propone, a partir de la práctica clínica, que la contratransferencia puede darse por medio de ruidos que atraviesan la atención fluctuante del analista y que no pertenecen ni al analista, ni

al paciente. Por esa razón el nombre *ectopía*, que significa *un fuera de lugar*. El autor afirma: “El analista se deja tomar el pelo que la palabra del otro le produce con relación a la enunciación de lo que tal palabra sustenta” (Miguel, 2003, p. 21). Él explica que esa enunciación es, en verdad, la enunciación acerca de paciente, aquella que le es dada por una “peculiar mirada materna”.

Continúa explicando lo que ese fuera de lugar dice respecto a lo otro del paciente. Lo que de él dice y de él exige, más que inconscientemente, llega al analista como una extrañeza, algo que pide una significación porque está fuera de lugar: habita el paciente, mas no es de él. Dice: “La receptividad inconsciente del analista pone, en ese caso, en juego los otros que se dirigen al paciente”. Aquí podemos completar esa afirmación diciendo que esos otros no están en la vida psíquica del paciente como objetos fantasmagóricos, parciales o totales. Están fuera de lugar, actuando en el paciente como un aparato y al mismo tiempo demandan de él una actuación para realizar su deseo.

Esa consideración nos permite proponer que el escuchar los procesos familiares grupales puede ser realizado a partir de los sonidos que nos llegan contra transferencialmente y que son comunicaciones inconscientes de los pacientes al respecto de los otros que hablan por él. La inau-

tenticidad del paciente en el ejemplo es su síntoma ante la imposibilidad de vivir frente de la inversión narcisista que recibe del deseo de la madre. Nos gusta aprovechar la propuesta de ectopia de la contratransferencia para situar la “peculiar mirada familiar”, parafraseando a Miguel (2003). Aquella mirada que incide en el sujeto a partir de su historia familiar, de la transmisión psíquica, de los vínculos narcisistas y libidinales, que revela la posición de cada miembro de la familia en relación al otro.

Safra (2006), en su libro *La hermenéutica en la situación clínica* discute sobre la polifonía del idioma personal, trata de las varias voces que nos habitan y que son el resultado de los diversos encuentros con el otro ya que somos seres sociales. En un pasaje interesante el autor habla de una posibilidad que nos parece semejante a lo que estamos proponiendo en la clínica:

*Cuando un analizado presenta una queja, ésta es de él, mas es, al mismo tiempo, una queja comunitaria. Su familia también habla por su voz. Como cuestiones de una persona son también cuestiones que atraviesan la historia de su familia y que se relacionan por medio de su discurso. Este fenómeno es muy evidente para quien trabaja con familias. El hecho es que en el análisis individual, tenemos la oportunidad de observar que en ocasiones, quien nos habla es la*

madre, el padre el abuelo, por medio del paciente.  
(Safra, 2006, pag.95)

A pesar de que Safra discute la polifonía del idioma personal, creemos que es la condición más rechazada psíquicamente pues el paciente vive momentos de indiferenciación en que ocurre el habla de los otros que lo nutren narcisísticamente, el habla del grupo familiar en su historicidad a lo largo de las generaciones. El paciente no habla con su voz cuando el habla de los otros no puede instaurarle en la simbolización.

Utilizamos aquí un “permiso teórico” y proponemos que la “peculiar mirada de la madre” (Miguel, 2003) acarrea la herencia familiar, el grupo en tanto deseo e inversión. De este modo, ubicar al sujeto en su propia historia es darle el lugar y el sentido de su existencia. Diferenciar lo que le es singular y lo que distingue de lo grupal permite su singularización frente a las determinaciones grupales de su vida. Creemos que la herencia del grupo familiar en el psiquismo debe ser vivida como una apropiación para que de ello se emerja un sentido.

Al analista le compete realizar la función de dejarse afectar. Lo extraño en esa “ectopía es que ha de hacer como que aparece una idea, una voz la remplazay un pensamiento emerja y pueda darle significado a los afectos perturbadores”.

#### 4. Lo que se escucha de la familia cuando se escucha al paciente.

La dificultad de la escucha familiar, a través del paciente, reside en el hecho de que los elementos grupales se establecen en un registro sensorial junto a las palabras. No están en el discurso del paciente exactamente, aunque el paciente nos cuente sobre su familia, lo que nos interesa es la condición en que los mecanismos grupales de la constitución psíquica se *sobreapan en la capacidad del analizado de vivir ese grupo formando parte de sí mismo*. Aun cuando habla de sí, el paciente ya habla de esa historicidad familiar, ella es su constituyente. La pregunta es si podemos comprender si hay una apropiación de esos significantes familiares o ellos son vividos como elementos que obstaculizan la circulación afectiva.

Podemos considerar una cuestión de la familia determinadas problemáticas en las que no hay un sujeto en su capacidad simbólica de representar la propia existencia porque su vínculo familiar grupal impide su experiencia de sí mismo. Un lugar distorsionado en el cual el sujeto es ubicado por sus vínculos distorsiona también su capacidad de comprensión y de despliegue de sus propios afectos. Un pacto negativo, en los vínculos narcisísticos familiares, aprisiona el afecto de uno de los miembros que es el detonante de ese mandato grupal.

Ya los vínculos libidinales de alianza (conyugalidad y paternidad) y el de consanguinidad (vínculo fraterno) deben ser procesados psíquicamente de tal forma que las posiciones subjetivas relacionadas con cada par (marido-esposa, padres-hijos, hermanos) sean construidas y apropiadas para los miembros de la familia. Así, la madre que no puede constituirse en esa posición subjetiva no podrá reconocer a su hijo como tal. La posibilidad de que ese hijo-miembro se constituya como sujeto será muy difícil.

De la misma forma, la transgeneracionalidad, respecto al paso de las representaciones, ideas y contenidos de una generación a otra, a lo largo del tiempo en la historia de la familia, es “universal y co-formadora de la subjetividad” (Piva, 2006, p. 23). En ese aspecto positivo, los contenidos transmitidos deberán ser observados psíquicamente y transformados de acuerdo con la singularidad de cada miembro y de cada generación. Sin ese trabajo psíquico esos contenidos podrían ser vividos en función de mantener el vínculo narcísicos con el grupo familiar, por lo tanto, sin haber una apropiación de esa herencia. Así, lo que es transmitido pasa a ser vivido sin elaboración psíquica y aquella representación lleva una idea que se transforma en un “destino a cumplir” (Piva, 2006, p.24). Eso puede acarrear dificultades en la constitución de sí mismo y el uso de sus potencialidades.

En la actualidad, algunas formas de sufrimiento sólo pueden ser comprendidas a partir de una consideración acerca de la precariedad de la vida psíquica. En la familia muchas veces presentamos este bloqueo del trabajo psíquico en nombre de acuerdos y alianzas que preservan al grupo y su funcionamiento. Así comprobamos que, muchas veces, se escucha lo otro del paciente en una función no apropiada, siendo que podemos situarla en las condiciones en que los vínculos familiares son procesados psíquicamente.

Es importante reafirmar que nos proponemos una nueva modalidad de análisis más la posibilidad de enfocarnos a la dimensión grupal familiar a partir de algunos parámetros ya señalados. La transgeneracionalidad y los vínculos narcísicos y libidinales están presentes en cualquier análisis, así como el relato de las relaciones familiares. Por eso no es el habla ni el relato lo que se escucha en el análisis y sí su sentido. Cuando el afecto completa la sensación y sustituye el relato impera el vacío representacional. Si podemos escuchar (sentir) ese vacío y tolerarlo podemos comenzar a escuchar el dinamismo del grupo familiar que habla por el paciente.

## Conclusión

En el presente artículo discutimos la posibilidad de un escuchar de las relaciones familiares en la

atención psicoanalítica individual a partir de los estudios de Kaës sobre el papel de los vínculos narcísicos y libidinales y de la transgeneracionalidad en la constitución psíquica, principalmente en la posibilidad de traer al sujeto a una noción reflexiva sobre sí mismo y su medio. Pudimos discutir sobre los elementos grupales de la constitución psíquica individual y de la intersubjetividad que en ese grupo específico marca, irresistiblemente, el psiquismo, pudiendo contribuir u obstaculizar su función en términos de capacidad simbólica en la vida emocional del sujeto.

Ofrecemos la perspectiva de situar al escucha de las relaciones familiares de modo privilegiado por el trabajo de la contratransferencia. Esa posibilidad incluye los aspectos sensoriales que se evidencian en los procesos transferenciales típicos de funcionamientos psíquicos más regresivos y en la capacidad simbólica afectada. Además de abordar la escucha del “Significador”, un papel especial del analista en esos casos, significando el dolor del paciente en su experiencia empobrecida u obstruida en la capacidad de representar la propia existencia.

Freud (1921b, letra nuestra), afirma: “[...] Cada individuo, por lo tanto, parte de numerosas mentes grupales —las de su raza, clase, credo, nacionalidad, etc.—*pudiendo también elevarse*

*sobre ellas, en la medida en que posee un fragmento de independencia y originalidad”.*

Creemos que, como se mencionó con anterioridad, el sujeto solamente podrá elevarse sobre las determinaciones grupales familiares en la medida en que pueda elaborar las diferencias que se presentan entre el sí mismo y el grupo y salir de una economía narcisista, reguladora de angustias de separación y abandono. El fragmento de independencia y de originalidad al que Freud se refiere nos remite a una condición latente de ser construida por el sujeto a partir de la apropiación de la propia historia y de la historia del grupo familiar que lo constituye psíquicamente.

El psiquismo se constituye en términos de su aporte representacional a lo largo de toda la vida y la relación analítica puede aparecer como un luz que promueva una circulación afectiva en una vía provechosa, justamente porque uno de los elementos de que dispone es la construcción de sentidos. Un sentido posible puede estar en las cuestiones psíquicas del grupo familiar.

De esta forma vale la pena mencionar:

*“Aquello que heredaste de tus padres conquistalo para hacerlo tuyo, lo que no se utiliza es un pesado fardo”.*



(Goethe, *Fausto, Parte I, Cena I, sin dato*, citado por SILVA, 2003, p. 25).

## Referencias

- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. (Trad. Leda Mariza Vieira Fischer). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S. (1921a) A descrição de Le Bon da mente grupal. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969, vol. XVIII. pp 83-92.
- Freud, S. (1921b). Uma gradação diferenciadora do ego. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969, vol. XVIII, pp.139-143
- Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2006). Introdução: El sujeto de la herencia. In Kaës, Faimberg, Enriques e Baranes (2006). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. (Trad. Luís Paulo Rouanet), São Paulo: Edições Loyola.
- Mandelbaum, B.(2010). *Psicanálise de família*. (Coleção Clínica Psicanalítica/ dirigida por Flávio Carvalho Ferraz). 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Migueluez, L. V. (2003) O espaço ectópico da contra-transferência. *Pulsional: Revista de Psicanálise*. Artigos, ano XVI, n. 169, maio/2003, pp. 18-24.
- Minerbo, M. (2009). *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Phillips, A. (2006). Winnicott. (trad. Alessandra Siedschlag), Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Piva, A. (org.) (2006). *Transmissão transgeracional e a clínica vincular*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Safra, G. (2006). *Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Edições Sobornost. (Coleção Pensamento Clínico).
- Silva, M. C. P. (2003). *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. FAPESP.

## Mujeres jóvenes otomíes: de la tradición a la transformación

Iris Rubí Monroy Velasco<sup>11</sup>, Corina Benjet<sup>12</sup> y Emily Ito Sugiyama<sup>13</sup>

*Facultad de Psicología de la UNAM  
Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*

### Resumen

El trabajo de investigación en jóvenes indígenas se ha extendido a diversas áreas. Este artículo se aborda desde la psicología social y pretende evidenciar las realidades culturales a las que está expuesto un grupo de mujeres jóvenes *hñä hñu* (otomíes) en cuanto a la tradición y la transformación de su identidad cultural. El acercamiento a la comunidad y a las mujeres se realizó mediante una aproximación cualitativa. La discusión se hace en términos de la tensión que existe entre la tradición y la transformación, a partir de diversos aspectos de la vida cotidiana de las participantes.

**Palabras clave:** Identidad cultural, grupos indígenas, mujeres jóvenes, tradición cultural y transformación social.

---

<sup>11</sup> Estudiante del Doctorado en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM y Profesora de Asignatura en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEM. irum\_v@hotmail.com

<sup>12</sup> Investigador en Ciencias Médicas E, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, cbenjet@imp.edu.mx

<sup>13</sup> Profesora de la Facultad de Psicología de la UNAM, ma\_emily\_ito@yahoo.com.mx

### Abstract

The research on indigenous youth has spread to different areas. This article is addressed from social psychology and show the cultural realities that exposed a group of young women *hñä hñu* (Otomies) about tradition and change in cultural identity. The community outreach and women was performed using a qualitative approach. The discussion is in terms of the tension between tradition and transformation, from various aspects of the daily life of the participants.

**Key words:** Cultural identity, Indigenous groups, Young women, Cultural tradition and Social transformation.

### Introducción

El reconocimiento de la diversidad cultural y la propuesta de sociedades interculturales como respuesta a la globalización han incidido en las formas de convivencia que gestadas en los últimos años. La identidad ocupa un lugar central en este fenómeno, por lo que se supone su estudio desde una mirada culturalista. Aquí, la cultura es entendida como un comportamiento aprendido que se vuelve herencia social y determina las conductas de los individuos. Desde muy temprano, mediante los procesos de socialización, se aprenden las normas y principios que regulan el comportamiento y modelan la identidad. Asimismo, se hace referencia a una postura subjetivista, donde el individuo es consciente de que pertenece a un grupo cultural étnico y que también existen grupos externos que ejercen influencia sobre sus elementos culturales. Como

resultado, sus percepciones cambian o se modifican dentro y fuera de su comunidad o grupo étnico. Entonces, la identidad es entendida como un sentimiento de pertenencia a comunidades imaginadas que están determinadas por las representaciones que sus miembros se hacen sobre éstas (Cuche, 1996:93).

La juventud indígena en México comprende un sector demográfico importante. Sin embargo, su investigación en años anteriores ha sido casi inexistente, tanto en los estudios sobre juventud como sobre culturas juveniles. Se consideraba que entre los indígenas primaba el tránsito inmediato entre la niñez y la adultez. En la actualidad, la atención sobre este sector ha ido creciendo, al grado de que los jóvenes de pueblos indígenas son un tema recurrente en las investigaciones, las razones son varias y de distinto orden: el peso

demográfico en áreas rurales y urbanas, su visibilidad en las ciudades o su proclividad al cambio cultural; por lo que representan un amplio y atractivo sector como consumidores (Pérez-Ruiz, 2011:66).

El interés fundamental al realizar esta investigación versa sobre la disposición que los y las jóvenes tienen y manifiestan al cambio cultural. Este artículo analiza las tradiciones y las transformaciones que las mujeres jóvenes otomíes o *metsis* como se les denomina en otomí (los *metsis* son mujeres y hombres jóvenes que han entrado a la pubertad, son solteros o solteras y sin hijos) de una comunidad *Hñä Hñu*<sup>14</sup> del Estado de México, están integrando a su identidad cultural, la cual constituye un proceso sociopsicológico de comunicación cultural, donde existe una constante interacción entre la cultura y la identidad. La identidad cultural es una entidad sujeta a permanentes cambios y está condicionada por factores externos y por la continua retroalimentación entre la identidad y el contexto (García y Baeza, 2002:17-18).

## Zona de estudio

<sup>14</sup> Los otomíes se autodenominan como *Hñä Hñu* que significa, los que hablan otomí

Los otomíes son uno de los cinco grupos étnicos<sup>15</sup> más representativos del Estado de México<sup>16</sup> y han compartido por mucho tiempo el territorio con otros grupos, además de la historia de su conformación y transformación (Barrientos, 2004:6).

La comunidad en la que se trabajó está ubicada en la zona mazahua-otomí, en el municipio de San Bartolo Morelos. La comunidad cuenta con alrededor de 3,000 habitantes, de los cuales, de acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda, dos terceras partes son indígenas y están estrechamente unidos por parentesco (inegi, 2010).

La comunidad se encuentra dividida por dos barrios y 16 parajes<sup>17</sup> y presenta un alto grado de marginación. En esta comunidad existen 256 jóvenes de 15 a 17 años, de los cuales 127 son hombres (solo 69 de ellos acuden a la escuela) y 129 son mujeres (71 de ellas acuden a la escuela). El quinto grado de primaria es el promedio de

<sup>15</sup> Los otros grupos son: mazahua, náhuatl, tlahuica y matlazinca

<sup>16</sup> Habitan en 14 de los 125 municipios, en orden de importancia están Toluca, Temoaya, Jiquipilco, San Bartolo Morelos, Oztolotepec, Chapa de Mota, Lerma, Aculco, Amanalco, Huixquilucan, Xonacatlán, Timilpan y Zinacantepec

<sup>17</sup> Los parajes son poblados pequeños que podrían ser equivalentes a las colonias o barrios en una ciudad en cuanto a las agrupaciones dentro de la comunidad.

escolaridad que se tiene en la comunidad (coespo, 2010).

## Método

Esta investigación se realizó mediante un método cualitativo, desde el inicio era importante conocer y reconocer los elementos culturales que las *metsis* integraban a su identidad cultural, en cada una de las sesiones de los grupos de discusión era asombroso como describían cada uno de los elementos, de los momentos y de los lugares que habían compartido como mujeres jóvenes dentro de la comunidad, qué habían vivido y qué reconocían y afirmaban en grupo que era parte de su identidad cultural.

### *i. Entrada al campo y selección de participantes*

Para acceder a la comunidad se acudió a diversas personas que jugaron el papel de “porteros”<sup>18</sup>: el sacerdote, el delegado municipal y el director de la institución de educación media superior en la que se trabajó. Las informantes clave fueron mujeres adultas consideradas en la comunidad como las “rezanderas” del mes mariano, quienes nos presentaron a las mujeres jóvenes entre 15<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Los “porteros” son personas que permiten el vínculo entre el investigador y los integrantes de la comunidad. Por lo regular son conocidos y reconocidos por la comunidad.

<sup>19</sup> Cabe señalar que para las mujeres jóvenes que desearon participar en la investigación y que eran

y 21 años, solteras y que hablaran español. Se invitó todas ellas a participar en el estudio y se trabajó con aquellas que accedieron a dialogar sobre el tema de identidad cultural.

### *ii. Técnica de recolección y Guía de conversación*

Para propiciar el intercambio de experiencias entre las participantes voluntarias se utilizó la técnica de grupo de discusión, dado que se trata de una estrategia técnica y metodológica que permite la participación activa del sujeto y le otorga libertad para expresar su opinión sobre el sentido de sus acciones vinculadas a la vida cotidiana (Ibáñez, 1979:13). Se buscó que la discusión se centrara en los elementos culturales que las mujeres jóvenes integran a su identidad cultural. Los temas de conversación, se presentan en el Cuadro 1.

menores de edad, se solicitó un permiso de manera verbal a los padres para que pudieran acudir a las sesiones de los grupos de discusión.

**Cuadro 1. Guía de conversación**

| Eje  | Temas  |
|--|--|
| Significado de ser <i>hñä hñu</i>                    | Valores, creencias y sentimientos que las <i>metsis</i> han integrado a su identidad cultural (Cultura Subjetiva).               |
|  | Prácticas culturales, lengua y vestimenta que las <i>metsi</i> reconocen como parte de su identidad cultural (Cultura Objetiva). |
| Transformación del significado de ser <i>hñä hñu</i> | Elementos culturales que las <i>metsis</i> han incorporado para transformar su identidad cultural.                               |

Las temáticas se organizaron en función del significado de ser *hñä hñu* tomando en cuenta las expresiones subjetivas y objetivas de la cultura que propone Simmel (Ritzer, 1993:305), en donde menciona que las personas están influidas por estructuras sociales y por sus producciones culturales. Simmel distinguió entre cultura individual (subjetiva) y cultura objetiva. La cultura objetiva se refiere a aquellas manifestaciones que las personas producen (arte, ciencia, filosofía); la cultura subjetiva es la capacidad del actor para producir, absorber y controlar los elementos de la cultura.

### iii. Procedimiento

Se formaron dos grupos de discusión, el primero estuvo integrado por cinco mujeres entre 16 y 18

años de edad que cursaban el cuarto y sexto semestre del bachillerato dentro de la comunidad. Con ellas se realizaron dos sesiones de 80 minutos aproximadamente cada una. El segundo grupo estuvo integrado por ocho mujeres entre 18 y 21 años de edad, una egresada de la Licenciatura en Educación Pre-escolar y las demás aún estudiando diferentes carreras<sup>20</sup> en universidades públicas que se encuentran afuera de la comunidad. Con ellas se realizaron dos sesiones de 120 minutos aproximadamente cada una.

<sup>20</sup> Gestión Empresarial, Sistemas Computacionales, Arquitectura, Turismo, Trabajo social, Derecho y Educación Preescolar.

## iv. Análisis de la información

El análisis se llevó a cabo mediante el método nuclear-tópico (Ibáñez, 1979:334). Nuclear porque capta los elementos de verosimilitud, entendiendo como verosimilitud la simulación de la verdad, ya que la verdad definitiva no existe como tal. Ibáñez clasifica cuatro tipos de verosimilitud: referencial, poética, lógica y tópica. En este caso, la verosimilitud tópica produce un efecto de sociedad porque explica los valores que la sociedad o comunidad acepta, aquellos con los que se crean convenciones que son aceptadas por sus integrantes. En la medida en que cambian normas y costumbres van alterándose los convencionalismos a través de distintos juegos de sociabilidad: lo que se vale y lo que no. Esto tiene que ver con los consensos a los cuales las integrantes de los grupos llegaron a lo largo de la discusión, y son la materia prima para realizar el análisis.

## Resultados y Discusión

### Elementos culturales de su Identidad: tradición y transformación

Al analizar la información vertida por los grupos se identificaron los elementos culturales que caracterizan a las *metsis* tomando en cuenta la guía de conversación que se había establecido teóricamente y se hizo un reajuste para integrar

los aspectos emergentes. Los elementos culturales que las definen como mujeres jóvenes otomíes residen en las vivencias que han tenido y que pueden ser agrupadas en las vivencias en rituales o ceremonias, la vestimenta, las conmemoraciones anuales, los valores y sentimientos que se expresan, las relaciones interpersonales que mantienen con sus familia, sus relaciones de pareja y con la comunidad en general; la lengua que han dejado de hablar y la lengua que ahora reconocen como propia y hasta los alimentos que consumen. Todo esto en su conjunto se convierte en prácticas identitarias que las hacen ser y manifestarse ante los otros, tanto dentro como fuera de su comunidad. Estos elementos se integran en un proceso continuo entre la tradición y la transformación; entre los elementos subjetivos y objetivos de la cultura; y entre estar adentro o afuera de la comunidad. Estas tres facetas hacen que su identidad tome diferentes tonalidades que enriquecen y movilizan sus recursos internos para hacer perdurar su identidad cultural en el tiempo, aún con las modificaciones que puedan sufrir ante las circunstancias particulares que enfrenten.

La Figura 1 muestra los elementos culturales que integran la identidad cultural de las integrantes de los grupos de discusión: las *fiestas y los rituales* son elementos subjetivos de la cultura que forman parte de la tradición y que se realizan dentro de la comunidad. También los *valores y las*

relaciones interpersonales son elementos subjetivos, sólo que estos se han transformado a partir de las influencias externas (escuela, trabajo y medios de comunicación) a las que las jóvenes están expuestas. Los *alimentos* y los *bordados* son elementos culturales objetivos, ya que son producciones culturales que están asociadas a la tradición y se realizan adentro de la comunidad; igualmente, el uso de la *lengua* y la *vestimenta tradicional* son elementos culturales objetivos y

están asociados a la transformación porque las *metsis* están incorporando otros que son externos a la comunidad. En la siguiente figura se representa un diagrama que incluye los elementos que integran la identidad cultural de las mujeres jóvenes otomíes tomando como ejes la cultura subjetiva y objetiva; los escenarios en donde se desenvuelven (adentro y afuera de la comunidad) y el contraste entre tradición y transformación.

**Figura 1. Elementos que integran la identidad cultural de las *metsis* (mujeres jóvenes otomíes).**



*Las Fiestas y los Rituales: un momento de convivencia familiar y de retorno al origen*



Las fiestas son un momento de convivencia con la comunidad y con los familiares que viven fuera de ella, quienes regresan precisamente esos días para acompañar y disfrutar de las festividades. Las más representativas de la comunidad son tres: 5 de mayo “Fiesta del Buen Temporal”, 10 de agosto “Fiesta Patronal” y 12 de diciembre “Fiesta de la Virgen de Guadalupe”:

*“la fiesta del buen temporal es una costumbre ¿no?, porque al hacer nuestras vísperas queremos que llueva, es un tributo a Dios para que nos conceda el agua, [...] las costumbres nos integran más entre nosotros”.*

Son organizadas por la comunidad y los mayordomos. Los padres de las participantes han sido mayordomos en las diferentes fiestas, ellas aseguran que en un futuro, cuando estén casadas, desean participar en alguna de las mayordomías para continuar con la tradición. Las fiestas fortalecen su identidad como otomíes porque forman parte de sus costumbres: ellas se sienten pertenecientes a la etnia otomí, mencionando que descienden de una familia otomí y se integran como otomíes a partir de las tradiciones y costumbres:

*“sí pertenecemos a las culturas otomíes principalmente por las costumbres o porque sí descendemos de una familia otomí o porque*

*la mayoría de la gente habla otomí. Pero principalmente es por las costumbres porque desde chicos [sic] nos inculcaron, nos hacían parte de esas costumbres [...]”.*

Los rituales que practican le dan significado a sus creencias y tradiciones, además de que aseguran la convivencia comunitaria. La religión es un puente entre sus festividades y los rituales que practican, ya que se realizan en diferentes ceremonias o conmemoraciones a lo largo del año: Día de muertos, festejo de la Navidad, ritual de reconciliación en el pedimento del matrimonio —“Contento”— y las limpias que hacen para curar algunos padecimientos físicos. Las mujeres jóvenes con las que se trabajó hicieron referencia a dos de ellos que a continuación se describen:

#### *a. El “Contento”*

Este ritual tiene por objetivo reconciliar a las familias después del “robo” de la mujer por parte del hombre sin consentimiento previo de los padres. Este “robo” es un acuerdo mutuo entre los jóvenes para iniciar una vida en pareja, por lo que el “contento” formaliza la relación dando un lugar de respeto y reconocimiento mutuo a las familias de ambos contrayentes. En el ritual, los padres del varón, la nueva pareja, los hermanos mayores del hombre y los abuelos acuden a la casa de la mujer. El padre del hombre es quien encabeza el

ritual y quien hace el pedimento del perdón acompañado de algunos obsequios que se colocan en una canasta como símbolo de reconciliación que incluyen refrescos, pan, azúcar, café y tequila:

*"[...] mi papá respeta mucho eso y dice, si tus suegros creen en eso, vamos a llevarles eso, a las dos cuñadas que hemos ido a pedir, bueno, a una a pedirla y a la otra al "contento" lo que hemos hecho es llevar la caja de refresco, el café, tequila, caja de cervezas, bueno mi abuelita es la que les dice a mis papás. Pero eso del contento todavía se hace, nosotros lo hicimos porque es por respetar lo que creen los suegros".*

Las participantes mencionan que sí les gustaría casarse pero que el pedimento fuera mediante el ritual del "contento" aunque también incluyen la posibilidad de ser madres solteras o bien, no casarse. El pedimento por "contento", a la par que permite la elección de la pareja, asegura el vínculo con ella y muestra un consentimiento mutuo para formalizar la relación.

#### *b. Rituales "Curativos"*

Los rituales curativos son llamados por ellas como "remedios curativos" y son transmitidos por las abuelas y madres. Las *metsis* los usan cuando se

sienten mal física o psicológicamente, o bien, cuando algunos de los miembros de la familia o amigos de la escuela tienen algún padecimiento. El ritual propiamente contempla las limpias y la toma de algunos tés para aliviar "el mal de ojo"<sup>21</sup> y "el aire"<sup>22</sup>, en ambos casos y a pesar de tomar medicamentos y acudir con el médico refieren que siguen teniendo dolor hasta que no les hacen una "limpia", la cual consiste en pasar un huevo por todo el cuerpo con la creencia de "limpiar y quitar todo lo malo" que se tenga o que le "hayan hecho". La limpia necesariamente se hace con un huevo de gallina porque "se necesita una célula grande que absorba todo lo malo":

*"[...] los remedios curativos [...] por ejemplo, que si alguien le echaron ojo, que si le dio aire, mi abuelita dice que le limpies un huevo cuando les da aire [...]".*

<sup>21</sup> El "mal de ojo" se da a partir de envidias y por lo regular, se manifiesta por dolor de cabeza sin motivo aparente de alguna enfermedad. En los bebés mencionan que por lo regular lloran mucho y no pueden dormir.

<sup>22</sup> Cuando les "da aire" se padece de dolor de cabeza y estómago intensos y frecuentes y que en la mayoría de ocasiones es por pasar por lugares en donde murieron o mataron a personas "lo que pasa es que te duele mucho la cabeza o el estómago, pero es un dolor extraño, que te tomas una pastilla y no se te quita o un dolor de estómago pero que no se te quita y ya después pasa el ratito y ya se te va quitando poco a poco, después de la limpia".

Ellas tienen conocimiento de cómo realizar las limpias y esto es parte de sus costumbres, porque sus abuelas y madres o curanderas del pueblo les han enseñado. Las practican pero dicen que no las hacen tan frecuentemente, porque un adulto tiene mayor energía o fuerza espiritual y es quien “te puede ayudar a sanar”; sin embargo, consideran que estos rituales las hacen diferentes a sus compañeras de escuela que no son otomíes porque pueden recomendarles qué hacer cuando alguien se “sienten mal”:

*“cuando los amigos se sienten mal les digo que tienen que hacer té y se sorprenden de que se sienten mejor [...] yo le pregunto a mi abuelita ¿esa hierba para qué es? y luego me la tomo y sí se me quita, ya les digo que compren esa hierba o que la junten”.*

Los rituales y las festividades arraigan a las jóvenes a sus tradiciones. Ambos elementos forman parte de su identidad cultural porque la interacción entre los integrantes de la comunidad permite que se mantenga la identidad social. Esta interacción se da en un lugar específico que se denomina territorio, entendido como un espacio valorado simbólicamente o instrumentalmente por los grupos humanos (Raffestin, 1980:129). El territorio funciona como un vínculo material entre las generaciones del pasado y las del presente (Giménez, 1999:39), justamente los rituales y las festividades

se realizan en ese territorio que los vincula con sus antepasados.

*Lo “casual”: vestimenta y los bordados*

Las *metsis* ya no usan la vestimenta tradicional de la mujer otomí<sup>23</sup>. Mencionan que únicamente las mujeres adultas la usan y que sólo de niñas fueron vestidas por su mamá usando el traje tradicional en ceremonias religiosas o bailables. Ahora se visten considerando los lugares en los que se presentan o como ellas dicen “por respeto” a los lugares que acuden. Por ejemplo, si van a la escuela, llevan uniforme; en alguna boda, van de vestido; si van a algún baile, llevan botas. También utilizan prendas de vestir de acuerdo con el tipo de música que les gusta y que escuchan, por ejemplo rock, reggaetón o banda. Este tipo de géneros musicales los empezaron a escuchar indirectamente por parientes (hermanos o primos) que en la mayoría de los casos salieron a trabajar al Distrito Federal, o bien, en programas de televisión:

*“[...] los medios de comunicación empiezan a darnos tantas cosas... enseñarnos [...] por ejemplo vestirnos diferente... que la moda... y queremos seguir ciertos patrones [...]”.*

<sup>23</sup> Incluye enaguas, fondo de labor, chincuete, fajas, blusas bordadas, chal o rebozo y quexquémetl.

Cotidianamente les gusta vestir “casual”, es decir, pantalón de mezclilla, tenis o zapatos de piso, playera o camiseta de diferentes colores y texturas; que combinan con blusas bordadas y chales. De hecho, mencionan que algo que las hace diferentes a otras muchachas de su edad que no viven en la región es que ellas saben bordar. Su madre o abuela fue quien les enseñó a hacer su propia costura. En su mayoría confeccionan blusas, servilletas, fundas para cojines aunque refieren tener poco tiempo para hacerlo por las tareas de la escuela y de la casa.

Bordar es una tradición exclusiva de mujeres, se transmite de generación en generación con lo cual, las familias y las propias mujeres se distinguen al interior de la comunidad según la forma y los materiales que utilizan:

*“hay cosas que en las familias van de generación en generación, que las identifican, por ejemplo la costura, muchas familias y muchas mujeres se identifican por el estilo de bordar, porque yo he visto que no es igual. Utilizan hilo o estambre, hacen bordados en los gabanes, siguen usando el telar de cintura, hay señoras usan hilador para la lana, son aspectos que no todos hacemos aunque somos de la misma comunidad”.*

Si bien la vestimenta ha cambiado, aún utilizan blusas bordadas, chales, rebozos, quexquémets y gabanes que ellas o sus abuelas han tejido y/o bordado porque además de que son costosos hay poca gente que los hace para vender; la mayoría los hace para uso personal.

### **El maíz y el trigo: base de su alimentación**

Según el número de integrantes de la familia es la cantidad de tortillas que se consumen; éstas son acompañadas con huevo, arroz, frijoles, flor de calabaza, calabacitas, chilacayotes, habas, hongos, zanahorias, tomates, jitomates, nopales, diferentes tipos de quelites (malvas, navos, quintoniles y cenizos) papas y diferentes tipos de chile (serrano, jalapeño, chilaca, manzano y negro). Estos alimentos se consumen de manera cotidiana. Dependiendo de la temporada en la que se encuentren porque la mayor parte de estos alimentos son sembrados por los habitantes de la comunidad. En algunas ocasiones consumen carne de pollo o res, pero no es frecuente. En las fiestas patronales y en las celebraciones de bautizos, quince años y bodas, comen mole verde o rojo, carnitas de cerdo, arroz, guajolote, frijoles, nopales y mixiotes de borrego.

Mencionan que cocinar o como ellas lo llaman, “meter las manos a la cocina” es algo que las hace diferentes de las demás mujeres que no viven en

su región (por ejemplo, las que acuden a sus escuelas) y de los hombres, aunque mencionan que en ocasiones los varones ayudan, aunque no saben cocinar platillos más elaborados como el mole:

*“las mujeres [...] cuando hacemos convivios [en la escuela] cocinamos y las de mi salón casi no ‘meten las manos’ porque dicen... que se queman o ‘yo no ayudo porque no sé’, son muchachas que... sus padres les inculcaron hacer otras cosas [...] y no es por criticar pero dicen que no saben cocinar [...]”.*

Usualmente las bebidas que se consumen en la comunidad son distintas para hombres y mujeres; agua simple o de frutas o refresco son consumidos por las mujeres y tequila, cerveza o pulque por los varones. Tanto los alimentos como las bebidas siguen siendo una tradición desde su preparación hasta su consumo porque tienen la costumbre de reunir a la familia para comer y durante las festividades; todos los asistentes comparten los alimentos que lleva cada quien.

## **Hablar Hñä Hñu**

La lengua otomí es hablada por los adultos (abuelos, abuelas, padres, madres, tíos y tías). Las jóvenes solamente entienden algunas palabras y hablan otras muy básicas como saludos y despe-

didias. Refieren que los padres no les enseñaron a hablarlo y que sólo lo que escuchan es lo que han aprendido. El hecho de cometer errores frecuentemente al pronunciar y entonar las palabras les genera frustración, además de que reciben críticas por no hablarlo bien, motivo por el cual han decidido evitar utilizar la lengua:

*“en la mayoría de mi familia hablan otomí, mis tíos, mi mamá, mis abuelos y mi bisabuela. Yo entiendo el otomí y sólo sé algunas palabras, dijeran lo básico Naxi, Mexi, Mijoi, pero tienen un acento muy finito que también se va de la mano de la pronunciación”.*

Cuando cursaban la secundaria y el bachillerato les enseñaron hablar inglés y ellas se cuestionaban para qué. Ahora reconocen la importancia de aprenderlo porque se dan cuenta de que en la universidad lo requieren:

*“[...] en la escuela nos enseñaban inglés y yo decía ¿por qué nos enseñan inglés, si estamos en México?, [...] ahora digo, sí, es muy necesario porque si estamos estudiando y queremos sobresalir, tenemos que aprenderlo [...] y es por cultura que lo tienes que aprender”.*

No obstante, la lengua madre o nativa genera identidad y estructura en el pensamiento de cada individuo, motivo por el cual les resulta compli-

cado a los adultos hablar el castellano o español. Las participantes, de hecho, poseen un léxico limitado y confunden el singular y el plural, así como el masculino y el femenino.

## **El respeto y la humildad: la esencia de la convivencia**

Los valores son esenciales en la educación de los otomíes, se enseñan en la casa con el ejemplo de ambos padres y abuelos. Los valores a los que las participantes hicieron referencia durante las sesiones fueron: respeto, honestidad, responsabilidad, obediencia, equidad y humildad. El respeto es uno de los valores base para la convivencia al interior y exterior de la comunidad, mencionan que ellas respetan a sus mayores, respetan a los padres y en general a todas las personas. El “saludo de mano o con la mano” es un símbolo de respeto, éste permite y da cuenta de una interacción y reconocimiento del “otro” y es algo que las mujeres jóvenes con las que se trabajó refieren como un valor que ahora ya no está presente en algunos de los muchachos con los que conviven.

La modificación de los valores se debe a la influencia de las personas que salen o van a trabajar al Distrito Federal y de ellas mismas dado que se encuentran inmersas en instituciones educativas que se encuentran fuera de la comunidad:

*“de hecho no es irse hasta el DF para perder esos valores o para traer ciertas influencias, yo siento que hasta nosotros como estudiantes de universidad, ya no estás con gente de tu comunidad y se va influenciando, vas agarrando malos modales [...]”.*

La humildad y la discriminación aparecen conjuntas en sus relatos como vivencias que han marcado su vida afuera de la comunidad, en particular en referencia a su vida escolar. Los sentimientos que han experimentado ante esto son de soledad y aislamiento que especialmente con sus madres que son quienes las aconseja para liberar la emoción generada por la situación.

La familia sirve para contener las emociones y es un lugar donde se pueden mostrar la mayoría de las emociones y los sentimientos. Cuando se enfrenta a situaciones que no se pueden hablar con los padres, los hermanos suelen ser una alternativa para comentarlo o bien, los amigos.

## **La relación con el “otro”**

### *a. Relaciones de pareja*

Las relaciones de pareja son un signo característico de ser mujer joven. En el cortejo quien toma la iniciativa es el hombre. Ellas esperan a que él las invite a salir, las busque y les hable por primera vez, ya sea en la escuela, en alguna fiesta o en la calle. El lugar idóneo para encontrar pareja

es acudiendo a los bailes o fiestas que se realizan de manera regular en la comunidad:

*"[...] soy más de la idea de que un hombre debe de pedirle a una mujer que sea su novia y por ejemplo, ahí [en la escuela] si a la chava, ya le gustó el chavo, va y le dice; [en cambio] yo soy más de que él te tiene que decir a ti [...]".*

Ellas tienen y mantienen relaciones de noviazgo, las definen en tres tipos: "novios formales", "amigobios" y "amigos con derechos". En el primer tipo de relación tienen y buscan actividades en común, existe un interés en la relación tanto por parte del hombre como por parte de la mujer; manifiestan una preocupación mutua, hay comunicación de lo que desean, comparten alegrías y dos aspectos característicos de este tipo de relación son que se muestran como pareja en la comunidad y que el novio llega a la casa de los padres para poder visitarla. El segundo y tercer tipo de relación son considerados como informales, donde ellas acceden a estar con el supuesto amigo de manera momentánea, no se dejan ver con ellos ni se muestran ante la comunidad como novias de ellos y mucho menos ante los padres. Todas las participantes habían mantenido una relación de pareja antes de la realización del grupo de discusión y sólo cinco de ellas tenían "novio medio formal" en ese momento. En dos de

los casos la pareja asiste a la misma escuela en la que estudian, en los otros tres casos la pareja no estudia y se dedica a trabajar. Ellas tratan de compaginar la relación de noviazgo y la escuela:

*"el novio que ahoritas [sic] tengo no estudia, me da mi espacio y yo le doy el de él, cuando puedo lo veo porque abarca más mi tiempo de estar estudiando, para que yo tuviera novio es la condición que me puso mi mamá"*

Ambos padres otorgan el "permiso" para tener una relación de noviazgo; sin embargo el padre se involucra poco y la madre es quien está al pendiente de la relación, recordándoles en todo momento que lo más importante es estudiar.

#### *b. Relaciones con los padres y otros familiares*

Las familias están integradas por ambos padres, hermanos y abuelos; en ocasiones tías y tíos, así como primos y primas. Los adultos tienen un lugar de respeto, por lo tanto, pueden educar o corregir a los más pequeños. Las mujeres jóvenes con las que se trabajó toman en cuenta la educación que sus padres les han dado, refieren que ésta se basa en la confianza, en el ejemplo que ellos (sus padres) les pongan y en la corrección a veces mediante golpes de los malos modales:

*"en el momento... cuando hacemos las acciones nos corrigen y nos dicen qué cosas tene-*

*mos que hacer con respeto y qué cosas no hacemos con respeto. Y a veces usan otros tipos de métodos [de educación], por ejemplo un golpe”.*

La figura materna es fundamental en el crecimiento de las jóvenes, es la madre quien está al pendiente de sus actividades en la escuela, con sus amigos o amigas e incluso en los bailes. Ellas reconocen la autoridad y los consejos que les dan:

*“[...] apenas me costó mucho darme cuenta y darle la razón a mi mamá... es cierto que... las mamás, siempre tienen la razón [sube el volumen en la voz], si las mamás te dicen “no” por esto y por esto, tarde... pero te das cuenta”.*

Sus madres están más interesadas en que sigan estudiando, ven el estudio como una forma de “salir adelante”, de tener lo que ellas no pudieron hacer. Las *metsis* son las primeras de su familia que están estudiando la universidad.

*“de hecho, de toda la familia de mi papá y de mi mamá soy la primera que estudio”.*

## Conclusiones

Los y las jóvenes ocupan un lugar clave dentro de la sociedad porque son los actores y promotores de ideas, creencias y legados culturales que sus antepasados han enseñado, pero también quie-

nes están en posibilidad de seguirlos o modificarlos. En su cuerpo y en su mente existe una tensión entre continuar con las tradiciones, o bien, optar por nuevas maneras de identificarse tanto dentro como fuera de su comunidad porque existe cierta influencia de los diferentes escenarios en los que se desenvuelven, tales como: la escuela, el trabajo y los medios de comunicación. La tradición y la transformación son así parte de ese proceso identitario que para el grupo estudiado, identifica a las *metsis* y las hace diferentes tanto al interior como al exterior de la comunidad. Se reconocen, se asumen y se dejan ver en la interacción con los otros como mujeres jóvenes otomíes porque saben y tienen muy claro que ése es su origen, el cual está siendo permeado por sus valores, festividades, rituales, alimentación, bordados y sobre todo por el trabajo que intrínsecamente realizan en beneficio de la comunidad, algo que sin duda es una gran enseñanza y un punto de reflexión ante nuestro actuar.

## Referencias

Alpizar, L. y Bernal, M. (2003). “La construcción social de las juventudes”, en: *Última década*, Viña del Mar, Chile: Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas, No. 019, pp. 1-20.



- Barrientos, G. (2004). *Otomíes del Estado de México*. México: Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas.
- Consejo Estatal de Población del Estado de México (COESPO), con base al Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.
- Cuche, D. (1996). Culture et identité, en *La notion de culture dans les sciences sociales*. París, La Découverte.
- García, C. y Baeza, R. (2002). *Identidad cultural e investigación: hacia los pasos una vez perdidos*. Cuba, La Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.
- Giménez, G. (1999). Territorio y cultura e identidades, la región socio-cultural. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. Época II, 5, 25-57.
- Ibañez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. España: Siglo XXI.
- INEGI. (2010). Censo General de Población y Vivienda, México.
- Pérez-Ruíz, M. (2011). Retos para la investigación de los jóvenes indígenas. *Alteridades*. 21 (42) 65-75.
- PNDPI (2001). Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006. México, D.F.
- Raffestin, C. (1980). *Pour une géographie du pouvoir*. París: Librairies Techniques.
- Ritzer, G. (1993). *Teoría sociológica clásica*. España: McGraw-Hill.

## Nuevo instrumento para evaluar el conocimiento sobre asma en Médicos generales

Georgina Eugenia Bazán Riverón<sup>24</sup>, Jorge Iván Rodríguez Martínez, Laura Evelia Torres Velázquez y Rafael Javier Sandoval Navarrete

*Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM  
Centro Médico Coyoacán  
Facultad de Medicina UNAM*

### Resumen

El asma es una enfermedad crónica con un deficiente manejo preventivo, algunos estudios indican que esto se debe al bajo conocimiento de los médicos sobre la Guía Internacional para el manejo del Asma (gina). Existen pocos estudios al respecto, una de las razones es que no hay instrumentos válidos y fiables para evaluar el grado de conocimiento de dichos profesionales. El objetivo de este estudio fue desarrollar un instrumento basado en la guía (gina). Participaron 35 médicos generales para la fase piloto y 1418 médicos para la fase experimental. En los resultados se puede observar que el instrumento desarrollado muestra adecuadas propiedades psicométricas (validez de apariencia, contenido y discriminante; una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha=.87$ )). Las conclusiones apuntan al aporte de esta investigación al campo instrumental, lo que a su vez permitirá mejorar la capacitación de estos profesionales.

**Palabras clave:** Asma, gina, médicos generales

---

<sup>24</sup> Dra. Georgina Eugenia Bazán Riverón. Grupo de Investigación: Enfermedades Crónicas. Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE). División de Investigación y Postgrado. Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. E-mail: gebrmx@yahoo.com.mx. Investigación apoyada por PAPIIT IA300614

**Abstract**

Asthma is a chronic disease with a deficient preventive management, some studies indicate that it's due to the low knowledge of the physicians about the International Guide for the Asthma Management (gina). There are few studies about it, one of the reasons is because there are no valid and reliable instruments for evaluating the knowledge level of these professionals. The objective of this study was to develop an instrument based in the guide (gina). In the study took part 35 general physicians for the first stage and 1418 physicians for the experimental stage. In the results can be observed that the developed instrument exhibits adequate psychometric properties (validity of appearance, content and discriminate; an internal consistence satisfactory ( $\alpha=.87$ )). The conclusions point toward the contribution of this investigation to the instrumental area, which will allow to improve the training of these professionals.

**Keywords:** Asthma, gina, General Physicians.

**Introducción**

El asma es un problema de salud pública por su alta incidencia. Según la Iniciativa Global para el Asma, esta enfermedad representa una de las epidemias del siglo xxi. En México, entre el 5% y el 10% de la población la padece, en especial los niños (gina, 2014; inegi, 2010; Lezana y Arancibia, 2006). Desde la década de los 90 el asma se considera una enfermedad crónica e inflamatoria, y, por tanto, requiere un diagnóstico temprano además de un tratamiento multidisciplinario oportuno y sostenido para mantener a los pacientes asintomáticos con un óptimo nivel de calidad de vida.

Un equipo multidisciplinario representa aún un reto a mediano y largo plazo para los sistemas de salud en países como el nuestro. Sin embargo, actualmente en nuestro sistema de salud se cuenta con la figura del médico general, quien representa el primer contacto con el paciente en las unidades de medicina familiar ya que el neumólogo sólo es visitado por aquellos pacientes que son remitidos a algún Hospital de Especialidades, lo cual en zonas urbanas es complicado y aún más en zonas rurales.

Dado lo anterior, son los médicos generales quienes deben estar preparados para el diagnóstico y

el manejo inicial del asma. Existen múltiples estudios que lo proponen como un requisito indispensable en el adecuado manejo del asma (Segura, et al. 2005), incluso especialistas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (iner) en México consideran necesario dar una mayor formación a los médicos generales sobre el tratamiento de esta enfermedad; incluyendo entre sus funciones el diagnóstico inicial y oportuno, la responsabilidad de proveer al paciente de las herramientas necesarias para emprender terapias preventivas; y mantener a la enfermedad en estado controlado para evitar costos mayores e innecesarios por visitas no programadas al servicio médico o por asistencias al servicio de urgencias. Para lo cual, dicho profesional debe conocer la Guía Internacional, cuyo mensaje puede resumirse diciendo que para el control del asma son necesarios tres pilares fundamentales: un diagnóstico correcto, un tratamiento adecuado e individualizado y la educación al paciente asmático de una forma multidisciplinaria, progresiva y continua (Pérez, 2001a; Olmedo, 2000).

De tal modo que a corto plazo se deben emprender acciones que en primera instancia permitan que el paciente con asma y su familia cuenten con médicos generales, quienes deberán poseer las habilidades para manejar la enfermedad en un nivel preventivo. Para lograr este enorme reto se han creado y difundido diferentes guías interna-

cionales de tratamiento (Segura, Del Rivero, Olvera, Espínola, Villagrán y Vázquez, 2001). La más importante y más difundida mundialmente es la Guía Internacional para el manejo del Asma (gina) que retoma los lineamientos de la Iniciativa Global para el manejo del Asma. La gina se creó en 1992 con la finalidad de establecer un modelo de clasificación basado en la severidad de la enfermedad y con un tratamiento escalonado en cuatro pasos. Actualmente varios países han desarrollado versiones de la gina adaptadas a su población y han intentado difundir masivamente (mediante cursos, talleres, diplomados y sitios en Internet) las medidas encaminadas a controlar la enfermedad con la expectativa de que dichas Guías se conviertan en instrumentos educativos útiles para los profesionales.

A pesar de los esfuerzos mencionados de difusión, no se ha podido lograr el impacto deseado en la comunidad de médicos, como se demuestra en diversas investigaciones en donde se señala al médico general como fundamental en el manejo del asma y se enumeran los costos que implica su deficiente capacitación, concluyendo que es imprescindible mejorar su formación respecto a esta enfermedad (Rodríguez, Bazán, Paredes, Osorio, Caso y Navarrete, 2004; Wolf, Bower, Marbella y Casanova, 1998; Gourgoulianis, Hamos, Christou, Rizopoulou y Efthimiou, 1998; Pérez,

2001b; Lara, 2002; Ruiz, González, Galindo, Arias, Canseco y Valdez, 2005).

Si bien es cierto que los esfuerzos por difundir las guías han sido muchos, no se ha desarrollado una estrategia estructurada dirigida a la evaluación del nivel de conocimientos que tienen los médicos generales. Este hecho se corrobora con la poca investigación que existe al respecto y con el nulo desarrollo de instrumentos válidos y fiables para evaluar a dichos profesionales (Gorton, Cranford, Golden, Walls y Pawelak, 1995).

Este último factor se manifiesta en algunos de los artículos publicados (Baeza y Rebolledo, 1998; Becerril, León, y Ángeles, 2007), los cuales se apegan a los lineamientos de alguna guía, sin embargo, aún no se tiene un instrumento válido y fiable basado en la guía para que posteriormente se pueda desarrollar una estrategia educativa que comprenda las características de los médicos generales y del servicio de sanidad pública en países como el nuestro. Dado lo anterior, el objetivo de este estudio fue describir el desarrollo de un instrumento para evaluar el conocimiento de médicos generales basado sobre la Guía Internacional para el Manejo del Asma (gina).

## Método

*Participantes:* Un panel de médicos neumólogos y psicólogos para la revisión de los ítems. Seis entrevistadores capacitados para el trabajo de campo.

*Fase Piloto:* Un grupo de 35 médicos generales en la aplicación de la Primera versión de 40 ítems.

*Fase experimental:* Un grupo de 1418 médicos (1325 médicos generales y 93 especialistas) en la aplicación de la versión con 30 ítems con categorías de respuesta abiertas. De esta misma muestra se extrajo otra de 111 médicos (22% neumólogos, 19% cardiólogos, 20% alergólogos y 17% médicos generales, 26%), para valorar los conocimientos que tienen sobre los métodos diagnósticos (flujómetro y espirómetro).

*Ambiente:* Se acudió al consultorio particular de los médicos participantes y se les captó también en eventos académicos como congresos llevados a cabo en los meses de febrero a junio de 2014.

*Instrumentos:* Versión Piloto: Se diseñó una primera versión del instrumento de 40 ítems basada en la Guía gina con categorías de respuesta de tipo Likert con 5 puntos. Sus categorías de respuesta se dividieron en dos partes, la primera dirigida al conocimiento del asma en las

áreas de fisiopatología, diagnóstico, epidemiología y factores de riesgo. La segunda se orientó hacia el tratamiento en forma integral considerando las fases de inicio, prevención, atención en crisis, tratamiento no farmacológico y la vía de administración de los medicamentos. Tras el análisis de los ítems se obtuvo la versión experimental de 30 reactivos, la cual se modificó a una versión con categorías de respuesta abierta pues tras la aplicación piloto se identificó que existen una gran variedad de respuestas que es necesario conocer en esta fase para posteriormente poder trabajar con categorías cerradas en las respuestas.

*Versión experimental:* Consta de 30 reactivos con categorías de respuesta abiertas.

*Materiales:* Se emplearon las copias de cédulas de cuestionario, equipo de cómputo; un espirómetro portátil marca *Smart Start Easy One Word Spirometer* con boquillas desechables *Spirette*; doce flujómetros *NnSpire 600-112*; medidor de flujo respiratorio y monitor de bolsillo.

*Diseño:* Se trata de una investigación cuasi experimental de corte transversal, descriptivo y comparativo.

## **Procedimiento**

*Fase piloto:* En la etapa I: se elaboró la versión piloto del instrumento con 40 ítems y fue revisada

por el panel de expertos. En la etapa II: se capacitó a tres residentes de medicina y tres pasantes de psicología para que realizaran la encuesta. En la etapa III: se captó a la población en consultorios, congresos y eventos relacionados a la medicina. La escala Likert se aplicó a los 35 participantes a manera de entrevista. En la etapa IV: se codificó y capturó la información en una base de datos. En la etapa V: se analizó el instrumento y se diseñó la versión de la fase experimental con 30 reactivos, eliminando los ítems deficientes y volviendo el instrumento al formato de respuestas abiertas.

*Fase experimental:* En la etapa I: el panel de expertos revisó y aprobó los 30 reactivos de la nueva versión. En la etapa II: se capacitó a tres residentes de medicina y 3 pasantes de psicología para que realizaran la encuesta. En la etapa III: se captó a la población de 1418 médicos en consultorios, congresos y eventos relacionados a la medicina. Una vez captados los participantes se les invitó a responder el instrumento. Cuando terminaron se les invitó a hacer una demostración del uso del espirómetro y el flujómetro para un grupo de para profesionales, los médicos que aceptaron conformaron una submuestra de 111 médicos. En la etapa IV: se realizó la aplicación, codificación y captura de la información en una base de datos. Etapa V: se analizaron los resultados y se diseñó la versión final del instrumento. Todos los partici-

pantes en cada etapa firmaron el consentimiento informado.

## Análisis de resultados

*Fase piloto:* El panel de médicos realizó un análisis de validez de apariencia y contenido. Una vez revisada la versión del instrumento se aplicó a la muestra de médicos. Se analizó la confiabilidad del instrumento mediante el método ítem escala y pruebas alfa de Cronbach. Se analizó tanto la dificultad de los ítems como la homogeneidad de las respuestas. Se eliminaron los ítems con problemas de redacción, que en el estudio ítem-escala mostraron valores bajos ( $r \leq 0.30$ ), y aquellos ítems sin heterogeneidad en sus respuestas.

*Fase experimental:* Se revisó la validez de apariencia y contenido. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y mediante la  $X^2$  se analizó la diferencia entre los médicos generales y especialistas en las diferentes subescalas del instrumento. Finalmente, en la submuestra de 111 médicos se comparó el conocimiento de los médicos especialistas (medicina general, pediatría, alergología, neumología y cardiología) sobre los métodos diagnósticos del asma mediante un anova de un Factor.

## Resultados

*Fase piloto:* Se aplicó el instrumento a una muestra de 35 médicos. El instrumento fue revisado y corregido por el panel de médicos neumólogos, quedando una versión de 40 ítems. Se realizó un análisis ítem escala y se eliminaron 8 ítems que tuvieron correlaciones  $r \leq 0.30$  (ítems: 5, 6, 13, 15, 16, 22, 24 y 34) y dos de ellos por no tener una adecuada heterogeneidad (ítems 17 y 26) (Ver Tabla 1). Este último hecho indicó que eran ítems demasiado complejos pues ningún médico general logró responder adecuadamente, ambos ítems pertenecen a la subescala de administración de fármacos, también al eliminar los ítems con correlaciones inferiores a 0.30 se obtuvo el alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.79$ ) (Tabla 1).

*Fase experimental:* La versión experimental se compuso de los 30 ítems que se muestran sin sombrear en la Tabla 1, se eliminaron los ítems sombreados. Posteriormente se aplicó a una muestra de 1418 médicos (1325 médicos generales y 93 especialistas). Al evaluar las respuestas de médicos generales y especialistas se observó que son muy pocos los ítems (1, 7 y 16) en los cuales ambos profesionales tienen un porcentaje de aciertos correcto y sin diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 2). En el caso del ítem 1 no hay diferencia entre los médicos generales y

especialistas, sin embargo, es desalentador ver que sólo un poco más de la mitad de la muestra de cada grupo acertó al considerar el asma como una enfermedad crónica. Asimismo, menos de la mitad de los médicos generales y especialistas conocen el porcentaje correcto de pacientes con asma en México (ítem 7). Respecto a la vía ideal para la medicación ambos grupos responden correctamente y no muestran diferencias significativas entre ellos, sin embargo, el porcentaje de los médicos de ambos grupos que responde correctamente es menor a la mitad de cada grupo (ítem 16). En relación a los ítems en los cuales ambos grupos mostraron un alto porcentaje de errores sin mostrar diferencias significativas entre grupos, se tiene el ítem 6 sobre la definición de la gina, los ítems 14 y 15 que corresponden al tratamiento preventivo e inicial y en el ítem 23: uso de esteroides (Tabla 2). No se puede dejar de señalar que en el ítem 6, cuando se les pide que definan la gina, ni los médicos generales ni los especialistas pueden hacerlo correctamente (99.4 y 98.9 respectivamente). Los ítems en los cuales los médicos generales tienen mejor conocimiento que los médicos especialistas y que muestran diferencias significativas (valores que oscilan  $\chi^2=4.504 - 16.782$ ;  $p<0.05$ ;  $gl=1$ ), son los ítems sobre signos clínicos (ítem 3), utilidad de la fisioterapia (ítem 19), uso de antihistamínicos (ítem 25) y reconocer más de tres elementos fundamentales

del tratamiento del paciente con asma (ítem 26). Al parecer los médicos generales tienen una percepción más orientada hacia la multidisciplinaria en el manejo del paciente con asma. Si se consideran los ítems donde el médico general acierta más que los especialistas, se puede ver que son aquellos ítems que implican la participación de fisioterapeutas pulmonares, la derivación a centros de atención respiratoria, la identificación de aspectos educativos para el paciente y la identificación de factores de riesgo que suelen complicar la calidad de vida del paciente, y, de no ser controlados, pueden llevar al paciente a crisis frecuentes. Las dimensiones en que los especialistas tienen mejores conocimientos son: la fisiopatología, síntomas característicos como la tos, grado de afectación del asma, métodos diagnósticos, tratamiento en crisis y la administración de broncodilatadores (ítems 2, 4, 5, 8-13, 17-18, 20-22, 24, 27, 28 y 30), observando valores de  $\chi^2$  que oscilan entre 2.504 - 9.344 ( $p<0.01$ ;  $gl=1$ ). Como se puede observar, los especialistas tienen un mejor conocimiento sobre aspectos relacionados al diagnóstico y tratamiento del paciente, sin embargo, se muestran menos dispuestos al trabajo multidisciplinario, ignorando sus beneficios. Lo anterior puede afectar la calidad de vida del paciente, pues si éste no es informado sobre el manejo de factores de riesgo y se le niega la oportunidad de beneficiarse de la participación de otros profesionales como



fisioterapeutas respiratorios, puede ver disminuida seriamente su calidad de vida. Finalmente, sobre los últimos dos ítems relacionados con la formación profesional, se observa que en la asistencia a pláticas sobre asma en el último año no hay diferencia pues el 82.8% de médicos generales y el 81.7% de médicos especialistas afirman haber asistido. En cuanto a querer más información sobre el tema sí hay diferencia significativa entre los grupos, el 91.4% de especialistas afirman

querer más información, mientras que de los médicos generales sólo el 70.9%. Debido a que sorprendió que 29.1% de los médicos generales dijeran que no querían recibir más información, se le preguntó a una sub-muestra del 10% la razón, ellos argumentaron que no tienen tiempo, pues generalmente trabajan en más de una institución y el número de paciente que se atiende diariamente es de entre 30 y 40 por turno, sobre todo en instituciones públicas.

Tabla 1. Versión de 40 ítems y versión reducida a 30 ítems (eliminando los ítems sombreados) para evaluar el conocimiento de los médicos sobre la Guía GINA Correlación ítem-escala y distribución porcentual de respuestas.

| No | ÍTEM   | Correlación ítem-escala | Distribución porcentual de respuestas |    |    |    |     |
|----|--|-------------------------|---------------------------------------|----|----|----|-----|
|    |  |                         | V                                     | F  | C  | NS | NR* |
| 1  | El asma es una enfermedad aguda  | .45                     | 15                                    | 60 | 12 | 13 | 0   |
| 2  | En la fisiopatología del asma la obstrucción es lo más importante  | .68                     | 40                                    | 33 | 19 | 8  | 0   |
| 3  | Signos clínicos del asma son tos, sibilancias, dificultad respiratoria, intolerancia al ejercicio y frío | .65                     | 59                                    | 19 | 22 | 0  | 0   |
| 4  | La tos es un indicador temprano de asma  | .69                     | 75                                    | 13 | 11 | 1  | 0   |

|    |   |     |    |    |    |    |   |
|----|---|-----|----|----|----|----|---|
| 5  | La clasificación de la severidad del asma es descontrolada, parcialmente controlada y controlada  | .20 | 23 | 69 | 4  | 4  | 0 |
| 6  | En México se calcula que entre el 5% y 10% de la población general padece asma  | .26 | 49 | 37 | 2  | 12 | 0 |
| 7  | Los principales desencadenantes de crisis de asma son los alérgenos   | .48 | 43 | 15 | 39 | 3  | 0 |
| 8  | Entre los factores de riesgo para el asma están: humo de tabaco, infecciones respiratorias, alergias, sinusitis, reflujo gastro-esofágico | .56 | 40 | 19 | 33 | 8  | 0 |
| 9  | El asma es más frecuente en adultos   | .78 | 13 | 73 | 1  | 13 | 0 |
| 10 | La espirometría proporciona un indicador indispensable de la función pulmonar del paciente  | .73 | 12 | 30 | 56 | 2  | 0 |
| 11 | Requiere usted pruebas con broncodilatador para el diagnóstico de asma  | .83 | 3  | 4  | 88 | 5  | 0 |
| 12 | El principal grupo farmacológico para tratar la inflamación son los broncodilatadores   | .89 | 12 | 6  | 79 | 3  | 0 |
| 13 | Los corticosteroides se deben iniciar siempre a dosis bajas   | .24 | 53 | 16 | 0  | 31 | 0 |
| 14 | La vía indicada para el tratamiento de mantenimiento del  | .78 | 29 | 46 | 13 | 12 | 0 |

|    |   |     |    |    |    |    |   |
|----|---|-----|----|----|----|----|---|
|    | asma es la: oral e IV/IM  |     |    |    |    |    |   |
| 15 | El corticosteroide budesonida, es avalado para su uso en niños mayores de 6 meses   | .18 | 0  | 1  | 1  | 98 | 0 |
| 16 | La combinación salbutamol/bromuro de ipratropio mejora la función pulmonar  | .25 | 9  | 18 | 30 | 43 | 0 |
| 17 | Es preferible iniciar salbutamol oral para el manejo de las crisis  | .29 | 0  | 0  | 1  | 99 | 0 |
| 18 | Se debe evitar la vía inhalada en el manejo de la crisis porque es más costosa y menos efectiva                           | .86 | 5  | 12 | 70 | 13 | 0 |
| 19 | Al indicar un broncodilatador en el manejo de la crisis asmática prefiere: el b2+anticolinérgicos                         | .79 | 13 | 16 | 34 | 37 | 0 |
| 20 | Es recomendable el uso de antihistamínicos en el tratamiento del asma   | .78 | 22 | 15 | 47 | 16 | 0 |
| 21 | El control del asma debe incluir el tratamiento farmacológico, control de factores de riesgo y la educación para la salud | .34 | 10 | 15 | 63 | 12 | 0 |
| 22 | La crisis de asma se puede controlar y clasificar con el flujoómetro en niños menores de 4 años                           | .17 | 13 | 2  | 67 | 18 | 0 |

|    |  |     |    |    |    |    |   |
|----|--|-----|----|----|----|----|---|
| 23 | El diagnóstico del asma es espirométrico   | .79 | 10 | 2  | 86 | 2  | 0 |
| 24 | Para el control del asma es importante evitar el contacto con químicos                         | .12 | 33 | 10 | 44 | 13 | 0 |
| 25 | Es mejor NO recomendar el dispositivo respimat porque es difícil de explicar su técnica de uso | .82 | 70 | 15 | 8  | 7  | 0 |
| 26 | Los niños con asma deben ser mayores de 12 años para usar salbutamol/bromuro de ipratropio     | .23 | 87 | 4  | 6  | 3  | 0 |
| 27 | Para la educación del paciente con asma se requiere del psicólogo                              | .63 | 20 | 20 | 40 | 20 | 0 |
| 28 | En la atención del paciente con asma se requiere de la fisioterapia Pulmonar                   | .61 | 18 | 20 | 40 | 22 | 0 |
| 29 | Al prescribir broncodilatador es mejor la vía oral   | .89 | 19 | 63 | 9  | 9  | 0 |
| 30 | Siempre remite a los pacientes con asma al Neumólogo   | .56 | 14 | 19 | 39 | 28 | 0 |
| 31 | Asiste con frecuencia a cursos de actualización sobre asma                                     | .42 | 34 | 10 | 46 | 10 | 0 |
| 32 | El asma es una enfermedad psicosomática  | .35 | 39 | 16 | 23 | 22 | 0 |
| 33 | Los síntomas de asma están relacionados con aspectos emocionales del paciente                  | .67 | 8  | 12 | 68 | 12 | 0 |

|    |  |     |    |    |    |    |   |
|----|--|-----|----|----|----|----|---|
| 34 | El asma puede tratarse solo con antihistamínicos                                   | .27 | 22 | 23 | 50 | 5  | 0 |
| 35 | El broncodilatador más eficiente en el control del asma es el b2+ anticolinérgico  | .82 | 15 | 21 | 32 | 32 | 0 |
| 36 | El médico General debe llevar el tratamiento de control del paciente con asma      | .48 | 18 | 30 | 35 | 17 | 0 |
| 37 | La educación en el manejo del asma debe incluir paciente, familia y entorno social | .41 | 5  | 23 | 40 | 32 | 0 |
| 38 | Solo en crisis se deben administrar Corticoesteroides                              | .66 | 78 | 3  | 4  | 15 | 0 |
| 39 | "GINA" significa Guía Infantil del Asma  | .54 | 35 | 43 | 21 | 1  | 0 |
| 40 | La GINA se encarga sólo de regular las políticas de salud pública                  | .40 | 18 | 33 | 19 | 30 | 0 |

Tabla 2. Distribución porcentual de respuestas y valores X<sup>2</sup> en los 30 ítems del instrumento para evaluar el conocimiento de los médicos generales y médicos especialistas sobre la Guía GINA.

| No. ítem | Conoce del asma:                    | X <sup>2</sup> | Médicos                 |                             |                         |                             |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
|          |                                     |                | Generales N=1325        |                             | Especialistas N=93      |                             |
| 1        | Tipo de enfermedad que es           | 3.456          | Crónica                 | Aguda                       | Crónica                 | Aguda                       |
|          | %                                   |                | 66.5                    | 33.5                        | 65.6                    | 34.4                        |
| 2        | Fisiopatología                      | 13.992*        | Obstructiva             | Inflamatoria                | Obstructiva             | Inflamatoria                |
|          | %                                   |                | 43.5                    | 56.5                        | 23.7                    | 76.3                        |
| 3        | Signos clínicos                     | 4.504**        | Reconocen 4 de 6 signos | Reconocen Menos de 3 signos | Reconocen 4 de 6 signos | Reconocen Menos de 3 signos |
|          | %                                   |                | 40.4                    | 59.6                        | 31.2                    | 69.8                        |
| 4        | La tos indicador temprano de crisis | 4.603*         | Si                      | No                          | Si                      | No                          |
|          | %                                   |                | 45.1                    | 54.9                        | 52.7                    | 47.3                        |
| 5        | Grado de afectación                 | 2.5041*        | Si                      | No                          | Si                      | No                          |
|          | %                                   |                | 56.5                    | 43.5                        | 71.0                    | 29.0                        |

|    |   |              |                      |                        |                      |                        |
|----|---|--------------|----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 6  | Pueden definir Guía GINA                        | 2.012        | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | .6                   | 99.4                   | 1.1                  | 98.9                   |
| 7  | Porcentaje de enfermos en México                | 0.824        | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 45.6                 | 54.4                   | 46.2                 | 53.8                   |
| 8  | Factores de riesgo                              | 14.369*      | Identifica           | No identifica          | Identifica           | No identifica          |
|    | %   |              | 29.4                 | 70.6                   | 69.6                 | 30.4                   |
| 9  | Población más afectada                          | 2.504        | Niños                | Adultos                | Niños                | Adultos                |
|    | %   |              | 86.8                 | 13.2                   | 92.5                 | 7.5                    |
| 10 | Papel de espirometría en diagnóstico            | 8.872**      | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 32.4                 | 67.6                   | 67.7                 | 32.3                   |
| 11 | Uso broncodilatador para diagnóstico            | 6.999*       | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 43.1                 | 56.9                   | 72.0                 | 28.0                   |
| 12 | Conoce Centros de apoyo para tratamiento        | 15.859*      | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 13.4                 | 86.6                   | 38.7                 | 61.3                   |
| 13 | Emplea Centros de apoyo para tratamiento        | 8.002**      | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 10.3                 | 89.7                   | 22.6                 | 77.4                   |
| 14 | Tratamiento inicial                             | 1.053        | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | .2                   | 99.8                   | 2.3                  | 97.7                   |
| 15 | Tratamiento preventivo                          | 3.001        | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 2.3                  | 97.7                   | 0                    | 100                    |
| 16 | Vía de medicación                               | 2.005        | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 44.1                 | 55.9                   | 48.4                 | 51.6                   |
| 17 | Cómo explicar administración de medicamento PRN | 9.282*       | Explicación correcta | Explicación incorrecta | Explicación correcta | Explicación incorrecta |
|    | %   |              | 48.0                 | 52.0                   | 74.2                 | 25.8                   |
| 18 | Tratamiento crisis asmática                     | 8.542**      | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 30.8                 | 69.2                   | 51.6                 | 48.4                   |
| 19 | Utilidad de la Fisioterapia pulmonar            | 13.906*      | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 56.8                 | 43.2                   | 35.5                 | 64.5                   |
| 20 | Debe emplear Broncodilatador vía inhalada       | 9.344*       | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 17.5                 | 82.5                   | 30.1                 | 69.6                   |
| 21 | Crisis se trata                                 | 6.801*       | Ambulatorio          | Hospital               | Ambulatorio          | Hospital               |
|    | %   |              | 76.8                 | 23.2                   | 87.1                 | 12.9                   |
| 22 | Broncodilatador de su elección                  | 5.314        | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 21.2                 | 78.8                   | 43                   | 57                     |
| 23 | Momento para indicar Esteroides                 | 3.002        | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 23.3                 | 76.7                   | 24.7                 | 75.3                   |
| 24 | Esteroides usados                               | 2.864*       | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 15.7                 | 84.3                   | 26.9                 | 73.1                   |
| 25 | Uso de antihistamínicos                         | 12.083*      | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 33.4                 | 66.6                   | 25.8                 | 74.2                   |
| 26 | 3 elementos básicos en el tratamiento           | 16.782*      | Correcto             | Incorrecto             | Correcto             | Incorrecto             |
|    | %   |              | 24.3                 | 75.7                   | 9.7                  | 92.3                   |
| 27 | Utilidad en el tratamiento del Psicólogo        | 14.724*<br>* | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 54.2                 | 1.4                    | 83.9                 | 1.1                    |
| 28 | Remite paciente al neumólogo                    | 7.333**      | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 61.3                 | .6                     | 71.0                 | 5.4                    |
| 29 | Asistencia a pláticas de asma                   | 3.874        | Más de 1 año         | Menos de 1 año         | Más de 1 año         | Menos de 1 año         |
|    | %   |              | 17.2                 | 82.8                   | 18.3                 | 81.7                   |
| 30 | Desea más información                           | 9.344*       | Si                   | No                     | Si                   | No                     |
|    | %   |              | 70.9                 | 2.4                    | 91.4                 | 8.6                    |

\* 0.0001 y \*\*0.05

Respecto a la submuestra de 111 médicos, las diferencias entre especialidades fueron significativas ( $F=50.4$ ;  $p<0.0001$ ) (Tabla 3). La especialidad que tuvo un mejor conocimiento fue neumología,

seguida de cardiología, alergología, pediatría y el conocimiento más bajo lo obtuvo medicina general.

Tabla 3. Prueba de honestidad realizada para identificar las diferencias entre especialidades mediante comparaciones múltiples.

| (I) Esp. médica | (J) Esp. Médica  | Diferencia de medias (I-J) | Sig. | Intervalo de confianza al 95% |       |  |
|-----------------|------------------|----------------------------|------|-------------------------------|-------|--|
|                 |                  |                            |      | LI                            | LS    |  |
| Neumología      | Cardiología      | 1.333*                     | .000 | .48                           | 2.18  |  |
|                 | Alergología      | 2.550*                     | .000 | 1.69                          | 3.41  |  |
|                 | Pediatría        | 3.158*                     | .000 | 2.28                          | 4.03  |  |
|                 | Medicina General | 3.731*                     | .000 | 2.93                          | 4.53  |  |
| Cardiología     | Neumología       | -1.333*                    | .000 | -2.18                         | -.48  |  |
|                 | Alergología      | 1.217*                     | .002 | .32                           | 2.11  |  |
|                 | Pediatría        | 1.825*                     | .000 | .92                           | 2.73  |  |
|                 | Medicina General | 2.397*                     | .000 | 1.56                          | 3.24  |  |
| Alergología     | Neumología       | -2.550*                    | .000 | -3.41                         | -1.69 |  |
|                 | Cardiología      | -1.217*                    | .002 | -2.11                         | -.32  |  |
|                 | Pediatría        | .608                       | .359 | -.31                          | 1.53  |  |

|                  |                  |         |      |       |       |  |
|------------------|------------------|---------|------|-------|-------|--|
|                  | Medicina General | 1.181*  | .002 | .33   | 2.03  |  |
| Pediatria        | Neumología       | -3.158* | .000 | -4.03 | -2.28 |  |
|                  | Cardiología      | -1.825* | .000 | -2.73 | -.92  |  |
|                  | Alergología      | -.608   | .359 | -1.53 | .31   |  |
|                  | Medicina General | .573    | .358 | -.29  | 1.44  |  |
| Medicina General | Neumología       | -3.731* | .000 | -4.53 | -2.93 |  |
|                  | Cardiología      | -2.397* | .000 | -3.24 | -1.56 |  |
|                  | Alergología      | -1.181* | .002 | -2.03 | -.33  |  |
|                  | Pediatria        | -.573   | .358 | -1.44 | .29   |  |

\*La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

## Conclusiones

El estudio piloto permitió contar con una versión del instrumento mejorada para poder conocer las respuestas de los médicos y obtener información más precisa sobre el desconocimiento de los contenidos generales de la guía para de este modo identificar las áreas a fortalecer.

El desarrollo de este instrumento ha permitido mejorar la manera de evaluar el conocimiento de los médicos detectando ítems confusos y con elevada dificultad, los cuales fueron eliminados o

adaptados, quedando una última versión de 30 ítems. La aplicación del instrumento en la fase experimental mostró que los médicos desconocen el adecuado manejo del paciente tanto en aspectos farmacológicos como de atención integral (control de factores de riesgo, prescripción de fármacos en cada fase del tratamiento, incluso en crisis). Lo que lleva a considerar que a más de dos décadas de la publicación de la primera Guía su difusión ha sido insuficiente. Respecto a la perspectiva de los médicos sobre mejorar su conocimiento, llamó la atención que casi el 30%



de ellos se negará a recibir más información, al explorar el hecho, ellos explicaron no tener tiempo para capacitarse por la sobrecarga de trabajo.

Respecto a la evaluación de los médicos de diferentes especialidades sobre los métodos diagnósticos, se observó nuevamente que los médicos generales son los que presentan menor grado de conocimiento, lo cual subraya la necesidad de capacitarlos en algunos aspectos técnicos para un adecuado diagnóstico y seguimiento del asma. Sin embargo, se debe subrayar que cualquier intento de capacitación debe tener en cuenta la situación laboral tan precaria de dichos profesionales en nuestro sistema de salud.

## Referencias

- Baeza, M.A. y Rebolledo, C.A. (1998). Elaboración de un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre el asma infantil en estudiantes de medicina. *Revista de Alergia de México*, 45(2), 49-53.
- Becerril, M.A., León, F.A. y Ángeles, U.G. (2007). Evaluación del conocimiento de la GINA en médicos de diferentes niveles de atención. *Revista de Alergia de México*, 54, (2), 29-33.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention Revised 2014 Bethesda, Md., National Institutes of health, National Heart, Lung and Blood Institut. Publication. Extraído el 18 de Octubre de 2014 de: <http://www.ginasthma.org/>
- Gorton, T., Cranford, C., Golden, W., Walls, R., Pawelak, J.E. (1995). Primary care physicians' response to dissemination of practice guidelines. *Archives of Family Medicine*, 4, 135-42.
- Gourgoulianis, K.I., Hamos, B., Christou, K., Rizopoulou, D., Efthimiou, A. (1998). Prescription of medications by primary care physicians in the light of asthma Guidelines. *Respiration Journal*, 65, 18-20. <http://www.ginasthma.com/>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI). (2010). Boletín de Información Estadística No. 20. Vol. II. Daños a la salud. México, D. F. (medios magnéticos) SSA.
- Lara, P. E. A. Clínica del asma ¿en realidad es útil? (2002). *Alergias, Asma e Inmunología Pediátricas*, 11(2), 41-47.

- Lezana, V. J. y Arancibia C. (2006). Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. *Neumología-Pediátrica*, 45-49. Recuperado el 29 de enero del 2014, de: <http://www.neumologia-pediatria.cl>.
- Olmedo, P. J. M. (2000). El papel del médico de familia en el control del asma. *Medicina de Familia* 2000, 1(1), 59-67.
- Pérez, M. J. (2001a). Educación para la prevención de la morbilidad y mortalidad del asma. *Revista Alergia México*, 48(5), 124-125.
- Pérez, M.J. (2001b). Terapia combinada en asma. *Revista Alergia México*; 48 (4), 101-102.
- Rodríguez, M. J. I. Bazán R. G.E, Paredes, R. M.P., Osorio, G. M. Caso M.A. y Sandoval N. J. (2004). Evaluación del conocimiento de GINA en Médicos generales y Especialistas del Estado de Puebla (México). *Asma Alergia e Inmunología Pediátrica* 13(3), 94-98.
- Ruiz, E. J., González, D.S., Galindo, R.G., Arias, C.A., Canseco, V.C., Valdez R. M. (2005). Evaluación de un curso de educación en asma para médicos del primer nivel de atención. *Revista de Alergia de México*, 52(2), 83-89.
- Segura, M.N., Barragán, E.M., Guido, B.R., Torres, S.A., Herrera, S.A., Hernández, M.J., Parra, R.M., Cortés, H.R. (2005). La Iniciativa Global para el Asma (GINA) y los médicos residentes de medicina familiar. Impacto de una estrategia educativa. *Revista de Alergia de México*, 52(1),3-6.
- Segura, M.N., Del Rivero, L., Olvera J, Espínola, R.G., Villagrán, R.G., Vázquez, N.L. (2001). El uso de las Guías Internacionales de Diagnóstico y Tratamiento del Asma (GINA) en la práctica clínica de los médicos familiares. *Revista Alergia México*, 48 (6), 159-162.
- Wolf, M., Bower, D.J., Marbella, A.M., Casanova, J. E. (1998). Us family physicians' experiences with practice guidelines. *Archives of Family Medicine*, 30, 117 - 21.

## Componentes afectivos-motivacionales en la toma de decisiones morales: validación de constructo y calibración de ítems

Laura Ramírez Hernández<sup>25</sup>, Sandra Castañeda Figueiras<sup>26</sup>,  
Eduardo Peñalosa Castro<sup>27</sup>

*Facultad de Psicología UNAM / UAM*

### Resumen

Nuestro objetivo fue validar y calibrar cuatro bancos de reactivos sensibles a la medición de la Toma de Decisiones Morales. Apoyados en mapas de constructos, identificamos los conocimientos y las creencias subyacentes a las tareas objetivo y, con base en esto, elaboramos los reactivos para cada uno de los bancos deseados. Realizamos su validación de facie y de contenido (por juicio intersubjetivo) y ajustamos cada banco. Los reactivos se aplicaron a 443 estudiantes voluntarios del bachillerato. Con sus respuestas calibramos los ítems mediante IRTPROv2.1. Y con los mejores reactivos calibrados validamos los constructos mediante Modelamiento de Ecuaciones Estructurales (EQSv6.1.). Los resultados confirmaron la validez de constructo de las cuatro bases: Conductas motivadas ( $X^2=569.76$ ,  $p=.05$ , CFI =.99 RMSEA=.022); Atribuciones ( $X^2=333.69$ ,  $p=.02$ , CFI =.958; RMSEA =.042); Valor de la tarea ( $X^2=231.42$ ,  $p=.049$ , CFI =.965; RMSEA=.046) y

<sup>25</sup> Integrante del Laboratorio de Evaluación y Fomento del Desarrollo Cognitivo y el Aprendizaje. División de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo: lauraines.ramirezherandez@gmail.com

<sup>26</sup> Coordinadora del Laboratorio de Evaluación y Fomento del Desarrollo Cognitivo y el Aprendizaje. División de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo: sandra@unam.mx

<sup>27</sup> Investigador en el Departamento de Ciencias de la Comunicación, División de Ciencias de la Comunicación y Diseño, Universidad Autónoma Metropolitana- Cuajimalpa. Correo: eduardo.penalosa@gmail.com

Orientación a metas ( $X^2=552.62$ ,  $p=.11$ ,  $CFI=.985$ ;  $RMSEA=.030$ ). Esta calidad psicométrica nos permite recomendar la herramienta.

**Palabras claves:** Toma de decisiones morales; cognición Social y motivación

### Abstract

Our goal was to validate and calibrate four items banks sensitive to the measurement of Moral Decision Making process. Supported on constructs maps, we identify knowledge and beliefs underlying the target tasks, on this basis, we drafted specific items for each bank. We perform validation of facie and content (inter-trial) and adjust each bank. The items were applied to 443 high school student volunteers and with de answers we can calibrate the items helping by IRTPROv2.1 program. With the best calibrated item we validate the constructs by Structural Equation Modelling (EQSv6.1.) The results confirm the construct validity of the four bases: Motivated behaviors( $X^2=569.76$ ,  $p=.05$ ,  $CFI =.99$   $RMSEA=.022$ ); Attribution ( $X^2=333.69$ ,  $p=.02$ ,  $CFI =.958$ ;  $RMSEA =.042$ ); Task value ( $X^2=231.42$ ,  $p=.049$ ,  $CFI =.965$ ;  $RMSEA=.046$ ) y Goal orientation ( $X^2=552.62$ ,  $p=.11$ ,  $CFI=.985$ ;  $RMSEA=.030$ ). This psychometric quality allows us to recommend the assessment tool.

**Keywords:** Moral decisions making, Cognition, Motivation

### Marco referencial

El estudio del desarrollo de la toma de decisiones morales ha variado conforme han variado los modelos que buscan explicarla, por ejemplo: una de las primeras propuestas para explicar el desarrollo moral fue el modelo piagetiano (1935) en el cual se afirma que el desarrollo cognitivo orienta el desarrollo moral del individuo, permitiéndole

*transitar* de un estado de heteronomía a otro de autonomía. Así, en la moralidad heterónoma el pensamiento del individuo se caracteriza por el egocentrismo, el sometimiento ante la autoridad por miedo al castigo y por el juicio de los actos según las consecuencias personales que éstos provocan; mientras que en la moral autónoma, el individuo concientiza que las reglas se originan,

trasforman y reinterpretan con base en el consenso social y no como una imposición externa y estática de la autoridad.

Con base en este modelo, Kohlberg (1975) propuso un marco de trabajo sobre el juicio moral donde las nociones de respeto a las reglas y de justicia —recuperadas del modelo piagetiano— son extendidas a un continuo evolutivo a través de tres niveles y seis estadios de desarrollo por los cuales el individuo va incrementando su capacidad para razonar moralmente; lo que en consecuencia genera una toma de decisiones más autónoma.

En este modelo (*cf.* Kohlberg, 1975, 1992), al interior de cada nivel de razonamiento moral se evidencian tres tipos de creencias: lo que el individuo considera que está bien hacer, la razón para mantener ese bienestar y la perspectiva social que corresponde a cada estadio. Sin embargo, las investigaciones derivadas de este modelo han recibido múltiples críticas respecto a: la noción de secuencia en el desarrollo, la universalidad de los principios morales, el modelo de estructura jerárquica y, particularmente, la sobrestimación del razonamiento como único mecanismo responsable (Rest 1999, Rest, Narváez, Bebeau & Thoma, 2000, Narváez & Lapsley, 2010).

A partir de las críticas realizadas al modelo kohlbergiano, Rest (1999) propuso un modelo multifactorial sobre la toma de decisiones morales constituido por cuatro componentes: a) *la sensibilidad moral*, que representa la capacidad del individuo para reconocer tanto el contenido moral de una situación como a los involucrados y a las condiciones contextuales; b) *juicio moral*, que implica la capacidad del individuo para justificar una situación; c) *motivación moral*, que representa tanto la intención de actuar de manera moral, así como la habilidad para persistir y sobreponerse a los obstáculos; y d) el *carácter moral*, que implica la ejecución consistente de las decisiones en la vida del individuo (*cf.* Bebeau, 2002, Lapsley & Narvaez, 2004, Narvaez 2005, Lapsley & Narvaez, 2010).

Este modelo llamado neo-kohlbergiano ha sido uno de los más referidos en la literatura especializada, de él se han derivado múltiples investigaciones sobre los diversos componentes del modelo; pero su principal crítica sostiene que mantiene la sobrestimación del juicio moral. Asimismo, ha recibido una fuerte crítica por su acotado trabajo de instrumentación.

En breve, es posible derivar del resumen de las teorías hasta aquí presentadas que en el campo de la toma de decisiones morales se reconoce un fuerte componente cognitivo (como lo es el juicio

y su desarrollo); y un abanico de creencias motivacionales y atribucionales referidas al sentido de justicia, al seguimiento de reglas, a una posición personal ante la autoridad, ante el control personal y ante la sensibilidad moral, entre otras.

Y es en este contexto que resulta útil recurrir a los avances de la teoría socio cognitiva para elaborar hipótesis acerca de las creencias que el individuo pone en juego en la toma de decisiones morales. Zimmerman (2000, p.13), al hacer mención de los procesos de control ejecutivo, por ejemplo, el autocontrol, la auto-instrucción y la orientación a metas (entre otros), refiere que éstos están compuestos por pensamientos, sentimientos y acciones autogenerados que se planifican y son cíclicamente adaptados a la consecución de objetivos personales. Esta definición, se da en términos de acciones y procesos encubiertos cuya presencia y calidad dependen de las creencias y los motivos personales de quien toma las decisiones, más que de otras definiciones que hacen hincapié en rasgos singulares, en capacidades o en etapas de desarrollo.

De aquí que echar mano de un modelo que operacionalice las creencias que subyacen a la toma de decisiones morales constituya un elemento crítico de una teorización no desarrollista, apoyada fuertemente en el entendimiento

de la acción humana integral que ha logrado una sólida validación empírica.

Tomando en cuenta lo antes mencionado y con el propósito de validar constructos subyacentes a la toma de decisiones morales, en este trabajo retomamos el modelo de Pintrich (2000, p.453) que se basa en cuatro asunciones respecto al rol de los conocimientos y habilidades sobre el control del comportamiento: a) la primera asunción establece que los participantes son activos, es decir, se conciben como constructores de sus propios significados, metas y estrategias a partir de la información disponible en su medio ambiente y de sus propias metas; b) la segunda asunción establece que los participantes pueden potencialmente monitorear, controlar y regular aspectos de su propia cognición, motivación y conducta tanto como algunos rasgos de su medio ambiente; c) tercera asunción, se asume que hay un tipo de criterio estándar (meta o valor de referencia) contra los cuales se elaboran comparaciones para evaluar si el proceso debe continuar o debe haber un tipo de cambio necesario; y d) cuarta asunción, se establece que las actividades de autocontrol son mediadoras entre las características de la persona, el contexto y la ejecución de la tarea.

A partir de estas cuatro asunciones, Pintrich (2000) concibe que los procesos subyacentes son

activos y constructivos y que median las relaciones entre los individuos y el contexto. La naturaleza del modelo de Pintrich comparte con Zimmerman (2000) y Schunk (2000), entre otros teóricos socio cognitivos, las características principales de lo que la literatura especializada ha validado como constructos importantes en los procesos autorregulados (Zimmerman, 2000, Pintrich, 2000, Bandura, 2001):

Dadas estas asunciones es posible concebir la toma de decisiones morales como un proceso activo-constructivo en la que los tomadores de decisiones establecen sus metas personales y

sociales; y entonces hacen esfuerzos por monitorear, controlar y regular su cognición, afecto y comportamiento en relación con sus metas y las características contextuales del ambiente.

El marco teórico de este estudio retomó también un modelo más reciente (Vanderstoep & Pintrich, 2008) que ofrece la oportunidad de definir teóricamente los constructos que serían validados empíricamente. Así, el marco de trabajo de este estudio de validación de constructo conceptuó a cada una de las cuatro dimensiones de la siguiente manera (véase Tabla 1):

Tabla 1. Marco teórico de trabajo

| Constructo   | Criterio     | Definición de criterios   |
|--|--------------|---|
| <b>Conductas motivadas</b><br><br>Creencia del individuo que lo orienta a especializar su toma de decisiones morales | Elección     | Creencia del individuo que le permite <i>seleccionar</i> acciones específicas que lo oriente a su toma de decisiones morales. |
|  | Esfuerzo     | Creencia del individuo acerca de los obstáculos y la capacidad de sobreponerse a ellos al tomar una decisión moral            |
|  | Persistencia | Creencia del individuo que le permite adherirse a su toma de decisiones morales a pesar de consecuencias                      |
|  | Satisfacción | Creencia de agrado o desagrado ante la toma de decisiones morales realizadas previamente.                                     |

Tabla 1. Marco teórico de trabajo (continuación)

|  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| <b>Atribuciones</b> Creencias a través de las cuales el individuo justifica el éxito/ fracaso que ha obtenido en su toma de decisiones morales previa.           | Eficacia Percibida             | Creencia que posee el individuo sobre su propia capacidad para actuar de manera moral ante una situación específica.                |
|  | Aprobación Externa             | Creencia del individuo acerca de que una acción es moral con base en criterios de otros y no propios.                               |
|  | Autonomía Percibida            | Creencia del individuo sobre la independencia que tiene en su toma de decisiones morales.   |
|  | Pensamiento estático- dinámico | Creencia del individuo acerca de lo estático- dinámico que pueden ser los principios morales que influyen en su toma de decisiones. |
|  | Contingencia Interna           | Creencia del individuo en la relación a la toma de decisiones morales y las razones que las mantiene.                               |
| <b>Valor de la tarea</b><br><br>Creencia del individuo a través de la cual justifican la importancia de realizar una tarea                                       | Razones Intrínsecas            | Creencia del individuo que justifica una toma de decisión moral con base en su contenido moral.                                     |
|  | Razones Extrínsecas            | Creencia del individuo sobre las posibles recompensas sociales que tiene el realizar su toma de decisiones.                         |
| <b>Orientación a metas</b><br><br>Creencia del individuo que orienta su conducta hacia la aproximación y compromiso o hacia la evitación de actividades de logro | Aproximación a la maestría     | Creencia del individuo que le permiten prepararse para una mejor toma de decisiones moral.  |
|  | Evitación de la maestría       | Creencia del individuo que le motiva a alejarse o evitar prepararse para una mejor toma de decisiones morales.                      |
|  | Aproximación a la ejecución    | Creencia del individuo que lo orienta a desempeñarse mejor que otros en su toma de decisiones morales.                              |
|  | Evitación de la ejecución      | Creencia del individuo que lo orienta a evitar su mal desempeño en alguna toma de decisión moral.                                   |

Para validar estos constructos se construyeron y validaron cuatro bancos de reactivos que corresponden a los constructos antes mencionados.



## Método

*Participantes:* Muestra intencional no probabilística de 443 estudiantes de nivel medio superior de una institución pública en el Distrito Federal.

*Tipo de estudio:* Estudio de validación de constructo y calibración psicométrica.

*Instrumento:* Se construyó un banco inicial de 64 reactivos que miden las valoraciones de los adolescentes sobre los componentes motivacionales en la toma de decisiones morales a partir de cuatro dimensiones: conductas motivadas (16 reactivos), atribuciones (20 reactivos), valor (12 reactivos) y orientación a metas (16 reactivos). Todos los reactivos son tipo Likert, están conceptualizados desde la teoría de respuesta al ítem (TRI) y cuentan con cuatro opciones de respuesta que corresponde a un continuo de estar “Muy de acuerdo” en un extremo hasta estar “Muy en Desacuerdo” en otro.

*Procedimiento:* Para elaborar el banco de reactivo se construyó, en un primer momento, el mapa de constructo en el que se definieron de manera teórica las dimensiones a evaluar. A partir de este mapa se diseñó el modelo de observación y medición para cada dimensión y se realizó un Análisis Cognitivo de Tareas para descomponer las dimensiones en elementos más simples que permitieran

construir los reactivos (Castañeda, 2006, Castañeda, 2004).

Una vez elaborado el banco de reactivo se realizó un proceso de validación de contenido a través de la valoración intersubjetiva de jueces expertos y de facie. Para realizar la validación interjueces, se contó con la participación de tres doctores en Psicología. Para la validación de facie, participaron tres elementos de un grupo de investigación.

Los jueces valoraron el banco de reactivos a partir de los siguientes criterios: pertinencia, suficiencia y adecuación. En esta evaluación se consideraron cuatro niveles de acuerdo. Para realizar la validación de facie cada reactivo fue leído a los participantes, se realizó una breve explicación sobre lo que se pretendía medir y después se registró la valoración de cada juez. Una vez realizadas las valoraciones de los instrumentos se estimaron los índices de confiabilidad interjueces.

A partir de las indicaciones derivadas se realizaron modificaciones al banco de reactivos, estructurando una versión preliminar para el pilotaje a una muestra de estudiantes de educación media superior. Una vez aplicados y recogidos los bancos de reactivos, se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS21 (IBM, 2012) para un posterior análisis.

**Análisis estadísticos:** Para realizar el análisis de confiabilidad entre expertos se utilizó el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall. Se empleó también un análisis de confiabilidad de consistencia interna de las dimensiones a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Para comprobar la unidimensionalidad de los reactivos que integran cada banco se utilizó un análisis factorial exploratorio (AFE), técnica multivariada utilizada para la reducción de información, que asume la existencia de intercorrelaciones estadísticamente significativas entre las variables empíricas medidas en la muestra. Este análisis buscó verificar si los factores propuestos de manera teórica eran validados empíricamente.

Para comprobar la viabilidad de este análisis fue importante contar con algunas condiciones tales como una muestra mínima de 200 participantes y que ésta no se encontrara sesgada, lo que se pudo verificar mediante las pruebas: adecuación muestral de Kaiser Meier Olkin (KMO), el determinante de la matriz y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Una vez realizados los análisis factoriales, con aquellos reactivos que sí demostraron unidimensionalidad en sus respectivos factores, se procedió a realizar la calibración de reactivos politómicos. El proceso de calibración identificó las propie-

dades psicométricas de cada reactivo y confirmó si éstos son lo suficientemente sensibles para identificar con precisión y discriminar de manera adecuada el objeto de interés de la medida.

Para realizar la calibración se utilizó el Modelo de Respuesta Graduada de Samejima (1969), el cual asume que cada reactivo discrimina distintos niveles de la variable latente además de considerar el factor respuesta al azar. El análisis de calibración fue realizado a través del programa IRTPRO2.1 (SSI, 2011). Los reactivos que no presentaron índices de ajuste adecuados para los parámetros fueron eliminados. En el índice de discriminación (*parámetro a*) se eliminaron reactivos con valores menores a 1, mientras que en el índice de dificultad (*parámetro b*) se eliminaron los reactivos que se encontraran fuera del rango de valores permitidos (-3 hasta +3).

Posteriormente, con los mejores reactivos se integró una versión final de cada banco de reactivos con el fin de poner a prueba el modelo teórico propuesto previamente, para ello se utilizó análisis factorial confirmatorio (AFC), por cada dimensión.

**Materiales:** Para realizar los análisis de confiabilidad, consistencia interna y el análisis factorial exploratorio (AFE) se utilizó el programa estadístico SPSS21 (IBM, 2012). En el caso de la calibra-

ción de reactivos politómicos se utilizó el programa IRTPRO (SSI, 2011) y para el análisis factorial confirmatorio (AFC), se empleó el programa EQS6.1 (Bentler, 2006).

## Resultados

Los resultados serán presentados de acuerdo a la secuencia lógica con la que se siguió el estudio:

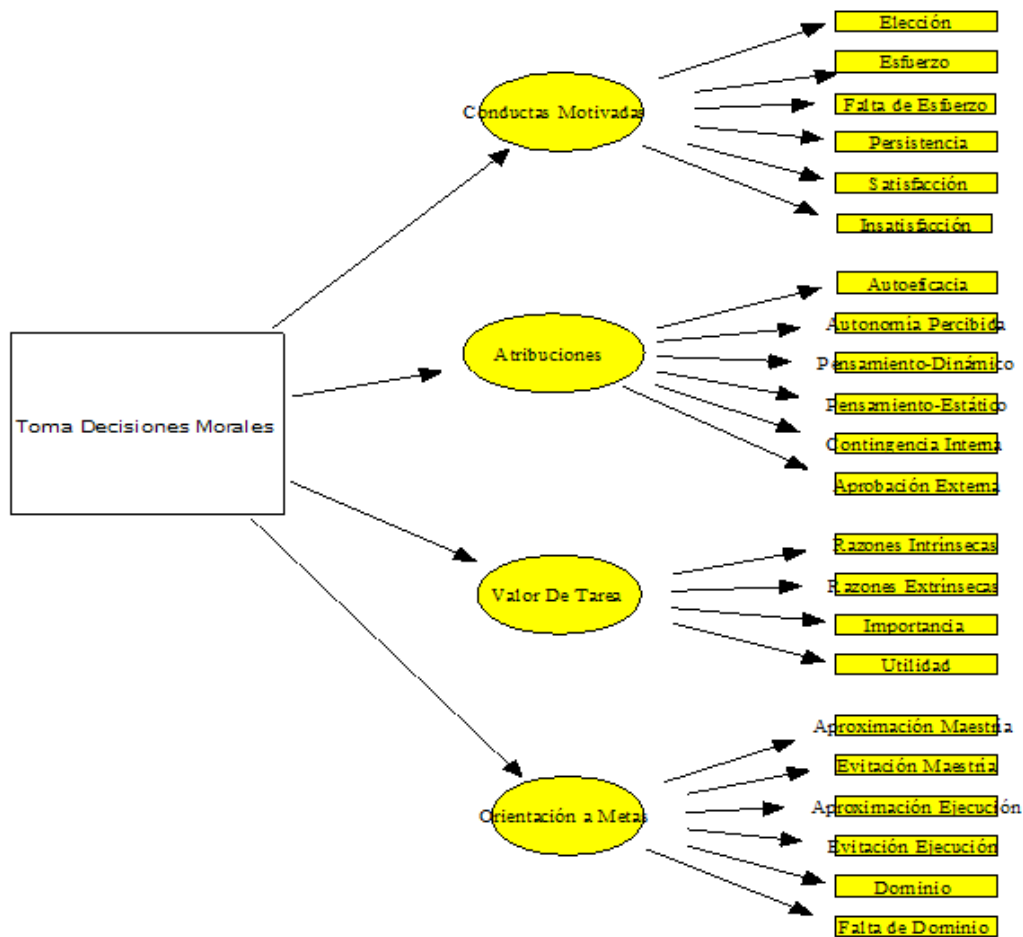
*Validación interjueces:* El coeficiente de concordancia de Kendall obtenido para el juicio intersubjetivo fue de 0.851, ( $p < .00$ ) en el banco inicial de 64 reactivos. Este resultado permite concluir que los expertos consideran que los reactivos poseen validez de contenido en lo que corresponde a la pertinencia, suficiencia y adecuación con los constructos teorizados.

*Análisis de confiabilidad:* Los coeficientes de confiabilidad de cada constructo o dimensión en estudio fueron: a) Conductas motivadas (alfa de Cronbach=.78); b) Atribuciones (alfa de Cronbach=.66); c) Valor de la tarea (alfa de Cronbach=.65) y d) Orientación a metas (alfa de Cronbach=.72). Los coeficientes de consistencia interna en cada dimensión son satisfactorios.

*Análisis de la unidimensionalidad de reactivos a través de análisis factorial exploratorio:* Para llevar a cabo los análisis exploratorios (AFE), se revisó, en un primer momento, que la muestra no se encontrara sesgada, ante lo cual se encontraron índices adecuados: *Conductas motivadas* ( $KMO=.663$ ,  $d=.081$ , esfericidad de Bartlett=.000); *Atribuciones* ( $KMO=.712$ ,  $d=.069$ , esfericidad de Bartlett=.000); *Valor de la tarea* ( $KMO=.705$ ,  $d=.000$ , esfericidad de Bartlett=.000) y *Orientación a metas* ( $KMO=.655$ ,  $d=.268$ , esfericidad de Bartlett=.000). Una vez que se vio que la muestra no está sesgada y que el AFE era una técnica apropiada, se procedió a realizarlo.

El análisis mostró que en todas las dimensiones los datos se agruparon en un mayor número de factores que los propuestos originalmente. La posible razón es que los nuevos factores corresponden a puntajes bajos de las categorías propuestas, por ejemplo: en la dimensión Conductas motivadas se propusieron las categorías elección, esfuerzo, persistencia y satisfacción; mientras que las categorías resultantes fueron elección, falta de esfuerzo, persistencia, satisfacción e insatisfacción. El modelo teórico quedó conformado:

Figura 1. Modelo teórico conformado



Para fines de este análisis, los reactivos que no cumplían con la carga factorial satisfactoria para satisfacer el criterio de unidimensionalidad fueron eliminados. De igual manera, los factores agrupados que se integraron sólo por un reactivo también fueron eliminados para no incurrir en la sub-representación de constructo, como fue el caso de las categorías pensamiento estático y aprobación externa (dimensión Atribuciones); la categoría importancia (dimensión Valor de la

tarea); y la categoría falta de dominio (dimensión orientación a Metas). Con base en el ajuste requerido por las razones citadas, de los 64 reactivos originales solo 53 mostraron unidimensionalidad con su factor por lo que fueron elegidos para ser calibrados.

*Proceso de calibración de reactivos:* Como se señaló con anterioridad, el análisis de calibración fue realizado a través del programa IRTPRO2.1 (SSI, 2011). Los reactivos que presentaron índices de

ajuste inadecuados para los parámetros A y B (discriminación y dificultad respectivamente), fueron eliminados. En este sentido se encontró que 12 de los 53 reactivos del banco debieron ser eliminados. Con los reactivos que cumplieron satisfactoriamente la calibración, se construyó la versión final del instrumento buscando contener un número homogéneo de reactivos por dimensión.

*Análisis factorial del banco de reactivos de la dimensión Conductas Motivadas:*

En el modelo empírico se aprecia que se encontraron pesos factoriales altos en las variables observadas, lo que permite interpretar que las dimensiones del banco se encuentran bien representadas y explicadas por el conjunto de reactivos seleccionados, y se concluye que a pesar de poseer pocos reactivos, el banco es adecuado para medir los factores teorizados previamente, es decir, existe validez convergente.

Aun cuando el ajuste estadístico entre el modelo teórico y el empírico muestra diferencias significativas, es factible pensar que esto se debe al tamaño de la muestra (N=443). En cuanto al ajuste empírico, los índices son por demás adecuados [ $\chi^2=569.76$ ,  $gl=45$ ,  $p=.05$ , CFI (Índice Comparativo de Ajuste)=.99 IFI (Índice de Ajuste Bollen)=.99; RMSEA (Aproximación a la Raíz Media de los Cuadrados)=.022; Intervalo de confianza del RMSEA= (.00 - .04)]

En el modelo validado de la dimensión conductas motivadas representado en la Figura 2 se muestra, en términos generales, que la validez divergente es aceptable aun cuando se recomienda disminuir la asociación entre los reactivos de inconformidad - falta de compromiso y en persistencia - elección. Dos de las diez relaciones posibles.

Figura 2. Análisis factorial confirmatorio de la dimensión conductas motivadas

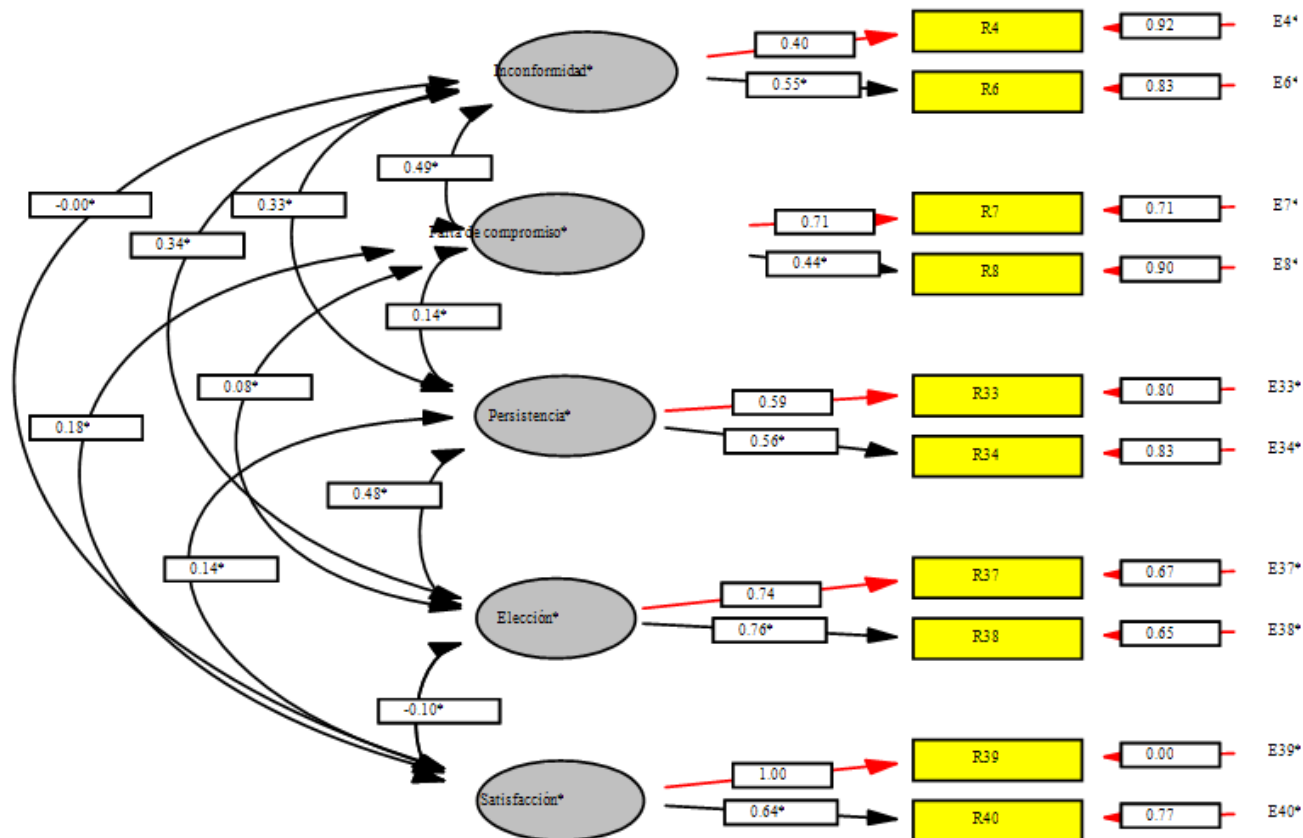


Figure X: EQS 6 4enerocm Chi Sq=569.76. P=0.05 CFI=0.99 RMSEA=0.04

*Análisis factorial confirmatorio de la escala Atribuciones:* El banco de la dimensión *Atribuciones* quedó conformado por tres factores y ocho reactivos: tres de la categoría Autoeficacia, tres de Auto-nomía Percibida y dos de Contingencia Interna. En el modelo empírico se aprecia que se encontraron pesos factoriales altos, lo que permite interpretar que las dimensiones de la escala se encuentran bien representadas y explicadas por el conjunto de reactivos seleccionados y se concluye que el banco a pesar de poseer pocos reactivos es

adecuado para medir los factores teorizados previamente, es decir, existe validez convergente.

Aun cuando el ajuste estadístico entre el modelo teórico y el empírico muestra diferencias significativas, es factible pensar que esto se debe al tamaño de la muestra (N=443). En cuanto al ajuste empírico los índices son por demás adecuados [ $\chi^2=333.69$ ,  $gl=28$ ,  $p=.025$ , CFI (Índice Comparativo de Ajuste)=.958; IFI (Índice de Ajuste Bollen)=.96; RMSEA(Aproximación a la Raíz Media de los

Cuadrados)=.042; Intervalo de confianza del RMSEA=(.01-.067)].

En el modelo validado de la dimensión Atribuciones, mostrado en la Figura 3, se aprecia que la validez divergente se encuentra bien al presentar pesos factoriales satisfactorios.

Figura 3. Análisis factorial confirmatorio de la dimensión Atribuciones

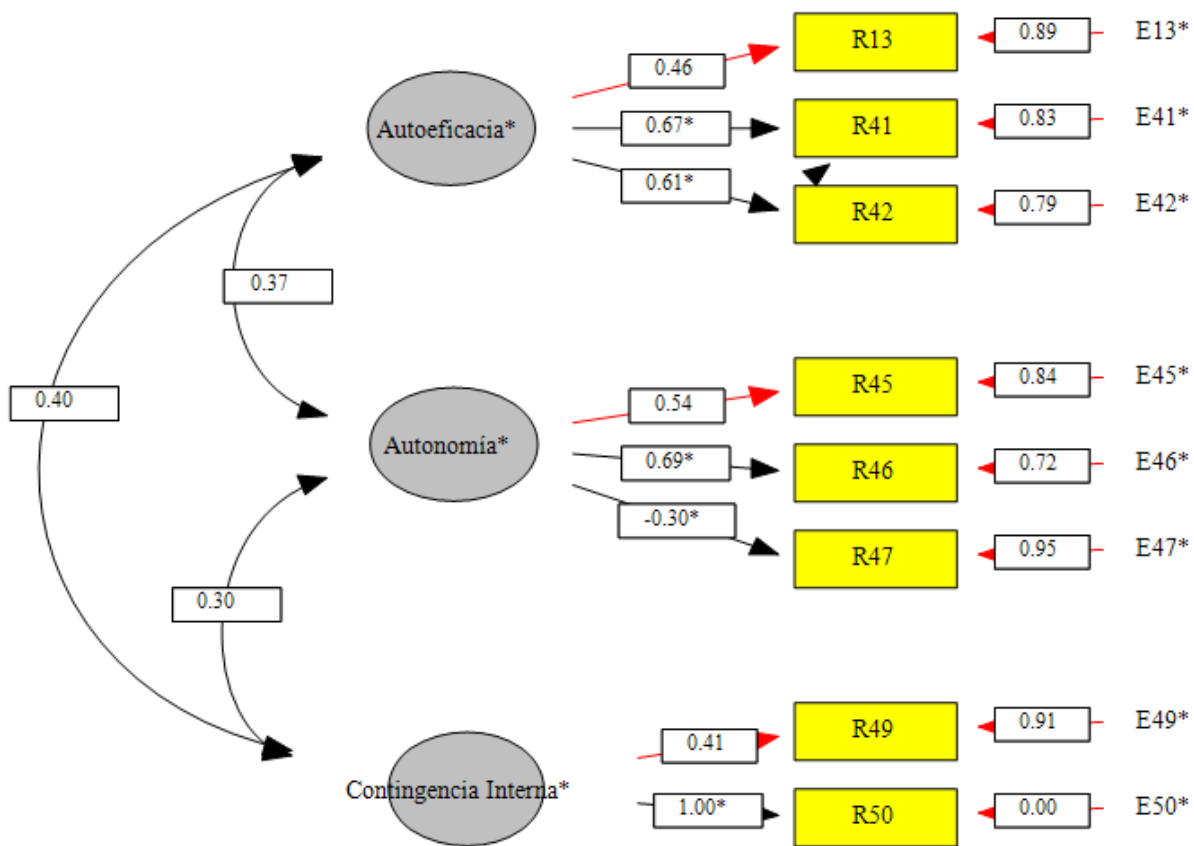


Figure X: EQS 6 4eneroatri1 Chi Sq.=333.69 P=0.25 CFI=0.95 RMSEA=0.04

*Análisis factorial confirmatorio de la dimensión*

*Valor de la tarea:* El banco de la dimensión Valor de la tarea quedó conformado por dos factores y seis reactivos: tres de la categoría Razones Extrínsecas y tres de Razones Intrínsecas. En el modelo empí-

rico se aprecia que se encontraron pesos factoriales altos, lo que permite interpretar que las dimensiones se encuentran bien representadas y explicadas por el conjunto de reactivos seleccio-

nados y se concluye que este banco de reactivos posee validez convergente.

Aun cuando el ajuste estadístico entre el modelo teórico y el empírico muestra diferencias significativas, al igual que en el caso de los otros bancos, es factible pensar que esto se debe al tamaño de la muestra (N=443). En cuanto al ajuste empírico los índices son por demás adecuados [ $\chi^2=231.42$ ,  $gl=15$ ,  $P=.049$ , CFI (Índice Comparativo de

Ajuste)=.965; IFI (Índice de Ajuste Bollen)=.966; RMSEA (Aproximación a la Raíz Media de los Cuadrados)=.046; Intervalo de confianza del RMSEA= (.002 - .080)].

En el modelo validado de la dimensión conductas motivadas mostrado en la Figura 4 se aprecia que la validez divergente del banco es adecuada, como se puede observar en la relación negativa entre razones intrínsecas y extrínsecas.

Figura 4. Análisis factorial confirmatorio de la escala Valor.

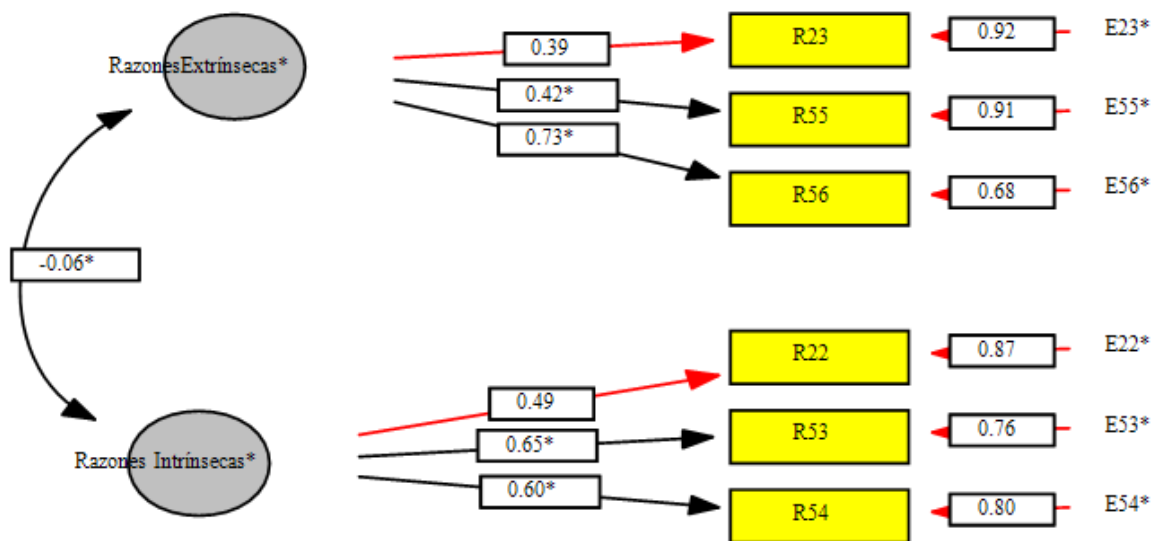


Figure X: EQS 6 4enerovalor  $\chi^2=231.42$   $P=0.05$  CFI=0.96 RMSEA=0.05

*Análisis factorial confirmatorio de la escala Orientación a Metas:* El banco de la dimensión Orientación a Metas quedó conformado por cinco factores y diez reactivos. Dos reactivos por dimensión a

saber: aproximación y evitación a la ejecución, aproximación y evitación a la maestría, y dominio.

En el modelo empírico se aprecia que se encontraron pesos factoriales altos lo que permite inter-



prestar que las dimensiones del banco se encuentran bien representadas y explicadas por el conjunto de reactivos seleccionados y se concluye que el banco de reactivos posee validez convergente.

En cuanto al ajuste empírico, los índices son por demás adecuados [ $\chi^2=552.62$ ,  $gl=45$ ,  $p=.11$ , CFI(Índice Comparativo de Ajuste)=.985; IFI (Índice de Ajuste Bollen)=.985; RMSEA (Aproximación a

la Raíz Media de los Cuadrados)=.030; Intervalo de confianza del RMSEA= (.000 - .054)].

En el modelo validado de la dimensión Orientación a Metas mostrado en la Figura 5 se aprecia que la validez divergente del banco es adecuada, como se puede observar en el peso de las relaciones entre las cinco dimensiones. Sólo habría que cuidar la relación de aproximación a la ejecución y aproximación a la maestría, lo que representa una de las diez relaciones posibles.

Figura 5. Análisis factorial confirmatorio de la escala de Orientación a Metas

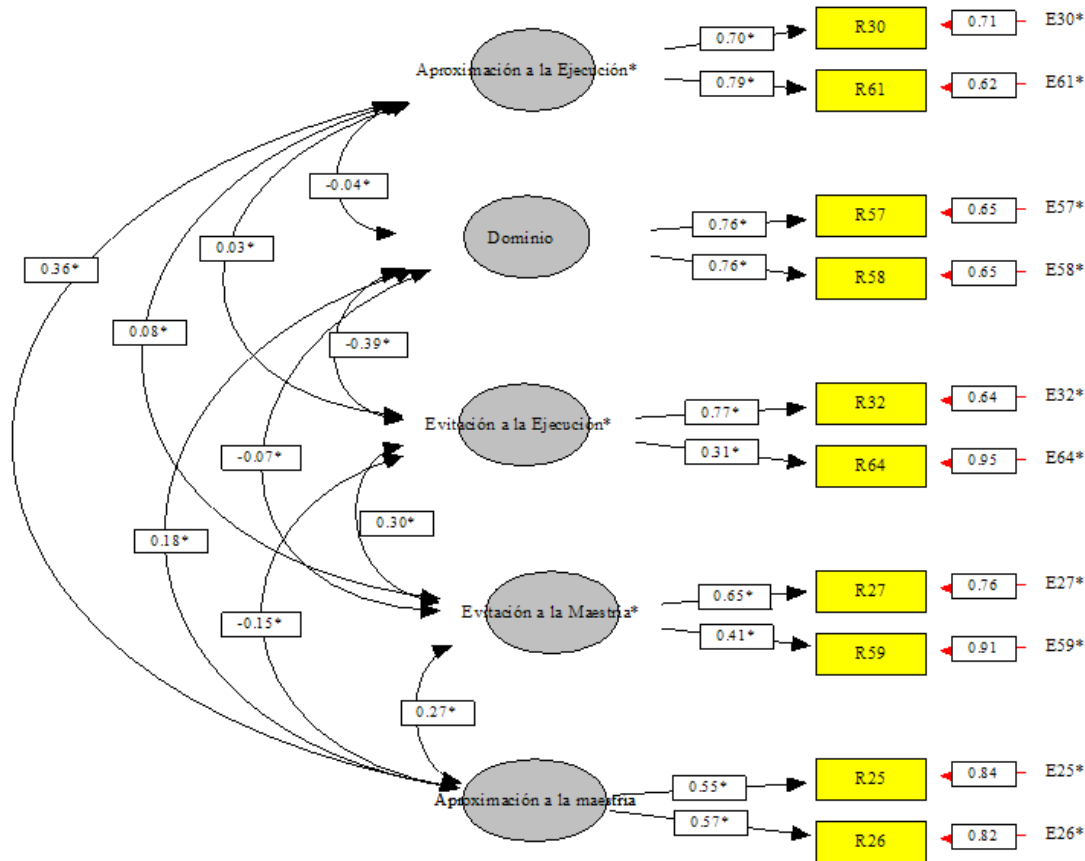


Figure X: EQS 6 4 enero orienta Chi Sq.=27.84 P=0.11 CFI=0.98 RMSEA=0.03

## Discusiones

La mayoría de las investigaciones sobre la moralidad muestran ser estudios de revisión teórica más que estudios que generen evidencias empíricas. En este dominio, el enfoque metodológico predominante ha sido el cualitativo y, cuando es de naturaleza cuantitativa, los análisis psicométricos son de teoría clásica.

Los productos de esta investigación constituyen cuatro bancos de reactivos validados y calibrados de manera empírica, difícilmente identificables en el dominio de la moralidad y la toma de decisiones morales. Cada dimensión (y su banco de reactivos correspondientes) mostró ser sensible y pertinente a las variaciones individuales de los estudiantes al respecto de los constructos hipotetizados, todo dentro de un deseable contexto de medición donde el error aleatorio fue controlado en lo posible.

La construcción de estos bancos posibilita la recolección posterior de más datos empíricos, gracias a los que se podrá establecer la significancia de cada constructo para diferentes poblaciones, contextos, etc. En este sentido, será posible avanzar el desarrollo teórico/técnico de la fenomenología de la toma de decisiones morales.

Un aspecto importante de enfatizar es que esta investigación representa una aproximación nove-

dosa en el área de Moralidad en tres sentidos: *en el aspecto teórico*, porque no existen muchas investigaciones orientadas hacia componentes motivacionales de la toma de decisiones morales y menos desde una teoría que no corresponde al enfoque cognitivo-evolutivo; *en el aspecto metodológico*, dado que en los estudios psicométricos la mayoría de los trabajos corresponden al enfoque de teoría clásica de los tests, a diferencia de este estudio donde se trabajó desde la teoría de respuesta al ítem (TRI); *y en el nivel de análisis estadístico*, debido a que este trabajo incorporó la utilización de técnicas de análisis más complejas y novedosas que pudieran aportar nueva información empírica que permite teorizar en el área.

## Conclusiones

El enfoque teórico adoptado en esta investigación (socio-cognitivo), permitió avanzar el conocimiento sobre componentes de la toma de decisiones al considerar nuevos elementos en su estudio.

La metodología utilizada en este trabajo fue lo suficientemente fuerte para generar datos duros y evidencias confiables que pueden orientar más evaluación al respecto, pero también cursos de acción formativa y de desarrollo moral. En este sentido, realizar más investigaciones sobre componentes motivacionales en la toma de deci-

siones morales puede beneficiar no sólo al campo de la evaluación, sino sobre todo al de fomento y desarrollo de habilidades requeridas en las sociedades complejas que se viven actualmente.

Por otra parte y dado que las sociedades actuales demandan la participación activa de sus ciudadanos, se considera crítico investigar constructos diferentes a los tradicionales de manera tal que puedan enriquecer el entendimiento de cómo los individuos construyen la dimensión moral-social, sobre todo, al considerar las implicaciones prácticas.

Finalmente, si bien este estudio carece de las condiciones de aleatoriedad y representatividad de la muestra para poder generalizar los resultados a la población objetivo, también es cierto que posee una exigencia teórico, metodológica, psicométrica y estadística que permite construir y desarrollar medidas que acercan al conocimiento de los componentes motivacionales en la toma de decisiones morales.

## Referencias

- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bebeau, M. (2002). The Defining Issues Test and the Four Component Model: contribution to professional education. *Journal of Moral Education*, 31 (3), 271-295.
- Bentler, P. (2006). EQS 6.1 for Windows (Programa computacional). California: Multivariate Software Inc.
- Castañeda, S. (2006). *Evaluación del aprendizaje en el nivel universitario: elaboración de exámenes y reactivos objetivos*. México: UNAM.
- Castañeda, S. (2004). Estudio exploratorio de la formación del licenciado en Psicología en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(4), 131-141.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. España: Desclée de Brower.
- Kohlberg, L. (1975). Desarrollo moral. En D. Sills, (Ed.), *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. (Vol. 7, pp. 222-232). España: Aguilar.
- Lapsley, D., & Narvaez, D. (2005). Moral psychology at the crossroads. In D. Lapsley & Power, C. (Eds.), *Character Psychology and Character Education* (pp. 18-35). University of Notre Dame Press.

- Lapsley, D. & Narvaez, D. (2004). A social-cognitive view of moral character. In D. Lapsley & D. Narvaez (Eds.), *Moral development: Self and identity* (pp. 189-212). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Narvaez, D. & Lapsley, D. (2010). La psicología moral en la encrucijada. *Postconvencionales*, 1, pp. 98-115.
- Narvaez, D., & Lapsley, D. (2005b). The psychological foundations of everyday morality and moral expertise. In D. Lapsley & Power, C. (Eds.), *Character Psychology and Character Education* (pp. 140-165). Notre Dame: University of Notre Dame Press
- Piaget, J. (1935). *El criterio moral en el niño*. Madrid: Roca.
- Pintrich, P. (2000). *The role of goal orientation on Self-Regulated learning*. En M. Boekaerts, P. Pintrich y M. Zeidner. Handbook of Self Regulation. San Diego: Academic Press.
- Rest, J., Narvaez, D., Thoma, S. & Bebeau, M. (2000). A Neo-kohlbergian Approach to Morality Research. *Journal of Moral Education*, 29 (4), 381-393.
- Rest, J., Narvaez, D., Bebeau, M. & Thoma, S. (1999). *Postconventional moral thinking: A neo-Kohlbergian approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Samejima, F. (1969). Estimation of Latent Ability Using a Response Pattern of Graded Scores. (Psychometric Monograph No. 17). Richmond, VA: Psychometric Society. Información recolectada del sitio:  
<http://www.psychometrika.org/journal/online/MN17.pdf>
- Schunk, D. & Ertmer, P. (2000). Self-Regulation and Academic learning. Self-Efficacy enhancing Interventions. En M. Boekaerts, P. Pintrich y M. Zeidner. Handbook of Self-Regulation. San Diego: Academic Press.
- Scientific Software International (2011). IRTPro2.1. Flexible Professional Item Response Theory Modeling for Patient-Reported Outcomes. Scientific (Programa computacional) Software International, Inc.
- Zimmerman, B. (2000). Attaining Self-Regulation a Socio Cognitive perspective. En M. Boekaerts, P. Pintrich y M. Zeidner. Handbook of Self-Regulation. San Diego: Academic Press.

## La dinámica de la familia y la diferenciación

José de Jesús Vargas Flores<sup>28</sup>, Edilberta Joselina Ibáñez Reyes<sup>29</sup>  
y Karina Mares Martínez<sup>30</sup>

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México*

### Resumen

La familia es el contexto donde el sujeto nace y adquiere casi todo el aprendizaje social que va a desarrollar a lo largo de su vida. Una forma de abordar este importante aprendizaje es la teoría de la diferenciación de Bowen, la cual describe las relaciones emocionales que se establecen en la familia. La finalidad del presente trabajo es describir la dinámica familiar y la diferenciación dentro de la familia. Se llevó a cabo un estudio de corte cualitativo donde se entrevistaron a seis jóvenes, tres de los cuales tenían una relación estable mientras que los otros tres no la tenían. Se presentaron los resultados analizándolos a la luz de la teoría de la diferenciación y la transmisión intergeneracional. Se discutieron los resultados y se hicieron sugerencias de tipo conceptual.

**Palabras clave:** Diferenciación, transmisión intergeneracional, dinámica familiar, investigación cualitativa.

<sup>28</sup> Profesor Titular del área de Psicología Clínica. Correo electrónico: jjvf@unam.mx

<sup>29</sup> Profesora Titular del Área de Psicología Experimental. Correo electrónico: joselinai@gmail.com

<sup>30</sup> Licenciada en Psicología egresada de la FESI. Correo electrónico: karina\_m.beatle@hotmail.com

**Abstract**

The family is the context where the subject is born and where almost all of his social learning will be acquired through his life. A way to approach this important learning is using the Bowen's differentiation theory in which it is described the emotional relationships that are established within the family. The main goal of this paper is to describe the family's dynamics and the differentiation within the family. We have made a qualitative study using six young subjects, in which three of them had a stable relationship and the other three didn't. The results are shown by describing and analyzing them using the differentiation theory and the intergenerational transmission. These results are discussed and conceptual suggestions are given.

**Keywords:** Differentiation, Intergenerational transmission, Family dynamics, Qualitative investigation

**Introducción**

La familia es el primer grupo con el que el individuo establece vínculos desde que nace, por lo que es la principal determinante de su desarrollo tanto físico como emocional. Así como también determina cómo interactuará con el resto de las personas, ya que se encarga de introducirlo en la sociedad.

La teoría de Bowen (1989), que trabaja con los sistemas familiares, recalca que el tipo de relaciones que el individuo establece en su familia y el papel que él interpreta dentro de la misma, determinan su diferenciación de ella y esto influye a su vez en la autonomía emocional, además de que determina el modelo de comportamiento que

ejecutará en cada aspecto de su vida en donde el individuo establezca relaciones interpersonales, ya sea en los momentos de tranquilidad, como en las situaciones de tensión.

La familia de manera explícita o implícita nos impone códigos, normas y formas de comportamiento y convivencia. A través de la cotidianidad y de manera casi inconsciente, nos trasmite prácticas que se expresan cuando la crisis llega a nuestras vidas. Así, se puede afirmar que estos modelos de conducta se van heredando de generación en generación, pues el individuo que los practicó en el pasado con sus padres, tiende a seguirlos con su pareja y en un futuro, los repetirá con sus propios hijos.

En la dinámica familiar y social se nos va enseñando que el ciclo “normal” de la vida personal es pertenecer a una familia, conseguir una pareja y formar nuestra propia familia con el paso del tiempo (Estrada, 2003). Se nos hace hincapié en que la persona que elijamos como pareja debe hacernos felices, pues se encargará de cubrir nuestras necesidades emocionales (que alguna vez fueron cubiertas por nuestra familia), siguiendo los estereotipos socialmente aceptados de lo que “debe ser” una relación de pareja.

Al momento de buscar una pareja, el individuo va ya predispuesto con una serie de expectativas y características que espera encontrar en su compañero(a), las cuales se van aprendiendo de diversos medios (amigos, escuela o trabajo), pero que principalmente son adquiridas en la familia, no sólo por lo que ésta nos dice, también por lo que nos demuestra con sus actos día a día.

### *Teoría de Bowen*

La teoría de Bowen (1989) de sistemas familiares es una teoría del comportamiento humano que busca describir las relaciones que se establecen dentro de la familia, pues desde esta perspectiva la familia es considerada como una unidad emocional que influye de manera significativa en los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo. En dicha unidad, el comportamiento de

cualquier miembro altera la conducta del resto, ya que cada familia mantiene un determinado nivel de interdependencia emocional. Esto desemboca en que todos los individuos se encuentren a expensas de la atención, la aprobación y el apoyo de los otros (Kerr, 2003). El nivel de dependencia emocional que el individuo tenga hacia la familia también determinará su nivel de diferenciación o de autonomía.

### *Diferenciación*

La diferenciación del yo es el concepto central de la teoría de Bowen (Titelman, 2014) y hace referencia al nivel de independencia emocional que el individuo desarrolla desde el seno familiar, ya que se enfrenta primero a la diferenciación hacia los padres, es decir, a la separación emocional con estos. Se hace referencia entonces a la capacidad que tiene el sujeto de ser autónomo sin sentirse excluido del grupo y pudiendo ver con mayor objetividad lo que acontece dentro del mismo (Kerr, 2003; Vargas e Ibáñez, 2002). El grado de diferenciación determina el impacto que las otras personas y los acontecimientos externos ocasionaran en el individuo.

Explicado desde la dinámica familiar, de acuerdo con Bowen (1989), los miembros de una familia se caracterizarán por ser diferenciados, indiferencia-

dos o con una situación de apego emocional no resuelto.

Las personas con un yo desarrollado o diferenciados han resuelto de una mejor manera el vínculo emocional con su familia, son responsables de ellos mismos pero no participan o no se hacen responsables de la irresponsabilidad de otros (Vargas, Ibáñez y Armas, 2009). Se adaptan fácilmente al estrés, afrontan de mejor manera los problemas y, por ende, tienden a tener menos conflictos. Una capacidad que tienen desarrollada las personas diferenciadas es que distinguen entre el intelecto y su emotividad, lo que hace que respondan con la conciencia y control suficientes tanto de la situación, como de ellos mismos (Bowen, 1998).

### *Indiferenciación fusionada*

Es una unión emocional que el individuo mantiene con otra persona, la cual desemboca en dependencia debido al miedo que le produce separarse de ella. Una persona fusionada percibe la separación como algo terrible, insoportable o catastrófico, tendiendo a ser impulsiva emocionalmente, a ser territorial, altamente sensible y a creer que siempre tienen razón (Vargas e Ibáñez, 2007). El individuo que se encuentra fusionado buscará siempre ser querido, reconocido y sentirse acompañado, ya que él solo no puede

cubrir sus necesidades emocionales y tenderá a buscar a alguien que lo haga; pero al mismo tiempo, se sentirá con el deseo de hacerse cargo de los demás y hacerlos felices.

Ante alguna situación de ansiedad y estrés dentro del grupo, las personas con un yo poco desarrollado o indiferenciadas se convierten en los miembros más vulnerables del sistema familiar. Se caracterizan por presentar poca adaptación a las demandas del exterior, de manera que dependen de la aprobación y aceptación de los demás, por lo que la mayor parte del tiempo modifican lo que piensan o dicen para complacer a otros (Kerr, 2003; Bowen, 1998).

### *Indiferenciación desconectada emocionalmente*

Es una de las alternativas a las recurren las personas con problemas emocionales no resueltos, consiste básicamente en establecer una distancia emocional de manera geográfica o con un alejamiento personal. Es decir, la persona se trata de convencer de que no necesita de los demás y emprende una búsqueda de una supuesta independencia. Para las personas desconectadas emocionalmente, la relación con los seres queridos o significativos les produce ansiedad y miedo, por lo que optan por negarla y huir de la misma (Bowen, 1997; Kerr, 2003). De esta forma, una persona desconectada puede huir de su casa y no



se vuelve a saber de ella en diez años. O tal vez no se aleje geográficamente, pero se desconecta del resto de la familia de manera interpersonal. Generalmente estas personas se están quejando de todo lo que ocurre en la familia y crean gran tensión en las relaciones familiares, de tal manera que cuando se alejan, los demás se sienten aliviados. Por supuesto, no logran resolver el conflicto con la familia, salen huyendo de la familia y posponen su conflictiva emocional cuando posteriormente establecen otras relaciones íntimas.

## *Familia*

La familia funge un papel significativo en el desarrollo del yo de las personas, ya que así como el individuo se diferencia de sus padres, éstos un día tuvieron que hacerlo con los suyos. Entonces, por obviedad, se espera que un sistema familiar bien diferenciado propicie una diferenciación apropiada en sus miembros; sin embargo, esto no siempre es así. Una familia poco diferenciada, que por lo regular se torna exigente, demandante y perfeccionista, impedirá la diferenciación de sus integrantes, haciendo de los hijos, personas indiferenciadas fusionadas o desconectadas emocionalmente.

Así como la familia nos dota de diversas fortalezas para enfrentar al mundo también puede heredar-nos factores que nos convierten en personas más

vulnerables. La proyección familiar es una situación en donde los padres transmiten sus ansiedades y problemas emocionales a los hijos y como resultado los hijos presentan una gran necesidad de atención y aprobación, dificultades para afrontar las expectativas, sentimiento de responsabilizarse por los otros y culparse a sí mismos o a los demás ante situaciones inconvenientes (Kerr, 2003; Vargas e Ibáñez, 2007).

Dentro de la familia se van dando pautas de interacción con las personas que son significativas en nuestra vida, estas interacciones se repiten en las relaciones que establecemos con los demás. La teoría de Bowen es de corte intergeneracional dado que el grado de diferenciación se transmite de una generación a la siguiente y el individuo lleva, de manera implícita, internalizados los conflictos, problemas, formas de ver la vida y soluciones que han pertenecido a sus padres y a generaciones pasadas, tanto que, es difícil que sea detectado por la persona. Este grado de diferenciación que se va heredando desde la familia de origen se acentúa y remarca con el paso de las generaciones, haciéndose evidente dentro de la propia familia extensa (Kerr, 2003; Ibáñez, Guzmán y Vargas, 2010).

Todos estos patrones de comportamiento dentro de la familia de origen son extrapolados a todas las relaciones interpersonales que el individuo

establezca a lo largo de su vida, sin importar el grado de diferenciación que desarrolle. Lo que sí dependerá de qué tan desarrollado tenga el yo será la manera de responder ante las demandas que el entorno requiera.

Por ejemplo, una persona bien diferenciada piensa que el amor, el afecto y la aprobación de los demás es algo muy deseable pero no indispensable, siendo capaz de establecer compromisos claros con los demás. Por otro lado, una persona fusionada optará por actuar de manera dependiente, dándole una excesiva importancia a todas sus relaciones. Y por último, una persona desconectada, pensando que ha “cortado” todo vínculo con su familia de origen, buscará en algún grupo una clase de “familia sustituta” (Bowen, 1998), en donde seguirá adoptando la misma dinámica que con la familia de origen. Cuando la tensión se presente en algún grupo al que pertenezca o con alguna persona, él huirá de la situación una y otra vez. Aunque existen excepciones, pues el individuo ante sus conflictos intrapsíquicos causados por su familia de origen tiene la opción de repetirlos, crear defensas contra ellos o superarlos en sus relaciones con los otros.

La diferenciación es un concepto que se ha utilizado para describir los patrones de interacción familiar que, en mayor o menor medida, regula la distancia entre los miembros de la familia y ayuda

a equilibrar la individualidad y la intimidad (Vargas, Ibáñez y Armas, 2009).

## *Pareja*

Como punto de partida para entender las relaciones de pareja se debe considerar que para los seres humanos, más que para ninguna otra especie, son importantes las necesidades de apareamiento, compatibilidad física y biológica (Valdez, González-Arratia y Sánchez, 2005). Así como también la necesidad de afecto, apego, cuidado, cariño, interdependencia, compañía y amor. Según algunos autores, el amor es un compromiso con uno mismo y con otra persona, donde es necesario salvaguardar las respectivas personalidades, independientes y únicas (Valdez, Maya, Aguilar, González y Bastida, 2012).

Como ya se ha mencionado, dentro de la familia se va formando un estilo de interacción con las personas cercanas e importantes, dicho estilo se repite en las relaciones con los demás, sobre todo con la pareja, pues es la persona con la que se experimenta una intimidad similar a la que el individuo experimenta con la familia. La elección de pareja es una experiencia que pone a prueba a los individuos, puesto que en ella se ven involucrados aspectos de la historia personal, la relación que se tuvo con los padres, la capacidad que se tiene para adaptarse a nuevas situaciones, saber nego-

ciar y escuchar al otro y la habilidad para conocer y comunicar los propios sentimientos (Valdez, González-Arratia y Sánchez, 2007).

El ser humano es sutil pero constantemente educado por la familia y la sociedad a que es natural siempre depender emocionalmente de otra persona. Los medios de comunicación, la música y la literatura se encargan de reforzar esta idea. Entonces se pasa de la dependencia emocional con la familia a la dependencia emocional hacia la pareja y el amor, es decir, la compañía del otro. Al individuo se le enseña que los demás están obligados a cubrir sus necesidades emocionales y a ver la soledad como algo antinatural, en lugar de ser enseñado desde la infancia a saber estar solo y a cubrir sus necesidades por sí mismo.

La elección de pareja no es, entonces, únicamente una tarea social inherente a la vida adulta, sino una necesidad de afecto e interdependencia que comprende variables biológicas, familiares y psicosociales. Es importante señalar también, que las ideas acerca de cómo se es una buena pareja están enmarcadas en las experiencias previas de relación en familia y es en el vínculo con padres y otros significativos que cada uno de los miembros de la pareja construye su mapa del mundo para, a partir de él, establecer un contrato privado que espera hacer efectivo a través de la interacción con el otro (Acevedo y Restrepo, 2010).

## *Teoría de Bowen y las relaciones de pareja*

En el caso de la diferenciación, ésta moldea y modula la distancia entre los miembros de la pareja. Una persona que ha crecido en un entorno diferenciado confía en su pareja y no tiene miedo a que la abandonen. Ama de una manera más objetiva a su pareja, y a pesar de amarla, puede reconocer los defectos que ésta tenga y aun así seguir amándola.

Cuando los hijos viven dentro de un ambiente indiferenciado tienden a repetir las trampas que les hicieron sus padres exigiendo a su pareja que sea perfecta de acuerdo a un estándar estricto, se sienten incómodos con su pareja pero ante la necesidad emocional que tienen, no son capaces de separarse. Otra alternativa es que se separan constantemente, buscando siempre alguien que cubra sus necesidades. Generalmente estas necesidades son cubiertas momentáneamente porque no conocen a profundidad a la pareja, se enamoran de ella y la consideran perfecta. Pero cuando ya entran en un compromiso comienzan a darse cuenta de sus defectos y no son capaces de entenderlos y tolerarlos, por lo que se vuelven a separar y a buscar a otra pareja y así sucesivamente, van en busca de alguien que cubra de manera perfecta y exacta sus necesidades emocionales (Vargas e Ibáñez, 2003).

A partir de la teoría formulada por Bowen, donde el comportamiento humano es mediado por un mecanismo de regulación interno compuesto por lo aprendido en la niñez y el tipo de familia a la que se pertenece. Se sabe que lo que el individuo aprende de niño es con lo que llega a establecer una relación de pareja y posteriormente un matrimonio, mezclándose con el aprendizaje de su pareja, adaptándose y formando un nuevo estilo de comportamiento que, a su vez, transmitirá a sus hijos (Vargas e Ibáñez, 2007).

Es así como la estructura de la teoría de Bowen logra abordar, de manera muy funcional, las relaciones interpersonales y los fenómenos que se suscitan en ellas. El objetivo de esta investigación es describir de qué forma las prácticas familiares son exportadas al resto de las relaciones interpersonales. De manera más específica, describir cómo opera el nivel de diferenciación en la dispo-

sición de iniciar y mantener una relación de pareja estable. Pretendiéndose también analizar, describir y definir la construcción del concepto de pareja de los participantes.

### Método

Se realizó un trabajo de tipo cualitativo, el cual se caracteriza por reconocer la diversidad de casos, contextos y situaciones teniendo como objetivo establecer secuencias de procesos, causas y relaciones explicativas. Se eligió este tipo de estudio con la intención de profundizar en la información recabada, pues hablando de familia no se puede generalizar.

Participantes: 6 adultos jóvenes varones de 19 a 26 años de edad. 3 de ellos no han tenido una relación de pareja estable en su vida y los otros 3 se encuentran en una relación de pareja estable de mínimo dos años.

| Participante | Nombre  | Edad    | Ocupación                   | Estatus         |
|--------------|---------|---------|-----------------------------|-----------------|
| 1            | Omar    | 25 años | Capturista en una editorial | Soltero         |
| 2            | Horacio | 22 años | Egresado de la licenciatura | Soltero         |
| 3            | Diego   | 23 años | Egresado de la licenciatura | En una relación |

|   |         |         |                              |                 |
|---|---------|---------|------------------------------|-----------------|
| 4 | Eduardo | 24 años | Egresado de nivel superior   | En una relación |
| 5 | Marcelo | 22 años | Egresado de la licenciatura  | Soltero         |
| 6 | Edgar   | 20 años | Estudiante de nivel superior | En una relación |

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes**

Escenario: Cubículo de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ubicada en el municipio Tlalnepantla de Baz.

Método de recolección de datos: Entrevista en profundidad, ya que el objetivo fue comprender la percepción y el punto de vista que relata el informante con sus palabras acerca de algún acontecimiento, hecho o experiencia.

Instrumento: Se realizó un guión de entrevista intentando hacer una historia de vida con temas como su niñez, infancia, adolescencia, ambiente familiar, descripción de sus padres, hermanos, etcétera.

Métodos de análisis de datos: Programa para el análisis de datos cualitativos Atlas-ti para la realización de un análisis descriptivo por categorías de la información recabada. Un análisis de tipo cualitativo tiene como objetivo extraer del discurso del informante una serie de significados que permi-

tan comprender la situación del sujeto para posteriormente generar "modelos analíticos" que permitan la interpretación del fenómeno estudiado. En este método la categorización servirá para identificar y clasificar los elementos útiles y relevantes del discurso y así realizar posteriormente de cada agrupamiento una síntesis de la información e interpretarla.

## Resultados

Presentación breve de cada uno de los participantes y un análisis de la información obtenida. Los nombres han sido cambiados para conservar la confidencialidad de los participantes.

### Participante 1.

Omar es un hombre soltero de 25 años de edad que trabaja como capturista en una editorial. Actualmente vive con su madre de 50 años de edad, su abuela materna de 81 años y sus dos hermanos menores, Iván de 22 años y Andrés de

6 en el municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México. Los miembros de la familia nuclear se han mantenido así desde el año 2012 cuando su padre falleció debido a una complicación quirúrgica al diagnosticarle un año antes insuficiencia renal.

La relación de Omar con su madre en el pasado fue muy conflictiva, al contrario de la que mantenía con su padre, aunque ésta se vio fracturada por la preferencia que su padre tenía hacia su hermano Ignacio y por la infidelidad de su padre en su matrimonio. En la transición de la adolescencia a su adultez, la relación de Omar con sus padres se intercambió y él mostró más apoyo hacia su madre, estrechando el lazo con ella cuando su padre falleció. En el pasado, los padres de Omar fueron proveedores económicos en el hogar, su padre como vendedor y su madre como trabajadora en un lugar establecido. Omar decidió no seguir estudiando y se dedicó a trabajar, pero

no aportaba ingresos a casa; lo que cambió con la muerte de su padre. En la actualidad son Omar y su madre los que llevan los gastos de la familia mientras Ignacio y Andrés estudian.

Es importante mencionar que la abuela de Omar, a quien hace unos años se le diagnosticó demencia senil, siempre ha vivido con ellos y ha sido un factor constante de conflictos en la familia, en un inicio con el padre de Omar cuando vivía, interviniendo en su matrimonio; y posteriormente con los tres hermanos por lo que hacen o no.

### Genograma

En el genograma (Figura 1) de Omar, se expone la composición de su familia nuclear y explica superficialmente el tipo de relación que existe entre los miembros del sistema familiar. Debajo del esquema se encuentra una tabla con los significados de la simbología en él.

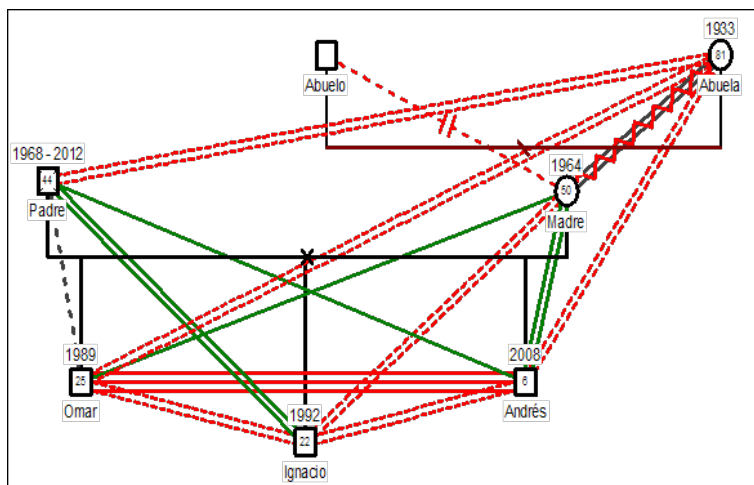
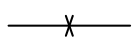



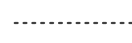

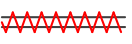
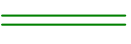


Figura 1. Genograma que muestra las relaciones entre los miembros de la familia de Omar.

|                 |   |   |   |  |   |   |
|-----------------|---|---|---|--|---|---|
| <b>Símbolo</b>  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Relación</b> | Viudez  | Conflicto   | Desconexión   | Cercana  | Distante  | Fusión  |
| <b>Símbolo</b>  |  |  |   |  |   |   |
| <b>Relación</b> | Cercana con conflicto   | Muy cercana   |   |  |   |   |

De acuerdo con su historia, Omar tiene un yo indiferenciado con tendencia a la fusión. Se le ubica en ése punto de la escala por la poca capacidad que ha desarrollado para impedir que sus emociones intervengan en sus pensamientos y acciones, actuando desde su infancia de manera emotiva por el favoritismo que su padre tenía hacia Ignacio y con una actitud desobediente para cada favor u orden que provenía de su madre, lo cual era justificado por la relación hostil que mantuvo con ella.

Para cuando es adolescente, y al caer la imagen que tenía de su padre, Omar comenzó a responsabilizar a los demás por lo que hacía. Por ejemplo, justificó su decisión de dejar los estudios y presentar algunas conductas "viciosas", así como una nula consideración por los límites de la casa bajo el argumento de que su padre infiel no podía darle un ejemplo de vida.

Participante 2.

Horacio es un hombre soltero de 22 años de edad, acaba de finalizar la licenciatura en Psicol-

gía en la UNAM por lo que de momento no trabaja. Actualmente vive con su madre de 43 años, sus dos hermanos, David de 24 y Omar de 18, su abuela materna de 70 años y dos tíos, Pablo y Víctor de 36 y 49 años respectivamente en Atizapán de Zaragoza en el Estado de México. Éste ha sido su lugar de residencia a partir de que los padres de Horacio se separan cuando él era un niño.

Debido a la repentina separación de sus padres después de siete años o menos de matrimonio la relación de Horacio con su padre siempre ha sido superficial, mientras que con su madre muy estrecha. Aunque Horacio describa las relaciones de los tres hermanos con sus padres como iguales, él siempre ha percibido favoritismos de su familia hacia sus hermanos.

Al vivir con parte de la familia materna, ésta ha desempeñado un papel importante en la vida de Horacio, debido a los lazos afectivos que ha establecido con tío(a)s y primo(a)s a lo largo de su vida. Una persona de especial relevancia para

Horacio es su tío Pablo, quien ha servido como figura paterna en cuestiones emocionales, académicas y ejemplares. Al mismo tiempo que la familia ha ayudado a cubrir necesidades emocionales, también ha sido causa de conflictos debido a diferencias de opiniones, costumbres y territorialidades como es el caso de su tío Víctor.

## Genograma

Aquí se presenta el genograma (Figura 2) de Horacio, se expone la composición de su familia nuclear y explica superficialmente el tipo de relación que existe entre los miembros del sistema familiar.

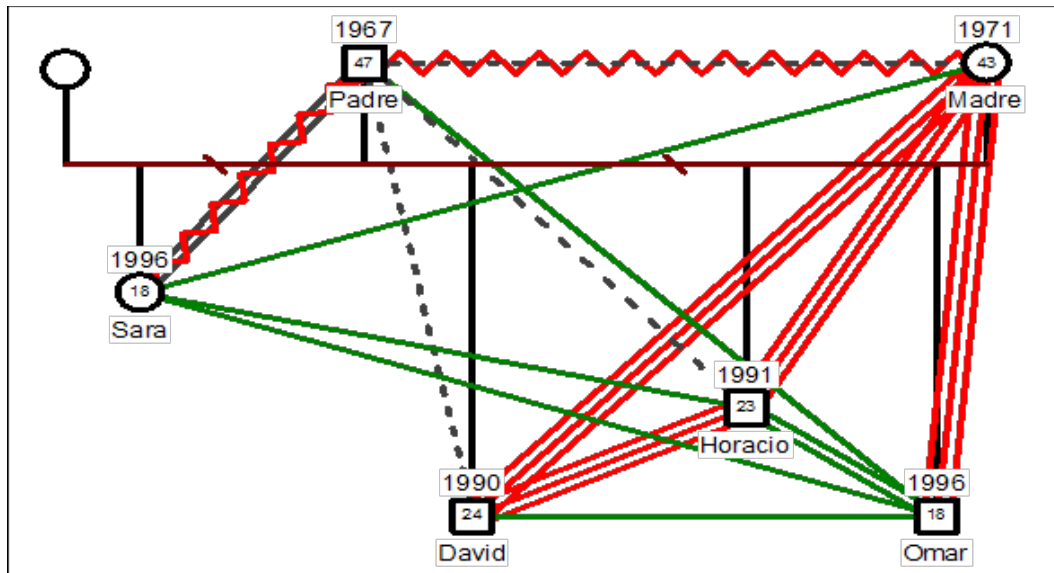


Figura 2. Genograma que muestra las relaciones entre los miembros de la familia de Horacio.

De acuerdo con la información del discurso de Horacio, él tiene un yo indiferenciado con tendencia a la fusión. Se le coloca en dichos niveles debido al intenso impacto que el ambiente ejerce sobre él que dispara de manera inmediata su reactividad emocional, siendo ésta la que domina y gobierna sus pensamientos y acciones. Se le identifica en el rango de la indiferenciación por el uso frecuente de la frase “ansiedad adaptativa” a lo largo de la entrevista. Ansiedad que comenzó a

manifestarse desde la separación de sus padres cuando era niño y que es una de las características de una persona indiferenciada.

Participante 3.

Diego es un hombre de 23 años de edad egresado de la carrera de Psicología en la UNAM. Su familia nuclear se compone de sus padres, con los que actualmente vive en la delegación Iztacalco en el



Distrito Federal y su medio hermano Alan, quien ha dejado a la familia para formar la propia con su esposa e hijastro.

La familia de Diego ha sufrido varias modificaciones a lo largo de su vida, iniciando por ser una familia reconstruida, ya que sus padres vienen de matrimonios previo con hijos. Su madre integró a Alan a la nueva familia, siendo un factor de conflictos entre los padres de Diego en diversas ocasiones. Un momento significativo para Diego fue la mudanza que su familia hizo del Distrito Federal a San Luis Potosí cuando él era niño; etapa en la que ocurrió un accidente con consecuencias emocionales y familiares: Alan pasó unos meses en la cárcel por manejar en estado de ebriedad.

Durante la adolescencia de Diego la familia volvió a reacomodarse en cuanto a relaciones y jerarquías y fue cuando decidió regresar al Distrito Federal a estudiar el bachillerato, mientras su familia nuclear permaneció en San Luis Potosí. Diego vivió con sus tíos paternos cerca de año y medio, periodo en el que se vio rodeado de maltrato, conflictos, y sensaciones de abandono, por lo que muchas veces consideró regresar a San Luis Potosí con sus padres, con quienes la relación se había vuelto superficial y conflictiva. Oportunamente se le presentó la posibilidad de vivir con tres primos de su madre, donde el ambiente

hostil de su otra familia es sustituido por una atmosfera de preocupación y cuidado, creando Diego estrechos lazos afectivos con sus tíos, tanto que asegura que ellos han tenido más influencia en la persona que es ahora, que su familia nuclear.

Cuando Diego se encuentra a punto de terminar al bachillerato su familia materna le comentó que ya no podía vivir con ellos así que decidió trabajar y vivir solo, poco tiempo después, convenció a Alan de vivir con él en el Distrito Federal. Posteriormente sus padres se reunieron con Diego y su hermano para radicar toda la familia en el Distrito Federal donde viven actualmente cambiando nuevamente la dinámica familiar, pues al separarse Alan de la familia nuclear, los conflictos disminuyeron y la relación de Diego con sus padres se volvió estrecha, pero con límites más claros y firmes, así como una posición más empoderada e independiente. Todos estos han sido factores que han fomentado una mejor convivencia y capacidad de afrontamiento entre los miembros de la familia.

## Genograma

Aquí se presenta el genograma (Figura 3) de Diego, el cual expone la composición de su familia

nuclear y explica superficialmente el tipo de relación que existe entre los miembros del sistema familiar.

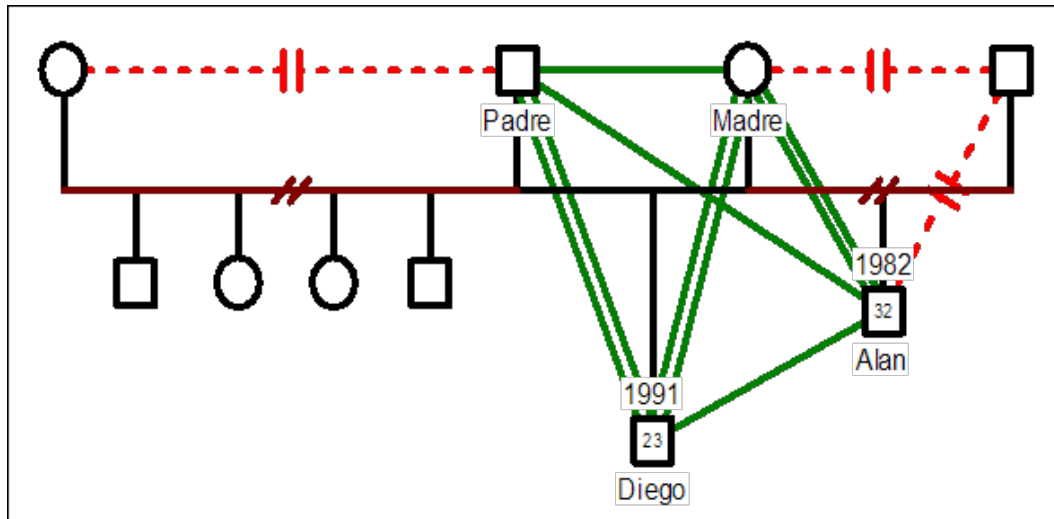


Figura 3. Genograma que muestra las relaciones entre los miembros de la familia de Diego.

De acuerdo con la información dada por Diego, él tiene un yo diferenciado con ligera tendencia a la fusión. Se le ubica en tal lugar de la escala por haber desarrollado la capacidad de ser una persona más autónoma y responsable de sí misma, la cual se fija metas basadas en sus deseos propios y que ha logrado superar funcionalmente sus conflictos con la familia de origen, todo esto a través de las experiencias de vida de la adolescencia y parte de la adultez que lo hicieron transitar de un individuo fusionado a uno más diferenciado.

La fusión de Diego estaba caracterizada por el conflicto familiar que durante su infancia lo hacía adoptar una actitud ansiosa, pues aunque él no estuviera involucrado recibía un fuerte impacto al ver a la familia agresiva y desunida. Lo cual fue adoptando en todas sus relaciones interpersonales, admitiendo que entre más pudiera evitar el conflicto, mejor. Además está el hecho de que su accidente lo dejara con una pobre valoración de sí mismo y poca motivación por despegarse del hogar pues se arraigó en su comportamiento la necesidad de complacencia hacia sus padres, al ser el "hijo que todas las madres querían", convirtiéndose en un niño consentido. Todo lo anterior

fue suficiente para que Diego poco a poco cubriera con el perfil de un adulto muy pobremente diferenciado.

Participante 4.

Eduardo es un hombre de 24 años de edad egresado de la carrera de Ingeniería Mecánica en el IPN. Su familia nuclear está formada por su madre de 46 años, su padre de 44, ambos se dedican al comercio, su hermana Adriana de 14 y su medio hermano mayor Saúl, el cuál vivió con ellos una breve temporada y ha dejado el hogar, él fue concebido en una relación anterior de su madre.

La familia de Eduardo siempre ha vivido en la misma vivienda, ubicada en la delegación Iztapalapa en el Distrito Federal. Dicha vivienda perteneció a los padres adoptivos del padre de Eduardo y actualmente la comparten con tres tíos más; esta información es relevante debido a que en un momento existió el conflicto entre los hermanos por saber quién o quiénes heredarían la casa al morir los abuelos, teniendo como consecuencia el distanciamiento y rompimiento de algunas relaciones entre los familiares.

La familia de Eduardo se ha caracterizado por mantener un conflicto sutil e implícito en donde existe apoyo y responsabilidad entre la pareja y hacia los hijos. Con una excepción durante la infancia de Eduardo, cuando la mudanza de Saúl con la familia nuclear ocasionó conflictos entre los padres de Eduardo. En ese entonces los padres seguían el rol de padre trabajador y madre ama de casa. Eduardo desde su niñez fue una persona muy querida por su abuela biológica, María, lo cual es relevante pues uno de los motivos por los cuales Eduardo se encuentra en conflicto con la familia extensa es su actitud de indiferencia ante la enfermedad y muerte de ella.

Desde que Eduardo era adolescente y hasta la actualidad, el origen de una serie de fricciones y disfunciones que ha tenido con su familia se encuentra en el favoritismo que él ha percibido hacia Adriana desde que ella nació. Por lo que hoy Eduardo ha optado por distanciarse de la familia.

### **Genograma**

Aquí se presenta el genograma de Eduardo, el cual expone la composición de su familia nuclear y explica superficialmente el tipo de relación que existe entre los miembros del sistema familiar.

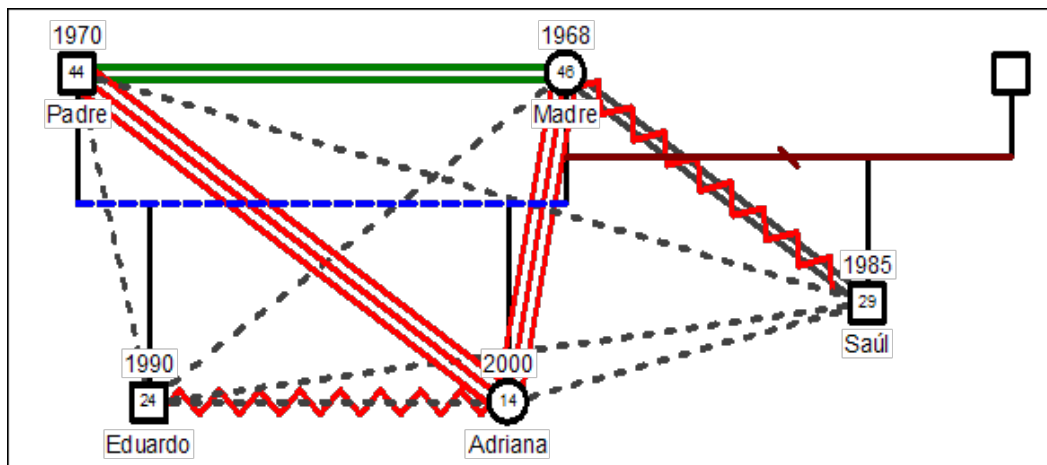


Figura 4. Genograma que muestra las relaciones entre los miembros de la familia de Eduardo.

De acuerdo con la historia de Eduardo, tiene un yo indiferenciado fusionado. Se le ubica en ese punto de la escala por la muy deficiente separación que Eduardo ha tenido con su familia de origen. Siendo una persona altamente fusionada, ha desarrollado un yo "falso" que intenta dar una impresión de independencia. Debido a las fallas que Eduardo ha señalado en su relación con los miembros de su familia califica las relaciones como distantes y superficiales, refiriéndolas como "buena", "normal" y "neutral". Eduardo usa dichas etiquetas como un mecanismo de defensa para su condición vulnerable y de alta reactividad al ambiente en el que se encuentra. Vive engañándose al no diferenciar para su comodidad los conceptos de independencia, autosuficiencia y desconexión.

Para empezar a explicar la fusión de Eduardo también se puede recurrir a la teoría del apego de

Bowlby (1993), desde la cual se explica que Eduardo desarrolló un apego inseguro considerando las interacciones positivas de apoyo y de disponibilidad que el individuo tiene con los cuidadores como elementos que después proveerán de seguridad al niño para relacionarse de la misma manera con las personas significativas. En el caso del participante, al ser su hermana Adriana la más grande preocupación de sus padres, dichas interacciones fueron muy escasas y deficientes a pesar de que Eduardo considere que una relación distante con los demás es buena y más conveniente.

Participante 5.

Marcelo es un hombre de 22 años de edad egresado de la carrera de Psicología en la UNAM. Él y su familia viven en el municipio de Tultitlán en el Estado de México. Dicha familia se conforma por

su madre de 45 años que estudió una carrera técnica como enfermera, su padre de 47, con una carrera técnica también, y su hermano menor José, de 19 años, quien se encuentra cursando el nivel superior.

Marcelo vivió su infancia en el seno de una familia funcional y afectiva en donde el padre era quien trabajaba para mantenerla mientras la madre se quedaba en casa a cuidar de los niños. Durante la niñez de Marcelo su familia no se vio perturbada por conflictos ni problemas relevantes. Al ser el hijo mayor, sus padres depositaron expectativas muy altas en él en el ámbito académico, Marcelo recuerda mucho la exigencia que sus padres ejercían en él. Fue un niño obediente, querido y consentido, incluso después de que nació José jamás percibió un trato preferencial hacia alguno de los hermanos.

Para cuando Marcelo inició su adolescencia y cursó la secundaria, su familia comenzó a atravesar dificultades económicas, por lo que su madre buscó empleo. La falta de dinero fue el origen de una serie de conflictos que duraron años en la familia de Marcelo, conflictos que marcaron fuertemente las relaciones y dinámicas familiares de cada miembro del sistema. Además de la ansiedad generada por la falta de dinero, el hecho de que la madre de Marcelo trabajara provocaba

celos en su padre, tan intensos que desembocaron en conductas violentas y en una tentativa de divorcio. Ante tal atmósfera de hostilidad las relaciones entre todos los miembros de la familia perdieron el equilibrio y mientras algunas se distanciaron y debilitaron otras se fusionan. De la misma manera, la violencia física no fue exclusiva en la interacción entre los padres, también se manifestó de su padre hacia él y su hermano.

Actualmente no se han vuelto a suscitar situaciones de agresión física y, aunque el conflicto sigue existiendo, Marcelo considera que ha disminuido aunque las condiciones que lo generan siguen siendo las mismas. La diferencia se encuentra en que si antes Marcelo era el miembro de la familia que se sentía responsable por mantener el equilibrio en casa, poco a poco ha intentado desconectarse de dicha responsabilidad que él solo adquirió.

## **Genograma**

Aquí se presenta el genograma (Figura 5) de Marcelo, el cual expone la composición de su familia nuclear y explica superficialmente el tipo de relación que existe entre los miembros del sistema familiar. Debajo del esquema se encuentra una tabla con los significados de la simbología en él.

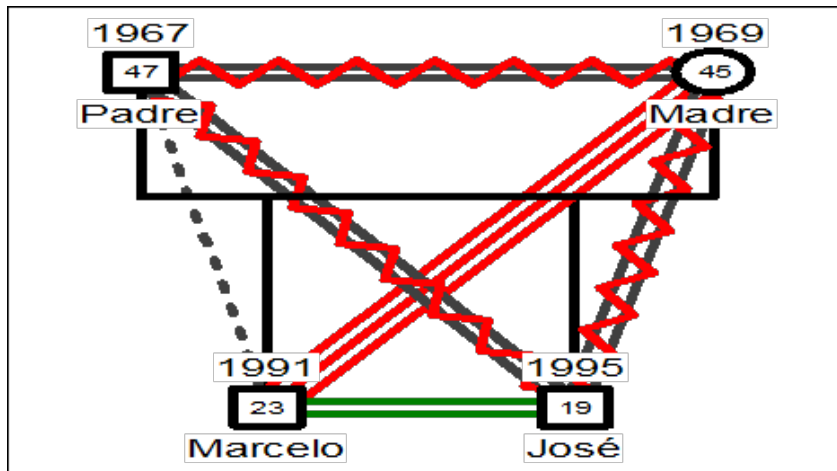


Figura 1. Genograma que muestra las relaciones entre los miembros de la familia de Marcelo.

De acuerdo con la historia de Marcelo tiene un yo indiferenciado con tendencia a la fusión. Se le ubica en ése punto por la incapacidad que tiene para impedir que sus emociones intervengan en sus acciones y pensamientos. Pero algo que caracteriza a la gente en este punto de la escala es una mayor probabilidad para lograr desarrollar un nivel de diferenciación más alto al que se tiene.

La fusión de Marcelo se manifiesta desde la infancia con la exigencia que su madre ejerce sobre él, pidiendo siempre su perfección como alumno, como hijo y como hermano mayor, siendo la absoluta obediencia el medio para no decepcionar a sus padres lo que va convirtiendo a Marcelo en un niño influenciado por el elogio y susceptible a la crítica de sus padres.

La indiferenciación de Marcelo sale a relucir a partir de su adolescencia, donde se acentúa y

“toca fondo”. Ante los problemas en casa él ocupa el lugar del hijo triangulado al convertirse la persona a la que su madre recurría en busca de apoyo. Esto lo convirtió en el miembro más vulnerable del hogar, desarrollando así la necesidad y el sentimiento de responsabilidad sobre los desperfectos de su familia y la salud emocional de todos los miembros que la integran.

Participante 6.

Edgar es un hombre de 20 años de edad que cursa una universidad privada el área de sistemas. Él y su familia viven en el municipio de Naucalpan en el Estado de México. Su familia está integrada por su madre de 42 años quien es maestra, su padre de 49 que es servidor público y su hermano mayor Ernesto de 21 años, quien actualmente cursa la carrera de Ingeniería industrial.

El caso de Edgar es particular porque su discurso se divide en dos etapas. En la primera, durante el inicio de la entrevista, el discurso puede interpretarse como superficial, ensayado y “bonito”: describe su vida, su ambiente y todo lo que sucede a su alrededor como lo que él quiere ver, o como se le ha enseñado que es correcto, bueno, y lo que “debe ser”. En su entrevista se encuentran frecuentemente frases como “qué buena vida he tenido”, “así ha sucedido todo, no creas que te miento”, “nunca he tenido problemas”, “yo creo que todos son mis amigos”.

En la segunda parte de la entrevista, al pedirle ejemplos y casos reales, comienzan a aparecer significativas contradicciones entre su discurso y lo que realmente ha sucedido. El ejemplo más notorio es en la descripción que hace de su familia como casi perfecta, donde no existen conflictos. Ocurre lo mismo en sus relaciones sociales, primero considera una persona extremadamente sociable y posteriormente reconociendo la incomodidad que a veces le genera estar con muchas

personas o con cierto tipo de personas. Las incongruencias también se encuentran en la autopercepción que tiene de sí mismo en varias etapas de su vida, al compararlo con su manera de reaccionar ante diversas situaciones.

Para Edgar no hay personas más significativas que sus padres y su novia, Marlene. Argumenta que nunca se ha visto ante momentos cargados emocionalmente, ni familiares, amistosos o amorosos, no considera haber atravesado un momento significativo que haya considerado como un desafío para su vida y es por eso que considera tener una vida afortunadamente tranquila.

## Genograma

Aquí se presenta el genograma (Figura 6) de Edgar, el cual expone la composición de su familia nuclear y explica superficialmente el tipo de relación que existe entre los miembros del sistema familiar.

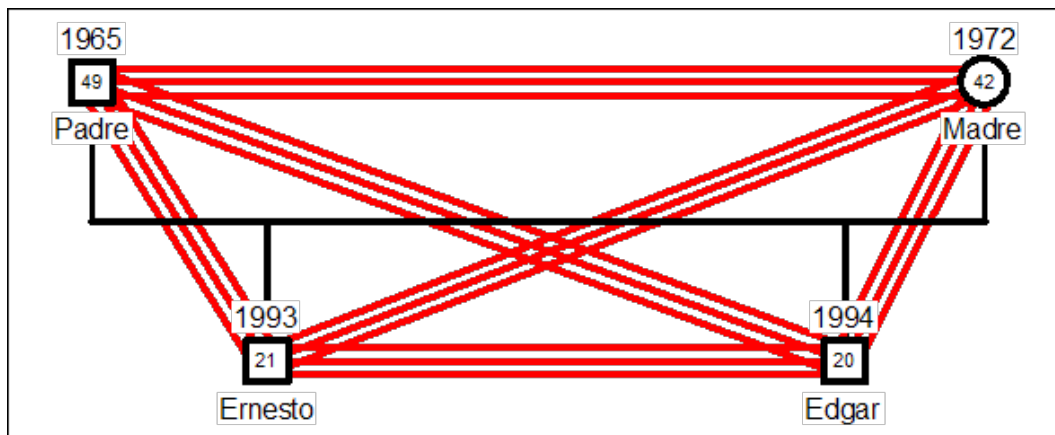


Figura. 6. Genograma que muestra las relaciones entre los miembros de la familia de Edgar.

La fuerte ansiedad que existe en la familia de Edgar hace que él adopte completamente las creencias, valores, actitudes y pensamientos de su madre, lo cual se ve reflejado incluso en la manera en la que el participante habla y se expresa.

Una vez analizado el discurso de Edgar se puede señalar que él un yo pobremente diferenciado, particularmente fusionado. Se le ubica en este punto de la escala por la muy poca separación que Edgar ha tenido de su familia de origen, así como por la alta ansiedad que ésta maneja y el anhelo por el control que predomina en sus padres. Dicha ansiedad se manifiesta de manera tan pasiva que Edgar y su familia han podido, hasta la fecha, tener una dinámica familiar dependiente aparentemente funcional y sin conflictos, siendo una familia que ha aprendido a “querer” su profunda dependencia.

Desde la teoría del apego de Bowlby (1993) Edgar ha desarrollado un apego inseguro, el cual por la información dada ha sido fomentado en mayor grado por su madre, al decirle con quién relacionarse, cómo es correcto que debe ser, qué es correcto que debe hacer y, sobre todo, la insistente búsqueda de la unión y dependencia entre la familia, la cual impide que Edgar se arriesgue a buscar más vínculos amistosos seguros y confiables. Dicha inseguridad se explica desde el momento en el que Edgar considera a su padre y a su hermano como a sus dos principales amigos y rechaza intimar demasiado con otros amigos, lo cual refleja su inseguridad hacia las personas fuera de su familia.

Con respecto a su madre, podemos notar la indiferenciación de la misma por medio de sus conductas de sobreprotección, preocupación excesiva, autoritarismo (sutíl y pasivo), el deseo y



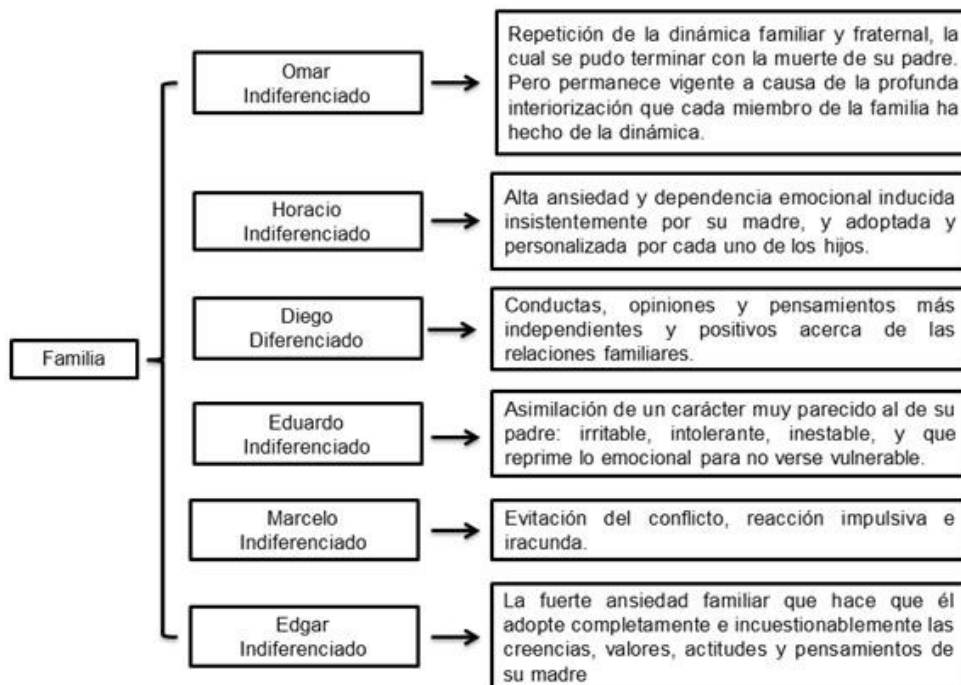
exigencia de hijos perfectos al decirles cómo deben ser y “aconsejando” lo que no deben hacer. Algo que Edgar heredó, pues también comparte esa característica al querer estar rodeado de pura gente “sana” y “correcta”. La madre de Edgar es una persona tan dependiente (fusionada), que bajo la justificación de la “unión familiar” y el “amor a los hijos” busca satisfacer las necesidades emocionales propias, evitar la sensación de abandono y llenar el vacío de un marido ausente por el trabajo.

Es tan grande la dependencia que hay dentro de la familia nuclear que Edgar, con tal de no decepcionar y seguir sintiéndose parte de la familia, obedece y sigue al pie de la letra los principios que sus padres le enseñaron pues le afecta

mucho la crítica que hacen de su comportamiento e influyen fuertemente en sus decisiones personales.

## Discusión y conclusión

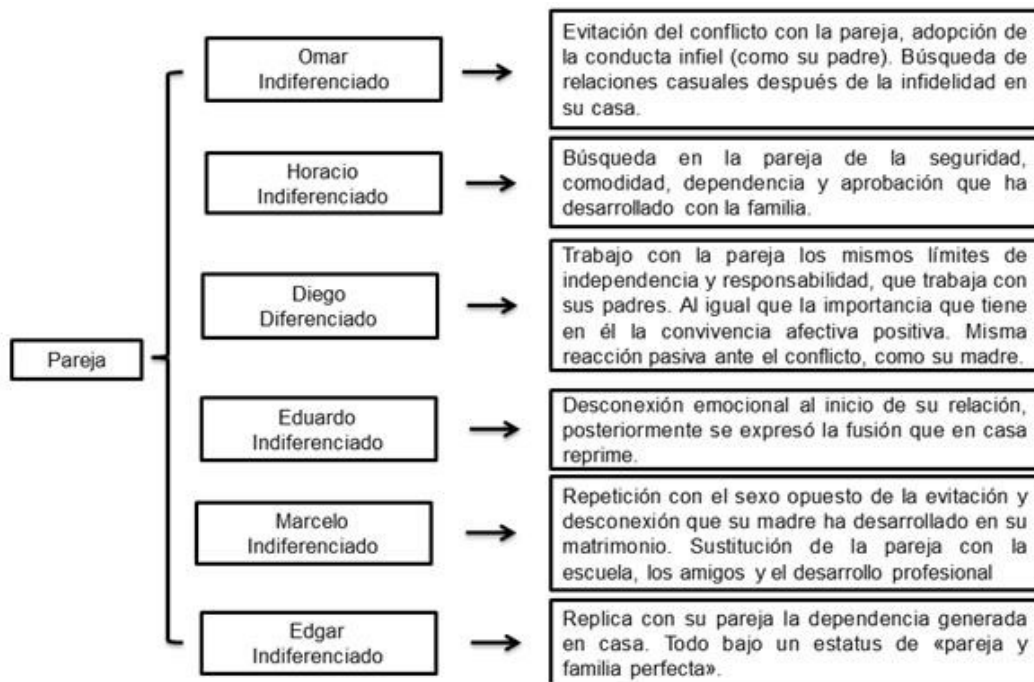
El proceso de transmisión multigeneracional propuesto por Kerr y Bowen (1988) describe el mecanismo mediante el cual los padres heredan a los hijos ciertos atributos, hábitos o maneras de reaccionar al ambiente y se describe a continuación en los siguientes esquemas. Los resultados del proceso de transmisión fueron clasificados en tres categorías, la primera es familia, y dentro de ésta se consideraron todos aspectos que los participantes heredaron de sus padres y de los cuales hacen práctica en la dinámica familiar.



Como se planteó desde un inicio, el vínculo interpersonal de principal interés para el trabajo fue la pareja. Pudiendo afirmar lo dicho por Valdez, González-Arratia y Sánchez (2005), acerca de que las dinámicas familiares son llevadas a la relación de pareja, ya que ésta es el vínculo emocional más

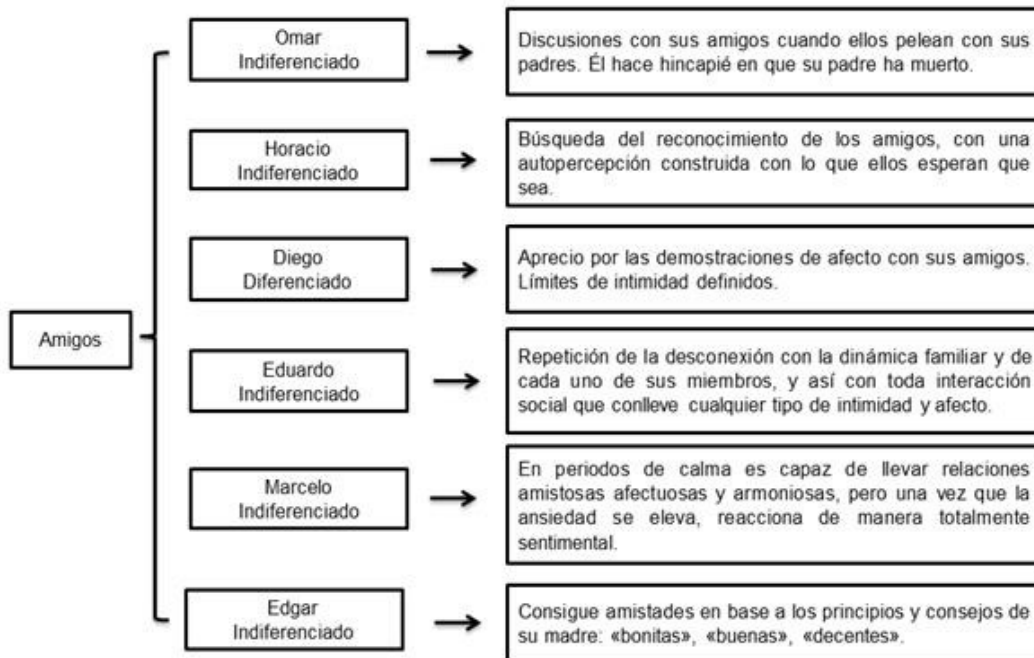
parecido al que establecemos con la familia.

Encontrando en cada uno de los participantes atributos familiares que son parte de la dinámica con sus parejas, o con el sexo opuesto (en el caso de los participantes sin pareja).



Aun así, a través de las entrevistas fue posible detectar la dinámica social de los participantes y como casi todos eran jóvenes universitarios, excepto Omar, la rutina escolar fue de gran ayuda

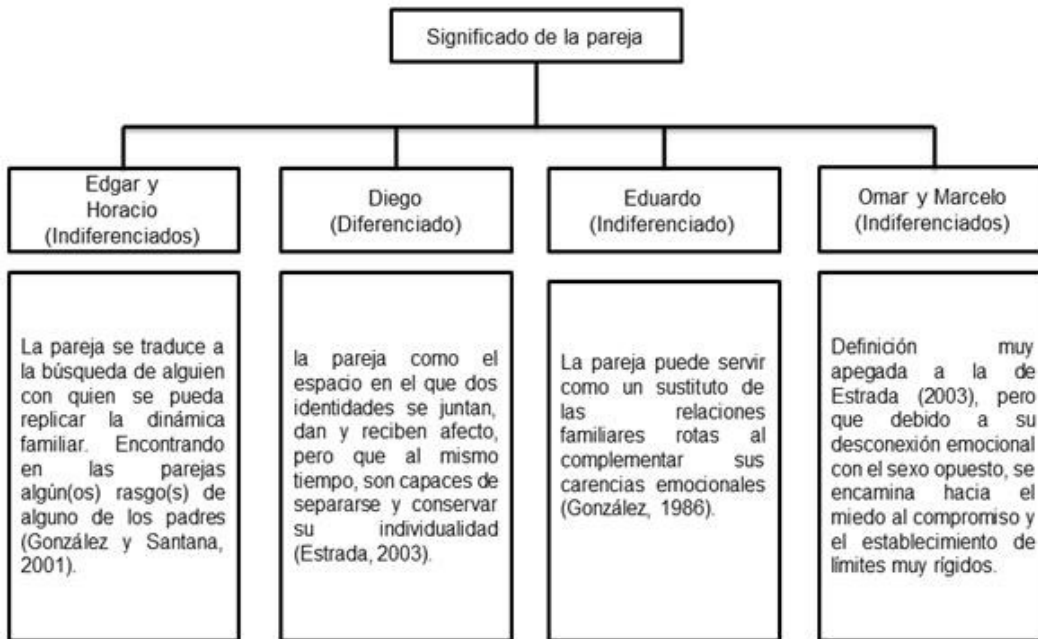
para observar que así como en la pareja, los modelos internos de convivencia se repiten en todas las interacciones del individuo, como lo había afirmado Bowen (1998).



En cuanto al objetivo de explicar cómo el nivel de diferenciación opera en la disposición de iniciar y establecer una relación de pareja, se esperaba que los participantes indiferenciados no tuvieran la habilidad para establecer relaciones duraderas. Lo cual fue descartado a través de los casos de Eduardo y Edgar, quienes a pesar de tener muy bajos niveles de diferenciación, se encuentran dentro de una relación sentimental estable y duradera.

Al proponer describir y analizar la construcción del concepto de pareja que los participantes han

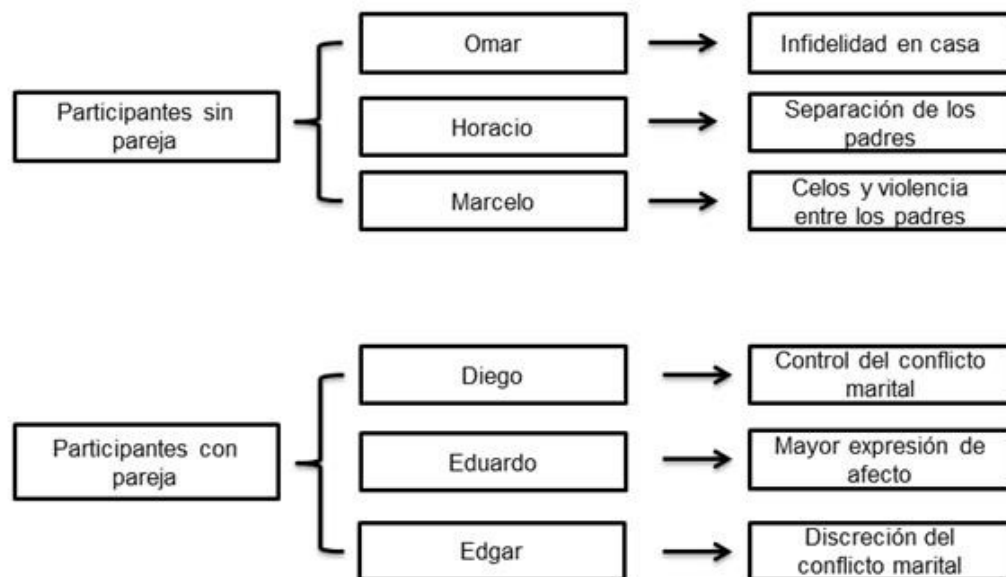
elaborado a través de su historia se concuerda con lo dicho por Gottman (1999), llega el punto en que todos los individuos, independientemente de su grado de diferenciación, desearán y describirán parejas y relaciones sentimentales independientes y funcionales. Pero dicha definición queda atrás al momento de analizar los trasfondos de las experiencias de los participantes, cuyas definiciones quedan plasmadas en el siguiente esquema, encontrando similitudes con algunas definiciones de algunos autores revisados.



Es por lo anterior que se está de acuerdo con lo dicho por Toman (1969) y Valdez, González-Arratia y Sánchez (2007) pues se logró notar cómo el ambiente y la dinámica familiar determinan fuertemente las interacciones del ser humano fuera del seno familiar, pues éste termina por replicar los modelos de interacción más implícitos y profundos que ha aprendido en casa. En el caso de las relaciones de pareja, dichas interacciones son fundamentales al momento de determinar la

disposición, dependencia o desconexión que se establece con ellas.

Algo que pudo detectarse en el transcurso de las entrevistas fue que, al compararlos con los participantes con pareja, los participantes que se encontraban sin una relación de pareja estable y duradera han sido los hijos de las historias y modelos maritales más ansiosos y disfuncionales. El siguiente esquema enumera las situaciones maritales que han jugado a favor o en contra de los participantes para relacionarse en pareja.



Algo que el trabajo con adultos jóvenes ayudó a explorar fue el contraste entre un nuevo estilo de vida expuesto, el cual incluye mayores metas profesionales y personales, así como la aceptación de diversas dinámicas sociales, sentimentales y/o sexuales que no podrían clasificarse como relaciones de pareja, y un concepto social de pareja anticuado, cuyos términos son tan rígidos y específicos que no dan paso a la incorporación de éstas nuevas dinámicas. Siendo en esta intersección donde se localiza un foco de conflicto para ellos, pues tienden a creer que la realización personal no se lleva con la vida con pareja. Sin embargo, a pesar de que algunos participantes se dieran la oportunidad de experimentar la liberación sexual y/o priorizar las metas personales y/o profesionales antes que la pareja, a través del discurso es notoria la importancia y el peso que ésta tiene en

sus vidas, pues incluso los participantes que se encuentran sin pareja se mantienen en la búsqueda del modelo romántico, comprometido y socialmente aceptado.

## Referencias

- Acevedo, V. E. y Restrepo, L. (2010). Experiencias de pareja sobre vivir feliz en pareja. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15), 63 – 76.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Bowen, M. (1997). *Bowen theory and practice*. Washington D.C: Georgetown Family Center.

- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo. La diferenciación de sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Estrada, I. (2003). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement escalation, and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 6 – 15.
- Ibáñez, E. J., Guzmán, X. V. y Vargas, J. J. (2010). Descripción y análisis del concepto de diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (1), 52 – 79.
- Kerr, M. (2003). *La historia de una familia: Un libro elemental sobre la teoría de Bowen*. Washington: Centro de la Familia de Georgetown.
- Kerr, M. E. y Bowen, M. (1988). *Family Evaluation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Titelman P. (2014) The Concept of Differentiation of Self in Bowen Theory. En P. Titelman (Ed.) *Differentiation of Self: Bowen Family Systems Theory Perspectives*. Nueva York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Toman, W. (1969). *Family Constellation*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Valdez, J. L., Maya, M. U., Aguilar, P., González-Arratia, N. I. y Bastida, R. (2012). Deseabilidad social en la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), 394 – 404.
- Valdez, J.L., González-Arratia, N. I. y Sánchez, L. M. (2005). Elección de pareja en universitarios mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 355 – 367.
- Valdez, J.L., González-Arratia, N. I. y Sánchez, L. M. (2007). Características de personalidad percibidas en los padres y la pareja permanente: Un estudio correlacional. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12 (1), 147 – 156.
- Vargas, J. J. e Ibáñez, E. J. (2002). Enfoques teóricos de la transmisión intergeneracional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5 (2), 1 – 25.
- Vargas, J. J. e Ibáñez, E. J. (2003). Análisis y reflexiones sobre la transmisión intergeneracional. En *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Consultado el 1 de junio de 2014. Disponible en

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/21690/20428>.

- Vargas, J. J. e Ibáñez, E. J. (2007a). Fusión y desconexión emocional. Dos extremos en el concepto de diferenciación. *Alternativas en Psicología*, 14 (21), 16 – 27.
- Vargas, J. J. e Ibáñez, E. J. (2007b). Transmisión intergeneracional: El uso de la metodología cualitativa en un estudio de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (2), 49 – 81.
- Vargas, J. J., Ibáñez, E. J. y Armas, P. (2009). Desarrollo de un instrumento de evaluación para el concepto de diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (1), 106 – 116.

## Dos formas de hacer familia: visibilizando a las Familias *Trans*<sup>31</sup>

Maria Olga Mejia Anzures<sup>32</sup> y María Emily Ito Sugiyama<sup>33</sup>

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM*  
*Facultad de Psicología, UNAM*

### Resumen

A partir de dos casos se presenta un análisis y reflexión acerca del proceso de construcción de las llamadas familias diversas o de la diversidad sexual, enfocándose en aquellas que son conformadas por personas transexuales y transgénero. La transición genérica del padre o de la madre enfrenta en la cotidianidad, hacia adentro y hacia afuera de la familia, una serie de retos que la nueva identidad involucra puesto que la transición genérica y la paternidad se entrelazan en el sistema familiar e impactan en el reordenamiento de la identidad individual, en la relación con la pareja y como figura parental. La propuesta consiste en entender a la familia como una práctica social concreta, situada en un tiempo y espacio reales.

**Palabras clave:** transexualidad, transición genérica, paternidad, maternidad, familia.

Two ways to do family: Visualizing Trans Families

<sup>31</sup> Este trabajo se deriva de una investigación más amplia sobre pater/maternidad en personas transexuales, transgénero y travestis que viven en Ciudad de México y zona conurbada, cuya fase de campo se llevó a cabo del 2011 al 2012.

<sup>32</sup> Profesora de Asignatura de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: olga.mejia05@gmail.com

<sup>33</sup> Profesora de Carrera de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: maemilyito@gmail.com



### Abstract

An analysis and reflection, stemming from two cases, on the construction process of the so called diverse families, focusing on those which are formed by transsexual and transgender individuals, is hereby presented. The generic transition of the father or of the mother faces a serie of challenges in everyday life, inside and outside the family, since the generic transition and paternity are intertwined in the family system and affect the reordering of the individual identity, the relation with the other part of the couple and as a father/mother figure. The proposal is to understand the family as a concrete social practice, located in real time and space.

**Key words:** Transsexuality, Generic transition, Paternity, Maternity, Family.

### Introducción

La familia sigue siendo uno de los principales referentes en la vida de los seres humanos; la representación y vivencia única de una familia donde hay un padre y una madre, criando y educando a sus hijos, es una realidad para un amplio porcentaje de la población en México y el mundo. La heteronormatividad, como un dispositivo social y político que establece a la heterosexualidad reproductiva como una regla universal obligatoria para la construcción de vínculos de cuidado y afecto, hace que se desvanezcan del escenario social todas aquellas configuraciones familiares que, bajo sus supuestos, se encuentran fuera de la norma social y jurídica que ampara el binomio

varón-padre y mujer-madre, especialmente en Latinoamérica (Libson, 2012).

La institucionalización de un modelo ideal de familia se ve apoyada por el discurso religioso que cuenta con gran poder en diversos círculos sociales y políticos, por lo que se convierte en un obstáculo para la visibilización y reconocimiento de familias no heterosexuales.

El ocultamiento y la negación de esas *otras* formas de hacer familia se extiende hacia aquellas en las que no sólo la orientación sexual de los padres es distinta de la "norma" sino que también existe una identidad genérica distinta y/o la metamorfosis corporal de alguno de ellos, hace difícil pensar su existencia y por ende, su parentesco. Este es el

caso de las familias integradas por una persona transexual, transgénero o travesti<sup>34</sup> que ejerce su paternidad o maternidad, cuya denominación de *transparentalidad* se debe a la identificación y transición genérica de alguno de los progenitores; proceso que rebasa las fronteras de lo individual, ya que transición genérica y paternidad confluyen en la práctica.

La aparición de textos académicos sobre investigaciones acerca de la paternidad, maternidad y familia de personas trans comienza a aparecer en los buscadores y bases de datos, retomando términos como *transparentalidad* y haciendo referencia a las funciones de cuidado y afecto que ejercen estas personas en el contexto de su transición de género. La parentalidad y sus “derivados”: paternidad y maternidad por un lado, tran-

sexualidad y transgeneridad por el otro, son un binomio al fin reconocido, si bien no legitimado en algunos casos, lo que constituye un avance necesario hacia adentro de la familia, haciendo posible conocer *la transición íntima e intrínseca* del padre o la madre que transiciona y las dinámicas familiares inherentes (Hines, 2006; Faccio, Bordin y Cipolleta, 2013; Haines, Ajayi y Boyd, 2014).

Este proceso presenta a su vez fuertes implicaciones hacia fuera en ámbitos sociales, culturales y políticos. Cabe destacar que no es un proceso lineal que va de la familia hacia afuera, pues ese *afuera, ese exterior*, ha contribuido en un sentido dialéctico a la articulación de estos arreglos familiares instituidos en el exterior constitutivo de la norma heterosexual (Soley-Beltran, 2004).

Una reflexión que se torna ineludiblemente en una realidad es que al margen de debates de tipo ético, filosófico y político, existen hombres y mujeres transexuales que son padres y madres accediendo a la tecnología reproductiva mediante inseminación artificial o recurriendo a una madre sustituta; criando y educando a otros seres humanos a los que “adoptan” de manera informal y convirtiéndose en padres y madres en la forma más convencional que existe: a través de la reproducción biológica. Lo que, a juicio de muchas personas constituye mater/paternidades imposi-

<sup>34</sup> Por personas transexuales, transgénero y travestis se entiende a todas aquellas que se identifican en un sexo/género diferente al que les fuera asignado al nacer, cualquiera que fuese su estatus transicional y/o legal (Cabral, 2005). Algunas de éstas, desde muy pequeñas se sienten inconformes con el cuerpo y el género asignado, ya que piensan y sienten que no es el que les corresponde. En la literatura se distingue entre las personas transgénero, que incluye a travestis, como a quienes se viven y visten como del género opuesto, pero que conservan sus genitales. En cambio, las personas transexuales, presentan conflictos con su cuerpo y se dice que su meta es la cirugía de reasignación sexual. En contraste, en la práctica se observan formas variadas de ser y concebirse como trans, sin tener como meta la cirugía de “reasignación sexual”, entre otras cosas, debido al alto costo de ésta y sólo recurren a tratamientos hormonales para lograr transformar ciertas partes del cuerpo.

bles por impensables (Zambrano, 2007; Vaggione, 2008).

Lo que parece estar también en juego es “la preocupación” por el desarrollo psicosocial de los hijos e hijas criados por padres y madres cuya orientación del deseo y estatus corporal no se apegan a la norma reguladora. El trasfondo parece ser el temor a la reproducción de las personas trans, independientemente del bienestar percibido y del cuidado que puedan recibir las hijas e hijos criados y educados en hogares con madres y padres que transicionan.

La procreación, gestación, crianza y educación de hijos e hijas de padres y madres que transicionan genéricamente han sido recientemente retomados en algunos trabajos. Al parecer, existe un acuerdo entre los estudiosos del tema en cuanto a que puede haber conflictos relacionales, como en el caso de padres y madres heterosexuales y no heterosexuales, pero que las hijas e hijos pueden adaptarse a la reasignación genérica de los padres y madres.

La niñez y la etapa previa a la pubertad son los momentos en los que se observa que los hijos e hijas presentan menor problema en el ajuste psicológico y en la relación con sus progenitores o padres adoptivos. Si la relación se interrumpe en algún momento del desarrollo puede ser recupe-

rada a través del tiempo. En estos casos, los lazos que se crean son tan intensos y duraderos como en cualquier relación madre-hijo/ padre-hijo (White & Ettner, 2007; Zambrano, 2007).

No obstante, con respecto de la crianza y educación de los hijos e hijas por personas transgénero y transexuales, surgen varios y muy interesantes puntos de debate y reflexión, concretamente referidos al *malestar* social que hay en cuanto a los efectos psicológicos de las identidades y expresiones genéricas de madres y padres sobre los hijos y las familias. La investigación relacionada con los padres y madres trans muestra cómo personas no transexuales rechazan la paternidad o la maternidad trans, además de que consideran el deseo y su práctica como algo anormal que van en contra de la naturaleza humana y a estas personas poco capaces de hacerse cargo de los hijos; de lo que se observa que presentan muchas reservas y juicios de valor negativos en su contra (Zambrano, 2007, Faccio, Bordin y Cipolleta, 2013). Algunas personas trans, socializadas en un medio de rechazo y negación hacia lo diferente, aceptan en alguna medida ese sistema de creencias, lo cual impacta en su subjetividad. Queda como tarea para la academia científica involucrarse en estas realidades sociales dado que las mater/paternidades transson un hecho ineludible, muchos niños y niñas ya han nacido en el seno de una familia con este tipo de padres y madres.

En este trabajo se propone exponer algunos aspectos del proceso de construcción de dos familias encabezadas por personas trans y los desafíos a los que se enfrenta el sistema familiar a partir del cambio de identidad genérica de uno de los progenitores (la transición de género de “hombre en mujer” o transexualidad HaM), esto es, personas asignadas como hombres al momento de su nacimiento pero que se autoidentifican con el género femenino, por lo que se nombran y viven como mujeres. La primera, una familia con un núcleo monoparental conformada por la madre y la hija; la segunda, una nuclear<sup>35</sup> biparental formada por dos mujeres, una mujer trans y una cisgénero<sup>36</sup>.

Puede decirse que cada uno de los casos representa una “biografía” familiar única; sin embargo, las vivencias de sus integrantes por separado permiten un acercamiento a la experiencia “colec-

---

<sup>35</sup> Las palabras *núcleo monoparental* y *nuclear* se utilizan como una reformulación o reapropiación del término que ha sido exclusivamente usado para referirse a la familia nuclear, en la que hay un varón-padre y una mujer-madre, heterosexuales, con hijos e hijas procreados biológicamente, que residen en el mismo domicilio, como estrategia y práctica de resistencia contra la *naturalización* de la familia (en singular) que se reproduce desde la academia en las investigaciones y textos científicos.

<sup>36</sup> *Cis* es el prefijo latino que quiere decir “del mismo lado”, el término cisgénero reemplaza el término no transexual o transgénero, por lo tanto se aplica a las personas no transexuales, también llamadas hombres o mujeres “biológicos” (Schilt and Westbrook, 2009).

tiva” de las familias en su situación al compartir aspectos de dicha experiencia en relación a cómo se vive y cómo se hace una familia en el contexto de la transición de género de uno de los padres y el tipo de reordenamientos que se tienen que hacer con los hijos.

Ambos casos fueron elegidos porque sus núcleos familiares tienen la característica de ser los originales y permanecer intactos. La hija, en el primer caso, y la pareja mujer, en el segundo, son testigos del proceso de transición o reasignación sexual del padre y pareja respectivamente y continúan viviendo juntos, nombrándose a sí mismos como una familia.

### Las participantes:<sup>37</sup>

La primera familia está integrada por la madre de nombre Elena, de 38 años de edad y su hija de 19. La segunda está integrada por dos mujeres; Noemí e Isabel, de 36 años las dos y su hijo de 3.

### Medio de exploración y análisis de la información:

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con una duración promedio de una hora por cada participante. Las entrevistas fueron audiograba-

---

<sup>37</sup> El nombre de la madre de la primera familia ha sido cambiado a petición expresa, no así los nombres de la segunda que solicitaron se presentara el caso con los nombres reales.

das y se hizo la transcripción completa de cada una, realizando un análisis temático de las mismas, lo que permitió desarrollar ejes particulares para integrar la información, haciendo uso de un método *ad hoc* (Kvale, 2011).

### **Dos formas de hacer y ser familia:**

*Caso 1) Una familia monoparental encabezada por una mujer:* Elena y su pareja estuvieron casados aproximadamente diez años y procrearon una hija. Cuando la niña tenía cinco años se dio la separación entre ellos y, posteriormente, el divorcio.

Durante el tiempo que estuvo casada, Elena vivió “como un hombre” ya que no tenía claro aún qué pasaba con él y no había escuchado hablar de la transexualidad. Su hija, quien lo conoció como varón y por lo tanto lo llamaba papá, estableció desde muy pequeña un vínculo mucho más cercano con el padre que con la madre. Esto pudo haber influido para que después de la separación de sus padres, y de haber vivido por temporadas con uno y otro, finalmente decidiera permanecer con su entonces padre. La hija de Elena y su madre biológica, que vive en el extranjero, han continuado la relación vía telefónica y a la fecha sigue colaborado económicamente para la educación de su hija.

Elena es una mujer y vive como lo que es, su reasignación genérica es de tipo hormonal y social. Hizo la transición durante la adolescencia de su hija, lo cual fue hablado con ella en su momento. La hija la reconoce y nombra como su madre, cuando se invitó a Elena participar en la investigación “gustosa accede a compartir su experiencia como madre soltera” (sic).

*Caso 2) Una familia nuclear encabezada por dos mujeres:* Noemí y Mónica se conocieron casi once años atrás en el lugar en donde trabajaban. Después de dos años de noviazgo comenzaron a vivir juntos como una pareja heterosexual ya que Mónica no sabía nada de la transexualidad de su pareja, quien desde muy “pequeño” se pensaba y se sabía mujer, por lo que a escondidas se vestía de mujer, aunque todavía no conocía el término transexual.

La reasignación genérica del hombre que *fue*, a la actual Noemí, es de tipo hormonal y social. Tiene ya un año en tratamiento hormonal, por lo que su cuerpo presenta algunos cambios y está viviendo ya como mujer de tiempo completo. Noemí y Mónica tienen un hijo de tres años de edad. Fue Mónica quien escribió aceptando participar en la investigación tanto ella como Noemí estaban dispuestas a dar una entrevista puesto que la mayoría de la gente ya las conocía como “una familia trans” (sic).

## El darse cuenta

Un tema recurrente en las narrativas de las personas que se identifican como transexuales o transgénero que participaron en la investigación fue el que se refiere a “darse cuenta” de quiénes son en realidad, ya que son varias las que refieren que desde muy pequeñas sabían que algo no estaba muy bien con ellas. Signadas y asignadas como hombres al nacer y tratadas por los demás como “ellos”, crecieron desempeñando el papel y posición masculinos que *les correspondía* dentro y fuera de su familia.

Tanto Elena como Noemí crecieron como “hombres” poniendo en marcha diferentes tipos de masculinidad. En el caso de la primera, una más *light* que se sostuvo en la moda unisex que le tocó vivir como adolescente y como hombre casado, dándose “algunos permisos” personales con la aprobación de su esposa para vestir ciertas prendas de mujer. La segunda despliega una masculinidad mucho más apegada a la norma, demuestra su “hombría” a través de un comportamiento agresivo y misógino.

Sin embargo, la identificación con los términos transexualidad y, concretamente, asumirse como mujeres transexuales, al principio de su “transformación de hombre en mujer” se dió en una etapa ya madura de sus vidas. Ninguna de ellas lo había

escuchado siquiera, por lo que puede decirse que ambas se construyeron como los hombres que *no eran* y comenzaron un camino de incertidumbre y tropiezos tratando de seguir la línea heterosexual para no ser excluidos de la familia ni el grupo social al que pertenecen:

Elena: “...yo desde muy chica, sabía que algo sucedía conmigo, ya en mi adolescencia pues la más fácil era que yo era gay ¿no? cosa que me daba mucho temor porque tú vas viendo cómo la sociedad, inclusive tu propia familia, tratan a las personas homosexuales y entonces tú dices ‘no, ni madres, yo no quiero vivir eso’ [...] comienzas a tratar de ocultar, tratas de convencerte: siento, reacciono, pienso, mis gustos van en un sentido, pero mi cuerpo y cómo me percibe la gente, es otra cosa...”

Por su parte, Noemí dice: “...desde los cuatro años yo no tenía idea de lo que eran socialmente un hombre o una mujer pero yo me imaginaba que cuando creciera yo iba a ser como mis hermanas, como mi mamá...”.

En cierto punto de sus vidas es cuando comienzan a surgir otras formas de nombrar lo que se siente pero no se conoce, formas de llamar a *eso* que les pasa y que les lleva a “convertirse” en mujeres: transexualidad, transexual, mujer transexual, estos términos funcionan como rito de paso para

las dos, hasta llegar a ser reconocidas como mujeres, rechazando ser identificadas como “mujeres trans”.

### **El camino para construirse como mujer**

En el caso de Elena este camino comienza formalmente a través del contacto con instituciones médicas: “...entonces cuando tengo la posibilidad, el acceso a conocer lo que es la transexualidad, las teorías de la disforia de género, etcétera, me acerco ya con los médicos que iban a llevar mi proceso...”. Para Noemí fue en un principio, diferente: “...yo empezaba a investigar qué era lo que a mí me pasaba, porque en ese tiempo no lo sabía, muchas veces me sentí como travesti [...] comencé a investigar un poco más seriamente sobre mi situación. A través de internet, encontré información y me di cuenta de que ser travesti no era mi situación...”

### **Reconfigurando la familia: la transición de Elena en compañía de su hija**

Elena decidió iniciar con el tratamiento de reasignación sexual cuando su hija tenía quince años, entre el médico tratante y ella acordaron que lo mejor era que lo hablara antes con ella y finalmente se lo hace saber: su hija, quien ya se había dado cuenta de algunos “detalles”, pensaba que su padre era gay. Elena atribuye en gran medida

la respuesta favorable de su hija a la relación tan estrecha que fue construyendo con ella desde que era muy pequeña. La transición ha sido un camino relativamente fácil pues en todo momento ha estado acompañada de su hija: “...el máximo apoyo emocional que yo he tenido en mi transición ha sido mi hija, desde muy chiquita comencé a crear, sin proponérmelo, un vínculo con mi hija...”

A diferencia de otros padres y madres trans, en quienes hay temores respecto de poder continuar con los vínculos de afecto, amor y cuidado hacia sus hijos y que se ven debilitados o anulados durante la reasignación, la experiencia no ha sido así para ella (Hines, 2006).

Los hijos e hijas de padres y madres trans necesitan “transicionar” junto con ellos; requieren de tiempo para integrar la noticia y trabajar el duelo por el padre o madre que “ya no es y ya no está” para aceptar a la persona en la que se ha convertido. Ello implica ser testigos mudos, pero activos, de los cambios corporales, de voz, de comportamiento, entre otros aspectos que implica la transición. De igual manera, es necesario negociar con “el nuevo padre” o “la nueva madre” acerca de cómo lo/la va a nombrar en lo sucesivo.

En el caso de Elena, debido a su nueva identidad y forma de vida, su hija la nombra y la reconoce

como su madre también, como también tiene una madre biológica, antecede a la palabra mamá el nombre de cada una para diferenciarlas. Su hija incluso ha llegado a corregir a su madre biológica cuando ésta se refiere a su mamá Elena como *él* o en masculino:

“No, no, se llama Elena, —ah, perdóname, oye que tu papá, —no es mi papá es mi mamá, esta mamá mía como tú la ves, —ah, discúlpame ...”

Casos como el de Elena y su hija son actualmente reportados en la literatura sobre padres y madres que transitan entre los géneros pero no provienen de una investigación realizada en nuestro país (Hines, 2006; Faccio, Bordin y Cipolleta, 2013; Haines, Ajayi y Boyd, 2014).

El trato de la hija hacia Elena se ha extendido al novio de la primera, quien también ha sido testigo del proceso de transición genérica de Elena y está consciente de su identidad. Debe decirse que para Elena el *passing*<sup>38</sup>, o pasabilidad y posibilidad como mujer fue “afortunado”, lo cual ha contri-

<sup>38</sup> El llamado *passing*, presenta al menos dos acepciones en la literatura trans y en el lenguaje y la experiencia de personas trans, viene de *to pass*. La primera se refiere a la “*passing phase*” definida como el periodo previo a la cirugía de reasignación sexual, durante el cual el candidato o la candidata debe vivir y trabajar como una persona contraria al sexo asignado al nacer. La segunda, a la apariencia y/o parecido físico que hace que una persona que transiciona entre los géneros sea realmente “leída” como un “verdadero hombre” o una “verdadera mujer” (Wojdowski y Tebor, 1976).

buido favorablemente para su inserción en algunas instituciones, por ejemplo la escolar, sin presentar mayores problemas.

Uno de los desafíos que libraba esta familia era el rechazo y la negación por parte de la madre de Elena y algunos de sus hermanos, quienes se niegan a aceptar la transición del hijo y hermano respectivamente.

### **Reconfigurando a la pareja y a la familia; la maternidad social de Noemí**

Para Noemí y Mónica la reconfiguración de pareja heterosexual en una “de la diversidad” se dio cuando esta última halló ropa de mujer en su casa, por lo que Noemí tuvo que hablarle de su verdadera identidad genérica, Mónica decidió no abandonarla y continuaron viviendo juntas. Fue entonces cuando Noemí inició su transición genérica de tipo social, vistiéndose de mujer dentro y fuera de casa.

Se dio una reconfiguración hacia dentro de la pareja y también hacia fuera, con las familias de origen y conocidos; ya no son más una pareja *común*, formada por un hombre y una mujer. La decisión de Mónica de continuar viviendo con un “hombre” que se sabe mujer y que ahora se viste y se comporta como mujer inauguró una nueva



forma de relación y desplazó el modelo “original” hacia uno en el que ambas son mujeres.

En este nuevo trayecto Mónica le hizo saber a Noemí su deseo de tener un hijo, lo que se convirtió en motivo de tensión y desavenencia entre ellas pues la transición no había resultado fácil para ninguna al tener que enfrentar ambas el asombro y el rechazo de sus seres queridos, incluso de desconocidos en la calle.

La combinación transición genérica y paternidad se convierte en algo más complejo y frecuentemente es fuente de conflictos entre las personas trans y sus parejas. En las investigaciones con personas trans se observa una mayor probabilidad de convertirse en padres o madres después de la transición genérica; el caso de Noemí y Mónica puede considerarse diferente, ellas decidieron procrear a su hijo ante de que Noemí comenzara con el tratamiento hormonal: “... yo tenía y sigo teniendo muchos miedos acerca de él [refiriéndose a su hijo], porque a final de cuentas, ¿qué iba a pasar si era como yo?...”

Pese a los temores, el deseo del hijo es más fuerte; Noemí cede en algún punto y Mónica queda embarazada; ellas lo hablan y acuerdan que su hijo nazca en el entorno de una familia en donde ambas van a ser las madres del niño. Este acuerdo les facilita las cosas al no tener que dar

explicaciones al hijo de la transición de una de sus madres.

Se observa entonces, con la reconfiguración de la pareja parental, la reestructuración de la familia, los reordenamientos en los papeles, las posiciones y las dinámicas parentales y familiares en general, ellas negocian como una familia de mujeres.

Hacia adentro de la familia las cosas han venido funcionando bien para ambas madres; su hijo las reconoce y nombra agregando el nombre de pila de cada una de ellas o bien con el diminutivo de Noemí. Pero hacia afuera de la familia, como muchas otras familias que se salen de la norma heterosexual, se enfrentan a algunas miradas de desaprobación. Son algunos de los tropiezos que pueden tener como familia “diversa”, los cuales van más allá de integrar a una pareja de mujeres, el cuerpo y su apariencia pueden hacer y hacen *una distinción*.

Sin saber qué es un “buen *passing*” y si éste es o no afortunado en Noemí, la atención en la pareja parental se hace evidente en ocasiones y hay preocupación por lo que pueda enfrentar el hijo: “...teniendo una mamá como yo se va a enfrentar a muchas cosas desagradables, incluso él ya ha pasado en este corto periodo, como burlas tal vez, rechazo... cosas que tal vez no tendría por qué

pasar si viviéramos en una sociedad justa, tolerante. Pero nuestra sociedad está muy lejana de ser tolerante aún...”

El acoso y la transfobia hacia estas familias y sus hijos son aspectos mencionados en otras investigaciones, las cuales también incluyen algunas de las estrategias que utilizan para lidiar con estos aspectos. Cada familia desarrolla un estilo propio de manejo hacia el exterior a fin de vincularse de la mejor manera con las instituciones.

Un paso ineludible en el camino recorrido por Noemí y Mónica fue dar la noticia a sus respectivas familias de origen, pues la familia extensa continúa siendo una institución con un gran peso en México. Es posible que ninguno de sus familiares supiera a qué se referían cuando Mónica y Noemí les comunicaron “la verdadera” identidad y la transición genérica del hijo y yerno respectivamente en mujer. Cabe recordar que los términos transexualidad y la transgeneridad no son conocidos ampliamente, por lo que entender lo que implica en y para las personas que la viven de cerca, no es una tarea fácil y las reacciones no se hicieron esperar.

En el caso de Noemí, fue su madre la que incluso llegó a prohibirle la entrada a la casa familiar: “... hasta que hace como unos seis meses mi mamá me habló y me dijo que me invitaba a comer, dije

‘bueno, tú sabes cómo voy a ir y tú me prohibiste ir pues como soy ¿no?’ Me dice ‘no, no hay problema, puedes venir como quieras’, ya como que lo empezó a aceptar”.

Por su parte, Noemí se ha distanciado por temporadas de sus padres; su madre no estuvo de acuerdo en que tuviera un hijo y tanto ella como su hermana insistían en que su hijo se dirigiera a Noemí en masculino.

La conservación de los lazos familiares de origen en las parejas que forman familias trans es uno de los ángulos que no han sido lo suficientemente explorado. Este aspecto se torna importante si se considera que la figura y la presencia de los abuelos es en muchos de los casos fuente de apoyo y cuidado para los nietos.

### **Consideraciones Finales: familia y paternidad como prácticas sociales**

Este trabajo tuvo como propósito hacer un ejercicio reflexivo acerca de la metamorfosis de familias heterosexuales en las llamadas familias transexuales en el contexto de la transición genérica del *hombre en mujer* y sus repercusiones en el ámbito de la paternidad. Este tipo de ejercicios se hacen necesarios ante la casi inexistente literatura en lo tocante a la conformación y reordenamientos que

se tornan necesarios en la reestructuración de la pareja y la familia.

Se requiere de una mirada abarcadora que integre a las familias construidas desde “la diversidad”<sup>39</sup> para incluirlas familias en la transición genérica del padre o de la madre, apuntando innegablemente a su condición corporal.

Las familias que han expuesto sus casos pueden ser consideradas como monoparental la primera y como nuclear la segunda. Ambas se encuentran en etapas diferentes del ciclo vital ya que mientras la primera es una familia en la etapa de hijos adultos, la segunda consiste en una familia en etapa de hijos pequeños.

Ambos casos pueden ser considerados como “exitosos”, la hija de Elena ha aceptado la nueva identidad de su madre y la relación entre ambas se ha conservado y sigue siendo muy cercana mientras que para Noemí y Mónica fue el deseo de esta última el que marcó la ruta en la construcción de su familia, procreando de forma biológica a su hijo y acordando que éste naciera en una familia encabezada por dos mujeres, ambas reconocidas como madres por su hijo.

<sup>39</sup> Término que se ha acordado del de “diversidad sexual”, el que en ciertos ambientes, puede resultar a todas luces prejuicioso y estigmatizante, ya que alude a la orientación del deseo lesboerótico u homoerótico de la pareja parental.

La intersección paternidad y transición genérica puede disolver o cambiar la estructura de la familia hacia adentro del sistema como hacia afuera, reordenando y reorganizando sus relaciones con instituciones como la familia extensa, entre otras. El proceso relativo a la transición puede llegar a ser sumamente complejo confrontando a la familia emocional y psicológicamente. En estos casos la paternidad se complica y se requiere de un equilibrio entre ésta, vista como ejercicio y como práctica, y la asunción de la nueva identidad del padre o de la madre. La investigación sugiere la importancia del diálogo abierto y honesto con los hijos e hijas de acuerdo con el momento de la transición: antes, durante o posterior a ella (Sales, 1995).

La noticia de la “verdadera y nueva” identidad de alguno de los padres implica para los hijos e hijas una serie de tensiones relativas a la identidad y los papeles y posiciones de padre o madre diseñados social y culturalmente para hombres y mujeres y sus derivados masculino y femenino. Sin embargo, lo esencial son los lazos afectivos y de cuidado que se construyan, más que la apariencia física y adscripción emocional y psicológica del padre o madre que transiciona entre los géneros.

Transición, relación de pareja y parentalidad se presentan así como pequeños y grandes pasos que día a día, momento a momento son *reflexiva-*

mente negociados al interior y al exterior de la familia y en otros escenarios. Los involucrados actúan como agentes morales activos, haciendo juicios acerca de los pros y contras de las consecuencias de sus acciones, las perspectivas y necesidades de los otros, lo cual sucede en la vida de cualquier familia (Williams, 2005).

Se observa en estas familias el cumplimiento de las funciones psicosociales que se les demandan: el cuidado, la atención y satisfacción de las necesidades básicas y educativas de los hijos e hijas, sin perder de vista la calidad de los vínculos afectivos necesarios para el desarrollo psicológico, emocional y físico de los mismos sin importar quién sea la persona que está a su cargo, si es hombre o mujer o si se comporta como uno u otra, si se le llama padre o madre o simplemente por su nombre.

Se hace necesario que los estudios llevados a cabo sobre la familia tomen una postura más inclusiva y consciente de las distintas realidades y formas de *ser y hacer familia* y de las fuentes de apoyo de las que estas familias se sostienen; acercarse y conocer, más allá del proceso de transición genérica de alguno de los integrantes de la pareja parental, cuáles son las implicaciones y experiencias de integración psicológica y emocional de la nueva figura parental en los hijos e hijas y ampliar la mirada hacia otros sistemas.

Una tarea de suma importancia para la psicología y disciplinas afines es estar atentas al descentramiento de las concepciones de la familia, el parentesco y la filiación, de su uso más que contemporáneo, apropiaciones y reformulaciones que de los mismos se están llevando a cabo en la práctica por estas familias y así conocer de qué manera se actualizan en sus miembros, con sus implicaciones a nivel social, cultural y político.

## Referencias

- Buxton, A. (2006). When a Spouse Comes Out: Impact on the Heterosexual Partner. *Sexual Addiction and Compulsivity*. Vol. 13 Nos. 2-3, p.317-332.
- Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*. 1era. ed. Barcelona: Gedisa. 189 p.
- Cabral, M. (2010). "Caballo de Troya. Transmasculinidades, derechos sexuales y derechos reproductivos". En: Martínez, G. y Martínez, Y. *Emanipaciones feministas en el siglo XXI* Ruth. 271 p.
- Espinosa, S. (2007). *Madres lesbianas. Una mirada a las maternidades y familias lésbicas en México*. Madrid: Egales. 175 p.

- Faccio, E., Bordin, E. y Cipolleta, S. (2013). Transsexual Parenthood And New Role Assumptions. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 15. No. 9. p.p.1-16.
- Haces, M. A. (2006<sup>a</sup>). *¿Maternidad Lésbica, Paternidad Gay? Del autorreconocimiento homoerótico al ejercicio parental. Una aproximación antropológica a las homofamilias*. Tesis Doctoral. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Haces, M. A. (2006b). Significado y ejercicio de los roles parentales entre varones homosexuales. *Revista de estudios de género. La ventana*. No. 23. p.p. 127-165.
- Haines, B., Ajayi, A. y Boyd, H. (2014). Making trans parents visible: Intersectionality of trans and parenting identities. *Feminism & Psychology*. Vol. 24. No.2. p.p.238-247.
- Hines, S. (2006). Intimate Transitions: Transgender Practices of Partnering and Parenting. *Sociology*. Vol. 40. No.2. p.p. 353-371.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas de investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Murphy, T. (2010). The Ethics of Helping Transgender Men and Women Have Children". *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol. 53. No. 1. Winter 2010. p.p. 46-60.
- Sales, J. (1995). Children of a Transsexual Father: A Successful Intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 4 No. 2. p.p.136-139.
- Schilt, K. & Westbrook, L. (2009). Doing Gender, Doing Heteronormativity. Gender Normals, Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society*. Vol.23. No. 4. p.p.440-464.
- Soley-Beltran, P. (2004). *In-transit: la transexualidad como migración de género Asparkia. Investigación Feminista*. No. 15. p.p. 207-232.
- White, T. & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Children-Adolescent Psychiatry*. Vol.16. p.p. 215-221.
- William, F. (2005). *Rethinking Families*. Calouste Gulbenkian Foundation. ESRC CAVA Research Group. 95 p.
- Zambrano, E. 2007. "Unthinkable" Parenthoods: homosexual, travestite and transexual mothers and fathers. *Horizonte Antropológico*. Vol. 12. No. 26, p.p.123-147.