

## CONSEJO EDITORIAL

Marco Eduardo Murueta Reyes, Fundador  
Enrique B. Cortés Vázquez, Fundador  
María Rosario Espinosa Salcido, Fundadora  
Esther M. Marisela Ramírez Guerrero., Fundadora  
E. Joselina Ibáñez Reyes, Fundadora  
José de Jesús Vargas Flores, Fundador  
Laura Evelia Torres Velázquez, Fundadora  
Rocío Soría Trujano, Fundadora  
Jorge Guerrero Barrios, Fundador  
Jorge Molina  
Raúl Rocha Romero  
María Refugio Ríos Saldaña

## COMITE EDITORIAL INTERNACIONAL

Fabián Spinelli, Universidad de Buenos Aires, Argentina  
Edgar Galindo Cota, Portugal  
Manuel Calviño Valdés-Faully, 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 Pérez, UNAM, FES Zaragoza  
María del Refugio Cuevas Martínez, UNAM, FES Zaragoza  
Brian McNeill, Universidad Estatal de Washington  
Carmen Mier y Terán, UAM, Iztapalapa  
José Joel Vázquez Ortega, UAM, Iztapalapa  
Lucy Reidl Martínez, UNAM, Facultad de Psicología  
Luis Joyce Moniz, Universidad de Lisboa, Portugal  
Nuria Codina, Universidad de Barcelona, España  
Humberto Giachello, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay  
Luis Morocho Vázquez, Colegio de Psicólogos del Perú  
Luis Benites 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 Morales, UA de Querétaro  
Rosalba Pichardo Santoyo, UA de Querétaro  
Dulce María Arredondo Vega, UA de Querétaro  
Betty Sanders Brocado, UAM, Xochimilco  
Carlos Guardado, Universidad Hispanomexicana  
Antonio Tena Suck, Universidad Iberoamericana, Santa Fe  
Ana Mercedes Bahía Bock, Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil  
Eduardo Almeida, Universidad Iberoamericana, Puebla  
Emily Ito Sugiyama, UNAM, Facultad de Psicología  
Odaír 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

## CONTENIDO

- Promoción del potencial humano mediante grupos de autoconocimiento y desarrollo personal . . . . . 2**  
Elina Nora Muñoz de Visco  
Claribel Morales de Barbenza (Argentina)
- Efectos de la terapia breve estructural y del equilibrio energético en niños en edad escolar con déficit de atención: reporte preliminar . . 14**  
Jaime Montalvo Reyna  
Nalleli María Cedillo Morales  
María Guadalupe Hernández Cruz  
María Rosario Espinosa Salcido (México, Estado de México)
- Hacia una nueva maternidad: relatos de mujeres que fueron madres en su adolescencia. . . . . 23**  
Rocío Villanueva González  
Francisco Javier Robles Ojeda  
Iris Xóchitl Galicia Moyeda (México, Edo. de Méx.)
- Cambios y ajustes psicosociales en la percepción de enfermos crónicos y cuidadores respecto de su género y familia . . . . . 32**  
Adriana Guadalupe Reyes Luna  
Adriana Garrido Garduño  
Laura Evelia Torres Velázquez  
Silva Patricia Ortega (México, Estado de México)
- Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres . . . . . 42**  
Marco Antonio Sánchez Pichardo  
María Eugenia Gómez López  
Guillermo González Campillo  
Idalim Niany Lozano Belmont (México)
- La representación de la función paterna en la adolescencia tardía. Un análisis a través de la narración . . . . . 48**  
Maricela Osorio Guzmán  
Santa Parrello  
Massimiliano Sommantico  
Barbara De Rosa (Italia, México)
- Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa . . . . . 58**  
Rosa Isabel García Ledesma  
Adrián Mellado Cabrera  
Lilia Santillán Torres (México, Estado de México)
- Calidad de vida en estudiantes de psicología 68**  
Susana Albanesi de Nasetta  
Valentina Garelli (Argentina)
- Experiencias cumbre en la consejería para las adicciones . . . . . 76**  
Edward Hoffman  
Fernando A. Ortiz (Estados Unidos)
- Relación entre la diferenciación y otros conceptos de la terapia familiar. . . . . 82**  
José de Jesús Vargas Flores  
E. Joselina Ibáñez Reyes (México, Edo. de Méx.)

# Promoción del potencial humano mediante grupos de autoconocimiento y desarrollo personal

Elina Nora Muñoz de Visco\*  
Claribel Morales de Barbenza\*\*  
Universidad Nacional de San Luis, Argentina

*Con el propósito de indagar si los grupos de autoconocimiento y desarrollo personal favorecen el incremento de las características funcionales de la personalidad, se propuso ofrecer a una muestra de estudiantes un ámbito de trabajo terapéutico donde pudieran abordar las dificultades que suelen enfrentar en la etapa de adaptación a la vida universitaria, coincidente con la generación de su proyecto de vida personal.*

*La posibilidad de desarrollar las propias potencialidades y la elaboración de un proyecto de vida están estrechamente relacionadas con la autoestima, el juicio de valor personal o dignidad de cada uno y la aceptación y aprecio de las características individuales. De allí surge la relevancia que se le atribuye a la promoción del autoconocimiento. Es evidente que los estilos funcionales y adaptativos de la personalidad y el nivel de esperanza de los jóvenes se vinculan claramente con el proyecto de vida personal.*

*Dado que los vínculos y tramas humanas que se tejen inevitablemente en la vida pueden transformarse en terrenos propicios para favorecer el descubrimiento y el desarrollo de potencialidades y marcar limitaciones, se decidió trabajar en grupos de autoconocimiento utilizando recursos de extracción humanística para propiciar diversos cambios.*

*Se trabajó durante ocho sesiones con un grupo cerrado, integrado por 15 estudiantes de primer in-*

*greso a la universidad, de sexo femenino, de 15 a 23 años de edad, en las cuales se evaluó la autoestima, el grado de esperanza y sus estilos de personalidad. La primera categoría se midió con dos instrumentos: Técnica Q de California-forma iii (Block, 1978) y Escala de autoestima (Rosenberg, 1966). Para indagar el grado de esperanza se aplicó el Test esperanza-desesperanza (Pereyra, 1996), y la tercer variable se evaluó con el Inventario Millon de estilos de personalidad (Millon, 1997).*

*La investigación se realizó en tres etapas. La primera, de pre-test, se dedicó a la aplicación de las técnicas de medición psicológica; en la segunda se trabajó con el grupo durante ocho sesiones aplicando recursos facilitadores de autoconocimiento, y en la tercera etapa, de pos-test, se aplicaron nuevamente las pruebas de medición psicológica para detectar posibles cambios. El análisis de los resultados mostró en los integrantes del grupo un incremento en las puntuaciones de autoestima y esperanza, así como en algunas escalas de estilos de personalidad correspondientes a metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales.*

**Palabras clave:** *Estudiantes universitarios, autoestima, esperanza-desesperanza, estilos de personalidad.*

---

\* Profesora asociada exclusiva, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Codirectora del Proyecto de Investigación 428501. Correo-e: nmvisco@unsl.edu.ar.

\*\* Profesora emérita, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Directora del Proyecto de Investigación 428501. Correo-e: claribar@unsl.edu.ar.

*This work investigates whether the groups of self-knowledge and personal development favor the increase of personality functional features, with the objective of providing a sample of students with an environment of therapeutical work where they can express their difficulties with respect to the period of adjustment to university life, as well as generate a personal life project.*

*The development of their own potentialities and project of life are closely related to their self-esteem, value judgment or dignity and the acceptance and appreciation of personal characteristics. Hence the relevance attributed to the promotion of self-knowledge. Evidently, the young's functional and adaptive styles of personality and their level of hope are clearly related to their personal project of life.*

*As bonds human interrelations inevitably weaved through life can favor the discovery and development of potentialities and to mark limitations, the modality of groups of self-knowledge was adopted, using humanistic resources to foster changes.*

*The sample was a close group of 15 female freshmen aged between 15 and 23 years old. The work was carried out over eight sessions. Self-esteem was assessed by two instruments: Technique Q of California, iii (Block, 1978) and self-esteem scale (Rosenberg, 1966). The level of hope was tested by the Hope-hopelessness test (Pereyra, 1996). Personality styles were assessed by the Millon inventory of personality styles (Millon, 1997).*

*The research was carried out in three stages. The first, in the pre-test stage, the techniques of psychological measurements were applied; the second, over the eight sessions of work with the group, resources favoring self-knowledge were applied, and the third, in the post-test stage, the techniques of psychological measurements were applied again in order to detect possible changes. The results show an increase in the scores related to self-esteem, to hope and to some of the scales associated with personality styles of motivation goals, cognitive styles and interpersonal behaviors.*

**Key words:** *University students, self-esteem, hope-hopelessness, personality styles.*

El objetivo de la presente investigación busca promover el desarrollo del potencial humano a partir de la premisa de que tanto la autoestima como la esperanza, el optimismo y las habilidades sociales reducen ciertas disfunciones o trastornos.

La experiencia acumulada en tareas de docencia, investigación y psicoterapia en la Universidad Nacional de San Luis, Argentina, nos ha permitido identificar en los estudiantes características de personalidad que influyen en su adaptación a la vida universitaria y en la elaboración personal de un proyecto de vida acorde con su etapa de desarrollo.

Con el propósito de ampliar el objetivo de nuestra investigación, consideramos pertinente ofrecer un ámbito de trabajo terapéutico que permitiera abordar las problemáticas detectadas. En este sentido, Vaillant (2000) y Seligman, Steen y Peterson (2005) consideran que una gran empresa para la psicología es la consolidación teórica de conceptos relevantes como las emociones positivas, el bienestar y la salud, al igual que el desarrollo de herramientas de evaluación de estos conceptos y la exploración y análisis de vías de intervención que promuevan o ayuden a mantener el bienestar de las personas. Acorde con estos planteamientos, decidimos organizar un programa de trabajo terapéutico para abordar las dificultades que suelen enfrentar los estudiantes en este campo.

El marco teórico de este trabajo se sustenta en una perspectiva humanística-cognitiva, la cual concibe la naturaleza humana como esencialmente positiva, de modo que la persona se mueve en dirección del progreso, la autorrealización y la socialización. Cuando ésta es libre y puede elegir, experimentar y desplegar su naturaleza básica, es un ser individual positivo y social, digno de confianza y básicamente constructivo.

Cuando no desarrolla estas posibilidades, puede llegar a ser destructivo para sí mismo y para otros. Adoptamos también algunas concepciones de la psicología positiva, que considera que los psicólogos deben tener en cuenta y promover e investigar los aspectos relacionados con el bienestar y la felicidad, incluso para iluminar el sufrimiento psicológico (Vazquez, Cervellon y Perez-Sales, 2005).

Las acciones de descubrir y desplegar las potencialidades personales a lo largo de la vida van de la mano con un desarrollo pleno de la persona, y son sinónimo de salud mental. En consecuencia, es fundamental la autoexploración, el autoconocimiento, el “darse cuenta” de las experiencias del organismo, de los sentimientos y de la manera en que se procesa la información y se significa la experiencia.

En la teoría de Carl Rogers es nodal el concepto de autoestima, el juicio de valor personal o dignidad de uno mismo. De ahí la importancia que le asignamos a la promoción del autoconocimiento. Rogers (1966) afirma que una *buena autoestima* implica el conocimiento, la aceptación y aprecio de las características personales, y se relaciona estrechamente con la capacidad de desarrollar las propias potencialidades. Frank (1988) considera que la autoestima se basa en la percepción y convicción de que se es capaz de controlar los propios estados internos y moderar, en alguna medida, las relaciones con los otros.

En el ingreso a la universidad los estudiantes atraviesan por una etapa de elaboración de su propio proyecto de vida, ansían saber quiénes son y qué llegarán a ser. Es vital la trascendencia que para el desarrollo psicológico tiene la adolescencia, etapa en que se producen cambios muy significativos en los patrones de significado de sí mismo y del

mundo; de allí surge en el sujeto la necesidad de la toma de contacto con sus posibilidades reales. Los cambios centrados en los significados de la autonomía llevan de alguna manera a la necesidad de generar un guión personal (Fernández Álvarez, 1992).

En la iniciación de esta etapa los estudiantes se enfrentan con nuevas circunstancias que exigen una rápida adaptación y flexibilidad en sus conductas. Dado que la fragmentación social que vivimos en la actualidad favorece en estos sectores el aislamiento y la alienación interpersonal, el grupo ofrece un poder curativo potencial.

Creemos que nuestra tarea como psicólogos es trabajar en nuevas maneras de tejer la trama humana. En el grupo, la persona está expuesta a diversos niveles de vivencia en una situación peculiar: la vivencia de sí mismo y de su interacción con otros. En el grupo encuentra, además, un ambiente de sostén y comprensión. Los individuos tienen necesidad de alimentarse entre sí para poder crecer como personas y evitar el raquitismo psíquico (Muñoz de Visco, 2006a, p. 48).

### **Grupos psicoterapéuticos**

Los grupos psicoterapéuticos pueden definirse como “Un conjunto de personas reunidas en torno a uno o más facilitadores con el propósito de resolver sus problemas psicológicos, personales e interpersonales en el marco de una comunidad de ayuda.” (Sánchez Bodas y Kapel, 1986, p. 45).

Las características de personalidad constituyen un aspecto importante en este estudio, dado que en los distintos niveles de interacción de los participantes en los grupos de autoconocimiento se ponen de manifiesto diferentes reacciones o estímulos (Barceló y Torrens, 2004). El grupo de autoconoci-

miento es un agente de cambio cuyos propósitos se dirigen a facilitar la comprensión cognitiva y la expresión de las vivencias, a promover la autoaceptación y los cambios favorables y perdurables, que a su vez se conviertan en hábitos y relaciones interpersonales tendentes a un mayor grado de autorrealización y despliegue del potencial humano. Este tipo de grupos, como otros de desarrollo personal o terapéutico, tiene como objetivo "facilitar un espacio interactivo entre los miembros que favorezca la actualización de los problemas sobre los que cada uno de ellos atraviesa en la vida cotidiana y sobre los que espera obtener cambios significativos" (Fernández Álvarez, 2004, p. 236). Tanto el grupo mismo, como la aplicación de técnicas específicas e intervenciones terapéuticas sirven como instrumentos de cambio.

Hemos puesto énfasis en el potencial humano, en la capacidad de las personas para encontrar los recursos que las conduzcan a manejar sus propias experiencias. Basándonos en las convicciones de Maslow con respecto a la educación, sostenemos que "Si queremos ayudar a los alumnos, si queremos ser orientadores, profesores, guías o psicoterapeutas, lo que debemos hacer es aceptar al individuo y ayudarlo a comprender la clase de persona que es en ese momento. ¿Cuál es su estilo, cuáles sus aptitudes, para qué está capacitado, qué es lo que no debe intentar, cuáles son sus talentos innatos, qué podemos construir con ellos, cuáles son sus potencialidades?" (Maslow, 1978, p. 199).

La aceptación y el despliegue de las propias potencialidades dan sentido a la existencia y favorecen una actitud esperanzadora acerca del futuro. Cuando las condiciones sociales no son benignas, surge la necesidad de fortalecer los recursos personales para autoapoyarse. "En tiempos problemáticos como

el presente, la comprensión de las emociones positivas no se desborda: la confianza, el optimismo, la esperanza y la seguridad, por ejemplo, nos son más útiles no cuando la vida es fácil, sino cuando es difícil." (Seligman y Peterson, 2007, p. 410.)

## **Esperanza**

Una línea de investigación relacionada con el bienestar psicológico de las personas que aun no ha sido suficientemente explorada es la actitud esperanzadora. Figuras relevantes de la psiquiatría reconocen la importancia del rol de la esperanza en las intervenciones terapéuticas. El terapeuta puede ayudar al paciente a desarrollar este sentimiento y la convicción de que sus problemas no son irremontables (Frank, 1968; May y Ellenberger, 1958). Por otra parte, dado que es un tema de relevancia aplicado en investigaciones en el área de la personalidad, consideramos pertinente incorporarlo en la presente investigación.

En el trabajo con grupos es necesario generar y mantener la esperanza de los miembros. Al respecto, Yalom considera que "la terapia de grupo no sólo se diseña partiendo de una mejora general de los efectos positivos de las expectativas del paciente, sino que también se beneficia de la fuente de esperanza que es inherente únicamente a la modalidad del grupo" (Yalom, 2000, p. 27).

La esperanza puede caracterizarse como la fe depositada en el futuro que permite utilizar estrategias y recursos positivos para enfrentar situaciones angustiosas o dolorosas, y que conduce a una actitud productiva, a una mayor confianza en sí mismo y en los otros, así como al aumento de la capacidad para disfrutar de la vida y orientarse hacia el futuro diseñando proyectos, proponiéndose objetivos y metas. Según Lazarus (1991), la esperanza consiste en una ex-

pectativa positiva acerca de la posibilidad de superar un estado o situación negativa.

La desesperanza, por el contrario, se describe como derrotismo, abatimiento, humor disfórico, una percepción “negra” del futuro, una tendencia a orientarse hacia el pasado recordando situaciones traumáticas. Abramson, Metalsky y Alloy (1989) la conceptualizan como la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un evento valorado como muy importante, unida a sentimientos de impotencia sobre la posibilidad de cambiarlo.

Las situaciones negativas actúan como ocasión propicia para que la gente pierda la esperanza. Sin embargo, las personas no siempre caen en la desesperanza por efecto de eventos negativos. Teorías cognitivo-sociales aseveran que la gente hace tres tipos de inferencias por las cuales puede o no caer en desesperanza:

1. Inferencias acerca de las causas que produjeron el evento. Si son causas estables, globales e importantes, hay más posibilidades de que se produzca desesperanza.
2. Inferencias acerca de las consecuencias posibles de la ocurrencia del evento (atribución causal). El grado de desesperanza depende de la importancia de las consecuencias, sobre todo si afectan áreas importantes de la vida.
3. Inferencias acerca del *self*. Las características negativas inferidas acerca del *self* pueden producir desesperanza, ya que la persona las realiza acerca de su propio valor.

La probabilidad de que los sujetos desarrollen esperanza o desesperanza depende no sólo de los modos cognitivos, las diferencias individuales y los estilos

atribucionales, sino también de factores interpersonales, socioculturales, del desarrollo y hasta genéticos.

La perspectiva humanística considera que la categoría esperanza-desesperanza es de gran importancia en el diagnóstico y pronóstico de la salud mental.

## Método

### Muestra

Los resultados que exponemos en este trabajo corresponden a una muestra en la que aplicamos la técnica grupal. El grupo se integró con 15 estudiantes de sexo femenino, de 15 a 23 años, de recién ingreso a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Todos los miembros del grupo eran clientes del Centro de Servicio Psicológico de la universidad.

### Instrumentos de evaluación psicológica

1. Evaluamos la variable *autoestima* mediante dos instrumentos:

**Técnica Q de California-forma III (Block, 1978).** Adaptada a la población de San Luis, Argentina (Muñoz y Barbenza, 1997), evalúa el grado de autoestima y el *self* real e ideal. Consta de 100 tarjetas que contienen ítems con frases descriptivas de la personalidad. Con el fin de agilizar su aplicación en grupos, adoptamos el formato de protocolo con ítems numerados del 1 al 100. La respuesta a cada uno de los ítems especifica la alternativa que mejor describe a la persona que responde el test en una escala de siete puntos de acuerdo con las siguientes opciones: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ligeramente de acuerdo, neutral, ligeramente en desacuerdo, en desacuerdo y total-

mente en desacuerdo. La puntuación final indica el nivel de autoestima: entre 100 y 300 puntos se califica como muy baja; de 300 a 400 puntos, baja; de 400 a 500, nivel medio; de 500 a 600, buena; y de 600 a 700, muy buena autoestima.

**Escala de autoestima (Rosenberg, 1966).** Contiene 10 ítems con afirmaciones acerca de sí mismo. La respuesta debe corresponder al número que mejor la representa en una escala de 1 a 5 puntos. La puntuación final se puede ubicar en los siguientes parámetros: de 13 a 32 puntos, autoestima baja; 33 a 39, autoestima media, y de 40 a 50 puntos, autoestima alta.

2. Con el propósito de evaluar el nivel de *esperanza-desesperanza* del grupo en estudio, utilizamos el **Test de esperanza-desesperanza (TED; Pe-reyra, 1996)**. La administración de este instrumento, compuesto de 28 ítems con 5 opciones de respuesta cada uno, puede ser individual o colectiva. En cada ítem se marca una de las cinco opciones que figuran en los márgenes. La evaluación ofrece una medida global de la variable (TED-G) y una medida de cada uno de sus dos factores: escala de esperanza (TED-E) y escala de desesperanza (TED-D). Cuenta, además, con seis factores; cuatro de ellos corresponden a *desesperanza*: pesimismo, regresión desconfianza y fatalismo; los dos restantes se refieren a la *esperanza*: optimismo y actitud prospectiva.

Los baremos elaborados a partir de una muestra heterogénea que incluyó a individuos con trastornos mentales y de comportamiento, personas normales y otras con situación especial de altos niveles de estrés nos sirven de apoyo y

nos orientan con respecto a los resultados de este estudio.

3. Con el fin de investigar los *estilos de personalidad* de los integrantes del grupo aplicamos el **Inventario Millon de estilos de personalidad (MIPS; Millon, 1997)**, que se basa en el modelo de personalidad de la teoría biosocial y evolutiva desarrollado por su autor. Este inventario, de aplicación individual o colectiva, se compone de 180 ítems; el sujeto debe determinar de qué manera estas aseveraciones se aplican a su personalidad marcando si son verdaderas o falsas.

La evaluación de este instrumento aporta puntuaciones de tres áreas de la personalidad: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales. Consta de 12 pares de escalas que se distribuyen en esas tres áreas. Las escalas correspondientes a metas motivacionales indagan la orientación a obtener refuerzos del medio: el primer par evalúa en qué medida la conducta del sujeto se dirige a buscar refuerzo positivo (apertura) o a evitar estimulación negativa (preservación). El segundo par indaga el grado en que sus conductas reflejan una disposición a cambiar su entorno (modificación) o a acomodarse a él (acomodación). El tercer par indaga la fuente del refuerzo: si el sujeto está motivado por metas relacionadas con él (individualismo) o con los otros (protección).

Las escalas incluidas en los modos cognitivos evalúan los estilos de procesamiento de la información. Dos de estos pares introversión o extraversión, y sensación o intuición indagan las estrategias para recolectar información. Los dos pares restantes reflexión o afecti-

vidad y sistematización o innovación indagando diferentes estilos de procesamiento de la información.

Las escalas del área de conductas interpersonales evalúan el modo de relacionarse con los demás: retraimiento o comunicatividad, vacilación o firmeza, discrepancia o conformismo, sometimiento o control e insatisfacción o concordancia.

**Procedimiento**

Distribuimos a las participantes en dos grupos de 7 y 8 personas respectiva-

mente. El trabajo se efectuó durante ocho sesiones quincenales de dos horas de duración, en tres instancias: 1) *pre-test*: aplicamos los instrumentos de evaluación psicológica a todos los integrantes de ambos grupos; 2) durante todas las sesiones de trabajo grupal aplicamos recursos facilitadores de autoconocimiento y desarrollo personal, y acompañamos con psicoterapia individual a los integrantes de ambos grupos que lo solicitaron, y 3) *pos-test*: re-evaluamos a cada integrante aplicando los mismos instrumentos utilizados en el pre-test.

**Tabla 1.** Valores de media y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas en autoestima con la aplicación de la Técnica Q y el Inventario de Rosenberg en las instancias pre-test y pos-test. Valores de *t* de Student y significación de las diferencias entre las puntuaciones medias. N = 15.

	Pre-test		Pos-test		t	p
	M	DE	M	DE		
<b>Autoestima</b> <i>Técnica Q</i>	402.33	57.08	467.3	41.30	-4.83	0.000
<b>Autoestima</b> <i>Inventario de Rosenberg</i>	26.73	1.70	34.20	2.56	9.22	0.000

**Tabla 2.** Valores de media y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas con la aplicación del Test de esperanza-desesperanza (TED) en las instancias pre-test y pos-test. Valores de *t* de Student y significación de las diferencias entre las puntuaciones medias. N = 15.

	Pre-test		Pos-test		t	p
	M	DE	M	DE		
<b>Esperanza</b>	37.93	9.71	47.53	6.24	-4.58	0.000
<b>Desesperanza</b>	27.13	8.07	16.47	5.25	4.88	0.000
<b>Puntaje global</b>	76.00	19.35	94.13	11.27	-4.34	0.001
<b>Optimismo</b>	25.67	6.13	32.33	4.48	-4.08	0.005
<b>Pesimismo</b>	8.00	6.61	2.73	3.75	3.31	0.033
<b>Regresión</b>	7.93	1.94	6.73	1.83	2.36	0.001
<b>Prospección</b>	9.80	1.93	10.20	1.26	0.72	0.470
<b>Desconfianza</b>	0.93	2.54	0.06	1.86	1.62	0.127
<b>Fatalismo</b>	4.40	1.88	1.80	1.57	5.15	0.000



## Resultados

En la tabla 1 se observan diferencias significativas en las puntuaciones medias obtenidas entre las instancias pre-test y pos-test tanto en los resultados de la aplicación de la Técnica Q como en el Inventario de Rosenberg.

En la puntuación global y en las puntuaciones de las variables esperanza, desesperanza, regresión y fatalismo (tabla 2) podemos observar que las diferencias entre ambas instancias son muy significativas; en menor grado se registran diferencias en las variables proyección y desconfianza.

**Tabla 3.** Valores de media y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas con el Inventario Millon de estilos de personalidad y la escala de autoestima en las instancias pre-test y pos-test. Valores de *t* de Student y significación de las diferencias entre las puntuaciones medias. N = 15.

	Pre-test		Pos-test		t	p
	M	DE	M	DE		
<b>Apertura</b>	41.20	25.40	59.86	15.50	-5.72	0.000
<b>Preservación</b>	53.93	27.15	40.67	14.08	2.98	0.010
<b>Modificación</b>	38.73	25.38	58.13	19.80	-5.77	0.000
<b>Acomodación</b>	59.60	24.57	41.20	21.90	3.57	0.003
<b>Individualismo</b>	55.60	18.96	67.00	15.23	-3.14	0.007
<b>Protección</b>	40.33	20.18	33.40	18.71	1.35	0.199
<b>Extroversión</b>	39.40	22.01	46.13	12.78	-1.45	0.168
<b>Introversión</b>	51.53	23.76	48.40	11.94	0.75	0.464
<b>Sensación</b>	47.86	28.43	57.26	18.28	-1.21	0.247
<b>Intuición</b>	49.00	21.07	40.87	22.11	1.68	0.115
<b>Reflexión</b>	38.93	34.24	47.67	25.58	-1.37	0.193
<b>Afectividad</b>	58.93	27.31	45.73	18.83	3.36	0.005
<b>Sistematización</b>	42.73	28.44	36.27	16.62	1.24	0.236
<b>Innovación</b>	39.40	21.23	58.46	17.62	-4.39	0.001
<b>Retraimiento</b>	60.13	21.42	50.40	19.10	2.01	0.064
<b>Comunicatividad</b>	40.60	21.91	44.13	17.97	-2.07	0.057
<b>Vacilación</b>	61.33	24.61	41.86	20.17	5.66	0.000
<b>Firmeza</b>	43.47	23.47	48.87	20.84	-1.03	0.320
<b>Discrepancia</b>	51.20	21.09	63.66	13.47	-4.91	0.000
<b>Conformismo</b>	48.52	19.64	40.06	15.33	2.38	0.032
<b>Sometimiento</b>	50.47	26.49	39.46	16.76	2.83	0.013
<b>Control</b>	48.40	28.02	47.46	23.13	0.38	0.708
<b>Insatisfacción</b>	65.33	27.79	51.60	23.71	2.52	0.024
<b>Concordancia</b>	57.13	17.03	50.00	13.42	4.46	0.001

## Escalas del Inventario Millon de estilos de personalidad

### Metas motivacionales: apertura-preservación; modificación-acomodación; individualismo-protección.

Modos cognitivos: extraversión-introversión; sensación-intuición; reflexión-afectividad; sistematización-innovación.

**Conductas interpersonales:** retraimiento - comunicatividad; vacilación-firmeza; discrepancia-conformismo; sometimiento - control; insatisfacción-concordancia.

Entre las instancias pre-test y pos-test observamos diferencias muy significativas en las puntuaciones medias obtenidas en las variables apertura, modificación, acomodación, individualismo, afectividad, innovación, vacilación, discrepancia y concordancia. También se registran cambios importantes en las variables preservación, conformidad, sometimiento e insatisfacción. No se registran diferencias con significación estadística en los valores de las variables protección, extroversión, introversión, sensación, intuición, reflexión, sistematización, retraimiento, comunicatividad, firmeza y control.

## Discusión

Analizando los resultados obtenidos en las instancias pre-test y pos-test observamos que, al finalizar las ocho sesiones de trabajo grupal, se produjeron las modificaciones que se analizan a continuación.

En la fase pos-test el nivel de autoestima evaluado con la Técnica Q había ascendido de *medio-bajo* a *medio-alto*; el resultado obtenido con el Inventario Rosenberg indicó un ascenso de la autoestima de *baja* a *media*.

Se incrementó el nivel de esperanza de *baja* en el pre-test a *normal* en la

instancia pos-test, a la vez que disminuyó el grado de desesperanza, quedando siempre dentro de los límites normales.

Se produjo también un incremento del optimismo, que al comenzar las sesiones presentaba un nivel bajo y al finalizar se había elevado a un parámetro normal. Estimamos que este resultado muestra una mayor confianza de las participantes en sí mismas y un incremento de la fe depositada en los recursos futuros para enfrentar situaciones conflictivas. Por otra parte, observamos una marcada disminución del pesimismo, lo cual implica una visión menos negativa del futuro y una actitud de superación de las tendencias derrotistas.

La puntuación en la variable *regresión* descendió al nivel de los parámetros normales, lo que indica una actitud de menor dirección hacia el pasado y hacia las experiencias negativas. Advertimos a la vez un crecimiento en la prospección, que indica una tendencia a orientarse hacia el futuro proponiéndose objetivos o metas que esperan alcanzarse.

Al finalizar las sesiones de trabajo grupal también observamos que el fatalismo había disminuido de manera muy significativa de una puntuación elevada en la instancia pre-test a una puntuación baja en la instancia pos-test. Este resultado sugiere que se descartaron algunas ideas acerca de un destino prefijado y trágico.

Respecto de las modificaciones en los estilos de personalidad, constatamos en el área de metas motivacionales un incremento en la variable *apertura*, lo cual indica que los miembros del grupo se mostraban más optimistas en relación con el futuro.

Se incrementó por otra parte la puntuación en la variable *modificación*, lo cual revela una actitud activa orientada a producir cambios en el entorno; este resultado es coherente con una disminu-

ción en la puntuación de la *acomodación*, indicadora de una tendencia a superar la pasividad y a generar iniciativas. Asimismo, se redujo la *preservación*, es decir la inclinación a agravar los problemas y a generar expectativas negativas. Aumentó a su vez la puntuación en la variable *individualismo*, que indica una predisposición a satisfacer prioritariamente las necesidades personales y a dedicar menos atención a las opiniones de los demás.

Con referencia a los modos cognitivos, en la instancia pos-test observamos que en el grupo de estudiantes disminuyó la *afectividad* y la tendencia a formar juicios basándose en sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias que deben afrontar. En contraste, se incrementó la *innovación*, que generó mayor creatividad y disposición para asumir riesgos y producir cambios.

En cuanto a las conductas interpersonales, los resultados indican que en la etapa pos-test disminuyó la *vacilación*, lo que facilitó la superación tanto de la timidez como del temor al rechazo, la tendencia al aislamiento y la desconfianza hacia los otros. Se incrementó a la vez la *discrepancia*, es decir, la inclinación a actuar de modo más independiente, más audaz y menos conformista. Esta característica se compensa con la disminución del *conformismo*, de la tendencia a la formalidad, la condescendencia, el sometimiento y la actitud complaciente.

También observamos que aminoró el grado de *insatisfacción*, lo que refleja una disminución del malhumor y la sensación de ser incomprendido y poco apreciado. En la variable *concordancia*, el grupo reconoce sentimientos negativos que pueden alterar sus relaciones personales.

No encontramos modificaciones significativas en la meta motivacional *protección*; en los modos cognitivos *extroversión*, *introversión*, *sensación*, *intuición*

y *reflexión*, así como en las conductas interpersonales *sistematización*, *retraimiento*, *firmeza* y *control*.

## Conclusiones

Los resultados de esta investigación indican que el trabajo con grupos de autoconocimiento es valioso. Dado que los jóvenes de nuevo ingreso a la universidad se enfrentan a nuevas modalidades de relaciones humanas que les exigen adaptación y flexibilidad en sus conductas, el contacto con sus pares en un grupo les posibilita conocer diferentes modos de comunicación en un nuevo contexto.

El grupo también ofrece un espacio de contención y sostén que les procura apoyo y estímulo para explorarse y encontrar sus propios recursos.

Creemos que los recursos facilitadores de autoconocimiento seleccionados para su aplicación en este trabajo fueron eficaces y promovieron un incremento de autoestima, esperanza y también en alguna medida, aunque limitada de estilos de personalidad considerados funcionales o adaptativos. No obstante, concluimos que sería conveniente realizar una tarea de seguimiento de los estudiantes que participaron en esta experiencia para detectar si los cambios observados se mantienen con el paso del tiempo.

“Nuestra experiencia nos ha demostrado que el grupo funciona como un laboratorio experiencial en el que cada miembro puede vivenciarse a sí mismo y en su interacción con otros. En esta interacción permanentemente encuentra desafíos y límites reales que representan de alguna manera los desafíos y dificultades con que se encuentra en su vida diaria. Poder encontrarse con las necesidades de los demás y darse cuenta de cómo impactan éstas en su conducta le ayuda a comprender mejor sus rela-

ciones extragrupalas.” (Muñoz de Visco, 2006b, p. 48) ♦

## Referencias

- Abramson, L., Metalsky, G. y Alloy, L. (1989). “Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression.” *Psychological Review*, 96, p. 358-372.
- Barceló, R. (2003). *Creecer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona*. España: Desclée de Brouwer.
- Barceló, R. y Torrens, F. (2004). “La intervención por contacto en la facilitación de grupos. De la no directividad al experiencing.” Actas del IX Foro Internacional del Enfoque Centrado en la Persona, Argentina: Ediciones Suárez, p. 99-137.
- Block, J. (1978). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- . (2004). “Terapia de grupo y trastornos de personalidad.” H. Fernández Álvarez y R. Opazo (comp.), *La integración en psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, cap. 6, p. 237.
- Frank, J. (1968). “The role of hope in psychotherapy.” *International Journal of Psychiatry*, 5, p. 383.
- Frank, J. (1988). “Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias.” M. J. Mahoney y A. Freeman (eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós, cap. 2.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Maslow, A. (1978). “Algunas implicaciones educacionales de las psicologías humanísticas.” T. Roberts, *Cuatro psicologías aplicadas a la educación*, t. 2, Madrid: Narcea.
- May, R. A. E. y Ellenberger, H. (1958). *Existence*. Basic Books: Nueva York.
- Millon, T. (1997). *MIPS, inventario Millon de estilos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz de Visco, N. (2006a). “Incidencia de la autoestima sobre la congruencia entre el self real e ideal.” Tesis de maestría en psicología clínica cognitiva integrativa. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- . (2006b). “Incidencia de la autoestima sobre la congruencia entre el self real e ideal.” *Ibidem*.
- Muñoz de Visco, N. y Morales de Barbenza, C. (1997). “Adaptación de la técnica Q de California-forma III para la evaluación de la personalidad.” *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14, p. 1-2, 47-60.
- Pereyra, M. (1996). Desarrollo y validación de un instrumento de medición de la esperanza-desesperanza. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42, p. 3.
- Rogers, C. (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M. (1966). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: University Press.
- Sánchez Bodas, A. (1993). “Metodologías del counseling.” A. Sánchez Bodas et al. (eds.), *Crear salud y curar enfermedad*, cap. 1, Buenos Aires: Holos.
- Sánchez Bodas, A., Frezza, E., Kapel, J., Kogan A., Olivieri, R. et al. (1993). *Crear salud o curar enfermedad*. Buenos Aires: Holos.
- Sánchez Bodas, A. y Kapel, J. (1986). “Psicoterapia grupal desde el ECP.” *Congruencias*, 1, Buenos Aires: CEPORM, p. 1, 44-50.
- Seligman, M., Steen, T. y Peterson, C. (2005). “Positive psychology progress: empirical validation of interventions.” *American Psychologist*, 50, p. 243-256.

- Seligman, M. y Peterson, C. (2007). "Psicología clínica positiva." Aspinwall, L. y U. Staudinger (eds.), *Psicología del potencial humano*. España: Gedisa.
- Stevens, J. (1991). *El darse cuenta*. Chile: Cuatro Vientos.
- Vaillant, G. (2000). "Adaptative mental mechanisms." *American Psychologist*, 60, p. 410-421.
- Vazquez, C., Cervellon, P., Perez-Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). "Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador." *Journal of Anxiety Disorders*, 19, p. 313-328.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

# Efectos de la terapia breve estructural y del equilibrio energético en niños en edad escolar con déficit de atención: reporte preliminar\*

Jaime Montalvo Reyna\*\* • Nalleli María Cedillo Morales\*\*\*  
María Guadalupe Hernández Cruz\*\*\*\* • María Rosario Espinosa Salcido+  
UNAM FES Iztacala

*El presente trabajo tuvo como objetivo probar los efectos de la aplicación del sistema de equilibrio energético life (life System) en cinco niños con problemas de déficit de atención (da). Se planteó la hipótesis de que el sistema generaría cuando menos un pequeño cambio en el grado del da de los sujetos bajo estudio. También se aplicaron algunas estrategias de la terapia breve sistémica, como la retroalimentación estructural familiar, todo lo cual se correlacionó con una modificación en las variables de disfuncionalidad familiar y bienestar psicológico individual, de pareja y familiar. Los resultados sugieren que las estrategias empleadas con estas familias pueden ser útiles en casos similares con la debida adaptación de las intervenciones en cada caso particular.*

**Palabras clave:** *Terapia breve sistémica, equilibrio energético, retroalimentación estructural familiar, déficit de atención y disfuncionalidad familiar.*

*The purpose of the present report was to test the effects of implementing a system of energy balance (life System) in five children with attention deficit (ad). The hypothesis raised was that the system would cause the least a small change in the degree of ad. Also were implemented some brief therapy strategies such as family structural feedback to the children's families all of which correlated with a change in variables family dysfunctionality, psychological individual, couple and family welfare. The results indicate that it is possible to suggest that the strategies employed by these families may be useful in similar cases with the necessary adaptation of interventions in each particular case.*

**Key words:** *Systemic brief therapy, energy balance, structural family feedback, attention deficit, family dysfunctionality.*

---

\* Proyecto apoyado por el Papime de la DGAPA, UNAM

\*\* UNAM FES Iztacala E Infasi Act [

\*\*\* FES-Iztacala, UNAM

\*\*\*\* FES-Iztacala, UNAM]

+ FES-Iztacala, UNAM] Correo-e: resolv123@yahoo.com.mx

## Marco teórico

### Trastorno por déficit de atención

El trastorno por déficit de atención (TDA) se inscribe en el grupo de los denominados *trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, y en particular en la clase de *trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*. En términos generales, y en consistencia con el modelo conceptual del manual *DSM-IV*, el término “trastorno” apunta a definir un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente alto de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (López-Ibor y Valdés, 2002).

Los rasgos principales del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son, por una parte, la dificultad para mantener la concentración (*déficit de atención*), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociados con inquietud motora (*hiperactividad-impulsividad*). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

La *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)* ofrece una caracterización similar del TDA; sin embargo, contempla el diagnóstico diferencial del TDAH o trastorno hiperkinético (Barkley, 1982) asociado con trastorno disocial. Parecería entonces que el TDA se conceptualiza en términos comportamentales, con componentes biológicos y genéticos. Brown (2000) lo define como una afección neurobiológica que padece de 3 a 7% de la población. En la mayoría de los casos se piensa que el TDA/H es heredado, y tiende a presentarse en algunas familias más que en otras. Es además una afección de por vida que impacta a niños, adolescentes y adultos de todas las edades,

hombres o mujeres, de cualquier raza o cultura.

Entre los síntomas y problemas comunes de vivir con TDA/H se encuentran:

- Falta de atención y excesiva facilidad de distracción.
- Inquietud física o hiperactividad.
- Impulsividad desmedida; hablar o actuar sin pensar.
- Inclinação a postergar decisiones o acciones de manera excesiva y crónica.
- Dificultad para comenzar tareas.
- Dificultad para completar tareas.
- Tendencia a perder cosas con frecuencia.
- Falta de habilidades de organización, planeación y gestión del tiempo.
- Olvido excesivo.

No todas las personas que padecen TDA muestran todos los síntomas, ni tampoco toda persona con TDA los experimenta con el mismo nivel de gravedad o discapacidad, lo cual resulta en impedimentos significativos para su diagnóstico oportuno (Avilés, 2000).

No existe hasta el momento una conceptualización universalmente aceptada sobre el TDA a pesar de que comparte criterios más o menos uniformes a nivel conductual con instrumentos diagnósticos como el *DSM-IV* y el *CIE-10*. En esta línea, podemos predecir que tampoco existirá un método universalmente aceptado que nos permita un diagnóstico oportuno. Sin embargo, el *CIE-10* menciona que el trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura en la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención en una porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con preci-

sión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficit en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado (*CIE-10*).

En los últimos años este campo ha sido abordado por múltiples investigaciones aplicadas alrededor del mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos, a través del Programa CHADD, el National Resource Center on AD/HD desarrolló una escala llamada WWK18 (We What Know 18) para el diagnóstico del déficit de atención en adultos. Los investigadores consideraron el TDA como una disfunción neurobiológica que es muy común y afecta de 5 a 8% de niños en edad escolar, y determinaron que los síntomas permanecen en la edad adulta hasta en 60% de los casos. Sin embargo, identificaron que existe una serie de condiciones biológicas y psicológicas, como ansiedad, depresión y ciertos tipos de trastornos del aprendizaje que podrían contribuir a que un sujeto presente conductas similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención. Por ello concluyeron que el WWK18 no es por sí solo un instrumento diagnóstico, porque para ello primero se necesitaría establecer un criterio que prevea la coexistencia (presencia o ausencia) de otras condiciones.

Partiendo de una conceptualización del TDA similar a la del estudio anterior, Compains, Álvarez y Royo (2002) intentaron diagnosticar, tratar y pronosticar el curso del TDA con o sin hiperactividad en niños en edad escolar. Aunque su diagnóstico parte de un estudio neurológico detallado y una exploración física completa, concluyen que son necesarias otras pruebas complementarias para lograr un diagnóstico diferencial del trastorno; sin embargo, no se cuenta con este tipo de instrumentos (Joselevich, De Quiros, Giusti, Heydl *et al.*, 2000). Como parte de esta misma investigación se rea-

lizó un tratamiento multidisciplinario que abarcó los aspectos médico, psicológico y pedagógico. El tratamiento médico se enfocó en el uso farmacológico de psicoestimulantes en los niños bajo estudio, tratando de reducir los efectos colaterales; el psicológico se realizó a través de un programa de modificación de conducta, en el que destaca la importancia del trabajo con las familias y el tipo de relación que establecen los padres con sus hijos afectados por el TDA-H (Quiñones, 2002). Por último, el tratamiento pedagógico fue remitido a la oficina de servicios educativos para el seguimiento de los pacientes. Los investigadores concluyeron que a pesar de la información con la que se cuenta sobre el TDA, existen limitantes para realizar un diagnóstico diferencial.

En México, los trabajos de investigación sobre el TDA se han realizado con una tendencia médica enfocada en la evaluación de los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, Ortiz (2007) hace una contribución que consideramos sumamente relevante, pues desarrolló un instrumento para el diagnóstico del TDA creado y validado en población infantil mexicana en edad escolar. Dicha escala, llamada ESAN (escala de autoidentificación de síntomas de TDA/TDAH para niños y niñas en edad escolar) se caracteriza por ser breve y de lenguaje sencillo.

### **Terapia breve sistémica: retroalimentación estructural familiar**

Domínguez (2008) sostiene que la terapia breve sistémica (TBS) puede aportar beneficios al manejo de las dificultades de aprendizaje, incluyendo el TDAH, ya que aunque no es una terapia que trabaje con procesos cerebrales de manera directa, tiene en su concepción acerca cómo funcionan los seres humanos, muchos procedimientos, conceptos, estrategias y herramientas que han comprobado ser útiles, con alto nivel de éxito, para el ma-



nejo de distintos problemas (algunos considerados graves). Entre otras aportaciones sobresalientes de la TBS al tratamiento del TDAH, encontramos las siguientes: permite tener una visión circular del trastorno, pues se cambia la relación causa-efecto por un análisis sistémico en el cual se detectan los círculos sistémicos en que caen los síntomas de TDAH y los patrones interaccionales que le son comunes; ofrece una visión despatoquizante del TDAH, pues a través de los reencuadres se guía a la familia para que vea lo útil y benéfico del problema, o lo define como una etapa o estilo de vida; involucra a la familia, principalmente a los padres, a tomar un rol activo en la solución, definiendo claramente jerarquías, tareas específicas y rituales de control y cambio; por último, utiliza estrategias de los enfoques centrados en soluciones (O´Hanlon, 1990), tales como la escala, la tarea de fórmula y la pregunta del milagro, entre otras. Del modelo estructural y estratégico se retoman la definición de jerarquías, el establecimiento de alianzas estratégicas y la ruptura de patrones disfuncionales, mientras que de los modelos basados en la narrativa se retoman la externalización y resignificación del problema y el uso de rituales.

En el enfoque sistémico se han planteado muchas técnicas para la intervención. Por ejemplo, la retroalimentación estructural familiar (REF) desarrollada por Montalvo (2009) parte de las bases teóricas del modelo estructural (Minuchin, 1989). La técnica consiste en entrevistar a la familia para identificar los parámetros estructurales que le dan forma a sus relaciones y realizar un mapa o familiograma de sus interacciones significativas. Posteriormente se le presenta a la familia dicha información conectándola con situaciones problemáticas. Si bien la REF por sí sola no resuelve todos los problemas, ha demostrado su efecti-

vidad motivacional en el proceso terapéutico, ya que propicia pequeños cambios que ayudan a una serie de intervenciones posteriores adecuadas a cada caso específico (Montalvo, 2009).

### **Sistema de retroalimentación energético (life System)**

Proponemos en esta investigación, para fines de diagnóstico y tratamiento, el uso del sistema *LIFE* creado por el médico homeópata estadounidense Chris Kesser. El sistema *LIFE* aparentemente es capaz de escanear y evaluar en forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo y contribuye a balancearlo, además de que puede conducir a una reducción del nivel de estrés con el que llega la persona. Este sistema de medicina cuántica y energética le proporciona al cuerpo la información y energía necesarias para que se repare a sí mismo, y nos permite encontrar a nivel subconsciente las razones que ocasionaron el desequilibrio energético que se transformó en enfermedad o problema psicológico. El sistema *LIFE* es uno de los primeros en su clase en el que se utiliza el enfoque de “doble testigo ciego”. Al efectuar el escaneo a nivel del subconsciente, el sistema interacciona sobre los miles de puntos del cuerpo que están siendo escaneados y evaluados. Ni el operador del sistema ni el cliente pueden influir en el escaneo.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación consistió en evaluar qué tan efectiva es una combinación de la intervención psicológica sistémica (en la familia) y el equilibrio energético en niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención.

### **Método**

Se realizó una investigación cuasi experimental, cuantitativa, exploratoria y transversal.

## **Población**

Participaron en el estudio cinco familias, dos de ellas uniparentales, dos familias intactas y una reconstituida, todas con un menor con diagnóstico de TDA: dos niñas y tres niños, con un promedio de edad de 9.4 años, quienes cursan entre tercero y sexto año de primaria en escuelas públicas. Todos los participantes cuentan con apoyo pedagógico desde hace 6.2 meses en promedio, y no están recibiendo tratamiento farmacológico.

## **Escenario**

La aplicación de los instrumentos se efectuó en los cubículos de la clínica INFASI, ubicada en Cd. Satélite, Naucalpan, Estado de México.

## **Instrumentos**

Se utilizaron los siguientes instrumentos.

- El sistema LIFE (sistema de retroalimentación energética) consta de una caja metálica pequeña conectada a cinco arneses, uno para la cabeza de la persona, dos para las muñecas de las manos y dos para los tobillos. El equipo se enlaza a un ordenador que ejecuta el *software* del instrumento.
- La escala de autoidentificación de síntomas de TDA/TDAH para niños y niñas en edad escolar (ESAN; Ortiz, 2007). La escala consta de 34 reactivos tipo Likert.
- La prueba ADHDT aplicada a los padres, que consiste en una guía de entrevista para identificar la estructura familiar. La prueba evalúa ocho áreas de dicha estructura a través de preguntas abiertas dirigidas a un informante.

## **Variables**

Familia, TDAH, estructura familiar, sistema LIFE.

## **Procedimiento**

Constó de dos fases y la evaluación continua durante el estudio. Se convocó y explicó a las familias el objetivo del estudio y se firmó el consentimiento informado, que contempla la grabación en audio y/o video de las sesiones, la aplicación al paciente del sistema de retroalimentación energética, la protección de la identidad y la publicación de resultados.

- **Fase diagnóstica.** Se aplicó a los padres la prueba ADHDT y la entrevista para identificar la estructura familiar. A los niños se les aplicó la escala ESAN y la prueba de cerebro del sistema LIFE. Tanto a los padres como a los hijos se les formularon preguntas de la escala de bienestar psicológico (EBP).
- **Fase de intervención.** Consistió de tres sesiones de retroalimentación energética con el sistema LIFE a cada niño(a) y entrevistas con los padres con el fin de aplicar la técnica REF, además de una segunda aplicación de la prueba ADHDT a los padres, y una segunda aplicación de la ESAN a los niños. Durante la intervención fueron utilizadas algunas técnicas de terapia breve sistémica para apoyar a las familias hacia los cambios que se trazaron como meta derivados de la intervención con la REF.
- **Evaluación continua.** Consistió en las preguntas de la escala de bienestar psicológico tanto a los padres como a los pacientes, así como en un reporte verbal de la familia sobre los cambios observados en el niño(a): psicológicos, interaccionales y físicos.

## Resultados

**Fase diagnóstica.** En la aplicación de las pruebas de ESAN (ver tabla 1) y LIFE (ver tabla 2), los puntajes obtenidos en cuatro de los cinco casos coincidieron en los criterios para considerar positivo en TDA/TDAH. En el caso de la prueba ADHDT aplicada a los padres, la puntuación en las cinco familias fueron indicativos para TDA (fig. 1).

cleo y por lo menos una relación conflictiva entre algunos miembros de la familia.

**Fase de intervención.** En esta etapa se aplicó la técnica REF, en la cual se dio retroalimentación a las familias sobre los elementos disfuncionales y funcionales encontrados en el familiograma. Las cinco familias participantes se mostraron receptivas y atentas a la información. Se les retroalimentó con la demos-

**Tabla 1.** Puntuaciones obtenidas en la primera aplicación de la ESAN a los pacientes identificados.

ESAN	A	B	C	D	E
Puntuación total	68	100	92	76	100
Trastorno de conducta	24	47	39	32	46
Déficit de atención	29	35	35	27	29
Hiperactividad	15	18	18	17	25

**Tabla 2.** Puntuaciones obtenidas en la prueba del cerebro del sistema LIFE.

LIFE	A	B	C	D	E
Cerebro	DA 94 DAH 38	DA 100 DAH 99	DA 76 DAH 46	DA 38 DAH 63	DA 53 DAH 75
% Rectificación	89	75	24	81	65

En cuanto a las preguntas de la escala, se puede observar que los padres califican con puntuaciones altas el bienestar psicológico de la familia, personal y de pareja, mientras que las puntuaciones bajas se observan en la calificación del bienestar psicológico del hijo (ver tabla 3 a y b).

En la evaluación de la estructura familiar se encontraron entre cuatro y ocho elementos disfuncionales en las familias participantes, siendo comunes en todas los siguientes elementos: el sobreinvolucramiento de la madre con el paciente identificado(a), la periferia del padre, la centralidad negativa del paciente identificado(a), límites difusos al interior del nú-

tración de ejemplos de las interacciones asociadas con cada elemento disfuncional o funcional. Asimismo, en colaboración con el terapeuta trazaron metas para los cambios que consideraron necesarios en su familia, y la intervención se apoyó en las tareas de fórmula del modelo de soluciones. (O'Hanlon, 1990).

En las sesiones posteriores a la aplicación de la técnica REF se observaron en promedio hasta tres cambios relacionales funcionales en cada familia.

Se aplicó por segunda ocasión la prueba ADHDT a los padres y la prueba ESAN a los pacientes. Además, se realizó una comparación intrasujeto entre las puntuaciones en ambas aplicaciones, la

**Tabla 3.** Escala de bienestar psicológico (EBP) aplicada a los padres de familia y a los pacientes

a)

Padres	A	B	C	D	E
EBP personal	9	8	9	7	9
EBP familiar	8	6	9	8	8
EBP de pareja	Na	6	10	9	Na
EBP hijo	7.5/8	6	9	5	7

b)

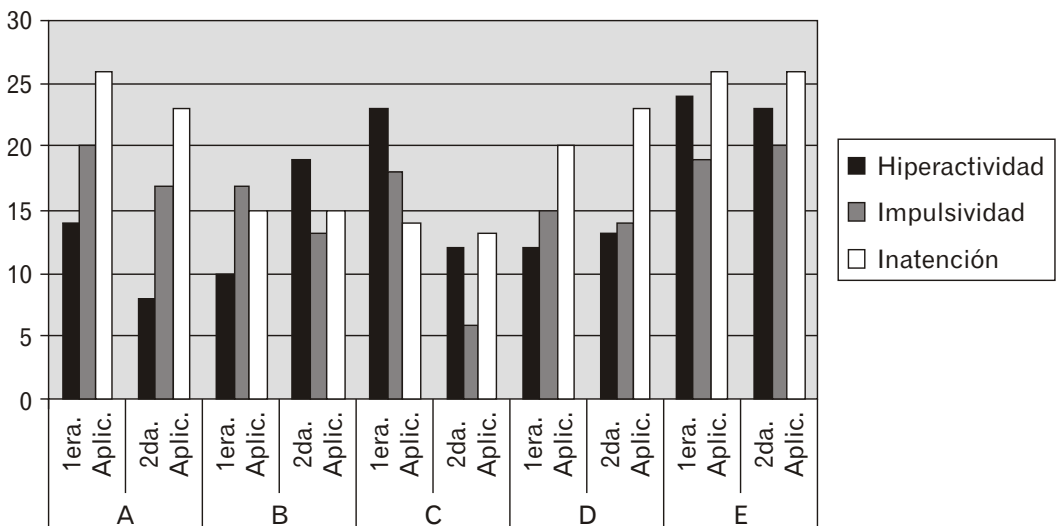
Pacientes	A	B	C	D	E
EBP personal	7	6	9	8	7
EBP familiar	8	5	9	8	9
EBP en la escuela	6	7	7	8	8

cual arrojó disminuciones en los puntajes obtenidos (figuras 1 y 2).

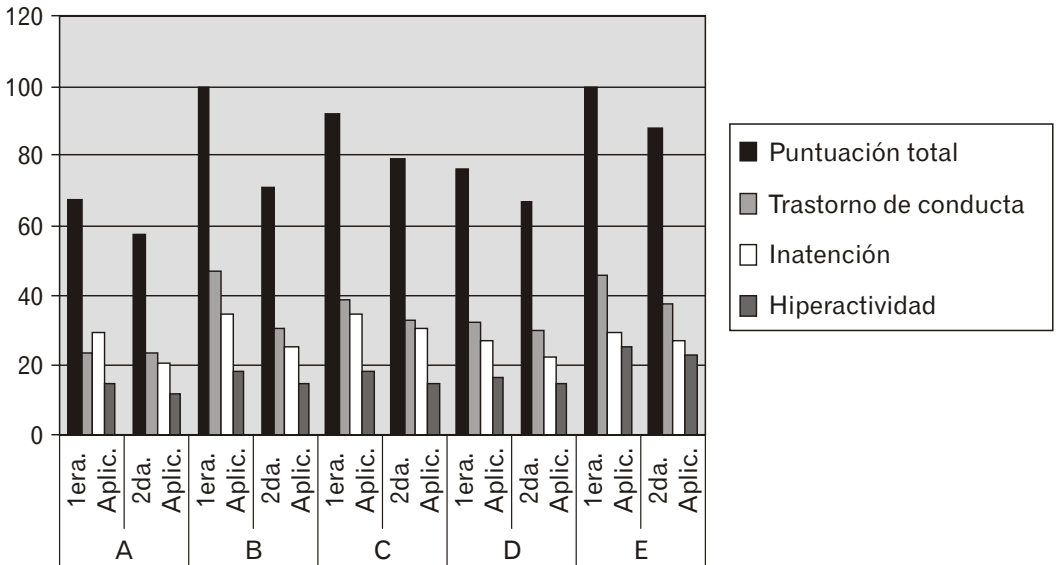
Las cinco familias presentaron disminuciones en la prueba ADHDT en por lo menos dos de las subescalas. En el caso de la hiperactividad, en los sujetos B y D se registró un aumento en la puntuación

(ligero en el D y casi del doble en el B). En la prueba ESAN, el puntaje total mostró una reducción en los cinco casos, con un promedio de 20 (10) puntos menos en la segunda aplicación después del tratamiento. La misma tendencia se observó en la aplicación y resultados del sistema

**Figura 1.** Comparación de puntuaciones entre la primera y segunda aplicación de la prueba ADHDT.



**Figura 2.** Comparación de las puntuaciones entre la primera y segunda aplicación de la prueba ESAN.



LIFE, donde las puntuaciones comienzan a disminuir entre la primera y la cuarta sesiones.

**Evaluación continua.** Las puntuaciones se elevaron en el bienestar psicológico del hijo identificado con TDA según la percepción de los padres; lo mismo sucedió en la autoevaluación de los niños, sobre todo en la escuela. En cuanto al motivo de la queja, cuatro de las cinco familias dijeron que el motivo inicial se superó de forma significativa, de modo tal que no representaba ya un problema en las relaciones familiares. Sólo una de las familias consideró estar en proceso de resolución de la queja.

### Discusión y conclusión

Los hallazgos más significativos de este estudio indican que el total de las familias participantes reportó cambios en los niveles interaccional y psicológico, lo que se corrobora con las puntuaciones de la segunda fase de las pruebas ADHDT y

ESAN. Comprobamos la efectividad de la técnica REF aplicada en las cinco familias, aunque una de ellas obtuvo menos cambios, por lo que debemos reflexionar sobre el proceso seguido e identificar con mayor precisión las variables involucradas que podrían haber complicado la intervención.

En cuanto a la percepción de los niños(as) sobre su propia situación, muestran mejoría como lo indica el aumento en el puntaje de las escalas de bienestar psicológico, sobre todo en la que se refiere a la escuela, donde sabemos que se presentan los principales conflictos emocionales debido a las continuas llamadas de atención de los profesores e incluso el rechazo de los condiscípulos ante los síntomas del menor con TDA (Joselevich, Moyano y Scandar, 2003).

En relación con la efectividad de la intervención en casos con diagnóstico de TDA como lo señalan varios especialistas, es difícil establecer un diagnóstico

diferencial se demuestra, al menos en el estado actual de nuestra investigación, que las variables relacionadas con el funcionamiento físico/mental de un individuo y su dinámica familiar responden ante la aplicación del sistema LIFE, que aparentemente es capaz de escanear y evaluar en forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo y además contribuye a balancearlo, ya que le proporciona a éste la información y energía necesarias para que se repare a sí mismo. Y también se demuestra, una vez más, que la terapia sistémica, en sus diferentes variaciones, está indicada para coadyuvar a la familia en el proceso de cambio ante el TDA.

Asimismo, consideramos que es necesario ampliar la investigación para evaluar de forma sistemática la efectividad y utilidad de la técnica REF y la retroalimentación bioenergética en poblaciones de diferentes edades y contextos ♦

## Referencias

Avilés, C. L. (2000). *Desorden de déficit de atención DDAH: herramientas prácticas para maestros, padres y estudiantes*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.

Barkley, R. A. (1982). *Niños hiperactivos*. Argentina: Paidós.

Brown, T. E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

*Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*, 10a. revisión.

Compains, J., Álvarez M. J., Royo, J. (2002). "El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Abordaje terapéutico multidisciplinar." *Boletín*

*de Pediatría de Sis*. San Navarra, núm. 25, supl. 2, p. 93-108.

Domínguez García, J. (2008). *TDAH. La terapia breve sistémica en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Un modelo bio-psico-social sistémico*. México: Cree-Ser.

Joselevich, E., De Quiros, G. B., Giusti, E., Heydl, P. et al. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños, adolescentes y adultos*. Argentina: Paidós.

Joselevich, E., De Quiros, G. B., Moyano, M. B. y Scandar, R. O. (2003). *ADHD. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer. Recomendación para los padres*. Argentina: Paidós.

López-Ibor Aliño, Juan J. y Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

Montalvo Reyna, J. (2009). *Terapia familiar breve*. México: Trillas.

National Resource Center on AD/HD (EUA).

O'Hanlon, W. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

Ortiz, G. (2007). "ESAN Escala de autoidentificación de síntomas de TDA/TDAH para niños y niñas en edad escolar."

Quiñones, A. J. (2002). Necesidades y conocimientos de las madres de niños/as con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, económicamente desventajadas. ProQuest database.

# Hacia una nueva maternidad: relatos de mujeres que fueron madres en su adolescencia

Rocío Villanueva González\* • Francisco Javier Robles Ojeda\*\*  
Iris Xóchitl Galicia Moyeda\*\*\*  
PPC Worldwide  
UNAM, FES Iztacala

*El presente estudio describe una investigación cualitativa que aborda el embarazo y maternidad adolescentes de ocho mujeres. Conversaciones con las jóvenes madres permitieron el acceso a los significados de su experiencia acerca del embarazo en su adolescencia y de cómo asumen y significan actualmente la maternidad y sus proyectos personales. La mayoría de ellas estudia y/o trabaja; algunas además son esposas, lo cual implica compartir la maternidad con otras personas para poder asumir roles alternos. Los resultados arrojaron dos conclusiones: algunas mujeres se están replanteando desempeñar varios roles, no sólo la maternidad, aunque no necesariamente los llevan a cabo; otras que comparten esta visión ponen en primer lugar la maternidad. No obstante, estos discursos y vivencias reflejan algunos cambios en las premisas de género referentes al rol femenino que trascienden la maternidad.*

**Palabras clave:** Embarazo adolescente, maternidad adolescente, perspectiva de género.

*This study describes a qualitative research on the adolescent pregnancy and maternity of eight women. Through conversations it was possible to access to the meanings about the experience of their pregnancy in the adolescence and how at this moment they carry out the maternity and their personal projects. Most of them are studying and working, and some of them are wives too. It implies to share the maternity with other people to be able to execute other roles. Results show two conclusions: some women are replanting they can perform several roles and not only the maternity, although not necessary in actions; other women who share this thought, put on the first place the maternity. Nevertheless, these discourses and livings reflect some transformations in gender preassumptions about female role beyond the maternity.*

**Key words:** Adolescent pregnancy, adolescent maternity, gender perspective.

---

\* Maestra en Psicología por la UNAM. PPC Worldwide, México Asistencia Empresarial. Correo-e: roviglez@yahoo.com.mx

\*\* Maestro en Psicología por la UNAM, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: solucion20@yahoo.com.mx.

\*\*\* Doctora en Educación por la UAS, maestra en modificación de conducta por la UNAM, FES-Iztacala. Correo-e: iris@servidor.unam.mx.

El embarazo y la maternidad adolescentes son descritos y explicados comúnmente como un problema de salud pública a nivel mundial, cuyo enfoque se centra en la exposición y descripción de datos. Sin embargo, nuevos estudios surgidos de disciplinas como la antropología, sociología y psicología interpretativa, y de especialidades como los estudios de la mujer, de género y de sexualidad y salud reproductiva plantean que para comprender de manera adecuada el embarazo adolescente, éste debe ser investigado tomando en cuenta el momento histórico y el contexto en el que ocurre, sin aislarlo de los procesos de cambio social, demográfico, cultural, institucional y político correlacionados (Román, 2000; Ruiz, Rodríguez y Fernández, 2000; Stern y García, 2003).

## Adolescencia

La adolescencia es un estado y periodo del desarrollo humano que se sitúa en medio de la infancia y la edad adulta, y abarca alrededor de ocho años (de los 11 a los 19 años de edad). Desde una perspectiva socioconstruccionista, no se le considera universal y asincrónica, sino como una etapa que varía de acuerdo con cada persona, familia, sociedad, cultura y periodo. Ejemplo de esto es el hecho de que hace dos siglos, en diferentes sociedades era inexistente esta etapa, pues la persona pasaba directamente de la niñez a la edad adulta; en contraste, actual-

mente se puede considerar a una persona de entre los 19 y 24 años de edad como un adolescente tardío, y no es raro que jóvenes de esta edad sigan solteros, vivan en casa de sus padres dependiendo en alguna medida de ellos y estén terminando de estudiar su carrera universitaria o empezando algún posgrado, actividades que se relacionan socialmente más con la adolescencia que con la adultez. Esta prolongación de la adolescencia ha llevado a que el embarazo en esta etapa sea considerado como un problema social debido a que es visto como un impedimento para el desarrollo profesional y a la construcción de mitos acerca de la sexualidad adolescente, entre ellos el de que ha disminuido considerablemente la edad de inicio de la vida sexual.\*

## Sexualidad y relación de pareja

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud 2002, la mayoría de las jóvenes sale de su casa entre los 15 y los 24 años de edad debido a que contrae matrimonio o se une en pareja (ya sea por amor o porque la chica se embaraza). Algunos autores (Minuchin y Fishman, 1981) señalan que una temprana maternidad y formación de pareja pueden impedir el desarrollo de una identidad e individuación adecuadas, ya que no se llega a formar un lazo afectivo fuerte debido a que la pareja no pasó por las etapas que ayudan a consolidar la relación, lo cual

---

\* Los datos indican que el inicio de la vida sexual no se ha incrementado y que incluso, en comparación con generaciones nacidas en la década de 1960 o anteriores, en la actualidad las adolescentes han retrasado levemente la edad de inicio de su vida sexual. Acerca del embarazo adolescente, la mayoría de las investigaciones menciona que no existe una diferencia respecto de las consecuencias negativas en la salud de la mujer adulta, con excepción de aquellos casos en que la adolescente tenga 14 años o menos (Chávez, Uribe y Palma, 2007). También se ha cuestionado que el embarazo sea sinónimo de abandonar la escuela. Por ejemplo, en países desarrollados y en clases económicas altas es común que las chicas no interrumpan su trayectoria académica ni trunquen sus expectativas profesionales y laborales, además de que visualizan alternativas ante el embarazo, como el aborto o ceder el hijo en adopción, tal y como se muestra en la película *Juno: correr, crecer y tropezar*.



hace que ésta se constituya en función del niño, haciendo a un lado el afecto e intereses mutuos. Tomando en cuenta estos aspectos desfavorables, la pregunta sería: ¿qué lleva a las adolescentes a desear una relación de pareja estable y a ser madres? En varios entornos, tener relaciones sexuales durante esta etapa se está volviendo una obligación no sólo para los hombres como en épocas anteriores, sino también para las mujeres, las cuales se ven presionadas a iniciarlas cuando encuentran “el amor de su vida”, adjetivo que las chicas comúnmente asignan a su pareja. Esta sería la única razón social aceptable para empezar a ejercer la vida sexual. Sin embargo, este “amor para toda la vida” es más bien una mezcla de enamoramiento y un primer conocimiento del placer sexual.

### **Embarazo y maternidad adolescentes**

El embarazo y maternidad a edades tempranas se presenta en todos los sectores económico-sociales. Las razones varían por sector: en la clase media alta se posterga más o, si se llega a dar, las chicas no truncan su trayectoria académica ni su proyecto de vida profesional. En los sectores rural, marginal y popular las premisas de género conducen a que la maternidad sea considerada, más que como un problema social o de salud, como un destino único y normal para la mujer. Respecto del contexto familiar, el embarazo se convierte en la salida a las situaciones problemáticas que viven las chicas en su casa por ejemplo, violencia y/o alcoholismo o en el supuesto acceso a un ideal de vida “perfecta” en pareja, donde se fantasea acerca de ser cuidada y protegida por el “novio” o de alcanzar una total autonomía (Díaz-Loving, en Medina, 2003; McCreary, 1986, en Zetina, 1991; Pick de Weiss, Atkin y Kar-chmer, 1998).

Diversas investigaciones muestran contradicciones sobre las desventajas o ventajas de ser madre adolescente. Por ejemplo, se ha encontrado que el embarazo da sentido a la vida de algunas jóvenes y las aleja de conductas destructivas y riesgosas como el consumo de drogas, o las motiva a retomar o iniciar sus estudios de bachillerato para posteriormente continuar con una licenciatura. Sin embargo, otras jóvenes le dan un significado negativo, lo cual cobra forma de humor depresivo en la fase del posparto, con el riesgo de que desarrollen conductas maternas problemáticas (Lesser, Koniak-Griffin, Anderson, 1999; Saewyck, 2000).

### **Método**

La presente investigación se basa en un estudio cualitativo cuyo objetivo consistió en describir la experiencia del embarazo adolescente por la que pasaron las informantes. La investigación se realizó en la ciudad de México en cuatro colonias de clase media baja.

### **Participantes**

La selección de las participantes se realizó con base en dos criterios: a) haber sido madre durante la adolescencia (entre los 14 y los 19 años de edad), y b) ser menor de 25 años. Se contactó a las informantes a través de personas conocidas técnica de la bola de nieve, quienes sugirieron a las jóvenes madres acorde con los criterios señalados. Participaron ocho mujeres de entre 17 y 23 años, de las cuales una es madre de tres hijas, otra de dos hijos, y el resto tiene sólo uno. Cuatro están casadas, y las otras cuatro son solteras. La mitad de las chicas estudió la secundaria, dos realizaron estudios de alguna carrera técnica, una de preparatoria y otra es estudiante de licenciatura. Cinco han traba-

jado fuera del hogar y dos se han dedicado exclusivamente al trabajo doméstico.

### **Procedimiento, recolección y análisis de datos**

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada con preguntas que abordaron los temas de sexualidad, relación de pareja, embarazo y maternidad. Las entrevistas se realizaron durante los meses de enero a abril de 2004 en la ciudad de México, fueron grabadas en audio y transcritas para su análisis. Las respuestas se revisaron para identificar temas importantes en los discursos de las informantes. A continuación se presentan los resultados más representativos que emergieron de la conversación con estas mujeres.

## **Resultados\***

### **Sexualidad**

De acuerdo con las entrevistadas, la sexualidad sigue siendo un tema tabú del cual no se habla en el ámbito familiar de manera abierta. Con los padres sólo es posible abordar temas básicos como los cambios físicos de la adolescencia o, en el mejor de los casos, información general acerca del embarazo o métodos anticonceptivos, excepto lo que se refiera a las relaciones sexuales. Esto implica que a este tema se le asigna un significado "malo" y se le asocia con llevar una vida sexual activa, lo cual es considerado en muchas familias como inapropiado en esta etapa de la vida.

*Ivonne. Eran temas como para gente más grande... Nada más nos decían, por ejemplo a las mujeres, los cambios que íbamos a tener y ya... Pre-*

*fería no preguntar porque pensaba que me iban a contestar que qué me importaba, o que si ya quería yo hacerlo, o algo así, ¿no? Como siempre son así, son muy cerrados.*

Sólo tres de las entrevistadas comentaron que sí existió la posibilidad de abordar este tema de forma más abierta con sus padres y abuelos, con primas o hermanas. A diferencia del entorno familiar, es con los pares con los que se puede hablar de estos temas, aunque en general se parte de supuestos o de ideas basadas en lo que se imaginan o esperan que sea una relación sexual, y en el mejor de los casos se comparten las experiencias de quienes ya han empezado a ejercer vida sexual. Según las entrevistadas, algunos aspectos que se comparten son: "quién ya tuvo relaciones sexuales", "en qué circunstancias" y "qué las llevó a tenerlas". De igual manera, en este ámbito solamente es permisible ejercer la sexualidad con la finalidad de obtener cariño, amor, apoyo y entendimiento.

Las informantes mencionaron que perciben una diferencia entre mujeres y hombres con respecto al ejercicio de la sexualidad, ya que sigue siendo bien visto que los varones tengan relaciones sexuales, lo que demuestra que son "más hombres", además de que lo viven como un evento efímero, fugaz e indiferente.

*Adriana. El hombre siempre lleva... la mejor parte. Una como mujer, pues perdemos todo ¿no?... tan fácil como la telita, digamos, el pedacito ese. Ya con eso ya..., porque todavía hasta la fecha hay hombres así.*

En el caso de las mujeres, la mayoría de las entrevistadas coincide en que tendió a idealizar la futura primera relación se-

\* Se han utilizado seudónimos para preservar la confidencialidad de las informantes.

xual, la cual se piensa que solamente será con “el amor verdadero”, o que “será por amor”. En este sentido, algunos investigadores comentan cómo sólo a través del amor es que las adolescentes pueden “hablar” de sexualidad (Ortega y Bravo, 1997). En el mismo sentido, tener relaciones íntimas sin amor es visto como algo negativo, lo que se refleja en los apodosos con que estas chicas se refieren a quien se sale de este mandato cultural (por ejemplo *zorra*, *perra*, *loca*, etc.). Esto nos permite afirmar que si antes el hecho de casarse posibilitaba que se aceptaran abiertamente las relaciones sexuales, ahora este valor es reemplazado por ejercerlas sólo si existe la fantasía de que hay un “amor verdadero” de por medio. A su vez, se piensa que la primera relación se dará “cuando llegue el momento propicio”, “ese momento especial”, por lo que no debe planearse previamente ni deben comentarse con la pareja las condiciones en que les gustaría que sucediera. Estas circunstancias facilitan que quienes sigan tomando la iniciativa en el área sexual sean las parejas de las chicas, y tal vez sea motivo para que deje de ser tan amenazante la idea de un posible embarazo, porque “lo peor” que podría pasar es que se casaran “con el amor de su vida” (Castañeda, 2002; Eisler, 2000; Jiménez, 2003; Rivas, 2000).

En general, las entrevistadas afirman haber recibido en la escuela información sobre los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sabían cómo emplear estos métodos y además los utilizaban. Sin embargo, esto no garantizó que planearan aplazar un embarazo para cuando ya estuvieran en las condiciones personales y de pareja apropiadas.

**Janette.** *De eso sí sabía [métodos anticonceptivos]. Prácticamente siempre me iba más por el condón, porque ya ves que las pastillas en-*

*gordan, que enflacan, que la inyección igual... Por eso nada más condón, porque los demás métodos te hacían muchos cambios.*

En el caso de estas mujeres adolescentes, el principal problema al que se enfrentaron al desear profundizar en la información recibida, era la idea que relacionaba este interés con tener una vida sexual activa, lo cual es socialmente censurado. Además de esta problemática, las principales razones señaladas acerca de por qué no usaron un método anticonceptivo son las siguientes: el manejo de estos métodos se asocia más con la prevención de enfermedades de transmisión sexual que del embarazo; se cree que se debe recurrir a los anticonceptivos sólo cuando se tienen varias parejas sexuales al mismo tiempo y no cuando la pareja es “el amor de su vida”; se piensa que hay mínimas probabilidades de embarazo en las primeras ocasiones, y el desconocimiento o mito acerca del uso de los métodos anticonceptivos las llevaba a usarlos de manera errónea.

**Janette.** *Como yo pensaba en casarme, me dejé de cuidar, y por eso me embaracé. No me hubiera embarazado si me hubiera seguido cuidando, porque se me hizo fácil, pues yo pensaba casarme en poco tiempo.*

## Embarazo en la adolescencia

Las entrevistadas mencionan que también contaban sólo con información básica acerca del tema del embarazo en la adolescencia (su duración, algunos cambios físicos de la futura madre, etc.). Las chicas aluden esta deficiencia tanto al poco interés de sus padres por hablar al respecto, como a su propio desinterés al percibir la posibilidad de ser madres como un hecho lejano (aunado a la problemática que implicaba hablar de temas sexuales). Por otra parte, los senti-

mientos que experimentaron al enterarse del embarazo fueron confusión, miedo, tristeza, frustración y enojo, los cuales están asociados con la percepción que se da en la comunidad al hecho de tener relaciones sexuales en la adolescencia.

**Gabriela.** *Mi reacción fue de miedo, coraje, mucho miedo hacia mi familia. Yo me puse a llorar... No era fácil porque yo pensé que ellos [mis papás] me iban a correr; era tan feo, yo lo recuerdo. Él no [mi pareja], él se puso contento, me abrazaba, me decía que iba a estar conmigo, pero yo no... Esa fue mi reacción.*

En su momento, el embarazo significó el inicio de una nueva vida, la cual era idealizada como libre de conflictos. Dichos ideales se fueron modificando conforme estas chicas empezaron a vivir en pareja. Los cambios en la vida a partir del embarazo pueden ubicarse en tres grandes áreas: a) cambios en las relaciones interpersonales, como aislamiento de los amigos, mayor dependencia de la familia y variaciones de conducta con la pareja debido a alteraciones en el estado emocional; b) cambios en sí misma, tanto físicos, como bochornos o crecimiento del vientre, y emocionales, como sentirse deprimida; y c) cambios en las actividades realizadas y en los proyectos de vida: dejar la escuela, el trabajo y actividades deportivas.

**Janette.** *Sí hubo cambios con mi familia. Al principio no están muy contentos, pero ya después entienden. Con mis amigos, empiezas a retraerte del grupo, y en la escuela igual, no te sientes como antes. Con mi pareja eran más notables [los cambios], porque no me sentía muy a gusto, estaba medio chocosa.*

**Ivonne.** *Yo jugaba en un campo de fútbol y ya no podía. En cosas que yo*

*hacía sola, ya después no me dejaban ni mover un solo sillón... Ya no tomé el juego, ya que no tengo condición. Para mí es más pesado y no tengo tiempo, aunque sí me gustaría.*

En cuanto a cómo las hacía reaccionar la idea de saber que iban a ser madres en breve tiempo, algunas respondieron que sintieron miedo y/o desconcierto, otras mencionaron que pensaron que sus proyectos laborales y académicos ya no se cumplirían como lo habían planeado, aunado a la conciencia de tener que asumir una responsabilidad que no se esperaba a esa edad, lo cual puede decir que impactó en su vida.

**Janette.** *Me desconcertaba... Los cambios son varios, y como que no asimilas mucho que dejaste de ser niña cuando ya de repente vas a ser mamá, y todo es muy rápido... Era como una enredadera bastante grande.*

Esta simultaneidad de procesos ocasiona en las embarazadas una gran crisis, ya que de manera inesperada saltan a ser madres adolescentes, y con frecuencia experimentan frustración, desolación, abatimiento, desamparo, baja autoestima, ansiedad, depresión y hostilidad (Polaino y Martínez, en Bazán, 1998).

## Maternidad

Ahora que las informantes son madres, la percepción hacia la maternidad ha cambiado. A pesar de que coinciden en que esta etapa es mucho más difícil de lo que pensaron, la consideran como algo satisfactorio en su vida, pues les ha permitido "crecer" como personas. En este sentido, mencionan diversas habilidades que tuvieron que desarrollar tanto quienes se quedaron en el hogar actitudes de crianza, cuidado, afectividad, etc. como

aquellas que además tuvieron que laborar fuera. Las chicas que trabajan o trabajaron fuera del hogar comentaron que resintieron algunos problemas en la relación y convivencia madre-hijo por el poco tiempo disponible para atenderlo.

**Entrevistadora.** *¿Cómo vives actualmente la maternidad?*

**Gabriela.** *Un poquito difícil, porque tengo que salir a trabajar. Salgo a las ocho de la mañana y regreso hasta casi las ocho de la noche. Se puede decir que todo el día no veo a mi hijo, sino ya hasta la noche. Entonces ya nada más llego, lo baño, le doy de cenar, preparo su ropa, y sólo estoy un ratito con él, porque a las 10 tiene que estar durmiendo para el otro día levantarse. Lo levanto a las siete de la mañana para que lo deje cambiado y desayunado, y mi abuelita nada más me hace el favor de llevármelo a la escuela a las nueve.*

Por su parte, el trato afectivo hacia el hijo fue surgiendo al momento del nacimiento; sólo dos entrevistadas refirieron que comenzó desde que estaban embarazadas. Quizás se deba a que al tenerlo fuera de ellas era más accesible poder mostrarle afecto y cuidado emocional, ya que era palpable escucharlo llorar o reír. Es interesante, por otra parte, que ninguna de las entrevistadas mencionó que el cuidado afectivo y emocional hacia sus hijos hubiera surgido de manera espontánea, sino que lo atribuyeron a una programación social aprendida desde su familia y la sociedad algunas cuidaron a sus hermanos menores, y la mayoría interaccionó en su infancia con juguetes como muñecas, juegos de té y utensilios domésticos.

Acerca de qué significaría o significó un nuevo embarazo, la mayoría aludió aspectos negativos aun aquellas

que ya tienen más de un hijo, por ejemplo, postergar aún más sus proyectos, o no poder disfrutar plenamente a su primer hijo.

**Adriana.** *La segunda sí la esperábamos. La que fue difícil fue la tercera, porque yo ya no quería estar embarazada... Estuve en depresión de que yo no quería estar embarazada, pero ya qué podíamos hacer... Traumante, yo creo... ya me operé.*

La mayoría visualiza diferencias entre ser una madre adolescente o adulta. En las adultas existe la expectativa de ser madre y profesionalmente están más preparadas. Estos dos señalamientos se relacionan directamente con el impacto que tuvo en la vida laboral y académica de las adolescentes el contraer un embarazo no deseado. Para ellas, una mujer adulta es alguien que ha realizado proyectos y además desea y planea ser madre.

## Reflexión final

A través de esta investigación se pueden destacar algunos aspectos relevantes en la vida de estas ocho jóvenes. Haber vivido al mismo tiempo la adolescencia, el embarazo y la maternidad trajo como consecuencia el adelanto de responsabilidades adultas y cambios en su relación de pareja, en su entorno social familiar y extrafamiliar. En general, podemos identificar dos esferas de significados o discursos por los que se rigen estas chicas. Uno que podríamos llamar *explícito*, y que es validado por la sociedad y adultos en general, y otro que podría denominarse *secundario*, o más limitado a nivel microsocial, donde aparecen diferentes creencias y comportamientos que facilitan este pasaje a la maternidad adolescente. En el nivel explícito, las chicas expresaron la importancia de concluir una preparación escolar-profesional como parte de su pro-

yecto de vida, lo cual implicaba ser madre hasta después de concluirla. Además, en este nivel se reconoce la importancia de contar con un conocimiento sobre aspectos de la sexualidad no sólo por parte de las jóvenes, sino de sus padres y de la sociedad en general. En el nivel microsocial aparecen las conductas basadas en las creencias y discursos de los entornos sociales próximos de estas chicas, entre los que destacan las diferencias asignadas al comportamiento sexual entre hombres y mujeres. En general, esto lleva a que, a pesar de tener acceso en teoría a información sobre sexualidad, se les limite socialmente el derecho a ejercerla o a poder comentarla abiertamente. Es importante tomar en cuenta esto en los programas de educación sexual, entendiendo que los mismos comportamientos tienen un significado distinto para hombres y mujeres, y que esto evita en algunos casos que las adolescentes, a pesar de tener información acerca de métodos de prevención de ETS y de planificación familiar, se sientan capaces de decidir libremente en esta área. De igual manera, es importante reconocer que en ciertos ámbitos el rol de madre sigue teniendo mayor importancia social que la realización escolar y el desarrollo profesional a pesar de que en lo explícito se diga lo contrario, y que a pesar de que el anuncio del embarazo a esta edad sea recibido como algo "negativo" por los padres, ser madre y ejercer este rol es socialmente valorado, lo que a su vez lleva a estas chicas a ponerlo en un primer plano en su vida. Esto nos permite comprender de mejor manera por qué en algunos ámbitos la maternidad adolescente seguirá presente e incluso será la opción principal a seguir por buena parte de las jóvenes, a menos que se flexibilicen los significados sobre el rol social de la mujer en la sociedad ♦

## Referencias

- Bazán, G. (1998). "Concepto de paternidad y maternidad en adolescentes estudiantes, un análisis en redes semánticas." Tesis de licenciatura. México: FES-Iztacala, UNAM.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Chávez, A., Uribe, P. y Palma, Y. (2007). "La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003." México: Secretaría de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Eisler, R. (2000). *Placer sagrado II. Nuevos caminos hacia el poder personal y el amor*. México: Pax.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2002). *Encuesta Nacional de la Juventud 2000*. México: Instituto Nacional de la Juventud.
- Jiménez, M. (2003). *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*. México: UNAM-CRIM.
- Lesser, J. D. Koniak-Griffin y A. Anderson (1999). "Depressed adolescent mother's perceptions of their own maternal role." *Issues in Mental Health Nursing*, 20 (2), p. 131-149.
- Medina, G. (2003). "Adolescencia y salud en México. 1985-1997. Un estado del arte." México: Flacso. [[http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est\\_OrtegaBravoEducacionSexualConEnfoqueDeGenero.htm](http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est_OrtegaBravoEducacionSexualConEnfoqueDeGenero.htm)].
- Minuchin, S. y Ch. Fishman (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Ortega, R. y L. Bravo (1997). *Educación sexual desde una perspectiva de género*. Chile: Corsap. [[http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est\\_OrtegaBravo\\_EducacionSexualConEnfoqueDeGenero.htm](http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/est_OrtegaBravo_EducacionSexualConEnfoqueDeGenero.htm)].

- Pick de Weiss, S., Atkin, L. y Karchmer, S. (1998). "Diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general." *El embarazo en la adolescente, Revista Psicología*, 22, julio-agosto, p. 21-24.
- Rivas, M. (2000). "Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales." I. Szasz y S. Lerner, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México, p. 137-154.
- Román, R. (2000). *Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes*. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Ruiz, M. A., A. Rodríguez y J. R. Fernández (2000). "Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults." *European Journal of Epidemiology* 16 (6), p. 527-532.
- Saewyck, E. (2000). "Meaning of pregnancy and motherhood among out-of-home pregnant adolescents." *Dissertation abstracts international. Section B: The Sciences and Engineering*. 60 (11-B), 5437, US: Univ. Microfilms International.
- Stern, C. y García, E. (2003). "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente." [[www.sexualidad-joven.cl/estudios/est\\_Stern\\_NuevoEnfoqueEmbarazoAdolescentes.htm](http://www.sexualidad-joven.cl/estudios/est_Stern_NuevoEnfoqueEmbarazoAdolescentes.htm)].
- Zetina, C. (1991). "Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Alternativas de prevención primaria." Tesis de licenciatura en Psicología. México: FES-Iztacala, UNAM.

# Cambios y ajustes psicosociales en la percepción de enfermos crónicos y cuidadores respecto de su género y familia

Adriana Guadalupe Reyes Luna\* • Adriana Garrido Garduño\*\*  
Laura Evelia Torres Velázquez\*\*\* • Silva Patricia Ortega\*\*\*\*  
UNAM, FES Iztacala

*Los enfermos crónicos viven cambios en sus actividades a los cuales deben adaptarse para afrontar su enfermedad. El enfermar genera consecuencias diferentes en hombres y mujeres acerca de cómo se ven a sí mismos y cómo ven a los otros. El objetivo de la presente investigación se enfocó en identificar y describir los cambios y ajustes que varones y mujeres perciben respecto de género y familia cuando se convive con una enfermedad crónico-degenerativa. Se aplicaron cuestionarios a 112 pacientes o personas que tuvieran un familiar en esta condición. En los resultados se observó que los varones buscan a personas que los cuiden. La función del(los) cuidador(es) recae en la figura femenina, considerando que el varón trabaja, tiene ocupaciones y “poca disponibilidad de tiempo”, además de que se siente ansioso y agresivo. En conclusión, las diferencias estriban en las características de género predominantes en nuestra cultura: el afrontamiento del varón es directo y el de la mujer se da a través de redes sociales.*

**Palabras clave:** Varones, mujeres, enfermos, familiares, afrontamiento.

*The chronic patients live changes in their activities and must adapt and confront their disease. Becoming ill, generates consequences different in men and women in as they are seen and they seen others. The objective of the present investigation it was to identify and to describe to the changes and adjustments that men and women perceive with respect to the sort and family when he is coexisted with chronic-degenerative patients. 112 questionnaires to people were applied who were or had a relative with a degenerative chronic disease. In the results observed that the men look for people who take care of them. The caretaker function it is falls to the feminine figure, considering that the man works, has occupations and “little availability of time”, in addition feel anxious and aggressive. In conclusion, the differences are based in the predominant characteristics of sort in our culture: the facing of the man is direct and the one of the woman through social networks.*

**Key words:** Men, women, patients, families, coping.

- 
- \* Licenciada en Psicología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: reyeslunagpe@yahoo.com.mx
- \*\* Licenciada en Psicología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: moyuki@yahoo.com.mx
- \*\*\* Doctora en Sociología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: laurativ@servidor.unam.mx
- \*\*\*\* Doctora en Sociología, Proyecto de investigación en aprendizaje humano. Línea de interacciones familiares, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: patosi@servidor.unam.mx



En mayor o menor medida los enfermos crónicos experimentan cambios en sus actividades físicas, laborales y sociales, y a la vez deben asumir psicológicamente el papel de “paciente crónico” y adaptarse a un trastorno que puede durar toda su vida. De una u otra manera deberán afrontar su enfermedad aun cuando no resulte fácil (Ramírez, 2005, y Vega y González, 2009). La forma en que el enfermo se percibe a sí mismo constituye un factor importante en la manera en que afronta y se ajusta a los cambios que se le presentan, pues el enfermar genera consecuencias diferentes para un hombre y para una mujer, tanto en su forma de verse como de ver a los otros (Contreras, Espinosa y Esguirra, 2008, y Arraras y Garrido, 2008).

Además, “las desiguales condiciones de vida de varones y mujeres, entre otros factores, inciden tanto en la salud física como en la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos” (Martínez-Benlloch, en González, 2006, p. 254). Por ejemplo, los problemas de salud en los varones son en gran medida secuela de su manera de trabajar sin descanso y de su orientación al logro (largos horarios de trabajo, muchos viajes de negocios, mayor riesgo de ser despedido en función de los resultados, etc.), e implican dificultades en el cuidado de su salud como consecuencia de cumplir con sus compromisos laborales (en su rol tradicional). Esto significa que descuidan frecuentemente su nutrición, el ejercicio, la relajación y el manejo del estrés (lo interiorizan). Aunado a ello, tienden a ignorar los síntomas y signos de cansancio o enfermedad y, al no percibirlos, es más probable que enfermen, se agoten o sufran ataques al corazón o una muerte prematura, a la vez que corren riesgos innecesarios, sufren más accidentes o tiene mayor éxito si intentan suicidarse (2009, en red).

Muchos varones niegan sus problemas de salud o físicos, pues reconocerlos o solicitar ayuda está asociado con una debilidad femenina (Gómez y Escobar, 2006). Además, las consecuencias negativas de carácter psicosocial y somático que sufren algunos hombres afectados por la tensión del rol de género masculino incluyen ira y ansiedad, abuso de drogas, conductas agresivas, manejar un vehículo en forma temeraria tras el consumo de alcohol, conductas delictivas durante la adolescencia o trastornos de personalidad antisocial (Landers, 1989, Eisler y Skidmore, 1987; Moshe y Sirkin, 1984, en González, 2006).

Por su parte, aun cuando las mujeres se enfrentan a condiciones iguales o más estresantes que los hombres a causa de sus actividades tanto dentro como fuera del hogar (ámbito laboral), tienden a vivir diferentes consecuencias en su salud, como trastornos afectivos, de ansiedad y somáticos (Landers, 1989, en González, 2006). Las mujeres son socializadas para expresar e identificar un amplio rango de emociones, y puede que estén más entrenadas en la identificación de todo tipo de síntomas (tanto físicos como psicológicos) cuando valoran su salud (Gómez y Escobar, 2006). Hablan por ende de estos problemas, y buscar ayuda puede influir en su tendencia a expresar sus síntomas y recibir atención (González, 2006). De igual modo, padecen más enfermedades agudas y condiciones crónicas, realizan más visitas al médico, utilizan más los servicios de salud y sufren más trastornos somáticos y distrés psicológico (insomnio, nerviosismo, jaquecas, palpitaciones, mareos, pesadillas, temblores y falta de motivación) que los hombres. Los síntomas conductuales de la anorexia y la bulimia son más frecuentes entre las mujeres por ejemplo, así como el uso de tranquilizantes, anti-depresivos y pastillas para dormir

(Arraras y Garrido, 2008, y López y Lege, 2009).

En consecuencia, el uso de ciertas estrategias de afrontamiento se ve permeado por el rol de género impuesto y asumido socialmente, es decir, que éstas pueden ser más o menos eficaces en función de ser hombre o mujer, por lo que el apoyo social es más utilizado por las mujeres, mientras que la acción directa es la estrategia usual en el caso de los varones (Lengua y Stormshak, 2000, en González, 2006).

En el caso del rol masculino, encontramos una capacidad técnica competitiva, agresiva y racional, a diferencia del rol de feminidad, el cual se ha relacionado con la capacidad de cuidar a los demás, la pasividad, la orientación hacia las relaciones y la emotividad. Estas conductas características del género se atribuyen a que las mujeres han sido educadas para desempeñar roles de cuidado de los demás, de aceptación y facilidad para expresar emociones y permitirse buscar apoyo social. Como contrapartida, en caso de no actuar de acuerdo con lo que se espera de ellas, son sancionadas o criticadas por la sociedad. En contraste, los hombres desarrollan socialmente sus capacidades y habilidades en función de la acción y la resolución, por lo que son educados (y en ocasiones obligados) para asumir riesgos, ser asertivos, mostrarse serenos ante el peligro y otras actitudes similares, además de que no se les permite expresar emociones o debilidad, pues deben ser fuertes e invulnerables (Chaveste, 2009). El contenido de las reglas que establecen los estereotipos o roles de género corresponde al cómo, cuándo y dónde se esté, es decir, de qué cultura se forma parte.

Por otro lado, tanto para los hombres como para las mujeres, como menciona Gómez-Sancho (2001), es muy importante el cómo y a quién(es) se le(s) no-

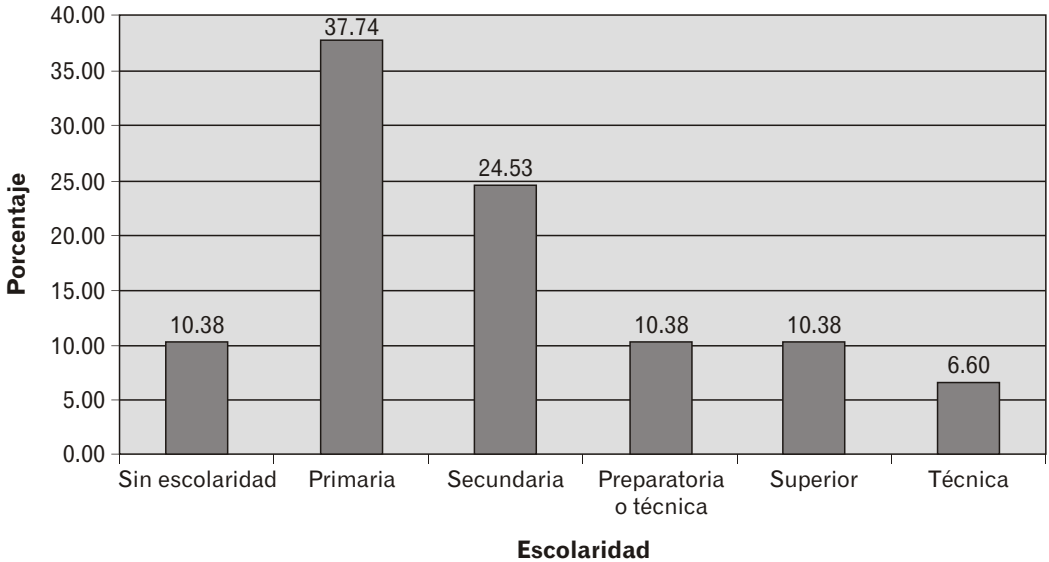
tifica el diagnóstico de una enfermedad grave, pues de ello dependerán las acciones y cambios en el funcionamiento de la familia, que es la principal red de apoyo, y que enfrentará junto con el enfermo los cambios drásticos ocasionados por los medicamentos, la dieta, las actividades físicas indicadas y demás terapias extrahospitalarias de recuperación, donde tal apoyo es indispensable (Barra, 2003). Reyes, Garrido y Torres (2001 y 2007), y Martín y Sánchez (2003) destacan que el apoyo familiar influye en las estrategias de afrontamiento que adoptan los y las pacientes.

Una enfermedad afecta más al núcleo familiar cuando la padece el jefe de familia. En efecto, según indica Alvarez (2001), a la enfermedad se le atribuye un mayor nivel de gravedad cuando recae en un varón que trabaja, y el apoyo familiar se manifiesta de forma diferente que cuando son otros miembros los que la sufren (la esposa, la hija o hijo, los abuelos, etcétera).

Si bien se han identificado y trabajado las características más frecuentes en los enfermos, es innegable que también en los familiares se generan sentimientos de angustia, tristeza, dolor, incertidumbre, agresión y otros, quienes, de no ser adecuadamente canalizados para que logren la aceptación y muestren una tranquilidad tal que influya en el proceso de cuidado, mantenimiento o recuperación del paciente, éste se verá radicalmente afectado y, en el peor de los casos, todos los integrantes del núcleo enfermarán.

La familia vive un proceso en el que la esperanza de aliviar o superar la enfermedad y el miedo a lo que ocurra (incertidumbre) surge como una estrategia de afrontamiento; en ocasiones se generan expectativas irreales, por ejemplo, acerca de una cirugía, un trasplante o un tratamiento, hasta que la familia y el paciente

**Gráfica 1.** En esta gráfica se puede observar el porcentaje de los encuestados en relación con su escolaridad.



se ajustan a las verdaderas condiciones institucionales, económicas y sociales que la enfermedad implica (Torres, Beltrán, Martínez, Saldivar, Quesada y Cruz, 2006, y Arraras y Garrido, 2008).

El objetivo de la presente investigación se orientó a identificar y describir los cambios y ajustes que hombres y mujeres perciben respecto de género y familia cuando se convive con una enfermedad crónico-degenerativa.

Se aplicaron 112 cuestionarios: 32 a varones y 80 a mujeres, todos ellos personas con una enfermedad crónico-degenerativa o que tuvieran un familiar cercano en esta condición. Los cuestionarios sobre cambios y ajustes en el contexto familiar se aplicaron en diferentes contextos: calle, hospitales, escuelas y unidades habitacionales.

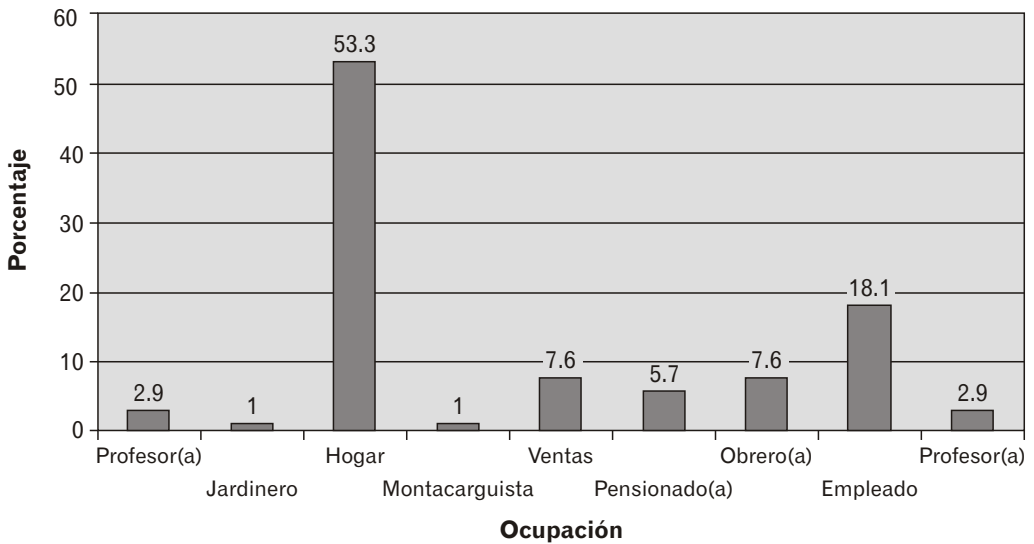
## Resultados

De los resultados obtenidos, vemos que se encuestó a 112 personas: 28.4% varones y 71.6% mujeres, con edades que

oscilan entre los 18 a los 80 años de edad, con una media de 46 años. El 37.7% de los consultados reportó educación primaria, seguido de 24.5% con secundaria y los demás repartidos en niveles superiores o sin escolaridad (ver gráfica 1).

Respecto de la ocupación de los encuestados, 53.3% se dedica al hogar, seguido por 18.1% que es empleado, 7.6% obreros, 5.7% pensionados y el resto otras profesiones (ver gráfica 2). Respecto del ingreso familiar, vemos que 56.8% gana menos de \$5 428.00 mensuales, seguido de 37.5% que percibe entre \$5 428.00 y \$10 857.60. En suma, 94.3% reportó un ingreso menor a \$10 857.60, lo que complica el acceso a medicamentos y servicios de salud. Esto puede explicar porqué 94.9% cambió el uso de los servicios médicos por instituciones de salud pública como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), centros de salud, etc., y solamente 4.3% acude a especialistas privados.

**Gráfica 2.** Presenta el porcentaje de los entrevistados en relación con su ocupación.



En relación con el tiempo que la enfermedad tiene de haber sido diagnosticada, el rango reportado es de 1 a 9 años, con una media de entre 3 y 5 años. Acerca de la manera en que les fue notificada la noticia, 86.2% de los encuestados la calificó de clara y amable, y sólo 11.7% la consideró grosera y dura. El 93.2% mencionó que se le informó al paciente para que cooperara y siguiera las prescripciones médicas.

A la pregunta de cómo recibieron los integrantes de la familia la noticia y qué pensaron, 41.4% sintió tristeza, dolor o una gran impresión negativa, 31.9% indicó que su primera intención fue de prestar apoyo y 20.2% expresó sentimientos de sorpresa o resignación.

Un dato interesante que arrojó la investigación es la negación de algunos familiares a reconocer que existe un enfermo crónico en la familia, ya que a la pregunta sobre si existía alguno, 1.8% contestó que no, aun cuando las encuestas se realizaron con el apoyo de médicos y se aplicó en salas de espera de hospitales de especialidades. El 26.4% de

los encuestados eran enfermos crónicos y el porcentaje restante personas que acompañaban al paciente. Respecto del parentesco de quien padece la enfermedad crónico-degenerativa, 31.1% mencionó que la madre, 13.2% el padre, 7.5% la pareja o un hermano(a), 5.7% un hijo(a) y 8.5% otro pariente. Acerca de cuántas enfermedades crónicas tiene el paciente, 62.6% mencionó que una, 29.9% afirmó que dos, 4.6% tres y 1.8% cuatro. Lo anterior nos habla de que muchas veces el cuidado deficiente y los malos hábitos de vida hacen que el organismo se desgaste y que una enfermedad permita que otra también se desarrolle (ver tabla 1).

**Tabla 1.** Presenta el número de enfermedades crónicas que padece el enfermo.

Número de enfermedades crónicas	Porcentaje de enfermos que las presenta (%)
1	62.61
2	29.90
3	4.67
4	1.86

Respecto de los tipos de enfermedades crónico-degenerativas más comunes, la diabetes ocupa el primer lugar entre los varones, con 58.1%, y entre las mujeres, con 50%; en segundo lugar figura la hipertensión arterial, con 19.4% entre los varones y 43.6% en las mujeres; en tercer lugar las enfermedades del corazón, con 12.9% en varones y 10.3% en mujeres, y en cuarto lugar el cáncer, con 6.5% y 9% respectivamente. Otras enfermedades crónicas se presentaron con menor porcentaje (ver tabla 2). Debido a que los sujetos de nuestra muestra sufren más de una enfermedad crónica, principalmente las mujeres, vemos que en la tabla 2 el porcentaje en cada columna suma más de 100%, ya que el mismo paciente padece más de una enfermedad.

**Tabla 2.** Se observan las enfermedades que se presentan en varones y mujeres.

Enfermedad	Varones (%)	Mujeres (%)
Diabetes	58.1	50
Hipertensión arterial	19.4	43.6
Enfermedades del corazón	12.9	10.3
Cáncer	6.5	9
Asma	3.2	5.1
Cirrosis hepática	0	5.1
Epilepsia	0	2.6

En relación con quién cuida y atiende al enfermo, principalmente vemos que los hijos, en 28.4% de los casos, seguido de la pareja, con 23.5% (ver tabla 3). En general, es un pariente cercano el encargado del enfermo, y algunas veces se contratan servicios de apoyo como enfermeras o cuidadores, pero sigue siendo la familia cercana el pilar fundamental de respaldo.

**Tabla 3.** Muestra la persona que cuida al enfermo y atiende sus necesidades.

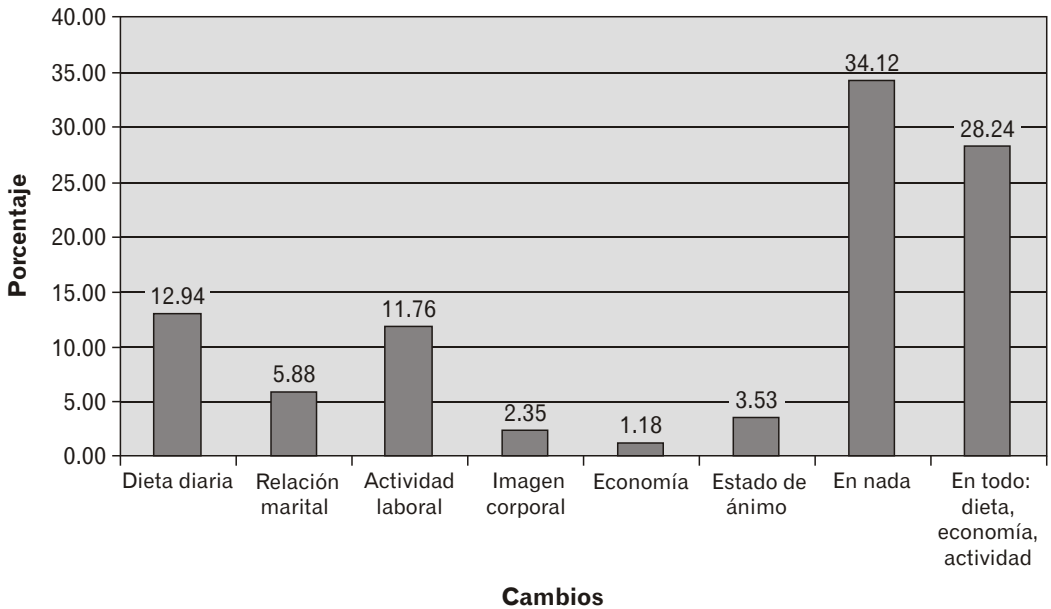
Cuidador	Porcentaje
Hijo(a)	28.43
Pareja	23.53
Otros	21.07
Él(ella) mismo(a)	13.73
Hermano(a)	4.90
Abuelo(a)	3.92
Padre	2.94
Madre	0.98

A la pregunta sobre cambios en la rutina diaria, 34.1% rechazó que los hubiera, y el porcentaje restante menciona entre los principales la dieta, la economía, la actividad laboral, etc. En la gráfica 3 podemos ver los cambios que consideran que tuvieron los enfermos crónicos.

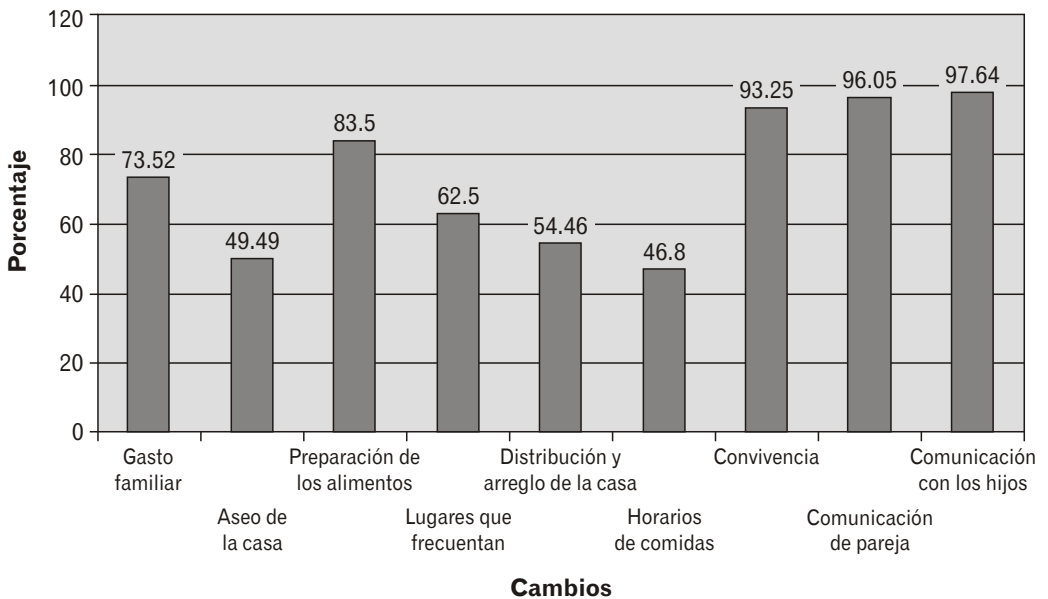
Respecto de los cambios en la familia, 73.52% los enfoca en la distribución de los gastos, ya que se incrementó la compra de medicamentos y alimentos, a la vez que disminuyó el ingreso, etc. Asimismo, los horarios de comidas se modificaron para 46.8% de los encuestados. Las alteraciones también se dieron en el aseo del hogar para 49.4%, y 83.5% menciona que debió adecuar su dieta y la forma en que prepara los alimentos dado que, o bien toda la familia la adaptó, o solamente el enfermo recibió una alimentación especial (ver gráfica 4).

Otro de los cambios al interior de la familia significó la alteración de las salidas o la rutina de los lugares frecuentados: 62.5% menciona que ahora visita más a los familiares; o por el contrario, dejó de salir, de ir a parques por ejemplo. Incluso, 56.4% afirma que el enfermo casi no sale de su casa. El arreglo y distribución del hogar también resintió cambios para 54.4% de los encuestados,

**Gráfica 3.** Muestra el porcentaje de los cambios presentados en el enfermo.



**Gráfica 4.** Presenta el porcentaje de los cambios que experimenta la familia.



pues tuvieron que esterilizar algunas áreas, adecuar espacios para aparatos especiales, cambiar la forma en que realizaban el aseo o deshacerse de sus mas cotas.

En torno a la convivencia familiar, 93.2% reporta cambios: para 61.6% la convivencia aumentó y para el resto disminuyó, pues el enfermo pasa más tiempo hospitalizado o se aísla de la familia. Esto también se refleja en la comunicación con la pareja, la cual sufrió alteraciones en 96% de los casos: 73.2% considera que se volvió más unida, y en el resto la relación se desgastó, se generaron mayores problemas o incluso hasta hubo separación. Lo mismo sucedió en la comunicación con los hijos, donde 97.6% considera que cambió: 74% para mejorar, y en el resto se desgastó o alejó a los hijos.

En resumen, podemos ver que la familia también sufre cambios cuando en su seno se presenta un enfermo: la atención que ésta recibe es limitada, pues los principales apoyos que se proporcionan son médicos o enfocados en cómo cuidar al enfermo, y pocas veces se interesan por conocer y apoyar a los demás miembros del núcleo. Existen instituciones donde se apoya a la familia en torno a los cambios que sufrirá el enfermo, pero en cuanto a enseñarles cómo adaptarse a las nuevas situaciones y ajustes todavía queda mucho camino por recorrer.

### **Discusión y conclusiones**

Con base en los resultados obtenidos se observó en general que los varones buscan a otra persona que los cuide: los hijos(as), la pareja u otros. Las mujeres, por su parte, se apoyan en los hijos(as) o en algún otro familiar de género femenino, o es en ellas mismas en quienes recae su cuidado. En cuanto a por qué se considera a estas personas como cuidadores, los varones mencionan que por

cercanía y por ser quien mejor los atiende; las mujeres argumentan que los "otros" (el marido, los hijos) tienen que trabajar y ellas están solas. Ambos géneros coincidieron en que se presentan cambios y ajustes principalmente en la distribución del gasto familiar, en el aseo de la casa, la dieta diaria, las relaciones familiares y en la frecuencia de las salidas a paseos, visitas, etcétera.

Encontramos que la función del(los) cuidador(es) recae frecuentemente en la figura femenina, independientemente de la edad. Son la madre, esposa, hija o nuera quien(es) se encarga(n) de los cuidados y atención del paciente. En general, el varón tiene más dificultades para adaptarse al papel de cuidador, ya que trabaja, tiene diferentes ocupaciones y "poca disponibilidad de tiempo", además de que se siente ansioso y agresivo en el desempeño de tal función.

Podemos concluir que aunque en esta población no fueron muy significativas las diferencias entre los géneros, sí se manifiestan distinciones en cómo perciben quién es cuidador y porqué. Además, se refleja el predominante punto de vista cultural, donde el hombre es todo poder, quien se supone que sabe su *deber ser*, es decir, proveedor, cabeza de la familia, el fuerte, el triunfador, la autoridad, por lo que no tiene tiempo disponible para cuidar de otros. La mujer, en cambio, a la que se le atribuye todo el amor, el desempeño de labores relacionadas con el cuidado de otros, sin olvidar las labores que la propia casa le exige, antepone en muchas ocasiones el cuidado de su familia a sí misma, y se manifiesta sumisa, incluso hasta el sacrificio de dejar en segundo lugar la atención de su propia salud o siendo la única responsable de ella (Gómez y Escobar, 2006; Hernández, 2006, y Lozano, Ríos, Álvarez y Rodríguez, 2007). No obstante, las mujeres tienden a

ser más abiertas, a expresar sus emociones y a comunicar su situación buscando ayuda o redes de apoyo, aunque a la vez enfrentan la culpa, el cuestionamiento de y "ahora para qué sirvo" si ya no pueden cuidar de los otros.

Por otra parte, se confirma lo referido por Aguilar, Suárez y Pinzón (2002), y Frutos, Blanca, Mancilla, Rando, Ruiz, Guerrero, López y Ortuño (2005) respecto de los cambios y ajustes que resiente la familia, lo cual también fue reportado en esta investigación. Éstos consisten en arreglos y gastos de la casa y para medicamentos, así como en sus relaciones interpersonales y frecuencia de paseos. Se reconoce, finalmente, que queda campo de investigación y acción para mejorar las condiciones de vida de los enfermos y sus familiares ♦

## Referencias

- (2009). "La construcción social del género y su relación con la salud" [[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_sociolog\\_salud\\_5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.htm)]. Consultado en noviembre de 2009.
- Aguilar, M. C., Suárez, B. M. G. y Pinzón, G. A. (2002). "Participación de enfermería en la coordinación de trasplantes de órganos." *Archivos de Cardiología de México*, vol. 75, supl. 1, p. 241-246.
- Álvarez, J. B. (2001). "Influencia del estrato y el género de la persona enferma en la atribución de tipos de enfermedad, nivel de gravedad y causas de enfermedad." *Psicología y Salud*, vol. 11, núm. 1.
- Arraras, J. y Garrido, E. (2008). "El afrontamiento de la enfermedad." *Revista Zona Hospitalaria*, núm. 11, mayo-junio de 2008 [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/articulos%20para%20el%20articulo%20de%20abril09/ARTITULOS%202008%20para%20%20mi%20articulo%20ar/El%20afrontamiento%20de%20la%20enferme-  
dad%20articulo2008.htm]. Consultado en septiembre de 2009.
- Barra, E. A. (2003). "Influencia del estado emocional en la salud física." *Terapia Psicológica*, vol. 21, núm. 1, p. 55-60.
- Chaveste, R. (2009). "Los hombres no lloran... ¿o sí?" [[http://revistalaura.com/articulos/sexualidad\\_22/hombres\\_lloran\\_\\_142.html](http://revistalaura.com/articulos/sexualidad_22/hombres_lloran__142.html)]. Consultado en diciembre de 2009.
- Contreras, F., Espinosa, J. C. y Esguirra, G. A. (2008). "Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis." *Psicología y Salud*, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre. [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/articulos%20para%20el%20articulo%20de%20abril09/ARTITULOS%202008%20para%20%20mi%20articulo%20ar/Revista%20Psicolog%C3%ADa%20y%20Salud%20-%20Universidad%20Veracruzana20082.htm]. Consultado en mayo de 2009.
- Frutos, M. A., Blanca, M. J., Mancilla, J. J., Rando, B., Ruiz, P., Guerrero, F., López, G. y Ortuño, C. (2005). "Organ donation: a comparison of donating and nondonating families." *Transplantation Proceedings*, 37, p. 155-159.
- Gómez, G. B. y Escobar, A. (2006). "Estrés y sistema inmune." *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7 (1), p. 30-38.
- Gómez-Sancho, M. (2001). "Cómo transmitir las malas noticias." *Psicología y Salud*, 11(1), p. 187-200.
- González, M. Ma. G. (2006). "Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género." Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia: Barcelona.
- Hernández, A. F. (2006). "El significado de la muerte." *Revista Digital Universitaria*, vol. 7, núm. 8, p. 1-8. [<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66.htm>]. Consultado en agosto de 2007.



- López, P. A. y Lege, L. (2009). "Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismo de sintomatología depresiva." *Revista Electrónica de Psicología*, Iztacala, vol. 12, núm. 1, p. 32-46.
- Lozano, T. L. R., Ríos, S. Ma. R., Álvarez, G. A. y Rodríguez, S. N. Y. (2007). "El trabajo de grupo para promover el bienestar en pacientes con infección renal crónica (IRC) en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)." *Alternativas en Psicología*, núm. 15, p. 62-71.
- Martín, J. D. y Sánchez, J. P. (2003). "Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón." *Terapia Psicológica*, vol. 21, núm. 1, p. 29-37.
- Ramírez, L. M. T. (2005). "Interacciones sociales de pacientes diabéticos." Tesis de licenciatura, FES Iztacala, UNAM, México.
- Reyes, L. A. G., Garrido, G. A. y Torres, V. L. E. (2001). "Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardiaco." *Psicología y Salud*, 11, p. 147-153.
- \_\_\_\_\_. (2007). "Importancia de la familia en candidatos para trasplante cardiaco." *Psicología y Salud*, vol. 19, núm. 1, p. 47-50.
- Torres, F. I. A., Beltrán, G. F. J., Martínez, P. G., Saldívar, G. A. H., Quezada C. J. y Cruz T. L. D. (2006). "Cuidar a un enfermo ¿pesa?" vol. XIX, núm. 2, *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana*, mayo-agosto de 2006, página web "La ciencia y el hombre", [<http://www.uv.mx/cien-ciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>]. Consultado en diciembre de 2009.
- Vega, A. y González, E. (2009). "Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica." *Revista Enfermería Global*, núm. 16, junio de 2009. [[www.um.es/esglobal/](http://www.um.es/esglobal/)]. Consultado en octubre de 2009.

# Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres

Marco Antonio Sánchez Pichardo\* • María Eugenia Gómez López\*\*  
Guillermo González Campillo\*\*\* • Idalim Niany Lozano Belmont\*\*\*\*  
Instituto Nacional de Perinatología

*Este trabajo consistió en entrevistar a 120 pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología (Inper) en México con antecedentes de pérdida gestacional recurrente (pgr) dentro de los tres primeros meses de ocurrida la última pérdida, con la finalidad de detectar la sintomatología y alteraciones psicológicas más frecuentes asociadas con dicha situación. Las entrevistas se realizaron en el Departamento de Psicología. Las pacientes fueron derivadas de la Clínica Especializada de Riesgo Pregestacional (cerp), a quienes se trata con el fin de establecer su nivel de riesgo para un siguiente embarazo. Los resultados arrojan principalmente la presencia de sintomatología de trastornos de ansiedad, del sueño y de alimentación, así como depresión. En menor medida se observan otro tipo de síntomas y alteraciones. A diferencia de otros trabajos en la literatura, aquí tal sintomatología puede ser explicada a través del tratamiento médico que el Inper ofrece.*

**Palabras clave:** Pérdida gestacional, psicología, ansiedad, depresión, sintomatología.

*This work consisted of interviewing 120 patients who go to the Instituto Nacional de Perinatología (Inper) in Mexico with antecedent of perinatal loss appellant (pgr) within the three first months of happened the last loss, in order to detect the more frequent group of symptoms associated to this situation. The interview was realized in the Department of Psychology, same that was derived from the Clínica Especializada de Riesgo Pregestacional (cerp) and to those who one treats to establish the risk level for a following pregnancy. The results mainly throw the presence of group of symptoms corresponding to anxiety upheavals, of the dream and of the feeding, and of depressive group of symptoms. To a lesser extent it is observed another type of symptoms and alterations. Unlike other works in literature such group of symptoms can here be explained through medical treatment that the Institute offers.*

**Key words:** Perinatal loss, psychology, anxiety, depression, group of symptoms.

---

\* Psicólogo adscrito al Departamento de Psicología del Inper, coordinador del Programa de Pérdidas Perinatales. Correo-e: marksapi@yahoo.com

\*\* Investigador adscrito al Departamento de Psicología del Inper. Correo-e: megl97@yahoo.com.mx

\*\*\* Investigador adscrito al Departamento de Psicología del Inper. Correo-e: gagoncamp@yahoo.com

\*\*\*\* Estudiante y testista de la licenciatura en Psicología. Correo-e: idalimniany@hotmail.com

Las pérdidas perinatales como eventos adversos durante la etapa reproductiva generan un impacto importante especialmente en la mujer, el cual se manifiesta a través de sintomatología diversa y alteraciones psicológicas. En términos médicos, las pérdidas se dividen en aborto habitual, con tres o más consecutivos, o más de tres no consecutivos. Se incluyen abortos previos espontáneos (clínicos, no los embarazos bioquímicos); abortos antes de la semana 20 a 22; aborto de repetición (reiterativo: al menos dos abortos consecutivos o más de 2 alternados), y pérdida gestacional repetida, que engloba también pérdidas distintas al aborto, como embarazo ectópico, molas, partos prematuros, etc. (Ramírez, 2008). Para fines prácticos del presente artículo, nos referiremos a la pérdida gestacional repetida o recurrente como un concepto que engloba tanto las pérdidas como los abortos, y de manera global se utilizará el término *pérdida perinatal*.

Uno de los principales impactos a nivel psicológico de las pérdidas perinatales es la manifestación conocida como *duelo*. “Llamamos *duelo* a la respuesta emotiva por la pérdida de alguien o de algo; cada pérdida significativa, cada desapego de una posición, objeto o ser querido significativo provoca una serie de reacciones o sentimientos que nos hace pasar por un periodo denominado duelo” (Cabodevilla, J. 1999, en Martín, 2000). Según Flórez (2002), esta aflicción no es un trastorno mental, aunque el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, mientras que la CIE-10 categoriza dentro de los trastornos adaptativos sólo las reacciones de duelo que se consideran anormales por sus manifestaciones o contenidos. González (2002), por

su parte, lo define como una sensación moral desplacante que se produce cuando se ha perdido un objeto de afecto.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que se pertenece (por ejemplo, vestirse de negro), con las situaciones que rodean la pérdida, con la edad del fallecido, la situación vital y si se trata de una muerte anticipada o repentina. Esto abarca distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación o aturdimiento. El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido, y se limita a un periodo que varía de persona a persona, es decir, no se extiende a lo largo de toda la vida (Villena, 2000).

En el caso de las pérdidas perinatales, según González (*op. cit.*), la reacción natural es un estado depresivo descrito como ensimismamiento, pérdida de interés respecto de los hábitos cotidianos, dificultad para mantener ligas emocionales con las personas u objetos que nos rodean, pérdida del apetito y del interés por la apariencia física, y en los casos de un duelo complicado, autoinculpación y autodevaluación.

Aunque comparten características de sintomatología, el duelo y la depresión son fenómenos distintos, de acuerdo con Flórez (*op. cit.*). Pueden existir fluctuaciones en el estado de ánimo en el primero, mientras que en el segundo los síntomas son típicamente persistentes y no remiten.

En un estudio realizado en Madrid, Iribarne y cols. (2002) compararon la repercusión psicopatológica entre mujeres que sufrieron pérdidas perinatales, contra aquellas con esterilidad primaria. Utilizaron diversas escalas (Horowitz), índice de reactividad al estrés y algunos cuestionarios (estrategias de afrontamiento y duelo), y encontraron mayor reactividad al estrés en las primeras en

grado patológico (41.3% vs 26.3%), además de duelo patológico o complicado con sintomatología clínica persistente, como depresión, ansiedad y somatizaciones. De no ser manejado a tiempo, el duelo puede convertirse en depresión perinatal, tal como lo señalan Arranz y colaboradores (2005).

De acuerdo con Zúñiga y cols. (2008), otras reacciones emocionales frecuentes son ataques de ansiedad, ira, aislamiento, problemas en la vida reproductiva y sexual, desórdenes del sueño y alimenticios, baja autoestima, dificultad para vincularse con niños u otras mujeres, pérdida del sentido de la vida y ocasionalmente deseos de muerte con tendencias suicidas, todo esto como expresiones de un trastorno depresivo. También señalan que otra de las esferas alteradas es la vida en pareja, ya que existen diferentes manifestaciones, intensidad y falta de sincronía en el proceso de duelo que viven ambos integrantes de la pareja, y con frecuencia la falta de comunicación con el fin de no aumentar el sufrimiento del otro da lugar a separaciones y divorcios.

Como puede verse, la sintomatología posterior a una pérdida en este tipo de población suele ser diversa. Así, el objetivo de este trabajo consistió en describir y categorizar dicho fenómeno en un grupo de mujeres con antecedentes de pérdida gestacional recurrente, las cuales ingresaron a una clínica especializada del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" de la ciudad de México en el primer trimestre después de ocurrida la última pérdida. En esta institución se realiza una valoración del nivel de riesgo para un futuro embarazo en el corto a mediano plazo, tratando de determinar la etiología de las pérdidas perinatales previas y de establecer un diagnóstico de manera oportuna tanto médico como sobre alteraciones

emocionales y psicológicas durante este proceso.

## Pacientes y método

Se realizaron entrevistas estructuradas a profundidad a 120 pacientes que ingresaron en la clínica en el lapso de un año y que presentaron respuestas emocionales durante la consulta médica (llanto, aprensión y/o ánimo decaído), por lo que, a criterio del médico o a petición de la paciente, fueron referidas al Departamento de Psicología para su valoración.

Cada entrevista se realizó a partir de la historia clínica desarrollada en el Departamento de Psicología del Inper, la cual explora datos sociodemográficos, motivo de consulta, intentos de solución, historia personal, e historia de vida sexual, de pareja y de familia actual, así como sintomatología básica y complementaria. Con esta información se obtiene un diagnóstico nosológico, así como un puntaje de acuerdo con la escala de evaluación de la actividad global, incluida también en el *DSM-IV*.

## Resultados

Se obtuvieron 18 tipos de síntomas, los cuales se describen a continuación en una escala de mayor a menor frecuencia, con sintomatología diversa en cada una de las pacientes.

En primer lugar, la sintomatología más frecuente es la ansiedad, con 83 casos, seguida de trastornos del sueño con 58, los cuales incluyen hipersomnia e insomnio medio, inicial y tardío. De trastornos de la alimentación se registran 54 casos, incluyendo aumento y disminución de apetito; depresión se registra en 30 casos; dificultades sexuales en 8; dificultad en la atención 6; ideación suicida 4, y en menor medida suspicacia, problemas somáticos, fobias, conductas obsesivo-compulsivas y agresión, 2 casos

cada uno. Finalmente, sólo se consigna una manifestación, respectivamente, de sentimientos de inadecuación, problemas de drogas y alcohol, pensamiento inadecuado, conductas autodestructivas, bajo control de impulsos y ambivalencia.

**Tabla 1.** Tipos de síntomas y frecuencia total en cada uno

Síntoma	Frecuencia
Ansiedad	83
Trastornos del sueño	58
Trastornos de la alimentación	54
Depresión	30
Dificultades sexuales	8
Dificultad en la atención	6
Ideación suicida	4
Susplicacia	2
Problemas somáticos	2
Fobias	2
Conductas obsesivo-compulsivas	2
Agresión	2
Sentimientos de inadecuación	1
Problemas de drogas y alcohol	1
Pensamiento inadecuado	1
Conductas autodestructivas	1
Bajo control de impulsos	1
Ambivalencia	1

En términos proporcionales, en 69.1% de los casos las pacientes presentan sintomatología de tipo ansioso, mientras que 48.3% muestra trastornos del sueño y 45%, trastornos de alimentación. La sintomatología relacionada con la depresión se presenta en 25%; las dificultades se-

xuales en 6.6%; las dificultades de atención en 5%; la ideación suicida en 3.3%; suspicacia, problemas somáticos, fobias, conductas obsesivo-compulsivas y agresión en 1.6 %, y finalmente, los sentimientos de inadecuación, problemas de drogas y alcohol, pensamiento inadecuado, conductas autodestructivas, bajo control de impulsos y ambivalencia, en 0.8% de las pacientes.

El promedio de síntomas presentados por cada paciente es de 5. Cabe señalar, como se mencionó anteriormente, que las pacientes que aquí se reportan fueron canalizadas al servicio de psicología por el médico tratante a su ingreso, sin previo diagnóstico médico definitivo, por lo que se presume que la manifestación de la sintomatología corresponde al evento o eventos que tienen que ver con las pérdidas perinatales, más que con el tratamiento médico al que pudieran haber sido sometidas.

## Discusión

En la literatura revisada se reporta la manifestación del duelo como principal sintomatología reactiva o secundaria de las pérdidas perinatales, y la sintomatología depresiva como reacción inherente. En contraste, como pudo observarse, en el presente estudio se encontró como principal fenómeno la ansiedad en los tres primeros meses de ocurrida la última pérdida perinatal y antes de iniciar propiamente un protocolo de estudio o seguimiento médico para determinar la etiología y el diagnóstico y nivel de riesgo en la búsqueda de un nuevo embarazo.

La sintomatología vinculada con la depresión, y la depresión misma, ocupa el segundo lugar en cuanto a frecuencia en este estudio, mientras que otros síntomas aparecen en tercer orden de importancia como sintomatología complementaria, los cuales pueden obedecer a alte-

raciones en otras áreas o esferas de la vida de las pacientes. Como señala Flórez (2002), la sintomatología depresiva por el duelo puede ser objeto de atención o intervención aun cuando no aparece clasificada como un trastorno propiamente, de acuerdo con el *DSM-IV*.

La manifestación de la ansiedad puede ser parte de un trastorno depresivo según Zúñiga (2008), incluyendo otro tipo de síntomas. También la señala Iribarne (2002) como síntoma complementario al comparar, como ya mencionamos, a pacientes que presentan esterilidad primaria contra aquellas con antecedentes de pérdidas perinatales, por lo que la ansiedad aquí, y según el autor, está presente como síntoma complementario acompañada de somatizaciones, altos índices de reactividad al estrés y depresión.

Con respecto a y en comparación con la literatura revisada, existen diferencias en la frecuencia de aparición del tipo de síntomas de primera instancia en el presente estudio. En éste, como se ha hecho notar, prevalece la ansiedad, lo cual puede ser explicado por la valoración y seguimiento médico a la que esta población es sometida, así como por la incertidumbre que rodea la espera de un diagnóstico específico y las probabilidades de éxito en un siguiente embarazo. Otra variable es el aspecto social, donde la familia y el círculo social, así como las expectativas en torno al seguimiento médico pueden jugar un aspecto fundamental y convertirse en un estresor para esta población.

Lo anterior aparece aquí como una hipótesis, la cual sería menester comprobar o desechar en un estudio posterior que contemple y controle las variables tanto del seguimiento y valoración médica como del factor social en la población con antecedentes de pérdidas perinatales.

## Conclusiones

Las pérdidas perinatales generan un impacto psicológico importante en quienes las sufren. En muchas ocasiones las pacientes llegan a desarrollar una sintomatología depresiva que corresponde al curso de lo que se conoce como *duelo*, mientras que en otras se desarrolla como parte de un proceso adaptativo o bien de algún episodio depresivo.

En el presente estudio la sintomatología más frecuente fue la ansiedad, seguida de trastornos del sueño, de alimentación y de depresión en menor medida, continuando con otro tipo de síntomas menos recurrentes. Estos resultados se contraponen y contrastan con los de la literatura revisada, donde se reporta que la depresión ocupa el primer lugar. Sin embargo, en el caso de las pacientes aquí estudiadas, una variable a considerar radica en el seguimiento médico al que son sometidas con la finalidad de identificar la etiología y/o diagnosticar el nivel de riesgo para un posible embarazo futuro, lo que podría explicar el incremento en el nivel de ansiedad debido a la expectativa e incertidumbre despertadas por este proceso.

Como vemos, el estudio, valoración y seguimiento médico por el que atraviesan estas pacientes puede ser una variable importante a considerar para explicar la aparición de cierto tipo de sintomatología, especialmente la ansiedad, ya que dicho proceso puede generar presión en las pacientes, además de las expectativas que se despiertan alrededor del aspecto médico mismo. Esto quizás explique las discrepancias de nuestros resultados con respecto a lo reportado en la literatura y, en consecuencia, sea necesario considerar la existencia de un posible sesgo en futuros estudios.

Así pues, en investigaciones futuras habría que abordar a esta pobla-

ción incluyendo el seguimiento médico como una variable adicional, al igual que las expectativas generadas alrededor de éste, con la finalidad de analizar la sintomatología presente y su relación con dicho seguimiento y la pérdida perinatal, así como su impacto, considerando el tiempo transcurrido ♦

## Referencias

Arranz, L. y cols. (2005). "Depresión posparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso." *Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas*. septiembre-diciembre, vol. 10, núm. 3. ISSTE: México, p. 71-73.

Flórez S. (2002). "Duelo." *ANALES*. Medellín: San Navarra, Universidad de Antioquía, vol. 25, suplemento 3, p. 77-85.

Iribarne, C. y cols. (2002). "Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mu-

eres infértiles." *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, ISSN 1695-4238, núm. 64, p. 7-14.

Martín R. (2000). "Aspectos psicológicos del duelo." *Labor hospitalaria*, 258, p. 328-334.

Ramírez, J. (2008). *Pérdidas reproductivas, obstetricia, reproducción y ginecología básicas*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 13/1-13/9.

Villena A. (1996). *Psicoanálisis contemporáneo: mitos-creencias-hipótesis-conocimientos*. Buenos Aires: Biblioteca de psicoanálisis contemporáneo.

Zúñiga E. y cols. (2009). "Pérdida perinatal y atención psicológica." Infogen, *Por la calidad de la salud. Gaceta virtual* [<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlImpArt?clvarticulo=9415>].

# La representación de la función paterna en la adolescencia tardía. Un análisis a través de la narración

Maricela Osorio Guzmán\* • Santa Parrello\*\*

Massimiliano Sommantico\*\*\* • Barbara De Rosa\*\*\*\*

UNAM, FES Iztacala • Departamento de Ciencias Relacionales, UNINA, Italia

*El presente trabajo tuvo como objetivo explorar y analizar, mediante estrategias cualitativas y cuantitativas, el contenido y la modalidad narrativa con la cual una muestra de adolescentes tardíos se dirige a su padre. Participaron 202 sujetos ( $X = 19.4$  años de edad;  $DS = 0.98$ ) inscritos en tres diferentes carreras (psicología, médico cirujano y biología) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (fes-i) de la unam. Los datos fueron analizados con el programa de software Alceste, el cual evidenció cuatro mundos lexicales en los cuales no se encontraron referencias a las funciones normativas paternas.*

**Palabras clave:** *Función paterna, métodos narrativos, Alceste.*

*The objective of the present work was explorer and analyzer, by means of qualitative and quantitative strategies, the content and the narrative modality with the one sample of late adolescents write yours father's. 202 subjects participated ( $X = 19.4$  years old;  $DS = 0.98$ ), inscribed to three different degrees (psychology, medicine and biology) of the fes-Iztacala, unam. The data was analyzed with the software Alceste, which showed four lexical worlds in which were not references to the paternal normative functions.*

**Key words:** *Paternal functions, narrative method, Alceste.*

En esta época de grandes cambios científicos, sociales, económicos, políticos y culturales es importante preguntarse qué tipo de transformaciones se están operando en el interior del primer contexto socializador por excelencia que es la familia, y cómo estos cambios están influyendo en cada uno de sus miembros.

Tradicionalmente la familia proveía a sus integrantes del sustento, protección, cariño, refugio y comprensión necesarios para su desarrollo armónico; sin embargo, en la actualidad algunos estudios han puesto en evidencia cómo los padres desempeñan cada vez menos funciones de control, educación, práctica profesional, asunción de responsabilidades, aprendizaje de tareas e incluso de transmisión de valores (Sommantico, Parrello, Osorio y De Rosa, 2008).

Para Cavalli y De Lillo (1997), la familia contemporánea se ha convertido en una institución negociadora que permite a los jóvenes contratar las reglas de con-

---

\* Profesora asociada de la carrera de Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: mosorio@iztacala.unam.mx

\*\* Investigadora confirmada del Departamento de Ciencias Relacionales "G. Iacono", UNINA, Italia. Correo-e: parrello@unina.it

\*\*\* Investigador confirmado del Departamento de Ciencias Relacionales "G. Iacono", UNINA, Italia. Correo-e: sommanti@unina.it

\*\*\*\* Investigadora confirmada del Departamento de Ciencias Relacionales "G. Iacono", UNINA, Italia. Correo-e: baderosa@unina.it



vivencia, disponer de espacios propios y de una pseudo-independencia económica que amenaza con ser interpretada como un derecho adquirido a la dependencia. Dicha transformación está ligada a la conciencia de que ya no se pueden practicar los modelos autoritarios precedentes y a la inseguridad de proporcionar patrones precisos y definidos, por lo que nos encontramos en una sociedad donde las rápidas transformaciones de modelos, estilos de vida y pensamiento se asocian con la incertidumbre y ambigüedad que rodean el futuro (Evans y Furlong, 2000; Sommantico, *et al.*, 2008).

La escasa tendencia de los padres a poner límites y reglas a los hijos adolescentes y adolescentes tardíos propicia serias dificultades en la gestión de los conflictos y en la observancia de las normas con las cuales inevitablemente los sujetos entran en contacto en las instituciones escolares, universitarias y de la sociedad en general. En otras palabras, la escasa cotidianidad en cuanto a la gestión directa de los conflictos en el ámbito familiar lleva a un aumento de la agresividad como respuesta ante cualquier situación estresante (De Rosa, Parrello y Sommantico, 2006; De Rosa, Parrello, Sommantico y Osorio, 2007; Leccardi, 2005).

El paso de la adolescencia a la mayoría de edad constituye un momento de transición delicado en el que se concluye el proceso de separación de los padres, el cual precede a la adquisición de la autonomía y a la consolidación del sentido de identidad, que va de la mano con la estructuración de las características de la personalidad, la construcción de relaciones interpersonales de carácter íntimo y la asunción de responsabilidades sociales y personales.

En el presente trabajo los investigadores se preguntan: ¿cómo todos estos elementos inciden en las funciones pa-

ternas? Particularmente se habla del rol desempeñado por el padre en su función normativa ligada a la instauración de límites y reglas, sobre todo en las fases de cambio transición a la edad adulta, ya que según autores como Rosenfeld, Mises, Rosolato y Kristeva (1995), la prohibición y la frustración son necesarias para dar un orden al caos pulsional, a la elaboración de la agresividad, la adquisición del conocimiento del límite y las propias potencialidades autónomas.

Este estudio que es parte de una investigación más amplia acerca de la representación de las funciones familiares (De Rosa *et al.*, 2006, 2007) se propuso explorar y analizar, mediante estrategias cualitativas y cuantitativas, el contenido y la modalidad narrativa a través de los cuales una muestra de adolescentes tardíos se dirige a su padre mediante un texto escrito denominado "Carta a mi padre".

## Método

### Participantes

Participaron 202 jóvenes (160 mujeres y 42 varones), con un rango de edad de 17 a 26 años ( $X = 19.4$ ;  $DS = 0.98$ ), todos ellos estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) de la UNAM, de tres carreras diferentes (99 de psicología, 80 de medicina y 23 de biología). Del total de estudiantes, 146 habitan en la ciudad de México y 56 en la zona conurbada. Todos firmaron la carta de consentimiento informado.

### Instrumento

El instrumento para el ejercicio narrativo y que permitió recolectar los textos fue una hoja con la premisa "Carta a mi padre", bajo las siguientes instrucciones: "*Estamos efectuando una investigación exploratoria sobre las actitudes de los jó-*

venes. *Te pedimos tu colaboración escribiendo un texto de acuerdo con la premisa propuesta. Escribe con la máxima libertad y sinceridad posible; recuerda que tu escrito es totalmente anónimo. Muchas gracias por tu colaboración.*"

**Hipótesis**

Se planteó la hipótesis de que en los textos se encontrarían pocos elementos que permitieran caracterizar la función paterna, específicamente escasas referencias a la función normativa, así como elementos ambivalentes ligados con las transformaciones en el seno de la familia que mencionamos en la introducción.

**Análisis de los datos**

Los datos fueron analizados con el programa de *software* Alceste (analyse lexicale par contexte d'un ensemble de segment de texte; análisis lexical contextual de un conjunto de segmentos de texto), considerado el más adecuado para los propósitos de este estudio, ya que tiene el objetivo específico de poner en evidencia los múltiples "mundos lexicales" del *corpus* particular usado por los narradores para construir y comunicar su punto de vista. Alceste busca la estructura interna del *corpus* para construir una matriz de datos a partir del entrecruzamiento después de una lematización parcial de las palabras "llenas" (con significado y no sólo instrumentales) con los segmentos del texto (individuados mediante criterios de amplitud y uso de la puntuación). Esta matriz permite una individuación de co-ocurrencias (presencia concomitante de las palabras llenas) al interior de los enunciados [definidos como unidades de contexto elemental (uce)]. A través de un análisis sucesivo, llamado *clasificación descendente jerárquica*, se produce un árbol de categorías

que indican clases de discursos, caracterizadas por un vocabulario específico y uce asociadas con variables ilustrativas previamente elegidas e insertadas en el *corpus*. En la última etapa de la exploración del texto se realiza un análisis factorial de las correspondencias (Reinert, 1993, 1998; Parrello, en prensa).

**Resultados**

El *corpus* se integró con 202 textos y fue sometido a una lematización parcial (los verbos no se redujeron a la forma en infinitivo para evitar que se perdieran los indicios de persona y tiempo, importantes en el análisis de una narración) y a la desambiguación de algunos términos. El análisis del *corpus* produjo los datos que podemos apreciar en la tabla 1.

**Tabla 1.** Descripción del *corpus*

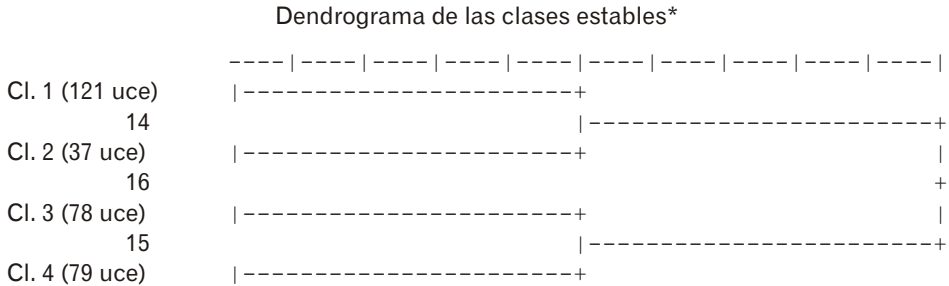
Formas distintas	2 086
Ocurrencias	16 531
Hapax (palabras que aparecen una sola vez)	1 235
Frecuencia máxima de una forma	1 215
Frecuencia mínima de una forma	8

La clasificación descendente jerárquica produjo un dendograma (figura 1) donde se evidencian cuatro clases, las cuales contienen 121, 37, 78 y 79 uce, respectivamente.

Las variables ilustrativas tomadas en cuenta son: género (M, F), edad (17-19 = 1; 20-22 = 2; 23-25 = 3; 26 y mayores = 4), lugar de residencia (ciudad, zona conurbada), licenciatura (PSI = psicología; BIO = biología; MED = medicina), semestre (1 = primero; 3 = tercero; 4 = cuarto; 5 = quinto).

La primera macroárea contiene las clases que caracterizan el contenido de la narración, en la que se evidencia una per-

**Figura 1.** Clasificación descendente jerárquica



\*Índice de estabilidad: 67.06%

Cl.: Clase

uce: Unidades de contexto elemental

cepción negativa de la figura paterna (clases 1 y 2). La segunda macroárea contiene narraciones que hacen referencia a una apreciación positiva de dicha figura (clases 3 y 4).

**CLASE 1. Incomprensión/ no comunicación:** 121 uce (39% del total).

**Asociada con las variables ilustrativas:** edad 1 (de 17 a 19 años); licenciatura en psicología.

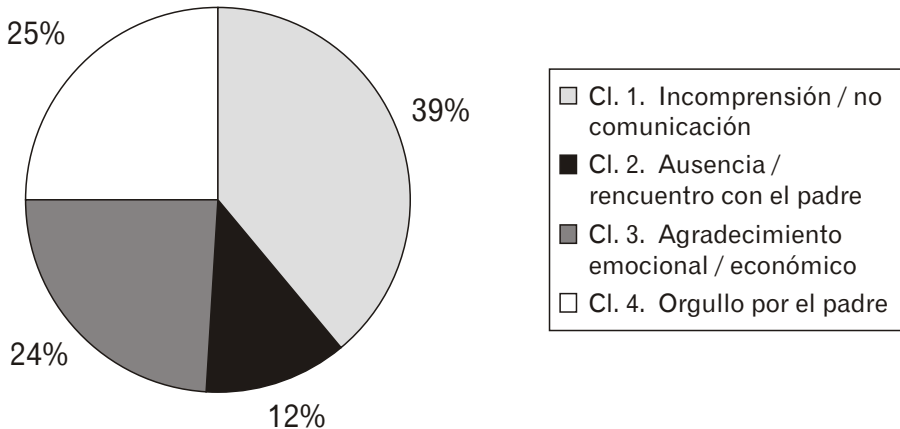
**Vocabulario específico:** decir, escribir, te extraño, nada, pedirte, poco,

puedo, tengo, carta, platicar, podemos, tarde, aprecio, cambiar, decirte, tiendas, hablar, ocasión, contar contigo, deseo, disculparte.

**Ejemplos de las uce:**

- Hola papi: en muchas ocasiones he necesitado hablar contigo, pero por el temor de que te llegues a molestar no me he atrevido; sin embargo, hoy que tengo la oportunidad de escribirte te digo que te aprecio mucho y que espero que algún día podamos sentarnos a conversar.

**Figura 2.** Descripción de las clases



- No tengo nada bueno que decir y no quiero escribir algo de lo que me pueda arrepentir; sin embargo, lo único que puedo decir es que lo quiero mucho a pesar de todo.

**CLASE 2. Ausencia/ rencuentro con el padre:** 37 uce (12% del total).

**Asociada con las variables ilustrativas:** edades 2 (de 20 a 22 años) y 3 (de 23 a 25 años); licenciatura en biología; lugar de residencia, ciudad; semestres 1 y 3.

**Vocabulario específico:** recuerda, conocer, relación, difícil, hija, atención, llegar, mayor, nosotros, nuestra, comunicación, jamás, preocuparte, saber, sentir, abrazo, defecto, falta, presencia, que-remos, alguien, cuidado, dejaste, ojalá, simplemente.

**Ejemplos de las uce:**

- Hola papá, ¿cómo estás? Hace ya varios años que no te veo; espero que estés bien, viviendo feliz y en paz. Creo que hemos platicado muy poco últimamente. Algunas veces te extraño un poco.
- Hola papá. ¿Sabes papá?, a mí me hubiese gustado que aun y cuando te separaste de mi mamá el trato hacia mí y mi hermana fuera diferente, y hubiera una buena relación entre nosotros, porque recuerda que el dinero no lo es todo.

**CLASE 3. Agradecimiento emocional/ económico:** 78 uce (24% del total).

**Asociada con las variables ilustrativas:** lugar de residencia, zona conurbada; semestre 5; género masculino (M).

**Vocabulario específico:** apoyo, todo, agradecerte, Dios, brindado, hecho, gracias, agradezco, ayuda, comprensión, enseñado, amigo, conmigo, enseñanza, cariño, hermano, mamá, familia, com-

prendes, confianza, regaño, sacrificios, consejo.

**Ejemplos de las uce:**

- Papá, qué onda. Te agradezco todas las cosas que has hecho por mí, por comprenderme y por los momentos buena onda que hemos vivido. Sé que a veces no logramos entendernos y que nos enojamos, pero sabes que jamás dejaría de quererte y admirarte.
- Papá, eres una increíble persona que amo muchísimo. Agradezco por tu vida a Dios y te agradezco las bendiciones que gracias a él tú nos has podido dar: tu apoyo, amor, comprensión y los momentos que hemos vivido como familia juntos.

**CLASE 4. Orgullo por el padre:** 79 uce (25% del total).

**Asociada a las variables ilustrativas:** Edad 4 (más de 26 años); licenciatura en medicina; semestre 4; género femenino (F).

**Vocabulario específico:** admiro, orgullosa, padre, papá, responsable, demasiado, esfuerzo, agradecida, conozco, apoyarme, ejemplo, presente, adelante, apoyar, enseñaste, nuestro, respeto, significa, consentida, prometo.

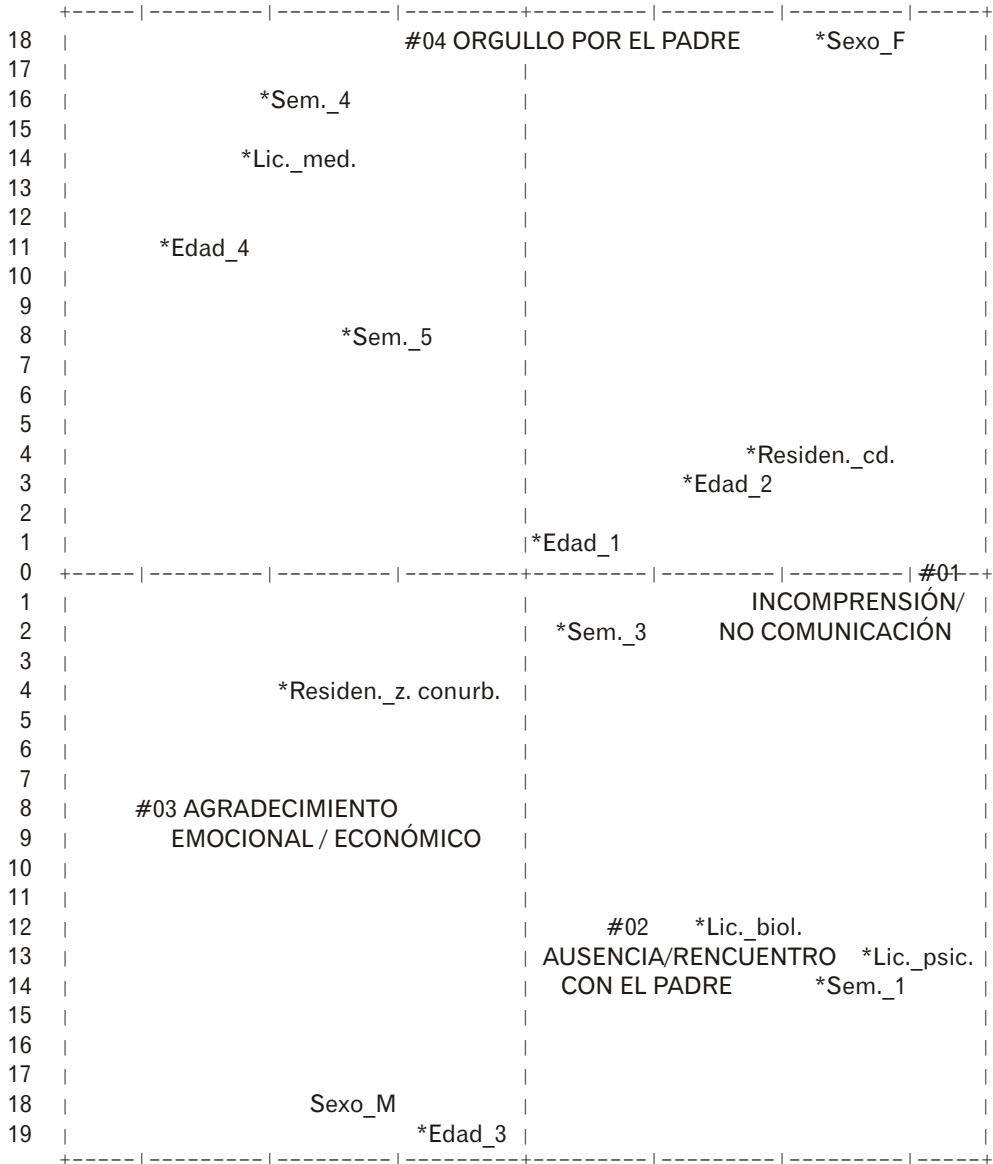
**Ejemplos de uce:**

- Te admiro, eres mi gran ejemplo a seguir, mi vida, mi amor, mi gran amor, la persona que más amo. Te necesito mucho siempre papá. Te amo.
- Querido papá, a través de esta carta sólo quiero confirmarte el gran amor, admiración y respeto que siento hacia ti. Quiero que sepas que me siento muy orgulloso de tener un padre tan responsable, honesto y tra-

bajador, que siempre me enseñó el valor del trabajo y de lo que es hacerlo honestamente.

El análisis factorial de las correspondencias extrajo dos factores: el primero (eje x: V.S. = 0.1771; 40.94% de

**Figura 3.** Análisis factorial de las correspondencias. Proyección sobre el plano factorial



# Número de clase  
 \*Variables ilustrativas

inercia) denominado *actitud hacia el padre* (polaridad, positiva-negativa) y el segundo (eje y: V.S = 0.1364; 31.53% de inercia) llamado *grado de involucramiento personal* (polaridad menor-mayor).

Sobre el plano factorial (ver figura 3) se proyectaron las clases y las variables ilustrativas tomadas en consideración.

### Discusión de los resultados

El análisis textual al cual fue sometido el *corpus* puso en evidencia la existencia de cuatro universos lexicales en torno a los cuales se organizó gran parte de la narración de los participantes (67.06% del *corpus*).

La clase más amplia es la 1, **incomprensión/ no comunicación**, donde los jóvenes expresan que no se sienten escuchados y piden una oportunidad para crear un espacio "seguro" de comunicación con sus padres: "*Lo único que yo quisiera pedirte es comprensión y un poco de tu tiempo para que podamos convivir y pasárnosla bien. Te quiero mucho y espero que algún día me puedas comprender y platicar contigo sin insultos y gritos.*" A su vez, el hijo hace referencia a una comunicación deficiente: "*Hola papá, quisiera decirte que muchas cosas no son como crees; pienso que no entiendes lo que trato de decirte y que malinterpretas lo que digo o lo que hago.*" Se le habla a un padre al que se percibe como una persona que no entiende que el hijo se está convirtiendo en adulto: "*Ya es hora de que te des cuenta de que ya no puedes controlar todo en mi vida.*" De la misma manera, se escribe a un padre que se percibe poco afectuoso e incapaz de manifestar cariño por los hijos: "*Te quiero mucho, y sé que algunas veces no te lo demuestro, o no te lo digo, pero puede ser porque tú no lo has demostrado, ya que esa es tu forma de ser.*" Tam-

bién se pide respeto por la propia forma de ser: "*Sólo me resta pedirte un favor, así como yo estoy dispuesta a aceptarte tal y como eres, te pido que me aceptes como soy y que no me critiques, porque es mi forma de ser y de pensar.*" Finalmente, se le escribe a una figura paterna rígida, que hace que el hijo se exprese con cierta amargura: "*Pusiste una barrera por la cual ninguno de tus hijos podía pasar. Bueno, cuídate mucho, sigue siendo el hombre más fuerte del mundo.*" Las asociaciones con las variables ilustrativas muestran que este modo de narrar pertenece sobre todo a los estudiantes más jóvenes (de 17 a 20 años) inscritos en la licenciatura de psicología.

La clase que sigue en dimensión es la 4, **orgullo por el padre**, la cual evidencia una idealización de la figura paterna por la cual se expresa orgullo, admiración y afecto: "*Querido papá, a través de esta carta sólo quiero confirmarte el gran amor, admiración y respeto que siento hacia ti. Quiero que sepas que me siento muy orgulloso de tener un padre tan responsable, honesto y trabajador, que siempre me enseñó el valor del trabajo y de lo que es hacerlo honestamente.*" Las asociaciones con las variables ilustrativas evidencian que esta forma de narrar la propia vivencia de la relación con el padre pertenece al género femenino, en edades más grandes (mayores de 26 años), inscritas en la carrera de médico cirujano.

La clase 3, **agradecimiento emocional/ económico**, corresponde a un universo lexical en el cual la narración se caracteriza como gratitud expresada al padre por el apoyo emocional y económico recibido: "*Papá, el motivo de esta carta es para expresarte lo mucho que te quiero y decirte que eres un gran apoyo en mi vida. Quiero agradecerte todo lo que has hecho por mí, por todas las cosas que me has enseñado y por todos los momentos que has compartido conmigo.*"

Caracteriza a esta clase un discurso de tipo religioso donde los estudiantes agradecen a Dios por el padre que tienen: *"agradezco por tu vida a Dios y te agradezco las bendiciones que gracias a él tú nos has podido dar: tu apoyo, amor, comprensión y los momentos que hemos vivido como familia juntos"*. El agradecimiento se extiende además al ámbito familiar, ya que se reconoce que los progenitores les han dado una familia que los acoge y los apoya: *"eres una persona que al igual que a mi mamá admiro por el apoyo brindado a mí y a mis hermanos"*. Finalmente, se le habla a una figura paterna presente en los momentos buenos y sobre todo en los momentos arduos: *"Papá, te quiero muchísimo y te doy las gracias por estar ahí siempre en momentos difíciles y fáciles de mi vida."* Resulta interesante e inesperado observar que el tipo de discurso descrito anteriormente está asociado con las variables ilustrativas género masculino, mayor escolaridad (quinto semestre) y residencia en la zona conurbada.

La clase menos extensa (la 2), **ausencia/ reencuentro con el padre**, hace referencia a un contenido de discurso muy interesante y refleja una situación cultural de México en la que es frecuente el abandono de la familia por parte del varón (INEGI, 2008). De este modo emerge un tipo de narración con un contenido emocionalmente negativo: *"No te conozco y no quiero hacerlo, pues las obras hablan más que mil palabras. Para mí sólo existe mi madre y ella llena mi vida de luz y es absolutamente todo mi ejemplo, vida y todo."* O bien se recurre a las palabras de otro (en este caso una canción) para expresar los propios sentimientos: *"Que a veces te odio tanto, que yo mismo me espanto, que cuando mueras no haya para tí un lugar. Que el infierno es un cielo comparado con tu alma. Te odio tanto, tanto, que yo mismo me espanto por mi forma de*

*odiar."* A su vez, se le escribe a un padre ausente a quien se le agradece el haberlo engendrado: *"No tengo recelo, sólo es que no siento nada por usted. Lo aprecio porque es mi padre, pero no más."* Se reclama al padre el abandono sufrido como hijo por el divorcio de la pareja: *"Sabes papá, a mí me hubiese gustado que aun y cuando te separaste de mi mamá, hubiésemos seguido en contacto."* No obstante, también se le escribe a un padre al cual se extraña: *"Hola papá, ¿cómo estás? Hace ya varios años que no te veo; espero que estés bien, viviendo feliz y en paz. Creo que hemos platicado muy poco últimamente. Algunas veces te extraño un poco."*

Dentro de este universo narrativo existe otro tipo de discurso en el cual se habla de un reencuentro con el padre y se expresa el deseo de hallar un espacio para recuperar el tiempo perdido y conocerse a profundidad: *"estuviste mucho tiempo lejos de mí [...] hace poco tiempo que empezamos a pasar tiempo juntos y me alegra que ahora podamos platicar, reír y bromear"*. Finalmente, se le habla a un padre ausente, que se usa como interlocutor invisible, para compartir con él pensamientos profundos, dudas existenciales, aspectos que sólo un padre que desempeña dicho rol puede enseñar a un hijo: *"Últimamente he comenzado a tener algunos defectos de carácter que antes no tenía y me preocupan, y quisiera que alguien me guiara acerca de qué hacer o no hacer, no quisiera llegar a hacerle daño a nadie, ni a mí [...] en estos casos hace falta un padre."* Las asociaciones significativas con las variables ilustrativas indican que este tipo de discurso es representativo de jóvenes de 20 a 25 años de edad (edades 2 y 3), estudiantes de la carrera de biología, de semestres 1 y 3, y que residen en la ciudad.

El análisis factorial de las correspondencias permitió interpretar los resultados con base en los dos factores ex-

traídos en la percepción positiva o negativa de la figura del padre, así como en el involucramiento personal emotivo menor o mayor al redactar el texto.

### Conclusiones

Como se muestra en esta investigación, los métodos cualitativos permiten apreciar a través de un instrumento narrativo los cambios que se están produciendo en la estructura familiar de nuestros tiempos.

Se partió de la hipótesis de que en los textos recogidos se encontrarían escasas referencias a las funciones paternas, específicamente a aquellas normativas, situación que, de acuerdo con lo antes descrito, se confirma.

Al interior del *corpus* analizado se puede hablar de una escisión neta, en términos klenianos, entre la negativización de la figura paterna como “objeto malo” y su idealización como “objeto bueno”. En el primero se subrayan las características deficitarias de la relación con el padre, que se manifiesta como una incapacidad de comprender al hijo, mientras que en el otro se evidencia la gratitud e idealización, expresadas por la primacía del dato emotivo (Klein, 2006).

Entre los datos más interesantes que arroja la investigación destaca el hallazgo en los textos escritos por varones de una referencia explícita a la religión, un estar agradecido con Dios por tener un padre que les garantiza crecer en el seno de la familia y contar con su presencia en la vida diaria, como si estos elementos no fueran parte del ejercicio cotidiano de la paternidad, sino un “privilegio” que se tiene que valorar y agradecer. Este dato está relacionado estrechamente con otro universo lexical, el cual da cuenta del abandono del padre, dato que en la sociedad mexicana, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI,

2007), está presente en 23% de los hogares, los cuales son gobernados por un jefe del sexo femenino.

Resalta por otra parte que para algunos participantes la expresión de sentimientos negativos se experimente como una amenaza a su mundo interior, por lo que ceden a un tercero, suficientemente distante de sí mismos, la expresión de esos sentimientos mediante una canción o una poesía con el fin de exorcizarlos y al mismo tiempo mantenerse a distancia sin asumírselos como propios.

Finalmente es importante señalar que cuando los participantes señalan los aspectos deficitarios de la relación con el padre, le atribuyen sólo a éste la responsabilidad de tal carencia, y en ningún momento se preguntan cuál es su propio rol en esta dinámica, lo que podría comportar una falta de asunción de la propia responsabilidad que caracteriza, según autores como Bergeret (1985), a la “adolescencia interminable” ♦

### Referencias

- Bergeret, J., Cahn, R., Diatkine, R., Jeammet, Ph., Kestenberg, E. y Lebovici, S. (1985). *Adolescenza terminata, adolescenza interminabile*. Roma: Borla.
- Cavalli, A. y de Lillo A. (1997). *Giovani verso il Duemila. Quarto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- De Rosa, B., Parrello, S. y Sommantico, M. (2006, noviembre). *La rappresentazione delle funzioni familiari in tarda adolescenza: costruzione di un differenziale semantico*. Ponencia presentada en el Convegno Famiglie e Genitorialità Oggi. Lecce, Italia, Roma.
- De Rosa, B., Parrello, S., Sommantico, M. y Osorio G. M. (2007). *Lettera a mio padre: la funzione paterna in tarda adolescenza e prima età adulta*. Atti del IX Congresso Nazionale della Società Ita-



- liana di Psicologia. Sezione di psicologia clinica. Perugia: Morlacchi, p. 1-12.
- Evans, K. y Furlong, A. (2000). "Niches, transitions, trajectoires. De quelques théories et représentations des passages de la jeunesse." *Lien Social et Politiques* (43), p. 41-48.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2007). *Hombres y mujeres en México*. México: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.
- Klein, M. (2006). *Scritti 1921-1958*. Milano: Bollati Boringhieri.
- Leccardi, C. (2005). "Facing uncertainty. Temporality and biographies in the new century." *Young Nordic Journal of Youth Research*, 13(2), p. 123-146.
- Parrello, S. (en prensa). *Introduzione all'Analisi dei lessemi co-occorrenti e degli enunciati semplici realizzata mediante il software Alceste*.
- Reinert, M. (1993). "Les 'mondes lexicaux' et leur 'logique' à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars." *Langage et Société*, 66.
- \_\_\_\_\_. (1995). "I mondi lessicali di un corpus di 304 racconti di incubi attraverso il metodo Alceste." R. Cipriani y S. Bolasco (eds.), *Ricerca qualitativa e computer*. Milano: Franco Angeli.
- Rosenfeld, D., Mises, R., Rosolato, G. y Kristeva, J. (1995). *La funzione paterna*. Roma: Borla.
- Sommantico, M. Parrello, S., Osorio, G. M. y De Rosa, B. (2008). "Significado de las funciones familiares en adolescentes italianos. Nuevas fronteras entre paterno y materno." *Revista Colombiana de Psicología*, 17, p. 83-92.

# Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa

Rosa Isabel García Ledesma\* • Adrián Mellado Cabrera\*\*  
Lilia Santillán Torres\*\*\*  
UNAM, FES Iztacala

*Este artículo se basa en una investigación bibliográfica acerca del proceso de pérdida y duelo infantil bajo la mirada del constructivismo narrativo, y enfatiza las construcciones del concepto de muerte, ausencia, ambivalencia o ambigüedad, así como sus posibles implicaciones en la vida del niño. Se concluye que concebir al menor como co-constructor de su realidad lleva a considerar que en su proceso de duelo los conceptos, significados, formas vivenciales e implicaciones en su vida cotidiana son únicos. En este sentido, proponemos tomar la teoría del desarrollo infantil como lente del observador, acompañada de los elementos socio-culturales que pueden estar organizando el guión o historia de vida de cada niño.*

**Palabras clave:** Duelo infantil, constructivismo narrativo, pérdida ambigua, ausencia, muerte.

*This article deals with bibliographical research on the process of loss and child grieving from the perspective of narrative constructivism. Emphasis is placed on the ways the concept of death, absence, ambivalence or ambiguity take shape, and on their possible implications on the child's life. The conclusion is that viewing a child as the co-constructor of his/her reality leads to the consideration that the concepts, meanings, life experiences and implications on daily life are unique in each grieving process. The proposal is to view child development theory from the observer's point of view, hand in hand with the socio-cultural aspects that may have a bearing on a child's script or life story.*

**Key words:** Child grieving, narrative constructivism, ambiguous loss, absence, death.

Investigaciones en torno a los efectos de la separación o muerte de personas significativas en la vida del niño han mostrado que estos eventos se interpretan en forma diferente dependiendo de la etapa de desarrollo en la que el menor se encuentre (Harter, 1983, en Harris, 1989; Bowlby, 1986; Perry, 1998; Giacchi, 2000; Webb, 2002).

Este artículo constituye una investigación bibliográfica bajo la mirada del constructivismo narrativo en torno a los elementos involucrados en dicho proceso con el fin de proponer algunas consideraciones teórico-metodológicas para la investigación aplicada.

En primer término, partimos de los principios básicos propuestos por Bruner (1988) desde una concepción constructivista (Sanhueza, 2001). Posteriormente señalamos las directrices del constructivismo narrativo, los conceptos de muerte y ausencia y sus posibles efectos en la vida del niño, la pérdida ambigua, el duelo infantil y algunas herramientas terapéuticas empleadas para su estudio.

---

\* Profesora asociada de la carrera de Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: rosa\_isabel\_garcia@hotmail.com

\*\* Profesor de la carrera de Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: adrianromirosas@prodigy.net.mx

\*\*\* Licenciada en Psicología, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: lilian\_359@hotmail.com

## Bruner y el desarrollo infantil

El modelo constructivista sostiene que una persona se construye día a día en los aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento como resultado de la interacción entre el ambiente social y sus disposiciones internas (White y Epston, 1993; Perry, 1998; Sanhueza, 2001; Botella, 2001, y Labay, 2004).

Bajo esta visión, Bruner (1988) contempla al niño como un ser que construye hipótesis sobre el mundo, reflexiona sobre sus experiencias, interactúa con su entorno y elabora estructuras de pensamiento cada vez más complejas; es decir, es un ser social, un ser que juega y habla con otros, que aprende por medio de las interacciones con sus padres y maestros, que crece en medios físicos y sociales determinados, constituyéndose en un agente social inteligente. En suma, es a través del dominio progresivo de diferentes formas de representación como el menor va construyendo sus modelos mentales y la realidad.

Con el apoyo del otro figuras de apego o pares el niño:

- Adquiere la capacidad de negociar significados. El otro le permite entrar en su cultura, conocer sus metáforas y categorías, así como sus maneras de interpretar y evaluar sucesos.
- Crea significados a través de la co-construcción en diadas o grupos. En este proceso no sólo debe absorber el concepto, sino reformularlo por sí mismo para internalizarlo.
- Aprende a descifrar lo que las personas quieren decir al tener acceso a una amplia gama de indi-

cios que le dicen cuál es el contexto y el problema al que alude el hablante. Los gestos y movimientos de su interlocutor le indican los contextos concretos. Todo ello es posible porque no solamente deduce el significado de las palabras, sino que les da sentido al introducirlas en su mundo conocido, al analizarlas con la memoria, el conocimiento y la asociación.

Para un niño es difícil si no es que imposible desarrollar un concepto que no tenga expresión en su cultura de origen, puesto que él no crea las representaciones ni los símbolos, sino que parte de las categorías existentes para crear su propia realidad (Bruner y Haste, 1990).

## Separación afectiva, ausencia y concepto de muerte en el niño

Bowlby (1986) manifiesta que desde un inicio el niño responde a vínculos formales, desarrolla la noción de presencia-ausencia y paulatinamente aprende a distinguir una pérdida temporal de otra permanente.

Emswiler y Emswiler (2000; en McEntire, 2003) concluyeron que antes de los 3 años de edad es posible que los infantes perciban una ausencia entre quienes forman su mundo inmediato y que les haga falta una persona conocida, pero es poco probable que distingan entre una pérdida temporal y la muerte. Consideran que el niño llega gradualmente a ser capaz de sustituir la presencia física continua por una representación mental de sus padres, a percibir la ausencia y a diferenciar una separación temporal de otra permanente.

Anthony (1940; en Archer, 1999) trabajó con niños europeos de 3 a 13 años que habían vivido bajo la sombra de la

guerra. Les preguntó sobre el significado de la palabra *muerte* y encontró que los menores de 5 años la veían como una separación temporal y reversible la mezclaban con conceptos como *partida* o *desaparición* ; entre los 5 y 7 años comprendían la irreversibilidad de la muerte y que ésta involucraba leyes de funcionamiento universal, y aún a los 9 años la atribuían a factores externos: una persona, Dios o un castigo por portarse mal. La visión científica de que la muerte es un proceso biológico inevitable se comprende alrededor de los 9 a los 10 años de edad.

Kroocher (1973; en Archer, 1999) concluyó que entre los 5 y los 7 años los niños atribuyen funciones de la vida a la definición de *muerte* y confunden lo inanimado con lo muerto ambos se conciben como diferentes a la vida ; tienden a personificar la muerte como un “espíritu”, “esqueleto” o “fantasma”; su pensamiento se caracteriza por ser mágico y egocentrista la idea de que sus pensamientos se convierten en hechos y, por tanto, éstos ocasionan la muerte , e intentan entender ésta en términos de qué “hace la gente muerta”, o qué debe sentirse para estar muerto.

Para Speece y Brent (1984), los conceptos de irreversibilidad, universalidad y no-funcionalidad son constitutivos del concepto de muerte. Para analizarlos, recurrieron a entrevistas y a otra clase de técnicas, como dibujos, composiciones escritas, y juegos espontáneos y dirigidos. Sus principales conclusiones indican que los niños de menos de 5 años carecen de la comprensión de que la muerte es universal para todos los seres vivos y de que significa un fin irreversible de todas las funciones del cuerpo. Así, éstos niegan que vayan a morir, o dicen que una persona muerta puede revivir si se toman las medidas adecuadas, o que la vida continúa a un nivel reducido de ac-

ción. Por su parte, los niños mayores de 7 años pueden reconocer que la muerte es universal e inevitable, pero que sólo le pasa a los ancianos y también puede ser personificada, lo cual no es sorprendente si se observa que existe una tradición cultural al respecto. La idea de que la muerte es final, inevitable y universal se reconoce hasta los 8 o 9 años.

Barrera (2001) precisa las razones por las cuales hay que tener cuidado de sacar conclusiones acerca de la habilidad de los niños para comprender la muerte: *primero*, existe variación en las investigaciones respecto de qué se entiende como muerte y a qué edad se entiende; *segundo*, la muerte es un tema emotivo aun para los adultos, por lo que la emoción y la ansiedad pueden distorsionar lo que dicen los niños al respecto; *tercero*, la mayoría de los niños tiene poca o ninguna experiencia con la muerte, y *cuarto*, hay evidencia de que esta experiencia y las creencias religiosas influyen en su capacidad para comprenderla.

Para Becvar (2001), habría que considerar que un análisis de la comprensión del niño acerca de la muerte no sólo debe incluir los factores individuales relacionados con su desarrollo cognitivo o edad cronológica, sino también aspectos socioculturales y del ambiente familiar, ya que los padres y adultos significativos proveen al pequeño información con la cual éste construye el sistema de creencias que utiliza para dar sentido a las experiencias que vive, en este caso la vinculada con la muerte.

### **Separación de personas significativas en la vida del niño**

Las pérdidas despiertan un conjunto de emociones que alteran la vida cotidiana y trastocan la existencia. Para Kröen (2002), en el niño estas emociones pueden ser:

- *Negación.* Su manera de expresarla es mostrándose agresivo o más contento y juguetón que de costumbre.
- *Idealización.* Ésta le permite mantener una relación imaginaria con la persona perdida.
- *Culpabilidad.* Puede creer que él ocasionó la muerte.
- *Miedo y vulnerabilidad.* Intenta ocultar sus sentimientos, sobre todo a los niños de su edad, porque no quiere que sus amigos o compañeros de la escuela lo perciban diferente. Sus temores más frecuentes son: ¿causé yo la muerte?, ¿me pasará esto a mí?, ¿quién me cuidará?
- *Ocuparse de los demás.* Asumir el lugar del fallecido y cuidar de sus hermanos más pequeños. La intensidad con que se vive cada una de estas expresiones es diversa y en ocasiones puede acentuarse y conflictuar en mayor medida su cotidianidad.

El Instituto Nacional de Cáncer (2006) señala que estas manifestaciones varían de niño en niño y en función del momento de desarrollo que éste enfrenta: los lactantes (de 0 hasta los 12-14 meses) que han sido separados de su madre pueden exhibir una conducta apática, retraída, no responder afectivamente y acusar pérdida de peso, falta de actividad y problemas de sueño; entre los 2 y 3 años manifiestan pérdida del habla, angustia generalizada y miedo al abandono; entre los 3 a 6 años muestran trastornos en la alimentación y en el sueño, así como en el control de esfínteres; entre los 6 y 9 años sufren estados de alteración emocional y ansiedad sobre su propia muerte, cambios de humor, miedo al rechazo,

trastornos alimenticios y del sueño, pérdida de interés en las actividades externas, conducta impulsiva, culpa por haber sobrevivido, rabia, vergüenza, fobia a la escuela, problemas de aprendizaje, comportamiento agresivo y antisocial, síntomas hipocondríacos o aislamiento. Sus episodios de pérdida tienden a ser intermitentes.

### **Pérdida ambigua**

Para Boss (2001), la pérdida ambigua representa situaciones en las cuales la privación de un ser querido es ambigua, confusa, incompleta o parcial, la cual, combinada con la ambivalencia emocional, origina dolor emocional y puede resultar en una de las despedidas poco claras de la vida cotidiana. Un caso frecuente es la preocupación excesiva del padre/madre o ambos por el trabajo, o el divorcio, donde la ausencia psicológica afecta en especial a los niños, ya que sus padres o adultos significativos no están disponibles desde el punto de vista emocional y cognitivo para hablar, reír, discutir, compartir historias y demostrar afecto.

Pedrosa (2007) considera que en cada historia de vida se incluyen procesos de continuidad y cambio relacionados con exigencias laborales, económicas, mudanzas, migración, enfermedades crónicas o agudas, divorcios, infidelidades, etc., que alteran significativamente el desarrollo personal. El concepto de pérdida ambigua está siendo utilizado con mayor frecuencia para denotar este tipo de situaciones de difícil manejo por su complejidad intrínseca y su repercusión a nivel personal y familiar (Amagro, 2003).

De acuerdo con Allidieri (2001), en la última década se ha observado una tendencia a la aceleración del tiempo social: el hombre y la mujer modernos privi-

legian su desarrollo individual por sobre la disposición de su tiempo y disponibilidad afectiva con sus hijos, lo que desemboca en la actual aceleración de la crianza, que no considera las necesidades singulares de los niños y sus pautas evolutivas. Como resultado, se produce una delegación precoz de las funciones parentales en otras personas, instituciones, un aparato de televisión, videojuegos o la computadora que, al absorber todo el día, impiden un desarrollo lúdico espontáneo y libre del menor. Asimismo, se delega la responsabilidad en el propio niño, quien pasa a ejercer sobre sí mismo una especie de "autocrianza" o, en todo caso, es el chico (o el adolescente) el que pasa a sostener emocionalmente al adulto. Esta inversión del vínculo parento-filial suele hacerse particularmente evidente durante los procesos de divorcio de los padres y en los hogares uniparentales.

Ante el divorcio, por ejemplo, el niño percibe al padre/madre como una figura errática y cambiante e insensible a sus necesidades, y al tener un solo progenitor y padre conviviente y el otro visitante, mantiene latente el temor de perder al otro padre y puede sentirse doblemente abandonado, lo cual da lugar a conductas de apego y ansiedad. Algunas madres, por su parte, buscan protección en sus hijos o hijas, e intensifican los lazos de dependencia mutua (Baeza, 2000).

El duelo ante un divorcio puede incluir en el menor altos niveles de enojo, ambivalencia, anhelo, repudio, sensación de abandono, sentimientos de culpa por creer que él contribuyó a que sus padres se separaran (Webb, 2002). La dinámica familiar se modifica en su totalidad. Los padres se ven obligados a re-distribuir el tiempo y los espacios asignados a los niños, lo que trae como consecuencia un sentimiento de abandono o pérdida

(Ríos, 2006). No obstante, si los menores perciben que los sentimientos o emociones intensos de rabia, miedo o tristeza son aceptados por su familia, podrán expresarlos y ello les ayudará a adaptarse adecuadamente a la separación o pérdida (Giacchi, 2000).

Otra de las causas de ausencia paterna lo constituyen las exigencias laborales y económicas, que han dado lugar a adultos ausentes que privan a los niños de los vínculos más importantes para su equilibrio emocional. La consecuencia inmediata es el deterioro del nivel de vida en los pequeños, contacto inadecuado en cantidad y calidad de tiempo, menor supervisión e involucramiento en el desarrollo mental, emocional y social de sus hijos, lo que los lleva a enfrentar situaciones de ambigüedad (Pedrosa, 2007).

El concepto de ambivalencia se ha dirigido básicamente hacia los impulsos antagónicos en la psique, e indica un conflicto entre los sentimientos positivos y negativos hacia determinada persona o conjunto de ideas o, en un sentido social, una mezcla de elementos emocionales y sociales. Para los niños, el reconocimiento explícito de la ambivalencia es difícil, ya que tardan varios años en traducirla en palabras aun cuando a temprana edad su conducta demuestra sentimientos ambivalentes, los cuales son muy comunes (Boss, 2001).

Desde esta óptica, es posible considerar que el proceso de duelo, sea por ausencia o muerte, asumirá una forma distinta en cada niño, pues operará en función de diversos factores que impactarán su vivencia en un sentido particular: edad, personalidad, etapa de desarrollo, experiencias anteriores con la muerte, su relación previa con el fallecido, ambiente, causa de la muerte, la oportunidad que se le brinde de compartir y expresar sus sentimientos, estabilidad de la familia después de la pérdida, el estilo familiar de li-

diar con las tensiones, el cómo se satisfacen sus necesidades, los recuerdos y sus relaciones con otros adultos.

### **Duelo infantil desde el constructivismo narrativo**

Dentro de la tradición constructivista suele interpretarse el duelo como un proceso de reconstrucción de significados (Botella, 2001), como un periodo de transición o rito de pasaje en la vida de la persona (White y Epston, 1993), o como un momento de crisis, peligro y oportunidad (Labay, 2004). Las personas aprenden a separarse de ciertas prácticas de origen cultural, a manejar relatos y discursos alternativos, a dar énfasis a las particularidades de la experiencia vivida y de su mundo de significados personales, con lo cual se amplían sus posibilidades de resignificación a través de perspectivas múltiples y subjetivas; en este sentido, se es protagonista y actor del propio mundo (White y Epston, 1993).

Los niños viven el duelo como una experiencia nueva y buscan respuestas y consuelo en sus mayores. Para ellos lo desconocido puede resultar confuso y amedrentador, y la gran mayoría no sabe qué esperar luego de la pérdida de un miembro de la familia o de un amigo. La principal diferencia respecto del duelo de un adulto es que en los niños las expresiones intensas emocionales y de comportamiento no son continuas, pues en ellos el dolor puede aparecer de manera intermitente y relativamente breve en relación con los adultos, aunque el proceso puede durar más tiempo (Perry, 1998).

Con base en experiencias clínicas y entrevistas, McEntire (2003) señala que las tareas tempranas de duelo para los niños abarcan la auto-

protección, la necesidad de afirmación de su seguridad y cuidado, y la comprensión de la muerte, que incluye información certera de las circunstancias que la rodearon; o bien, para los niños mayores, consiste en aceptar la realidad y sufrir los aspectos emocionales de la pérdida, ajustarse a un ambiente en el que la persona perdida está ausente, o colocarla de nuevo dentro de la vida y hallar maneras de conmemorarla.

Webb (2002) sugiere que las tareas de duelo en los niños deben contemplarse de manera distinta en virtud de la inmadurez de su desarrollo tanto cognitivo como emocional, y de que enfrentan cambios constantes debido a su proceso de desarrollo. Por ejemplo, la tarea de decir adiós puede no ser realista para niños pequeños, ya que intentarán retener a la persona en una fantasía como un recurso para confortar a su ego e integridad, o pueden ser incapaces de comprender la abstracción *muerte*, y beneficiarse de hacer algo tangible por la persona muerta, como escribir un poema, encender una vela o colocar una rosa. Los rituales que crean en sus juegos, pasatiempos y rutinas cotidianas les son tranquilizadores y curativos, alivian su angustia y les proporcionan una sensación de dominio. De igual manera, son una expresión característica de su pensamiento mágico-sincrético y es posible que les sean de utilidad en momentos de tensión y conmoción emocional (O'Connor y Hoorwitz, 1997). Giacchi (2000) recomienda que los adultos hagan participar al niño en las ceremonias asociadas con la muerte velatorio, funeral, entierro, pues estos rituales pueden ayudarle a comprender la realidad de ésta y a iniciar el proceso de duelo. Además, sugiere

que se le explique con antelación qué verá, escuchará y el porqué de esos ritos, y que se le anime a ver el cadáver y, previamente, describirle qué aspecto tendrá para eliminar falsas creencias al respecto.

### **Herramientas terapéuticas**

Para el constructivismo (Dersheimer, 1990; Rosenblatt, 2000; Webb, 2002; Labay, 2004), procesar la experiencia de pérdida a través de la aproximación narrativa implica emerger de la intersección de la emoción y el lenguaje mediante un proceso de elaboración de significados e historias personales, y de un trabajo con metáforas o mapas, donde cada persona recorre un terreno específico y viaja con experiencias únicas a través de su propio proceso.

La práctica de crear narrativas para aferrar la experiencia comienza muy temprano. Los niños poseen una capacidad especial para la organización y los discursos narrativos, juegan con los materiales psicógenos que les facilitan la interacción con sus mayores y van transformando su historia de acuerdo con las circunstancias de su entorno; a la vez, asimilan contenidos, sentimientos, pensamientos y significados que incorporan en su experiencia en forma de narrativa.

Los terapeutas narrativos como White y Epston (1993), Freeman y cols. (2001) emplean diversos recursos en niños que no han desarrollado las habilidades verbales para describir sus experiencias: artes expresivas como pintura, dibujo, escultura, creación de máscaras, música, teatro con títeres, personificación, danza o contar historias. Con ello se les ayuda a expresar sus experiencias, a separar los problemas de ellos mismos, y a crear y

ejecutar su historia preferida. Por ejemplo, un menor que elige un títere-tarántula puede descubrir formas para desarrollar una relación diferente con el miedo; otro niño que crea su propio mundo en una caja de arena externaliza su experiencia y se convierte en autor de ese mundo, lo que le abre nuevas posibilidades. Las historias con los niños son utilizadas en muchas formas. Cuando se eligen con fines terapéuticos, se toma en cuenta que éstas contienen elementos intelectuales, emocionales y espirituales, y que los pequeños tienen una habilidad natural para contar, escuchar historias y responder en consecuencia. También se considera que las historias sugieren cambio, presentan opciones, estimulan la imaginación, proporcionan una toma gradual de conciencia y, en el caso específico de una pérdida, permiten recordar, validar y conmemorar. Las historias hacen el mundo del niño más familiar y seguro (Webb, 2002).

Otra modalidad narrativa utilizada con los pequeños son las conversaciones colaborativas de Anderson, quien ha trabajado procesos de desvinculación como el divorcio reuniendo a la familia e incluyendo a los niños, a quienes otorga un papel primordial (Smith y Nylund, 1997).

Otra práctica es la creación de historias alternativas y juegos de personificación que ocurre cuando el niño empieza a jugar a ser él mismo en una situación familiar, y entonces pretende ser alguien más. Este proceso de personificación y transformación crea en él una experiencia de cambio en diferentes niveles: corporal, cinestésico, perceptual y conceptual. El juego de personificación permite a los niños moverse hacia atrás o hacia adelante en el tiempo como una forma



de explorarse a sí mismos en el presente, pasado y futuro. Les permite desempeñar diferentes roles de manera “simultánea”. Por ejemplo, un chico juega a ser un profesor y es ambos al mismo tiempo: el niño (no el profesor), y el profesor (no el niño). Esta relación paradójica entre él y cierto rol abre espacio para diferentes tipos de experiencias y opciones, ya que engendra historias alternativas.

### Conclusiones

Las pérdidas infantiles surgen como un continuo en el desarrollo y en la vida cotidiana. Cuando no aparecen con la máscara de la muerte, lo hacen como abandono, ausencia, falta o ambigüedad: extrañar el cuidado, protección, sobreprotección, el trato diferencial otorgado por los adultos significativos, los tipos de juguetes y de juegos, el lugar que se ocupa en la familia (dejar de ser el centro de atención ante la llegada de un nuevo hermano, por ejemplo), pasar de ser el que recibe el cuidado a ser el que lo prodiga.

Esto nos habla de la importancia que reviste desarrollar una alta sensibilidad y una mirada hacia las pérdidas infantiles y de los adolescentes, quienes se enfrentan a diversos duelos: por la pérdida del cuerpo, el rol y la identidad infantiles y los padres de la niñez, y por la identidad sexual, todo lo cual se agrega a las pérdidas de tipo ambiguo, que adquieren formas diversas e impactan en su vida afectiva y social.

Concebir al niño como co-constructor de su realidad atendiendo tanto a su equipo biológico como a la cultura en que se inserta lleva a considerar que en su proceso de pérdida y duelo los conceptos, significados,

formas vivenciales e implicaciones en su vida cotidiana son únicos.

De lo anterior podemos desprender la importancia que reviste:

- La teoría del desarrollo infantil como lente del observador llámese investigador o terapeuta, que le permite reconocer elementos de posibilidad de orden bio-psico-social.
- Acompañar esta mirada con los elementos socioculturales que pueden estar organizando el guión o historia de vida de cada niño.
- Plantear la postura epistemológica de la cual se parte para *ver* la intervención en el proceso de duelo infantil. Tomar en cuenta que la visión científica de muerte retomada por el adulto lo lleva a dar explicaciones al niño de orden biológico que requieren considerar el nivel conceptual que éste posee.
- Indagar el sistema de creencias que el niño ha construido y que emplea para dar sentido a sus experiencias de vida.
- Elaborar estrategias de intervención en las que se tomen en cuenta posibles herramientas terapéuticas que le permitan al niño enunciar los sentimientos ambivalentes que pueden estar presentes ante la pérdida ambigua.
- Identificar y reconocer los rituales que los niños crean durante sus actividades lúdicas, lo cual puede ofrecer una plataforma de posibilidades de intervención.
- Explorar el empleo de medios narrativos como dibujos, creación de historias, cuentos, etc., atendiendo a la sensibilidad actual del

niño, de tal manera que el diseño de la intervención se adecue al momento del proceso.

- Desarrollar una capacidad de sensibilidad y flexibilidad durante la intervención ♦

## Referencias

- Archer, J. (1999). *The nature of grief the evolution and psychology of reactions to loss*. Londres-Nueva York: The Guilford Press.
- Allidieri, N. (2001). "Algunas observaciones sobre la infancia. ¿Una categoría problemática?" [www.catedras.fsoc.uba.ar/pdf/observaciones\_infancia.pdf]. Consultado en agosto de 2008.
- Almagro, F. (2003). "La familia ante la pérdida ambigua: adaptación o cambio." [http://www.interpsiquis.com/2003/areas/at41/index.html]. Consultado en agosto de 2008.
- Baeza, S. (2000). "El rol de la familia en la educación de los hijos." Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, año I, septiembre de 2000 [http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-3-06.htm].
- Barrera, G. (2001). "Desarrollo del concepto de vida en el niño." Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Becvar, D. (2001). *In the presence of grief. Helping family members resolve death, dying and bereavement*. Nueva York: The Guilford Press.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa. "El duelo congelado", p. 15-34; "Las emociones contradictorias", p. 65-78.
- Botella, L. (2001). "Constructivismo y psicoterapia." [http://recerca.blanquerna.url.edu/constructivisme/Qu%C3%A9%20es%20el%20constructivismo.pdf]. Consultado en mayo de 2008.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. y Haste, H. (1990). *La elaboración del sentido. La construcción del mundo por el niño*. Barcelona-México: Paidós.
- Dershimer, R. (1990). *Counseling the bereaved*. Nueva York: Pergamon.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona-México: Paidós.
- Giacchi, A. (2000). "El duelo en los niños." [http://www.vivirlaperdida.com/dueloinfantil.htm]. Consultado en mayo de 2008.
- Harris, P. (1989). *Los niños y las emociones. El desarrollo de la comprensión*. Madrid: Alianza.
- Kroën, W. (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Un manual para adultos*. Barcelona: Oniro.
- Labay, V. (2004). "Proceso de divorcio y mediación familiar. La influencia de los acuerdos en el contexto de la mediación familiar." Tesis de maestría, Mendoza, Argentina: Universidad del Aconcagua. [http://enj.org/portal/biblioteca/penal/rac/86.pdf].
- McEntire, N. (2003). "Los niños y el duelo: La muerte de un ser querido." [http://ceep.crc.uiuc.edu/eeearchive/digests/2003/mcentire03s.pdf]. Consultado en mayo de 2008.
- National Cancer Institute. (2006). "Los niños y la pena."

- [[www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/duelo/patient/page](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/duelo/patient/page)]. Consultado en agosto de 2008.
- O'Connor, J. y Hoorwitz, N. (1997). "Magia imitativa y contagiosa en el uso terapéutico de rituales con los niños." Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (comps.). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Pedrosa, S. (2007). "El impacto social del delito de impedimento y/o obstrucción del contacto." Asociación de Padres Alejados de sus Hijos (Apadeshi) [<http://www.apadeshi.org.ar/impactosociaimpedimento.htm>]
- Perry, B. (1998). "La pérdida en el niño: muerte, luto y duelo. Cómo pueden ayudar los cuidadores a niños que han estado expuestos a muertes traumáticas." Child Trauma Academy, Serie educativa para cuidadores, vol. 1, núm. 4, mayo de 2006 [<http://www.childtrauma.org/ctamaterials/deathsp.asp>].
- Ríos, C. (2006). "Talleres para padres: al encuentro de espacios perdidos." [<http://www.agba.org.ar/articulo23.htm>]. Consultado en mayo de 2008.
- Rosenblatt, P. (2000). *Parent grief narratives of loss and relationship*. Philadelphia-Pennsylvania: Taylor and Francis.
- Sanhueza, G. (2001). "El constructivismo." [<http://www.monografias.com/trabajos11/constru/constru.shtml>]. Consultado en mayo de 2008.
- Smith, C. y Nylund (1997). *Narrative therapies with children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Speece, M. y Brent, S. (1989). "Children's understanding of death: a review of three components of a death concept." *Child Development*, 55, p. 1671-1686.
- Webb, N. B. (2002). *Helping bereaved children a handbook for practitioners*. Nueva York: Guilford Press.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós. "La externalización del problema", p. 53-88.

# Calidad de vida en estudiantes de psicología\*

Susana Albanesi de Nasetta\*\*  
Valentina Garelli\*\*\*

Universidad Nacional de San Luis, Argentina

*El objetivo de este trabajo consistió en investigar la calidad de vida en estudiantes de 4º año de la carrera de psicología. Se utilizó una muestra de 62 sujetos de entre 21 y 52 años de edad: 49 mujeres y 13 hombres. Para evaluar la calidad de vida se administró el Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (pecvec).*

*Los resultados obtenidos en la presente muestra permiten observar que los varones mostraron mayor capacidad de rendimiento corporal e intelectual y que las mujeres presentaron mayor capacidad para mantener relaciones duraderas.*

**Palabras clave:** *Estudiantes de psicología-calidad de vida.*

*This research has explored the quality of life in psychological students. Sixty two students: forty nine female and thirteen male were interviewed, ages 21-52. The following technique was applied: quality of life profile in chronically patients (pecvec).*

*The results in the present sample indicate that male show greatest capacity of physical and intellectual submission and female present greatest capacity to support durable relationship.*

**Key words:** *Psychological students-quality of life.*

En este trabajo nos propusimos investigar la calidad de vida en estudiantes de 4º año de la carrera de psicología.

El interés se enfocó en las diferentes actividades que realizan los estudiantes, quienes con frecuencia no toman en cuenta su estado de salud, es decir, no comen adecuadamente, no valoran las horas de sueño y no concurren a centros médico para evaluar su estado de salud y prevenir futuras enfermedades.

La calidad de vida (CDV) es un concepto que va más allá de la mera condición física, e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir, abarca las funciones físicas, emocionales y sociales. Este término se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no sólo con enfermedades y su tratamiento, sino con el desarrollo satisfactorio de las capacidades personales en todos los órdenes vitales.

Estado de salud, estado funcional y calidad de vida son tres conceptos que a menudo se utilizan en forma intercambiable para referirse a la salud, la cual abarca diversas dimensiones, que van desde los aspectos valorados más negati-

---

\* El presente trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto 428501 de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

\*\* Doctora en Psicología, profesora adjunta. Correo-e: nasetta@unsl.edu.ar

\*\*\* Becaria de la cátedra de psicopatología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Correo-e: valengarelli@hotmail.com

vamente, como la muerte, hasta los más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de CDV relacionado con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar con ésta (Badia Llach y Lizán Tudela, 2007).

La CDV es la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y en el sistema de valores en el que viven respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (Arias Amaral, Vargas Flores, Hernández Mejía, Ramos Ponce y Velasco Rodríguez, 2008).

Desde una concepción integradora, la calidad de vida puede ser concebida como el resultado de las relaciones que los individuos y las comunidades establecen con los elementos bióticos y abióticos del medio (Perafán y Martínez, 2002).

Un punto de partida para la definición y construcción de este concepto es la perspectiva multidimensional, es decir aquella que abarca lo biológico, lo cultural y lo ambiental, y las interrelaciones que surgen entre ellos y que caracterizan a cada uno de los grupos humanos (Maya, 2001). Una revisión de la bibliografía arroja numerosas investigaciones relacionadas con el tema. En España, Martínez Roldán, Veiga Herreros, López de Andrés, Cobo Sanz y Carbajal Azcona (2005) realizaron una investigación sobre el estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. Los autores detectaron que en algunos aspectos la dieta de los estudiantes se alejaba mucho de las pautas dietéticas actuales, y concluyeron que sería importante un incremento de la actividad física que favoreciera un mayor consumo de alimentos para cubrir la ingesta insuficiente

de algunos nutrientes sin desequilibrar la dieta. La determinación del gasto energético en reposo por calorimetría indirecta parece predecir mejor las necesidades energéticas.

Asimismo, Sierra, Jiménez Navarro y Martín Ortiz (2002) investigaron la calidad subjetiva del sueño en una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres y 132 varones) por medio del Índice de calidad del sueño de Pittsburg, y evaluaron los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre dicho indicador. Los resultados arrojaron que 30% de la muestra presentaba mala calidad y pobre eficacia del sueño, así como una excesiva latencia, aunque los autores no encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ningún componente, con excepción del consumo de hipnóticos, donde las mujeres registraron una peor calidad de sueño y una mayor latencia, al igual que más perturbaciones y disfunción nocturna. Esto pone de manifiesto la necesidad de controlar el consumo de estas sustancias para mantener una correcta calidad de sueño.

En México, Cortés Vázquez y Ramírez Guerrero (2008) realizaron una investigación tomando las definiciones clásicas de salud, enfermedad y CDV como contexto de las consideraciones sobre la calidad de vida en la salud. Los autores proponen trabajar en el área de la salud desde la perspectiva de la salud misma con objeto de desarrollar un trabajo más específico sobre las variables que determinan por qué los individuos que están sanos lo están, y plantean además características concretas de lo que puede ser la calidad de vida en la salud.

## **Método**

### ***Participantes***

Para los fines de este trabajo, de tipo exploratorio, transversal y no experimental,

se realizó un muestreo no probabilístico con 62 estudiantes de 4º año de la licenciatura en psicología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis, Argentina, cuyas edades oscilan entre 21 y 52 años, y entre los cuales se cuentan 49 mujeres y 13 varones.

### **Instrumento**

Para evaluar la calidad de vida se administró la versión española del cuestionario alemán *Profil der lebensqualität chronischkranker (PLC)*, traducido como *Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC)* (Siegrist, Broer y Junge, 1996; Fernández López, Hernández Mejía y Rancaño García, 1999, y Fernández López, Siegrist, Hernández Mejía, Broer y Cueto-Espinar, 1997), que también puede aplicarse a sujetos sanos.

El cuestionario consta de 40 ítems tipo Likert, con un rango de 0-4, y abarca seis dimensiones relevantes del bienestar y las capacidades de actuación de las personas: capacidad física, función psicológica, estado de ánimo positivo, estado de ánimo negativo, función social y bienestar social. En las personas aparentemente sanas se utiliza un listado de síntomas generales. Otras cuatro preguntas investigan los factores moderadores mayores: apoyo social, eventos vitales influyentes, problemas agudos y deterioro de la capacidad sexual.

### **Procedimiento**

El cuestionario PECVEC fue aplicado en forma colectiva a los alumnos bajo estudio luego de un trabajo práctico desarrollado en la materia psicopatología II (línea cognitiva) en la Facultad de Ciencias Humanas en 2007.

Se obtuvo la colaboración espontánea de los alumnos, y se procedió a ex-

traer la M y la DE del grupo total en las diferentes escalas del PECVEC.

A la vez, se aplicó la prueba *t* de Student con el propósito de comprobar si había diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario que fueran atribuibles al género de los participantes en la muestra.

Para examinar la relación existente entre las escalas del PECVEC se calculó el coeficiente de correlación *r* de Pearson, al tiempo que se aplicó el análisis de varianza (ANOVA) para evaluar la asociación de las puntuaciones de las diferentes variables que se obtuvieron en los subgrupos como resultado de la partición de las variables nominales. Las variables a considerar fueron las siguientes: género, estado civil (solteros-casados o en pareja), trabajo (es decir, si los estudiantes trabajaban o no), eventos influyentes, apoyo social, problemas agudos y alteraciones sexuales sufridas por los integrantes de la muestra.

También se procedió a aplicar el análisis factorial, componentes principales, rotación varimax, para examinar el peso de los factores en las diferentes subescalas del PECVEC.

### **Resultados**

En primer término, se presentan las puntuaciones obtenidas en el PECVEC en el grupo total, cuyas escalas evalúan: escala 1, capacidad física; escala 2, función psicológica; escala 3, estado de ánimo positivo; escala 4, estado de ánimo negativo; escala 5, función social, y escala 6, bienestar social.

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos con la prueba *t* de Student, calculada para investigar si existen diferencias entre las medias obtenidas en los subgrupos de mujeres y varones en las diferentes escalas del PECVEC.

**Tabla 1.** M y DE de las puntuaciones obtenidas en las escalas del PECVEC. n = 62.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<b>Edad</b>	62	21.00	52.00	24.77	5.68
<b>Escala 1</b>	62	1.00	3.62	2.29	0.67
<b>Escala 2</b>	62	1.00	3.75	2.48	0.66
<b>Escala 3</b>	62	0.40	5.00	2.06	0.77
<b>Escala 4</b>	62	0.30	3.87	2.44	0.89
<b>Escala 5</b>	62	0.83	5.00	2.87	0.84
<b>Escala 6</b>	62	0.08	4.00	2.75	0.88

**Tabla 2.** Valores *t* de Student en las escalas del PECVEC considerando el género de los integrantes de la muestra. Mujeres n = 49, y varones n = 13.

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Escala 1</b>	49	2.19	0.65	-2.41	0.02
Mujeres	13	2.66	0.59		
<b>Escala 2</b>	49	2.41	0.68	-1.62	0.17
Mujeres	13	2.70	0.51		
<b>Escala 3</b>	49	2.03	0.85	-0.56	0.75
Mujeres	13	2.11	0.24		
<b>Escala 4</b>	49	2.28	0.91	-3.42	0.002
Mujeres	13	2.96	0.51		
<b>Escala 5</b>	49	2.78	0.84	-1.37	0.18
Mujeres	13	3.15	0.83		
<b>Escala 6</b>	49	2.68	0.91	-0.98	0.39
Mujeres	13	2.93	0.74		

Se detectaron diferencias de significación estadística  $p = .02$  en la escala 1 (capacidad física), donde el subgrupo de varones presentó las puntuaciones más elevadas. De igual manera, en la escala 4 (estado de ánimo negativo) se obtuvieron diferencias altamente significativas  $p = .002$ , donde nuevamente los varones registraron los mayores puntajes.

En la tabla 3 se pueden observar las correlaciones entre las diferentes escalas del PECVEC en el grupo total, donde se

aplicó el coeficiente de correlación *r* de Pearson.

Si bien se obtuvieron correlaciones significativas entre las escalas del PECVEC, las que las presentan en mayor grado son las siguientes (marcadas con asteriscos en el cuadro):

- Escala 1 (capacidad física) y escala 2 (función psicológica).
- Escala 1 (capacidad física) y escala 3 (estado de ánimo positivo).

**Tabla 3.** Matriz de correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del PECVEC. n = 62.

	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
Escala 1		.758***	.571***	.476	.466	.456
Escala 2			.668***	.577***	.661***	.492
Escala 3				.475	.294	.387
Escala 4					.322	.594***
Escala 5						.441

- Escala 2 (función psicológica) y escala 3 (estado de ánimo positivo).
- Escala 2 (función psicológica) y escala 4 (estado de ánimo negativo).
- Escala 2 (función psicológica) y escala 5 (función social).
- Escala 4 (estado de ánimo negativo) y escala 6 (bienestar social).

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis de la varianza en el grupo total.

Se pudieron detectar diferencias de significación estadística en relación con la variable *género* y la escala 1 (capacidad física), vinculada con el rendimiento físico,

donde los varones presentaron las puntuaciones más elevadas. De igual manera, se encontraron diferencias significativas en la escala 4 (estado de ánimo negativo) en favor del mismo grupo.

En cuanto a la variable *apoyo social*, se observó asociación significativa con la escala 3 (estado de ánimo positivo), donde los varones mostraron las puntuaciones más altas.

En relación con la variable *problemas agudos*, se encontró asociación con la escala 2 (función psicológica) y la escala 4 (estado de ánimo negativo), donde los varones nuevamente arrojaron las mayores puntuaciones.

**Tabla 4.** Nivel de significación de los coeficientes *F* calculados mediante la aplicación de la anova. Grupo total n = 62.

Variables	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
<b>Género</b>	.02	.17	.75	.01	.17	.39
<b>Estado civil</b>	.45	.61	.44	.70	.36	.49
<b>Trabajo</b>	.63	.69	.63	.94	.72	.87
<b>Eventos influyentes</b>	.32	.98	.46	.73	.89	.74
<b>Apoyo social</b>	.76	.97	.000	.83	.10	.28
<b>Problemas agudos</b>	.11	.01	.16	.04	.66	.28
<b>Alteraciones sexuales</b>	.02	.004	.01	.009	.28	.04



La variable *alteraciones sexuales* mostró diferencias significativas con las escalas 1 (capacidad física), 2 (función psicológica), 3 (estado de ánimo positivo) y 4 (estado de ánimo negativo), en las cuales los varones arrojaron los puntajes más elevados.

En la tabla 5 se presentan los valores obtenidos de la aplicación del análisis factorial exploratorio.

**Tabla 5.** Análisis factorial en el grupo total.  
n = 62.

	<b>Componentes (1)</b>
<b>Escala 1</b>	.819
<b>Escala 2</b>	.911
<b>Escala 3</b>	.740
<b>Escala 4</b>	.742
<b>Escala 5</b>	.682
<b>Escala 6</b>	.717

Conforme a los resultados obtenidos, se observa en la tabla 5 que los ítems componen un solo factor, si bien los que presentan mayor peso factorial en la presente muestra son la escala 2 (función psicológica) y la escala 1 (capacidad física).

### **Discusión y conclusiones**

Los resultados del estudio se compararon con una muestra de residentes médicos argentinos realizada por Albanesi de Nasetta y Nasetta (2005), ya que se consideró que ambos grupos son sujetos en formación profesional.

En la muestra con la que se trabajó (estudiantes de 4º año de la carrera de psicología), las puntuaciones obtenidas en todas las escalas fueron superiores a las presentadas por la muestra de residentes médicos.

Cabe destacar que en nuestra investigación las puntuaciones más ele-

vadas se registraron en la escala 5 (función social), que se relacionaría con la capacidad para establecer y mantener relaciones con otras personas, cuyos aspectos más importantes serían la habilidad para insertarse y abrirse a los demás. Por tanto, este grupo no presentaría dificultades en su capacidad de relacionarse. De igual manera, otras puntuaciones elevadas se obtuvieron en la escala 6 (bienestar social), que expresa el sentimiento de pertenencia a un grupo.

En cuanto a las puntuaciones medias considerando el género de los integrantes de la muestra, se detectaron diferencias de significación estadística en la escala 1 (capacidad física), donde los varones presentaron las puntuaciones más elevadas, mostrando más capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en las tareas, lo que implicaría una capacidad de concentración mayor. Esto se pudo constatar con el estudio realizado por Albanesi de Nasetta y Nasetta (2005) en la muestra de residentes médicos citada, donde éstos reportaron puntuaciones más altas que sus contrapartes femeninas en todas las escalas. El hecho de que el subgrupo femenino presentara puntuaciones menores en todas las escalas del PECVEC se relaciona probablemente con su mayor vulnerabilidad para enfrentar las exigencias académicas, ya que en muchos casos son estudiantes casadas y con hijos, lo que hace sus tareas más diversificadas.

Por otra parte, las correlaciones obtenidas entre las diferentes escalas del PECVEC fueron altamente significativas entre sí, y pusieron de manifiesto la relación existente entre las variables en estudio, es decir capacidad física (escala 1), que es el potencial de rendimiento tanto corporal como intelectual, vinculada intrínsecamente con la función psicológica (escala 2), o capacidad de disfrute y rela-

jación, donde cobra importancia la calidad del sueño, apetito y goce de la persona.

La escala 3 (estado de ánimo positivo) se traduciría en manifestación de buen humor, equilibrio emocional y optimismo, y la escala 4 (estado de ánimo negativo), en contraste con la anterior, mostraría aspectos como tristeza, nerviosismo, inestabilidad, sentimientos de amenaza o desesperación.

La escala 5 (función social) implicaría capacidad para relacionarse, así como establecer y mantener comunicación fluida con otros seres humanos, y guarda íntima relación con la escala 6 (bienestar social), que muestra la pertenencia a un grupo como aspecto socioemocional en forma de proximidad con personas y ausencia de sentimientos de soledad y exclusión.

Lo antes expuesto pone de manifiesto la importancia de la interrelación, ya que un elemento esencial para la calidad de vida no es sólo la normalidad fisiológica en sí y el correspondiente estado de salud, sino la posibilidad facilitada por ésta para participar activamente en un mundo contemporáneo de significados (Dubos, 1969).

La calidad de vida se relaciona de manera estrecha con el apoyo social que cada persona posee. Moos (1973) considera de gran importancia "el sentimiento subjetivo de ser aceptado, amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno puede hacer".

En cuanto a la vinculación de las diferentes variables en estudio con base en el análisis de la varianza, se detectó que el grupo de varones presentó las puntuaciones más elevadas en las escalas 1 y 4 respecto del grupo de mujeres; es decir, mostraron mayor capacidad en cuanto a concentración y realización de trabajos intensos. De igual manera, en relación con el estado de ánimo positivo (escala

3), también arrojaron las puntuaciones más altas, por lo que habrían manifestado buen humor, equilibrio emocional y optimismo.

Las diferencias entre ambos géneros han sido explicadas por diversos autores como la presencia de mayor sensibilidad corporal en las mujeres que en los varones, es decir, a éstas se les dificulta separar lo físico de lo psíquico, por lo que la hiperestesia de las sensaciones orgánicas en la mujer trae consigo una mayor comunicación con su cuerpo (Fernández López *et al.*, 1999).

Asimismo, la variable *apoyo social* mostró una asociación significativa con la escala 3 (estado de ánimo positivo), donde los varones mostraron los mayores índices. Esto significaría una relación positiva entre los sujetos que tienen una red de apoyo seguro y el estado de ánimo positivo.

La función social (escala 5), por su parte, mostró una asociación significativa con la variable *apoyo social* en el caso de las mujeres, que arrojaron las puntuaciones más elevadas; es decir, este grupo mostraría mayor capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales positivas.

En cuanto a los problemas agudos que se presentan cotidianamente, éstos afectarían en mayor medida al subgrupo de varones, lo que incide en la función psicológica (escala 2), o sea, la capacidad de disfrute y relajación.

Se detectaron además alteraciones sexuales en el subgrupo de varones, las cuales inciden en la capacidad física (escala 1), función psicológica (escala 2), estado de ánimo positivo (escala 3), estado de ánimo negativo (escala 4) y bienestar social (escala 6).

En la aplicación del análisis factorial exploratorio se pudieron detectar como factores de mayor peso la capacidad física, o sea, el potencial de rendimiento, y la función psicológica, que se relacionaría

con la capacidad de disfrute y relajación, los cuales guardan íntima relación.

En general, la evaluación de la calidad de vida en estudiantes de 4º año de la carrera de psicología ha permitido observar que este grupo presenta mejor calidad de vida en comparación con los residentes médicos argentinos. Es probable que los estudiantes estén menos presionados respecto de su rendimiento académico, pues los residentes médicos enfrentan dificultades en cuanto a su inserción en el mercado laboral y el logro de una buena formación profesional. En el presente grupo los varones mostraron mayor capacidad de rendimiento corporal e intelectual y las mujeres, mayor capacidad para relacionarse y mantener relaciones duraderas.

Ya que esta investigación se ha realizado exclusivamente con estudiantes de 4º año de la carrera de psicología, sería deseable realizar estudios donde se incorporen estudiantes de otras carreras para poder establecer comparaciones ♦

## Referencias

- Albanesi de Nasetta, S. y Nasetta, P. (2005). "Residentes médicos y calidad de vida." *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XVI, p. 245-250.
- Arias Amaral, J., Vargas Flores, A. R., Hernández Mejía, R., Ramos Ponce, M. G. y Velasco Rodríguez, J. F. (2008). "Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel." *Medicina Interna de México*, vol. 24, núm. 1, p. 15-21.
- Badía Llach, X. y Lizán Tudela, L. (2007). "Estudios de calidad de vida." *Cuadernos de atención primaria*. Barcelona: Masson, p. 250-256.
- Cortés Vázquez, E. B. y Ramírez Guerrero, M. (2008). "Calidad de vida en salud desde la salud." *Revista Alternativas en Psicología*, año XIII, núm. 17, p. 30-40.
- Dubos, R. (1969). *Medicine and environment*. Nueva York: Mentor.
- Fernández López, J. A., Hernández Mejía, R. y Rancaño García, I. (1999). "Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos." *Psicothema*, vol. 11, p. 293-303.
- Fernández López, J. A., Siegrist, J. Hernández Mejía, R., Broer, M. y Cueto-Espinar, A. (1997). "Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC)." *Journal of Clinic Epidemiology*, 47, p. 1373-1380.
- Hernández Mejía, R., Fernández López, J. A., Rancaño García, I. y Cueto Espinar, A. (2000). "Calidad de vida y enfermedades neurológicas." Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. España: Facultad de Medicina de Oviedo.
- Martínez Roldán, C., Veiga Herreros, P., López de Andrés, A., Cobo Sanz, J. M. y Carbajal Azcona, A. (2005). "Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal." *Nutrición Hospitalaria*, vol. 20, núm. 3, p. 197-203.
- Maya, A. (2001). *El retorno de Ícaro. Vida y muerte de la filosofía*. Cali: Universidad Autónoma de Occidente.
- Moos, G. E. (1973). *Illness, immunity and social interaction*. Nueva York: Wiley.
- Perafán, L. y Martínez, W. (2002). "Calidad de vida. Una propuesta sistémica para su entendimiento." [www.naya.org.ar. Congreso].
- Siegrist, J., Broer, M. y Junge, A. (1996). "Profile der lebensqualität chronischkranker (PLC)." *Gottingen; Hogrefe-Verlag. GmbH & Co. KG*.
- Sierra, J., Jiménez Navarro, C. y Martín Ortiz, J. D. (2002). "Calidad del sueño en estudiantes universitarios." *Salud Mental*, vol. 25, p. 35-41.

# Experiencias cumbre en la consejería para las adicciones

Edward Hoffman\*  
Fernando A. Ortiz\*\*

Yeshiva University y Alliant International University

*Este artículo ofrece algunas sugerencias prácticas para el uso e integración del concepto de experiencias cumbre de Abraham Maslow en el trabajo terapéutico con las adicciones. Estudios epidemiológicos sugieren un problema serio de proporciones epidémicas en el abuso de sustancias ilícitas en México. Los programas de prevención y tratamiento se basan generalmente en metodologías con énfasis patológico. En el contexto de la psicología humanista y positiva, la incorporación de experiencias cumbre en la psicoterapia representa un cambio paradigmático. Discutimos algunas categorías de experiencias cumbre basadas en nuestras investigaciones empíricas y su relevancia para el contexto cultural mexicano.*

**Palabras clave:** Experiencias cumbre, Abraham Maslow, adicción, México, psicología humanística.

*This article offers some practical suggestions for the use and integration of Abraham Maslow's concept of peak experiences in the psychotherapeutic work with addictions. Epidemiological studies suggest a serious epidemic problem of substance abuse in Mexico and most existing prevention and treatment programs are supported on deficit based methodologies. In the context of humanistic and positive psychology, the incorporation of peak experiences in psychotherapy represents a paradigm shift. We discuss some peak experience categories based on our empirical investigations and their relevance for the Mexican cultural context.*

**Key words:** Peak experiences, Abraham Maslow, addiction, Mexico, humanistic psychology.

## La problemática

Las más recientes encuestas y estudios epidemiológicos en México evidencian un problema muy serio de adicciones a sustancias ilícitas. La *Encuesta Nacional de Adicciones 2008* revela que entre 2002 y 2008 el número de personas que probaron alguna vez una droga aumentó de 3.5 millones a 4.5 millones, es decir, 28.9% en sólo seis años (Secretaría de Salud, 2008). En respuesta, el gobierno federal realiza diversas acciones encaminadas a la prevención, tratamiento y recuperación de personas adictas, y un ejemplo es la construcción de 310 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) (Secretaría de Salud, 2008). En la mayoría de los casos, el enfoque para el tratamiento está basado en los modelos ortodoxos de psicoterapia, con énfasis en el diagnóstico de déficit patológicos. Como resultado, el reporte del *Programa Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones* emitido por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional contra las Adicciones contiene una revisión completa de varias metodologías psicoterapéuticas y, entre otras conclusiones, afirma que "muchos pacientes han expresado experiencias frustrantes y

\* Doctor en Psicología, Yeshiva University, Nueva York.

\*\* Doctor en Psicología, profesor de la Alliant International University, San Diego, CA. Correo-e: fortiz@alliant.edu.

escasos beneficios con el uso de la psicoterapia” (p. 28). Parte del problema es que “los dependientes a sustancias son propensos a las recaídas, por lo que es necesario promover la motivación para el tratamiento hasta que finalmente logren un control” (p. 18).

## Cambio de paradigma

En la consejería constantemente buscamos maneras más eficaces para ayudar a nuestros pacientes. El modelo médico es el más prevalente, el cual pone énfasis en la patología y la enfermedad y ha mostrado tener poca utilidad clínica. Su terminología es impersonal y con frecuencia subestimadora y, por tanto, ofrece un índice de éxito limitado. No es sorprendente que consejeros de la adicción generalmente estén buscando alternativas más completas. En este sentido, el surgimiento de la psicología positiva y de la consejería basada en las fortalezas personales es una aportación reciente que ofrece esperanza. Pero éstas sólo afirman lo que ya sabemos: el enfoque en los recursos, talentos y competencias de nuestros clientes provee el mejor camino hacia la recuperación. ¿Cómo sucede esto exactamente? Estamos ciertos de que preguntas para nuestros clientes tan simples y positivas como “¿Cuál es tu película favorita?” tal vez no son suficientes en sí mismas.

En este aspecto, un recurso muy importante pero ampliamente desconocido son las experiencias cumbre. Articuladas inicialmente por el psicólogo humanista Abraham Maslow, ofrecen una avenida accesible para optimizar la autoestima de nuestros clientes, la responsabilidad personal y la motivación para la ayuda personal. En este artículo nos gustaría ilustrar cómo pueden ser integradas en la consejería para la adicción.

## ¿Qué son las experiencias cumbre?

Hace más de 60 años Maslow descubrió la existencia de experiencias cumbre en sujetos de extraordinaria salud mental, a quienes después llamó *autorrealizados* (Maslow, 1954). Al principio sorprendido, se dio cuenta de que estas personas frecuentemente mencionaban haber tenido momentos de gran alegría y realización en su vida cotidiana. Entre más psicológicamente saludables se sentían, con más frecuencia reportaban haber vivido este tipo de experiencia. Como resultado, Maslow afirmó que las experiencias cumbre indicaban la presencia de bienestar mental y a menudo resultaban en los siguientes beneficios:

- Pérdida temporal del miedo, ansiedad, incertidumbre y confusión. Lo más sobresaliente era la pérdida del miedo, que correspondía a una ganancia de lo que Alfred Adler llama “el valor para cambiar” (Adler, 1998).
- Resolución y transcendencia de las dicotomías, polaridades y conflictos de la vida. Es decir, las situaciones que parecían “blanco y negro” o dicotomas se convertían en algo que podía ser resuelto y capaz de ser integrado.
- Obtención de un sentido más amplio de la habilidad personal para actuar en el mundo y tomar responsabilidad de uno mismo y de otras personas en vez de estancarse en la pasividad.
- Aprender que la felicidad y la alegría realmente existen, y que al menos, en principio, son accesibles. Como corolario, uno aprende que la vida personalmente vale la pena y es hermosa.
- Sentirse afortunado y lleno de gracia. Es decir, uno generalmente siente gratitud intensa. Lo que emana de

este impulso es hacer algo bueno por el mundo: un deseo de devolver algo al mundo de alguna manera y, a veces, un deseo de compromiso y dedicación (Maslow, 1959).

Durante las experiencias cumbre los individuos a menudo tienen la sensación de percibir su vida como desde “una gran cima”, y poseen un sentido extraordinario de claridad y perspicacia. Con frecuencia reportan un sentimiento como si una neblina súbitamente hubiera desaparecido

lo que parecía una niebla tan penetrante, cuya mera presencia se ha olvidado. La gente, los acontecimientos y las decisiones se perciben de una manera nueva y prometedora. ¿Son entonces las experiencias cumbre de naturaleza religiosa? Como científico, Maslow prefería conceptualizarlas como fenómenos mentales naturales activados por situaciones específicas en la vida cotidiana (Maslow, 1964). Pero respetó a aquellos que miraban tales eventos como momentos divinos es decir, enviados por Dios. Y, sin duda, algunos de sus pacientes adoptaron esa perspectiva.

### **¿Qué activa las experiencias cumbre?**

Maslow tenía mucho interés en identificar qué “ocasionaba” estos estados mentales excitantes. Reportó que las experiencias cumbre podían ser activadas por vivencias tan diversas como el enamoramiento, la contemplación de la naturaleza o de la belleza, el involucramiento en el trabajo creativo o retador, el aprendizaje de una nueva habilidad, la ayuda altruista hacia un ser querido, y la inspiración que resulta de la música y el arte. También se dio cuenta de que la presencia de bebés frecuentemente inducía estas experiencias en los adultos, especialmente en las mujeres. De hecho, Maslow se percató de que los hombres

generalmente viven las experiencias cumbre a través de los éxitos y el reconocimiento público, mientras que las que experimentan las mujeres están más relacionadas con el afecto y la alegría afiliativa. Por supuesto, el papel femenino ha cambiado mucho, y hoy en día las diferencias de género respecto de las experiencias cumbre son menos acentuadas. También parece ser menos probable que el tipo de experiencia cumbre esté relacionado al menos parcialmente con nuestro temperamento individual, por ejemplo, la fortaleza de nuestra necesidad de estética y de compañía.

En nuestra investigación transcultural realizada durante los últimos cinco años hemos estudiado las experiencias cumbre en países extranjeros tan diversos como Brasil, Hong Kong, Japón, México, Noruega y Venezuela. En todos ellos los individuos reportan haberlas vivido, aunque existen diferencias culturales. La gente de culturas colectivistas de Asia y Latinoamérica con frecuencia reporta las experiencias cumbre de alegría interpersonal, que generalmente están relacionadas con la familia, los grupos y los amigos cercanos. En contraste, las de los estadounidenses son más individualistas (Maslow, 1968/1971). Nuestras investigaciones también han descubierto nuevas categorías de experiencias cumbre en los jóvenes. Éstas abarcan episodios y “etapas importantes del desarrollo” y típicamente incluyen un salto repentino de la niñez a la adolescencia, y momentos de serenidad caracterizados por un gran sentido de calma y paz interior. Esta última categoría surgió en un estudio reciente entre jóvenes chinos (Hoffman y Ortiz, en prensa; Hoffman, Ho, Chen y Ortiz, en prensa).

Mientras Maslow y sus colegas encontraron experiencias cumbre en varias muestras de Estados Unidos, la investigación internacional confirma que éstas fre-

cuentemente tienen beneficios psicológicos duraderos, tales como un incremento en la autoeficacia, la confianza social, el compromiso con otros, el interés y la dedicación a una vocación particular, y una integración completa de la personalidad.

### **Obtener experiencias cumbre en consejería**

¿Cómo podrían los terapeutas de las adicciones utilizar específicamente las experiencias cumbre para ayudar a sus pacientes? Convencido de su uso práctico con esta población, Maslow afirmó: “Estamos comenzando a darnos cuenta... de que los drogadictos, quienes están matando una parte de sí mismos lentamente, dejarían las drogas... si en cambio uno les ofrece algo que le dé sentido a su vida. Los psicólogos han descrito a los alcohólicos como fundamentalmente deprimidos, básicamente aburridos con la vida” (Maslow, 1968/1971, p. 180). Las siguientes sugerencias reflejan nuestra propia experiencia en el trabajo psicoterapéutico individual y de grupo.

#### ***Consejo psicológico individual***

Algunos individuos pueden narrar de forma inmediata experiencias cumbre en su vida, pero otros son más reticentes. La autodivulgación no es fácil para todos. Aquellos con una perspectiva e historia de victimización probablemente tienen más dificultad para compartir memorias alegres que dolorosas, o incluso memorias traumáticas. La evidencia también sugiere que los hombres tienden a suprimir las experiencias de ternura y debilidad más que las mujeres, y a vacilar en compartir tales episodios. Esta tendencia se manifiesta especialmente en pacientes con adicciones. Para “romper el hielo” son útiles las siguientes estrategias:

- Compartir las experiencias personales cumbre, preferiblemente aquellas que resuenen o correspondan con los intereses propios de los pacientes. Por ejemplo, si a su paciente le gustan las actividades al aire libre, busque en su memoria y recuerde alguna de las experiencias maravillosas que vivió en el bosque o en la playa.
- Ayude a su paciente a entender el efecto de esta experiencia satisfactoria e impactante. Por ejemplo, ¿afirmó un talento, aumentó autoconfianza o marcó una nueva etapa de desarrollo?
- Anime a su paciente a examinar cómo la experiencia cumbre le ofrece dirección para un cambio positivo y un crecimiento. Por ejemplo, una experiencia impactante con la naturaleza puede tener implicaciones vocacionales o para el trabajo voluntario.

¿Existe algún tipo de contraindicación en el uso de experiencias cumbre en el consejo individual psicológico? Primero se debe establecer la confianza, ya que muy pocos pacientes estarían lo suficientemente abiertos para un diálogo con sentido y profundidad si no se cimenta la relación de confianza. En este contexto, vale la pena plantear preguntas sencillas como “¿Cuál es tu comida favorita?” antes de explorar más. Algunos pacientes negarán inicialmente haber tenido experiencias cumbre. En tales situaciones, es mejor evitar una discusión y contestar: “Bien, tal vez recordarás algo alguna otra vez.” Generalmente esto resulta ser el caso.

#### ***Consejo psicológico de grupo***

Todos los grupos tienen su propio ambiente, formato y estilo. Dependiendo de la personalidad de sus miembros, un grupo pudiera inicialmente mostrar

mucha o poca apertura a compartir experiencias cumbre. Inevitablemente, algunos tenderán a dominar las discusiones narrando microdetalles innecesarios. Otros se mostrarán renuentes a contribuir con algo personal, típicamente por miedo al ridículo de compartir emociones tiernas. Las siguientes son algunas estrategias para maximizar la efectividad del grupo:

- Comience explicando qué son las experiencias cumbre y porque son importantes. Es útil mencionar algunos catalizadores referidos por investigadores, tales como encuentros con la naturaleza o destreza para manejar un automóvil. Para alentar la autodivulgación, empiece compartiendo una experiencia cumbre de su propia vida. Indique cómo ésta le benefició al aumentar su autoconfianza o la cercanía con otros.
- Aliente a miembros del grupo a que narren sus propias experiencias cumbre. Fije un límite informal de tiempo para cada participante 5 minutos por cada descripción es razonable y prevenga la dominación. Mantenga a los expositores enfocados en el tema preguntándoles cómo se sintieron durante la vivencia, qué la hizo tan maravillosa, y cómo les afectó en su perspectiva de vida y en su conducta.
- Después de que todos los voluntarios han participado, invítelos a disfrutar los momentos cumbre en su vida. Los puede guiar con las siguientes preguntas: ¿Qué tan importante es estar relajado y ser receptivo? ¿Qué impide o bloquea su ocurrencia? Y, ¿cómo podríamos integrar las experiencias cumbre después de que las hemos identificado?

¿Existe alguna contraindicación para discutir las experiencias cumbre en sesiones de grupo? De la misma manera que con el consejo psicológico a nivel individual, es importante enfatizar que las experiencias cumbre nunca tienen un punto de conclusión. La búsqueda es demasiado similar a la autodestrucción cuando se persigue la “euforia perpetua” de las drogas.

### **Experiencias cumbre en el consejo psicológico**

A menudo es excitante para los pacientes cuando una experiencia cumbre regresa a su conciencia. Sin embargo, el beneficio real sucede cuando estos momentos de alegría y claridad se integran en la vida diaria. En este sentido, como Abraham Maslow sugería, pueden solidificar y servir como catalizador del crecimiento. Una vez que se han obtenido completamente en una sesión terapéutica, ¿cómo podrían utilizarse las experiencias cumbre en el consejo psicológico continuo? Las siguientes son tres sugerencias útiles:

- Como un elemento vital de capacitación para el relajamiento y la resistencia. El estrés afecta emocional y físicamente a todos, más a aquellos que están luchando contra una adicción. En la capacitación de relajación, por tanto, aliente a sus pacientes a usar las experiencias cumbre como un “ancla” para encontrar fortaleza interior y bienestar. Enfocarnos en pistas sensoriales asociadas con las experiencias cumbre, como colores, sonidos, fragancias y sensaciones nos ayuda a amplificar la memoria positiva.
- *En la relación directa con el conocimiento.* “¿Cómo puedo crear una nueva experiencia cumbre?”, es una pregunta válida cuya respuesta los



clientes siempre tienen curiosidad de saber. Una respuesta relevante es que este tipo de experiencias tienen más probabilidad de presentarse cuando uno está inmerso en el momento presente, en vez de estar atado al pasado o en las preocupaciones del futuro. Enseñarles a estar más enfocados en el presente ofrece no sólo la posibilidad de incrementar la frecuencia de experiencias cumbre en sus clientes, también los lleva a fortalecer su bienestar subjetivo en general (Williams, Teasdale, Segal y Kabat-Zinn, 2007; Forsyth y Eifert, 2008).

- *Como un enfoque de biblioterapia.* Maslow descubrió que cuando presentaba experiencias cumbre, muchos sujetos repentinamente recordaban un episodio olvidado ocurrido hacía mucho tiempo. Él razonó que escuchar a otra persona narrando experiencias cumbre les había dado el ánimo importante o la validación acerca de la autenticidad de sus propios momentos de gran satisfacción. Biografías y memorias tales como la *Búsqueda del sentido de la vida*, de Viktor Frankl, son una fuente de experiencias cumbre que sus pacientes pueden usar como fuente de fortaleza personal (Frankl, 2006).

Las experiencias cumbre no son un fin en sí mismas. Al contrario, estos momentos plenos de felicidad y alegría maravillosa son una señal que otorga dirección invaluable en el trayecto de la vida ♦

## Referencias

Adler, A. (1998). *Social interest [Interés social]*. Oxford: One World Publications.  
Forsyth, J. P. y Eifert, G. H. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety [Libro de trabajo sobre la ansiedad usando la conciencia despertada*

*y la aceptación]*. Oakland, CA: New Harbinger.

- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning [El hombre y la búsqueda de su significado]*. Boston: Beacon, 2006.
- Hoffman, E. y Ortiz, F. "Youthful peak-experiences in cross-cultural perspective: implications for educators and counselors" ["Las experiencias cumbre en jóvenes desde una perspectiva transcultural. Implicaciones para educadores y consejeros"]. L. Francis, D. Scott, M. de Souza y O'Higgins-Norman, J. (eds.). *International handbook of education for spirituality, care and well-being*. Nueva York: Springer (en prensa).
- Hoffman, E., Ho, M. Y., Chen, S. X. y Ortiz, F. *Peak-experiences among Hong Kong youth: implications for strength-based counseling* ["Las experiencias cumbre entre los jóvenes de Hong Kong: implicaciones para la consejería basada en fortalezas personales"] (2008, en prensa).
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality [Motivación y personalidad]*. Nueva York: Harper.
- . "Cognition of being in the peak experiences." ["Cognición del ser en las experiencias cumbre"]. *Journal of Genetic Psychology*, 1959, 94, pp. 43-66.
- . (1964). *Religion, values and peak experiences [Religión, valores y experiencias cumbre]*. Nueva York: Viking.
- . (1968/1971). "Goals and implications of humanistic education." ["Metas e implicaciones de la educación humanista"]. *Farther Reaches of Human Nature*. Nueva York: Viking Press.
- Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, octubre de 2008, pp. 1-32.
- Williams, J. M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. y Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression [La manera conciente para vencer la depresión]*. Nueva York: Guilford.

# Relación entre la diferenciación y otros conceptos de la terapia familiar

José de Jesús Vargas Flores\*  
Edilberta Joselina Ibáñez Reyes\*\*  
UNAM, FES Iztacala

*El presente trabajo tiene como objetivo la descripción y análisis de dos teorías que explican las relaciones cercanas en el terreno emocional, cada una desarrollada por Bowlby y Bowen. Ambas parten de principios teóricos diferentes, pero se puede observar un conjunto de semejanzas y analogías entre ellas. Su análisis y comparación se efectúa a la luz del avance de la psicología. Se describen tanto sus diferencias como sus semejanzas y las subsecuentes conclusiones. También se plantea una serie de propuestas de investigación para el avance de esta área de la psicología.*

**Palabras clave:** Teoría de Bowen, teoría de Bowlby, diferenciación, tipos de vínculo, análisis conceptual.

*The main objective of this work is to do a description and analysis of two theories that explain the close relationships in the emotional field. In this case, the theories of Bowlby and Bowen, are analyzed. Both use different theoretical principles, but despite of it, there are a set of similarities and analogies. The analysis and comparison are done based on the advances of the psychology. The differences and the similarities are described and the conclusions are obtained. In order to do more advance in this area a set of investigation proposals are given.*

**Key words:** Bowen's theory, Bowlby's theory, differentiation, attachment styles, conceptual analysis.

El avance de la ciencia de la psicología implica la creación de un marco conceptual que permita explicar el fenómeno psicológico. Dado que no hay una sola teoría en este campo, sino muchas, cada autor plantea un marco conceptual que le permita analizar lo que está estudiando. No obstante, al acercarnos a las diferentes teorías podemos apreciar semejanzas y diferencias entre ellas. Ninguna corriente psicológica puede dar cuenta del comportamiento en forma completa. Las que existen explican sólo una pequeña parte. Por eso no podemos limitarnos a una sola teoría. En este sentido, es importante ir revisando cada una y a veces dos simultáneamente. El presente trabajo tiene la finalidad de analizar la teoría familiar de Bowen y sus semejanzas y diferencias con la teoría del desarrollo de Bowlby.

El concepto de diferenciación es mucho más complejo de lo que al principio podría parecer (Kerr y Bowen, 1988). Y aunque tiene alguna relación con otros conceptos desarrollados en el terreno de la terapia familiar, en esencia es diferente y posee características propias. Definirlo y acotarlo es importante para entender a fondo su aspecto conceptual, así como

---

\* Profesor titular del área de Psicología clínica, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: jjvf@servidor.unam.mx

\*\* Profesora de carrera del área de Psicología experimental animal, FES-Iztacala, UNAM. Correo-e: jibanez@campus.iztacala.unam.mx

verlo relacionado pero separado de los demás conceptos.

Al observar el comportamiento en el contexto familiar, los autores formulan categorías de observación que con el tiempo se van convirtiendo en conceptos que, a su vez, terminan transformándose en constructos; es decir, en un conjunto a veces complejo de conceptos. En este sentido, la diferenciación se puede considerar un constructo, dado que no es un concepto simple, sino complejo. Su utilidad para la comprensión de la dinámica familiar y el funcionamiento de las transacciones familiares ha resultado de mucha utilidad en este campo (Kinsman, Wildman y Smuker, 1999).

En el ámbito de la psicología, ha resultado no obstante que varios autores han desarrollado sus conceptos y constructos por su cuenta y sin apenas relacionarse con otros autores. Cuando el investigador es brillante y logra que sus manuscritos sean leídos por una buena cantidad de psicólogos, entonces sus marcos conceptuales van ganando terreno, y continúan desarrollando y refinando sus conceptos hasta convertirlos en constructos complejos. De esta manera, hay investigadores famosos en cada una de las corrientes psicológicas, que son muchas.

Con base en lo anterior, consideramos útil comparar algunos conceptos que han nacido y crecido en el campo de la psicología de la familia. En este trabajo compararemos el constructo de diferenciación con otro marco conceptual famoso en el campo de la psicología del desarrollo: el trabajo de John Bowlby. Por un lado, se establecerán las grandes semejanzas que existen entre estos conceptos, y por el otro se aclararán sus diferencias.

## **Bowlby y su trabajo en la psicología del desarrollo**

John Bowlby es un psicólogo inglés que desarrolló su teoría en la época de la segunda guerra mundial. Originalmente psicoanalista, gracias a la brillantez del marco conceptual que propuso, pronto se convirtió en un autor de cita indispensable en el campo de la psicología del desarrollo (Bowlby, 1988). Sus conceptos pronto fueron aplicados a la psicología de los adultos, en particular para explicar la selección de pareja, las relaciones de pareja y la transmisión intergeneracional (Mikulincer y Florian, 1999).

El trabajo de Bowlby establece con toda claridad los vínculos afectivos como el centro de su planteamiento. Esta es una de las razones por las cuales fue expulsado del círculo psicoanalítico, porque además de la pulsión por la comida y el sexo como motivos primarios, propuso las relaciones afectivas al mismo nivel. El vínculo es el pegamento que une las relaciones entre los miembros de la familia. Pero el vínculo, al mismo tiempo, es una tendencia innata que tiene motivaciones evolutivas. Es decir, un bebé que se adhiere física y emocionalmente a un adulto tiene mayores probabilidades de sobrevivir que un niño que no lo hace, porque este último puede quedar a merced de los depredadores (Bowlby, 1993).

El desarrollo del vínculo en los seres humanos es de primordial importancia para la sobrevivencia de la especie y se va transmitiendo de una generación a otra (Kaufman y Uhlenberg, 1998). Es lo que hace que un miembro del grupo se sacrifique y haga cualquier cosa, incluso exponer o hasta perder su vida, para que los demás puedan sobrevivir (Mikulincer, 1995).

Fue el trabajo de Mary Ainsworth el que aclaró de alguna manera las posibilidades y alcance de este constructo (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Ella, siendo colaboradora cercana y discípula de Bowlby, efectuó un experimento al que denominó *situación extraña*. Éste consistió en que las madres llevaran a su hijo de una media de tres años al laboratorio. El lugar estaba lleno de juguetes y artefactos atractivos para el niño. La madre platicaba un rato con la experimentadora y luego se retiraba. Después de una hora, regresaba al laboratorio a recoger a su hijo. Todo era filmado para observar las reacciones del niño. Ainsworth pudo describir tres tipos de niños que reaccionaban de manera consistente y diferencial ante la situación. Al ver los juguetes, algunos se lanzaban a jugar con ellos en lo que la madre platicaba con la experimentadora. Se les veía contentos de poder acceder a una situación tal que les parecía de lo más divertida. Cuando la madre se retiraba, el niño lloraba un rato, pero era fácilmente consolado con los juguetes e interaccionaba muy bien con los experimentadores. Cuando la madre regresaba, el niño le hacía un pequeño berrinche, pero era fácilmente calmado cuando lo cargaba y lo consolaba. A estos niños, Ainsworth los denominó de *vínculo seguro*.

Otro conjunto de pequeños permanecía pegado a la madre mientras platicaba con la experimentadora. A pesar de que les atraían los juguetes, no se despegaben de ella y manifestaban temor. Cuando la madre se retiraba, lloraban durante mucho tiempo y no se consolaban sino con mucha dificultad. Cuando regresaba, el niño hacía un gran berrinche y no se calmaba a pesar de que su madre lo cargaba y trataba de consolarlo. Este tipo de niños fueron designados de *vínculo inseguro*.

Un tercer tipo de infantes permanecía indiferente a la madre cuando ésta platicaba con la experimentadora. En cuanto ella se retiraba, el niño jugaba con regular entusiasmo, y cuando ésta regresaba, seguía indiferente, como si la madre no hubiera llegado, y seguía jugando. A este tipo de vínculo se le denominó *evitativo*.

Existe otro tipo de vínculo, al que se le denomina *confuso*, de niños con problemas de esquizofrenia, por lo que, para efectos de este trabajo, no se tomará en cuenta.

Bowlby planteó el vínculo como algo que se va desarrollando desde la infancia y que afecta las relaciones en la edad adulta. Para que un niño sobreviva biológicamente hablando, es necesario que desarrolle algún tipo de vínculo, por tenue que éste sea. Si no lo logra desarrollar, es decir, vincularse con algún adulto o figura de apego, esto lleva a la muerte.

El tipo de vínculo, como fue planteado originalmente por Bowlby, creaba lo que él denominó un *modelo de trabajo*. Es decir, que el tipo de vínculo que se adquiere generalmente con la madre se internaliza y de manera inconsciente está presente en cualquier interacción donde se involucre la emoción. Por tanto, en el momento de seleccionar pareja, se busca a alguien compatible con el tipo de vínculo (Surra, 1990; Fosha, 2001). Para entender mejor cómo opera este concepto en la edad adulta, se presenta el siguiente cuadro con las características de las personas que tienen cada uno de los tipos de vínculo.

Hazan y Shaver (1987) extrapolaron el marco conceptual de Bowlby y desarrollaron un cuestionario para adultos que identifica cada uno de los tres tipos de vínculo. Este trabajo fue relevante y muy representativo de la investigación basada en las conceptualizaciones de Bowlby, ya que amplió el concepto y lo aplicó para el

	Vínculo seguro	Vínculo inseguro	Vínculo evitativo
<b>Características de la madre</b>	Madre comprometida con el bienestar de su hijo. Sin ser perfecta, tiene un compromiso real con el menor. Siempre está atenta a sus necesidades emocionales y físicas.	Madre que no se compromete con el hijo. Lo atiende, pero de manera intermitente. Se mete con las emociones del menor y las deforma para que se adapte a sus propias necesidades. La intermitencia le crea al niño una sensación de inseguridad.	Madre que atiende las necesidades físicas del niño. Está ahí, pero se desentiende de las necesidades emocionales. No lo carga ni lo arrulla. También puede ser que haya una ausencia materna por necesidades de trabajo u otras circunstancias. No existe una liga entre la madre y el hijo.
<b>Características de personalidad</b>	Seguro de sí. Confía en los demás y en sí mismo. No tiene preocupación por lo que hacen o piensan los demás. Puede depender de los demás o que alguien dependa de él, y no le preocupa. Puede establecer relaciones mutuamente satisfactorias y de largo plazo.	Inseguro de sí mismo y con baja autoestima. Tiene miedo de perder sus relaciones. Esto provoca que haga cualquier cosa con tal de no romper sus vínculos. Se aferra a todas sus relaciones y piensa que estar solo es lo peor que puede sucederle. Llega a establecer relaciones a largo plazo, pero a costa de mucha inversión emocional y física.	Desconfía de los demás y no se vincula emocionalmente con nadie. Prefiere estar solo que mal acompañado. Cuando las personas se acercan más allá de sus límites, se torna agresivo y las aleja. No establece relaciones a largo plazo o, si lo hace, permanece alejado de ellas.

caso de las relaciones de pareja y la transmisión intergeneracional.

La clasificación de los tipos de vínculo para describir la forma en que se establecen las relaciones interpersonales con las personas significativas resulta muy interesante porque describe algunos rasgos del sujeto que, a diferencia de lo que sostiene la psicología de la personalidad, surgen a partir de un aprendizaje, el cual puede ser descrito por la investigación. Esta es otra de las virtudes de Bowlby que, aunque proviene de la corriente psicoanalítica, sus afirmaciones están basadas en investigaciones experimentales metodológicamente fundamentadas. Es decir, utiliza en toda forma el método experimental para fundamentar sus constructos teóricos. Ha surgido una

gran cantidad de investigación apoyada en los planteamientos conceptuales de Bowlby, por lo que su aproximación resulta interesante y con características heurísticas que generan nuevas hipótesis e investigaciones.

### Teoría de Bowen

Este investigador y teórico es mucho más actual que Bowlby, y sus planteamientos teóricos tienen algunos puntos de coincidencia y otros de divergencia con este último. Bowen formuló conceptos teóricos sobre la dinámica familiar, como los triángulos, el sistema emocional de la familia, proceso de proyección familiar, proceso de transmisión multigeneracional, desconexión emocional, posición entre hermanos y proceso emocional de la so-

ciudad. Cada uno de estos conceptos está bien explicado y desarrollado, pero el más importante y el central, que permite entender los demás, es la diferenciación del yo (Bowen, 1989).

Se trata de un concepto complejo que involucra varios aspectos. Por un lado, implica habilidades y, por el otro, un adecuado balance. La diferenciación significa que el sujeto tiene la habilidad de distinguir entre sus emociones, deseos y sentimientos por una parte, y la racionalidad de las situaciones con fuertes cargas emocionales por la otra. Es decir, que el sujeto, estando por ejemplo en un pleito con su padre, puede darse cuenta de las emociones involucradas en ese momento, al mismo tiempo que percibe la situación en una forma más o menos objetiva. Puede percatarse de quién podría ser el responsable de la situación complicada que se le está presentando en un momento determinado. Las personas con bajos niveles de diferenciación no pueden hacer esta distinción debido a que se dejan llevar por sus emociones y tienden a ser impulsivas y con poco autocontrol (Bowen, 1978).

La diferenciación también es situacional. Se puede ser diferenciado y autocontrolado ante los extraños, pero cuando se trata de la o las personas respecto de las cuales tiene una gran dependencia emocional, la persona se puede tornar impulsiva y emocional. Y aun dentro de la misma familia, un sujeto puede ser más diferenciado ante su madre que ante su padre. Sin embargo, existe una tendencia a conservar más o menos el mismo nivel de diferenciación.

La diferenciación, como ya se mencionó, regula el nivel de cercanía y lejanía con las personas importantes emocionalmente hablando. Un sujeto diferenciado conserva una distancia respecto de las personas significativas, de tal manera que puede abordarlas con cierta objeti-

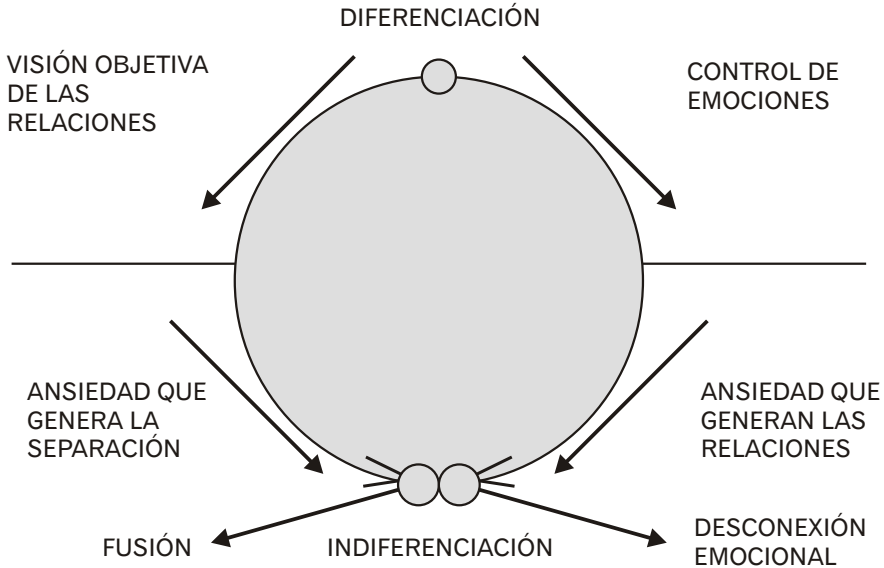
vidad, al mismo tiempo que tiene sus propias metas y su propia forma de pensar, la cual no tiene que ser la misma que la del grupo. El sujeto diferenciado no se va a los extremos, como ocurre con el indiferenciado, el cual hace básicamente dos cosas: o se fusiona o lleva a cabo una desconexión emocional. El siguiente cuadro ilustra esta situación.

Como puede observarse en el cuadro 1, los extremos de la indiferenciación se tocan y se encuentran en el mismo lugar. Un extremo es la fusión, donde el sujeto hace cualquier cosa con tal de no separarse de la figura de la que se encuentra indiferenciado. El otro extremo es la desconexión emocional, donde termina por alejarse de la figura de apego debido a la ansiedad que le genera su cercanía. En el caso de la fusión, el sujeto termina poniendo su vida al servicio del grupo. Puede no casarse para cumplir mejor su cometido con la familia: aunque sea una persona independiente en el terreno profesional y hasta económico, no lo es en términos emocionales. En el caso de la desconexión emocional, hay muchas formas de desconectarse. Una posibilidad es alejarse de la casa y que la familia no vuelve a saber del sujeto durante mucho tiempo. Otra es contraer una enfermedad mental e ingresar a un psiquiátrico, aunque hay otras posibilidades más sutiles. Por ejemplo, el sujeto se puede volver un alcohólico y además solitario y alejado de la familia. También puede volverse hacia las drogas, y la familia sólo sabe de la persona cuando tiene problemas con la policía o está en el hospital. En cualquiera de los dos extremos, el sujeto no logró superar su conflicto con la familia de origen, con la pareja o con los hijos, y hasta con los parientes cercanos.

### **Semejanzas y diferencias**

Tanto la teoría de Bowlby como la de Bowen se enfocan en el desarrollo del in-

**Cuadro 1.** Extremos de la fusión y la desconexión emocional (tomado de Vargas e Ibáñez, 2009)



dividuo en su ambiente familiar y explican algunos aspectos de la dinámica familiar, así como de la transmisión intergeneracional. Los marcos conceptuales tienen la virtud de lograr la abstracción de las observaciones de tal manera que se genere un conjunto de conceptos con los cuales efectuar un análisis preciso, observaciones dirigidas por dicho análisis y, hasta cierto punto, predicciones de las características de los individuos. La psicología no ha llegado a un punto en el que se puedan realizar predicciones precisas y con un alto grado de certeza. En cambio, se tienen un conjunto de marcos conceptuales que explican algunas características de los fenómenos que analizan y también ofrecen algún grado de predicción.

Por ejemplo, en el caso de la teoría del vínculo de Bowlby, si se logra determinar el tipo de vínculo que el sujeto internalizó, se podría predecir la forma en que escogerá pareja, cómo se llevará con ésta y cómo tratará a sus hijos para llevar

a cabo la transmisión intergeneracional (Gottman y Levenson, 1999; Halfond, Sanders y Behrens, 2000). No obstante, no se pueden hacer predicciones más específicas, tales como si se casará o no y a qué edad, y si tendrá tendencias hetero u homosexuales, etc. Es decir, que se logra cierto grado de descripción, análisis y predicción de algunos estilos familiares, pero no tantos como quisiera un científico de la conducta (Gottman y Levenson, 1999b).

A pesar de todas estas limitaciones, las teorías psicológicas son útiles para abordar los fenómenos, en este caso, familiares. La teoría del vínculo de Bowlby permite establecer una tipología mucho más objetiva que otras teorías que le antecedieron, como la de los somatotipos de Sheldon por ejemplo, basada en la forma del cuerpo. Una característica importante a tomar en cuenta de esta teoría es que fundamenta sus inferencias en datos empíricos, resultado de investigaciones experimentales. Cada una de

sus afirmaciones tiene un sustrato en alguna observación, lo que la hace científicamente atractiva.

Por otro lado, la teoría de Bowen también está sustentada en observaciones terapéuticas con familias, en especial esquizofrénicas, donde las transacciones son muy complicadas, pero al mismo tiempo representan un modelo para la explicación de otras transacciones en familias relativamente normales. Sin embargo, sus planteamientos son, de inicio, diferentes de los de Bowlby.

### Diferencias

Existen varias diferencias entre las dos teorías, algunas más importantes que otras. Por ejemplo, para explicar las relaciones afectivas entre personas de la misma familia Bowlby propuso las díadas, mientras que en la aproximación de Bowen se habla de tríadas. Es decir, el análisis de éste es más complejo y toma en cuenta más elementos de análisis. Bowlby estudia básicamente la díada madre-hijo, aunque investigadores posteriores han ampliado la categoría de análisis llevándola hacia las díadas padre-hijo, hombre-mujer, amigo-amigo, hombre-hombre, etc., pero sin trascender este nivel. Esto tiene sus ventajas y desventajas. Por un lado, al limitar el nivel de análisis se pueden aportar explicaciones más puntuales de las interacciones afectivas entre los humanos, pero no se pueden dar explicaciones más complejas. Tomando en cuenta que tratamos con seres humanos, éstos han resultado ser los organismos más complicados y difíciles de ser abordados por la psicología.

La teoría de Bowen, en cambio, se basa en los triángulos, que es una unidad de análisis mucho más compleja. No son solamente triángulos, sino que también cada una de las aristas del triángulo, es decir, cada uno de los miembros de la fa-

milia, no sólo pertenece a un triángulo, sino que a su vez forma parte de otros triángulos, que son parte de otros, y así sucesivamente, logrando análisis mucho más complejos.

Como ya se dijo, la teoría de Bowlby procede del psicoanálisis, mientras que la de Bowen surge de la psicología familiar, la cual no plantea inferencias tan profundas como el psicoanálisis, y es más objetiva. Esto no quiere decir que ser objetivo sea una ventaja, pero sí las hace diferentes.

### Semejanzas

Podemos apreciar una analogía entre las categorías de tipo de vínculo de Bowlby y los diferentes tipos de diferenciación de Bowen. En este sentido, las personas que tienen un tipo de vínculo seguro, aquellas cuyos padres se comprometieron de verdad con las necesidades emocionales y físicas del hijo y que tienen un sentido de seguridad en sí mismas, son semejantes a las personas diferenciadas. Las características de éstas, durante su desarrollo, son las mismas que las de vínculo seguro: personas seguras de sí mismas y de sus ideas, padres comprometidos que forman relaciones con el sexo opuesto de manera duradera, que transmiten seguridad a los miembros del grupo, que no tienen problemas para tomar decisiones importantes cuando lo requiere la situación, etc. En resumen, personas que parten de sí mismas para conducir y dirigir su vida con seguridad y con más recursos para afrontar una situación de estrés.

Por otro lado, las personas con un tipo de vínculo evitativo son conceptualmente semejantes a aquellas cuyo nivel de diferenciación las lleva a la desconexión emocional. Como ya vimos en la primera parte del presente trabajo, las personas con este tipo de vínculo prefieren estar solas porque les causa mucho es-



trés la relación que han establecido con los seres humanos importantes en su existencia; por eso prefieren el alejamiento emocional y, si es posible, también físico. Esto mismo ocurre con los sujetos que tienden a la desconexión emocional alejándose lo más posible de las relaciones íntimas.

Y por último, las personas con un tipo de vínculo inseguro son conceptualmente semejantes a aquellas cuyo nivel de diferenciación es bajo y tienden a fusionarse en su relación con los demás. Estos sujetos suelen quedarse en el seno materno o depender en exceso de sus respectivas parejas o personas emocionalmente importantes. Viven dependiendo de lo que hacen y no hacen los demás, y solicitándoles que cubran sus necesidades emocionales. Desde la perspectiva del vínculo inseguro, los sujetos con baja diferenciación hacen exactamente lo mismo, por lo que el concepto guarda una gran semejanza.

Aunque el abordaje conceptual no es el mismo y se está partiendo de bases teóricas muy diferentes, existen estas semejanzas entre una y otra teoría. Lo interesante es que, a pesar de las diferencias conceptuales, las dos teorías llegan a coincidir en algunos aspectos en la descripción y explicación de los fenómenos. Dado que la psicología todavía no es una ciencia paradigmática, cada uno de los autores aborda el fenómeno psicológico desde su perspectiva particular, pero llama la atención que, a pesar de sus diferentes enfoques y abordaje teórico, la explicación y descripción del fenómeno sea semejante, dado que se está observando lo mismo.

En algún momento será posible que las categorías de análisis sean las mismas para que, a partir de esto se pueda confirmar o desconfirmar cada una de las observaciones efectuadas por los científicos de la psicología. A la fecha

esto no es posible. Sin embargo, llevando un análisis de las categorías usadas por estos dos autores podemos observar las analogías.

La teoría de Bowlby se enfoca básicamente en el desarrollo humano durante sus primeras etapas, conceptos que posteriormente se aplicaron al comportamiento humano en las relaciones adultas, tales como la selección de pareja, la crianza de los hijos y la forma de vincularse con las personas importantes (Tidwell, Reis y Shaver, 1996). Por su parte, la teoría de Bowen surge en el contexto de la teoría de la familia y plantea un conjunto de conceptos, de los cuales el de diferenciación es el más importante (Vargas e Ibáñez, 2002). Como vimos en este trabajo, a pesar de sus diferencias, ambas teorías coinciden en sus aspectos más importantes y centrales, y no concuerdan en absolutamente todas las categorías de análisis conceptual. Sin embargo, es importante observar las analogías que existen en ambas teorías y que nos acercan a conceptos cada vez más unificados en la ciencia del comportamiento. En resumen, es importante buscar evidencias empíricas con una metodología científica que confirmen o descarten los conceptos teóricos de ambas teorías para continuar con el avance de la ciencia (Vargas, Ibáñez y Armas, 2009) ♦

## Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York: Jason Aronson.
- . (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*, vols. 1 y 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Bowlby J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- . (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Basic Books.
- Fosha D. (2001). "The dyadic regulation of affect." *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), p. 227-242.
- Gottman J. M. y Levenson R. W. (1999). "How stable is marital interaction over time?" *Family Process*, 38 (2), p. 159-165.
- . (1999b). "What predicts change in marital interaction over time? A study of alternative models." *Family Process*, 38 (2), p. 143-158.
- Halford W. K., Sanders M. R. y Behrens B. C. (2000). "Repeating the errors of our parents? Family-of-origin spouse violence and observed conflict management in engaged couples." *Family Process*, 39 (2), p. 219-235.
- Hazan C. y Shaver P. (1987). "Romantic love conceptualized as an attachment process." *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), p. 511-524.
- Kaufman G. y Uhlenberg P. (1998). "Effects of life course transitions on the quality of relationships between adult children and their parents." *Journal of Marriage and Family*, 60 (nov.), p. 924-938.
- Kerr M. E. y Bowen M. (1988). *Family evaluation: an approach based on Bowen theory*. Nueva York: Norton Co.
- Kinsman A. M., Wildman B. G. y Smuker W. D. (1999). "Relationship among parental reports of child, parent and family functioning." *Family Process*, 38 (3), p. 341-351.
- Mikulincer M. (1995). "Attachment style and the mental representation of the self." *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (6), p. 1203-1215.
- Mikulincer M. y Florian V. (1999). "The association between parental reports of attachment style and family dynamics and offspring's reports of adult attachment style." *Family Process*, 38 (2), p. 243-257.
- Surra C. (1990). "Research and theory on mate selection and premarital relationships in 1980s." *Journal of Marriage and the Family*, 52, p. 844-865.
- Thompson A. y Bolger N. (1999). "Emotional transmission in couples under stress." *Journal of Marriage and Family*, 61 (feb.) p. 38-48.
- Tidwell M. C. O., Reis H. T. y Shaver P. R. (1996). Attachment, attractiveness and social interaction: a diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (4), p. 729-745.
- Vargas J. J. e Ibáñez E. J. (2002). "Análisis y reflexiones sobre la transmisión intergeneracional." *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6 (1). [<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin>].
- . (2009). "Fusión y desconexión emocional: dos extremos en el concepto de diferenciación." *Revista Alternativas en Psicología*, 14 (21), p. 16-27.
- 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), p. 106-116. [<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin>]

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS

La Revista **Alternativas en Psicología** es una publicación semestral de la *Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A. C.*, orientada principalmente a la publicación de trabajos referentes a tópicos variados de interés general para los profesionales, investigadores, maestros y estudiantes de psicología, los cuales comprenden trabajos de investigación empírica o bibliográfica, monográficos, ensayos y disertaciones, que estimulen el diálogo y el intercambio abierto de opiniones en la práctica y avance de la psicología.

- 1.- Solo serán aceptados los manuscritos que cumplan con todos los criterios estipulados en este y el siguiente apartado, esto redundará en beneficio de la calidad de la Revista y de los trabajos de los autores.
- 2.- Todos los materiales deberán ser inéditos.  
Se debe anexar una carta del autor responsable donde confirme que el material no ha sido publicado o se encuentre en revisión por otra publicación.
- 3.- Los artículos no deben tener más de cuatro autores.
- 4.- El manuscrito deberá ser entregado con el formato, ortografía, mecanografía y redacción adecuada para poder ser aceptado.
- 5.- De no cumplirse las normas señaladas, los manuscritos serán regresados, solicitando a los autores la corrección pertinente.

Todos los trabajos serán enviados vía correo electrónico a nombre de:  
Revista "**alternativas en psicología**", AMAPSI, A. C.

Mtra. E. M. Marisela Ramírez Guerrero  
Directora General de la Revista  
cortesram@compuserve.com.mx

Javier Armas y Ana Brull  
Administración Amapsi.org  
webmaster@amapsi.org

Dr. Marco Eduardo Murueta  
Fundador  
murueta@servidor.unam.mx

Los trabajos deberán ser presentados utilizando el procesador de texto *Word*.

En hoja aparte poner nombre del autor principal o responsable, dirección, institución, teléfono, e-mail y fax.

Los manuscritos deberán contener las siguientes características:

Máximo 15 cuartillas incluyendo tablas, figuras y referencias  
Letra Arial 12 picas  
Espacio 1,5  
28 renglones por cuartilla  
66 golpes por renglón

La primera página debe incluir:

**Título.** En letras altas y bajas, no más de 15 palabras.

**Autores.** Máximo cuatro, empezando por el primer nombre y luego apellidos.

**Adscripción.** Lugar de adscripción y lugar de procedencia.

**Resumen.** Todos los trabajos deberán contener un resumen en español e inglés, o español y el idioma de origen del autor (i.e. español y portugués), máximo 150 palabras.

**Palabras clave.** En español e inglés, entre 2 y 5 palabras.

**Pie de página.** En la primera página deben presentarse el nombre del o los autores con su afiliación, apoyos o financiamientos y forma de comunicación.

**Figuras y tablas.** Deberán presentarse indicando el lugar exacto de cada una en el texto.

**Referencias.** Presentarse al final del trabajo, en orden alfabético y con el siguiente estilo: apellido del autor(es) e iniciales, año, título del artículo, título de la revista en letra cursiva, número del volumen y número de las páginas. En el caso de las referencias bibliográficas: apellido e iniciales, año, título del libro en letra cursiva, lugar de edición, Editorial, y capítulo o páginas.

Bayés, R. (1991). Prevención y psicología de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 93-108.

Salvarezza, L. (1998). *Psicogeriatría*. Buenos Aires, Argentina: Píadós.

Bayés, R. (1993). Evaluación de aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 619-651). Madrid: Pirámide.

Todos los trabajos serán sometidos a la consideración del Comité Editorial, en forma anónima.

Los manuscritos no serán devueltos al autor (es).

Fechas límite de ENTREGA de trabajos

15 de Junio  
30 de Noviembre

PUBLICACIÓN Agosto-Septiembre  
PUBLICATION Febrero-Marzo



# Psicología para América Latina

Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología



## **EDITORIAL: Fue en La Habana donde se celebró...**

Manuel Calviño

*Facultad de Psicología, Universidad de La Habana (Cuba)*

## **Psicología e invisibilidad. El no "extraño" caso de los públicos y las audiencias invisibles**

Manuel Calviño

*Facultad de Psicología, Universidad de La Habana (Cuba)*

## **El público cinematográfico cubano y su educación: una mirada crítica a la formación crítica de la mirada**

Pablo Ramos Rivero

*Instituto Cubano de Arte e industria cinematográficas (Cuba)*

## **Perfume de Revolución**

Alfredo Grande

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Profesor Universitario, Miembro de Honor de la *Sociedad Cubana de Psiquiatría (Argentina)*

## **Contribuições da Teoria Social Cognitiva para o enfrentamento de questões do cotidiano: o caso da mídia**

Roberta Gurgel Azzi

*Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (Brasil)*

## **Leer, memorizar, interiorizar y aprender hoy**

Roberto Balaguer Prestes

*Instituto Universitario CLAEH (Uruguay)*

## **La TV y la victimización**

Horacio C. Foladori

*Universidad de Chile (Chile)*

## **Psicoanálisis de la invasión marciana**

Héctor Becerra

*(Argentina)*

## *Diplomados en línea@*

### **Diplomado en Psicología Infantil: Desarrollo, Alternativas Educativas y Psicoterapia**

- I. Teorías en psicología infantil
- II. Embarazo y parto psicoprofiláctico
- III. Estimulación temprana y educación inicial
- IV. La psicología en la educación de niños preescolares
- V. Los niños de primaria: problemas y alternativas
- VI. Evaluación psicológica infantil
- VII. El juego y la psicoterapia para niños

**45 semanas efectivas**

**Chat: Miércoles de 7 a 9 pm**

### **Diplomado Formación de Psicoterapeutas**

- VIII. Salud mental y sociedad contemporánea
- IX. Teoría y técnica de la entrevista clínica
- X. Psicopatologías
- XI. Diagnóstico clínico
- XII. Técnicas para el trabajo clínico
- XIII. Psicoterapia familiar y grupal
- XIV. Práctica psicoterapéutica y análisis de casos clínicos

**45 semanas efectivas**

**Chat: Lunes de 7 a 9 pm**

**Mayores informes en: [www.amapsi.org/distancia](http://www.amapsi.org/distancia)**