

Integración Académica en Psicología.

Revista científica de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología.

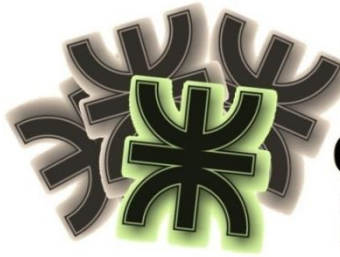


Integración Académica en Psicología.

Revista científica y profesional
de la Asociación Latinoamericana para
la Formación y la Enseñanza de la Psicología.



Revista Integración Académica en Psicología, Volumen 9, número 27, septiembre-diciembre 2021, publicación cuatrimestral editada por la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología, A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, www.integracion-academica.org, info@integracion-academica.org. Editor responsable: Manuel Calviño. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2013-012510121800-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN: 2007-5588. Responsable de la actualización de este número, creamos.mx, Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 26 de febrero de 2014. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología, A.C.



Integración Académica en Psicología.

Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana
para la Formación y la Enseñanza de la Psicología (ALFEPSI).

ISSN 2007-5588

Mesa Coordinadora de ALFEPSI

Presidenta: Dora Patricia Celis

Horacio Maldonado

Laura Zarate

Bárbara Zas

Alicia Risueño

Mónica Helena Gianfaldoni

Mario Morales

Director de la Revista: Manuel Calviño

Editor ejecutivo: Javier Armas

Consejo Editorial:

Maribel Soto (Costa Rica)

Rogelio Díaz (México)

Bárbara Zas (Cuba)

Edgar Barrero (Colombia)

Diana Lesma (Paraguay)

Nelson Zicavo (Chile)

Lupe García Ampudia (Perú)

Horacio Maldonado (Argentina)

Angela Soligo (Brasil)

Correctora: Vivian Lechuga

Comité Científico Editorial:

Marco Murueta (México)

Hugo Klapennbach (Argentina)

Luís Eduardo Alvarado

(Ecuador)

Cecilia Bastidas (Ecuador)

Eugenio Saavedra (Chile)

Ana Bock (Brasil)

Julio César Carozzo (Perú)

Sandra Castañeda (México)

Alberto Cobián (Cuba)

Marisela Osorio (México)

Bettina Cuevas (Paraguay)

Gina María Chávez (Perú)

Lucia Da Silva (Brasil)

Laura Zárate (México)

Laura Domínguez (Cuba)

Benjamín Domínguez (México)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Rosario Espinoza (México)

Marcos Ferreira (Brasil)

Lilia Lucy Campos (Perú)

Horacio Foladori (Chile)

Odair Furtado (Brasil)

Mónica García (Argentina)

Mónica Elena Gianfaldoni

(Brasil)

Henry Granada (Colombia)

Javier Guevara (México)

Alma Herrera Márquez

(México)

Pedro Paulo Bicalho (Brasil)

Carlos Lesino (Uruguay)

Alexis Lorenzo (Cuba)

Claudia Torcomian (Argentina)

Jairo Gallo Acosta (Colombia)

Marta Martínez (Paraguay)

Javier Mendoza (Bolivia)

Luis Morocho (Perú)

Emilio Moyano (Chile)

Myriam Ocampo (Colombia)

Mario Orozco (México)

Monica Pino (Chile)

Alicia Risueño (Argentina)

Germán Rozas (Chile)

Javier Margarito Serrano

(México)

Rubén Carlos Tunqui (Bolivia)

Eduardo Viera (Uruguay)

José Antonio Vírseda (México)

Laura Zárate (México)

Roberto Corral (Cuba)

Contenido

Nota editorial	3
Manuel Calviño	
Director	

Experiencias prácticas y aplicadas

PSICOTERAPIA INTENSIVA A TRAVÉS DEL GRUPO PROFESIONAL DE APOYO TERAPÉUTICO EN UN CASO DE PSICOSIS Grupo Profesional de Apoyo Terapéutico (GRUPAT) Eduardo Murueta Reyes, María del Rosario Monroy Rodríguez, Lizbeth García Dimas, Aymara Maricela Mancilla Martínez, Liliana Ruiz Cruz, Janet Cruz Esquivel, Erika Zenon Pascual, Verónica Meneses López, Leticia Juárez Colín, Leticia Hernández Vara, Juana Ramírez Cosme, Miriam Judith Tapia Rosas. México	10
EL AJUSTE CREATIVO EN EL ENFOQUE GESTÁLTICO DESDE LA NARRATIVA DEL CUENTO “CABEZA DE CARTÓN” Iris Yaneth Reyes Santoyo México	14
EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN NIÑO CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) Claudia Angélica Sánchez Calderón Axel Marcelo Villaseñor Celorio México	19
EL MANEJO DE LAS EMOCIONES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: CÁNCER E INSUFICIENCIA RENAL Yuritz Itzel Resendiz Zarco Dámaris Díaz Barajas México	29
LA CONFLUENCIA EN LA PAREJA Y EL DESARROLLO INDIVIDUAL: QUÉ ES Y CÓMO INTERVENIR Sheila Yunuen García Hernández Gerardo Mac Nair Martínez Gloria María Ollivier Cuevas México	39
CALIDAD DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA: IMPACTO DEL APOYO PERCIBIDO DE IGUALES Marisol Morales Rodríguez Joanna Koral Chávez López México	48

APEGO Y COMUNICACIÓN FAMILIAR, UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MADRES Dámaris Díaz Barajas Marisol Morales Rodríguez México	16
REINSERCIÓN SOCIAL, SENTIDO DEL TRABAJO Y PSICOLOGÍA EN PRELIBERADOS DE MICHOACÁN, MÉXICO Lucía María Dolores Zúñiga Ayala María Inés Gómez del Campo del Paso Yoalli Cruz Zúñiga México	73
ARTE Y CULTURA, ELEMENTOS DE COHESIÓN SOCIAL INTERCULTURAL EN BARRIOS DE LA CIUDAD DE PUEBLA Dulce María Judith Pérez Torres Esteban Miguel León Ochoa Carlos Alfredo Sánchez Pérez México	84

Propuestas en formación y enseñanza

ASOCIACIÓN ENTRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS SOCIALES Y DE INVESTIGACIÓN EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA Dora Elizabeth Granados-Ramos Lizeth Almanza-Colorado Jorge Darío López-Sánchez Sebastián Figueroa-Rodríguez María Magdalena Álvarez-Ramírez México	91
Los autores.....	100

Nota editorial

La lucha contra la Pandemia tiene aún acciones pendientes. Las nuevas variantes, al parecer más contagiosas, pero menos veligernates, aun reclaman nuestra atención. No nos descuidemos para poder salir definitivamente de este bache.

Pero tenemos que seguir con el curso de nuestras actuaciones profesionales y asumir los nuevos retos. La Pandemia deja tras sí un aumento de la inequidad, de la pobreza, de los grandes problemas del continente. Y a ellos hemos de dedicarnos.

Diversos obstáculos impidieron que este volumen 9, número 25 de la Revista, correspondiente al último cuatrimestre del 2021, saliera a tiempo.

Esperamos que en el incio del año podamos ponernos al día.

Pedimos disculpas por los inconvenientes.

Manuel Calviño
Director

PSICOTERAPIA INTENSIVA A TRAVÉS DEL GRUPO PROFESIONAL DE APOYO TERAPÉUTICO EN UN CASO DE PSICOSIS

Grupo Profesional de Apoyo Terapéutico (GRUPAT)

Eduardo Murueta Reyes, María del Rosario Monroy Rodríguez, Lizbeth García Dimas, Aymara Maricela Mancilla Martínez, Liliana Ruiz Cruz, Janet Cruz Esquivel, Erika Zenon Pascual, Verónica Meneses López, Leticia Juárez Colín, Leticia Hernández Vara, Juana Ramírez Cosme, Miriam Judith Tapia Rosas
Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología AMAPSI.

Resumen

En la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI), surge el proyecto de la creación de un Grupo Profesional de Apoyo Terapéutico (GRUPAT) integrado por psicólogas capacitadas en psicoterapia de la praxis, que fungen como Grupo Primario Artificial en un caso de psicosis y abordan con la paciente diferentes áreas para ayudarla a mejorar su salud psicológica. Por lo que resulta imprescindible el trabajo de este grupo para reducir síntomas psicóticos, ya que erróneamente se cree que solo con intervención psiquiátrica se pueden controlar los síntomas psicóticos. El objetivo consistió en implementar la psicoterapia intensiva en un caso de psicosis a través del GRUPAT que fungió como grupo primario artificial para ayudar a la paciente a superar la psicosis. Se trabajó un estudio de caso con una paciente de 45 años de edad con síntomas positivos y negativos de psicosis (alucinaciones auditivas, visuales y kinestésicas; así como anhedonia, irritabilidad, disminución significativa de actividades, ensimismamiento y aislamiento, respectivamente). El eje temático trabajado fue la terapia psicológica intensiva a través de GRUPAT integrado por 12 psicólogas que intervinieron de manera semanal con la paciente en diferentes horarios, durante un mínimo de tres meses, en las áreas: familiar, ocupacional/trabajo, escuela/aprendizaje, manejo del cuerpo, social/amistad, artes/recreación, psicoterapia individual y evaluación psicométrica. Los resultados son alentadores, EHG superó los rasgos psicóticos mediante la intervención de GRUPAT con base en la Teoría de la Praxis, que argumenta que la psicosis es producto de la dilución del grupo primario original (natural) de una persona, por lo que a través de la creación de un grupo primario artificial integrado por un grupo de psicólogos capacitados es posible superar la psicosis. Se pudo constatar que remitieron los rasgos psicóticos de la paciente en función de las actividades realizadas.

Palabras clave: Psicosis; Psicoterapia Intensiva; Grupo Profesional de Apoyo Terapéutico (GRUPAT); Teoría de la Praxis; Salud Psicológica

Abstract

In the Mexican Association of Alternatives in Psychology (AMAPSI), the project for the creation of a Professional Therapeutic Support Group (GRUPAT) is made up of psychologists trained in praxis psychotherapy, which serve as the Primary Artificial Group in a case of psychosis and they discuss different areas with the patient to help her improve her psychological health. Therefore, the work of this group is essential to reduce psychotic symptoms, since it is mistakenly believed that only with psychiatric intervention can psychotic symptoms be controlled. The objective was to implement intensive psychotherapy in a case of psychosis through the GRUPAT that served as an artificial primary group to help the patient overcome psychosis. A case study was conducted with a 45-year-old patient with positive and negative symptoms of psychosis (auditory, visual and kinesthetic hallucinations; as well as anhedonia, irritability, significant decrease in activities, self-absorption and isolation, respectively). The thematic axis worked was intensive

psychological therapy through GRUPAT composed of 12 psychologists who intervened weekly with the patient at different times, for a minimum of three months, in the areas: family, occupational / work, school / learning, body management, social / friendship, arts / recreation, individual psychotherapy and psychometric evaluation. The results are encouraging, EHG overcame the psychotic features through the intervention of GRUPAT based on the Praxis Theory, which argues that psychosis is the product of the dilution of a person's original (natural) primary group, so through from the creation of an artificial primary group composed of a group of trained psychologists it is possible to overcome psychosis. It was found that they remitted the psychotic features of the patient based on the activities performed.

Keywords: *Psychosis; Intensive Psychotherapy; Therapeutic Support Professional Group (GRUPAT); Praxis Theory; Psychological Health*

Introducción

La organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refiere que existen una gran variedad de trastornos mentales. La teoría de la praxis cambia el término de trastorno mental por el de enfermedad psicológica considerando así a todo intento o realización de abuso hacia el medio ambiente, hacia la comunidad, hacia otra(s) persona(s) o directamente hacia sí mismo (Muruetta, 2014a). El mismo autor también comenta que una de estas enfermedades psicológicas es la psicosis donde el ensimismamiento es tan extremo que el punto de vista y las vivencias de una persona rompen su capacidad de diálogo coherente y de congruencia esencial con los grupos sociales en que se desenvuelven. Tomando en consideración la ineficacia en el tratamiento de psicosis y otras enfermedades psicológicas resulta importante brindar un tratamiento integral a personas con algún tipo de psicosis; por ello se trabaja una propuesta que surge en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (AMAPSI) creando así un grupo profesional de apoyo terapéutico (GRUPAT) para mejorar la calidad y eficacia del tratamiento que reciben los pacientes con diagnósticos de neurosis en los niveles 3, 4 y 5 y psicosis, principalmente; aunque esto no excluye a otros padecimientos psicológicos para los cuales los tratamientos se limitan al uso de fármacos, en su mayoría.

Objetivo

Implementar la psicoterapia intensiva en un caso de psicosis a través del GRUPAT que funja como grupo primario artificial para ayudar a la paciente a superar la psicosis.

Marco conceptual

El marco conceptual está conformado por dos capítulos. En el primer capítulo se da una definición de Psicosis desde la Teoría de la Praxis, esta se considera como enfermedad psicológica a todo intento o realización de abuso hacia el medio ambiente, hacia la comunidad, hacia otra(s) persona(s) o directamente hacia sí mismo, ya que perjudicar a los demás es una forma indirecta de perjuicio propio; esto se produce por un estado “neurótico” y de enajenación, es decir, de conflicto entre emociones encontradas y de disminución de la posibilidad de captar y tener como relevantes los sentimientos de los otros. Desde luego tanto la neurosis como la psicosis pueden variar de intensidad, duración y frecuencia desde grados muy leves hasta extremos. La psicosis surge de alteración emocional, constante y progresiva que genera la neurosis.

Desde la teoría de la praxis, Murueta (2014a) menciona que la salud psicológica corresponde con la predominancia de un estado de ecuanimidad, en la que una persona o un colectivo se sienten bien consigo mismos, con tranquilidad, agrado y, sobre todo, con la convicción de estar haciendo lo que se desea. Cuando esa persona o colectivo dejan de hacer lo que quieren y/o comienzan a hacer actividades que no quieren, entran al estado de neurosis, por lo que surgen expresiones de irritabilidad, reacciones exageradas y, sobre todo, la sensación de incapacidad o impotencia para realizar lo que desean. Conforme la neurosis se intensifica y se hace más duradera, o bien ante situaciones desbordantes inesperadas, puede entrarse al ámbito de la psicosis, caracterizada por la desconexión lógica y/o funcional con otras personas debido a la presencia de delirios (creencias perseverantes sin fundamento socialmente compartido) y alucinaciones.

En el capítulo 2 denominado Psicoterapia Intensiva se comenta que la humanidad ha vivido una continua transformación y crecimiento que ha generado que el ensimismamiento, la soledad, vacío y frustración incrementen la neurosis que se va fortaleciendo con el tipo de sociedad poco cooperadora (Murueta, 2014b). Por lo anterior en 2008 surge el proyecto de la creación del “Hospital Psicológico” en AMAPSI, bajo la concepción de la teoría de la praxis, la importancia de la creación de un espacio de intervención en el área de salud psicológica es realmente imperante, pues además de brindar a nuestra sociedad un servicio indispensable es parte de una cadena que contribuirá a un nuevo proyecto de humanidad y se podrá generar una fortaleza como gremio psicológico (Murueta, 2008).

La psicoterapia intensiva, desde la teoría de la praxis, busca que se construyan vínculos de acción mediante la tecnología del amor, el fortalecimiento de grupos primario y secundario, ejecución de propósitos, planificación de vida, entre otros procesos de acción (Murueta, 2014b). La base y fundamento de la Psicoterapia Intensiva propuesta por Murueta (2018b) son los 25 criterios de Salud psicológica al argumentar que una persona se considera sana cuando en su vida prevalece el estado de ecuanimidad, es decir, la tranquila satisfacción con lo que se está viviendo. Además de trabajar áreas importantes como *Familia y Psicosis*, ya que la familia es el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan (Murueta y Osorio, 2009), *Social y amistad* que busca seguir desarrollando las habilidades que le permitan a pacientes psicóticos reintegrarse a los grupos sociales (Murueta, 2014a). *Arte y recreación*, se basa en la creencia de que el proceso creativo ayuda a resolver conflictos y problemas logrando la introspección (Hills, 2006). Respecto del *Contexto social*, de acuerdo a Murueta (2014b) se debe impulsar la acción transformadora de los pacientes sobre la realidad que los rodea. En el área *Ocupacional*, la elección del ser sí mismo propio conlleva la congruencia consigo mismo, mientras que la caída en el “uno” implica lo contrario, evadirse de la propia vocación por temor al riesgo de empuñarla. Por último se hace referencia al *Cuerpo*, es de suma importancia destacar la psicoterapia corporal en la que se hace referencia al criterio número 22 de la Salud Psicológica, en la que se menciona de manera general cuidar el estado físico y la imagen de su cuerpo mediante hábitos higiénicos, de alimentación, ejercicio y acicalamiento, así como previene y atiende con diligencia sus malestares (Murueta, 2014a).

Método

1. Objetivo

Implementar la psicoterapia intensiva en un caso de psicosis a través del GRUPAT que funja como grupo primario artificial para ayudar a la paciente a superar la psicosis.

2. Planteamiento del problema

Surge la necesidad de abordar la psicosis desde el enfoque de la teoría de la praxis, que consiste en ayudar a los pacientes a revertir su frustración, aislamiento y vacío emocional, impulsando a realizar acciones que transformen su entorno físico-social para construir círculos virtuosos que propicien grados cada vez mayores de satisfacción (Murueta, 2014). En AMAPSI Toluca nace la propuesta de intervención psicoterapéutica intensiva en pacientes con psicosis, planteando la importancia de formar un grupo con psicólogos especializados en terapia de la praxis, los cuales conforman un grupo profesional de apoyo terapéutico (GRUPAT), que fungirá como grupo primario artificial, ya que se sabe que una de las causas de la psicosis es la disolución del grupo primario. GRUPAT está conformado por seis áreas: Familia, Social-Amistad, Arte y Recreación, Autocuidado, Ocupación y Contexto Social, las cuales permitirán el desarrollo de habilidades personales, familiares y sociales en el paciente y así recuperar su salud psicológica; además de incluir un área de psicoterapia individual y evaluación psicológica.

De lo anterior se tiene como pregunta de investigación la siguiente: ¿La implementación de la psicoterapia intensiva a través del GRUPAT en una paciente con psicosis le ayudará a superar los síntomas?

3. Tipo de estudio

Por las características de la investigación, se realizó un estudio de caso, el cual Briones (2002, p. 65) lo concibe como “una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, que es visto y analizado como una entidad”. Este tipo de estudio consiste en “integrar el conjunto de hechos que definen una situación social particular. Su finalidad es conocer ampliamente la experiencia de un sujeto de tal manera que se puede llegar a interpretar cada hecho a la luz de un constructo dinámico que le da consistencia al análisis” (Ávila, 2009. p. 23).

4. Eje temático y categorías de análisis

Se trabajó un eje temático que se compone de categorías de investigación, estas otorgan a cada concepto del estudio un significado que se relaciona con la experiencia del caso con el propósito de detallar el análisis de este (Hernández, 2014). El eje temático será la terapia psicológica intensiva y se compone de las siguientes categorías para su descripción y análisis:

Tabla 1. Eje Temático y categorías de análisis

Categorías	Descripción
Familia	La familia es el primer referente que tiene el ser humano; es donde se nutre, física y emocionalmente; aprende a relacionarse; adquiere valores y forja su personalidad. La familia es el pilar que estructura y construye como personas; da soporte, apoyo y enseña a librar las batallas que se presentan a lo largo de la vida. Contar con una familia en la que exista comunicación, confianza, apoyo, respeto, comprensión y amor, favorece la salud psicológica de sus integrantes; en caso contrario, puede limitar su crecimiento, e incluso afectar su salud psicológica; ocasionando que se presenten patologías graves.
Social/amistad	En la intervención se deben realizar actividades que favorezcan y preserven las habilidades sociales de los pacientes con psicosis, la OMS dice que es perjudicial para la persona con psicosis permanecer aislado. Por ello se ha propuesto un modelo comunitario (Zevallos, 2017) en el que un profesional atienda una área de la vida de EHG para estimular y reactivar las habilidades perceptuales, que le permitan una reintegración a la comunidad, independencia, mejoría en las relaciones sociales-afectivas (Blogger, 2015).
Cuerpo	La psicoterapia corporal nace con el trabajo de Wilhelm Reich, esta ayuda a la persona a integrar aspectos profundos de su vida que la han tenido atrapada en enojo, tristeza, miedo u otras emociones. La terapia corporal reconoce que todo lo que le pasa a la persona, le pasa en su cuerpo y esto afecta su bienestar y su manera de relacionarse con los demás.
Arte y Recreación	El arte es una manifestación del ser humano donde se expresan emociones y sentimientos resulta importante el trabajo en esta área al ser un medio de conocimiento y exploración de talento, así como un medio de expresión y canalización. En lo que refiere a la recreación, por medio del arte y actividades lúdicas se propicia un medio de expresión, esparcimiento y la posibilidad de compartir experiencias nuevas con personas cercanas.
Ocupacional	En esta área se busca el fortalecimiento cognitivo de la paciente que permitan mejorar sus habilidades cognitivas repercutiendo en su aprendizaje y rendimiento escolar. Aunado a lo anterior, se pretende identificar la vocación del paciente para tener como resultado una mayor organización emocional y cognitiva que derive en la mejora del pronóstico de esta.
Contexto social	En la intervención se llevarán a cabo actividades, y tendrá diversas experiencias que despierten su interés por la cultura y su entorno social.

5. Participante

Se trabajó con una paciente EHG, de cuarenta y cinco años de edad, nacida el 13 de noviembre de 1973, analfabeta, ama de casa, su ocupación es hacer tortillas, de religión católica, viuda desde hace tres años, originaria del Estado de México, México.

6. Herramientas e Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la *Psicoterapia basada en la Teoría de la Praxis*. También se usó la *Entrevista Clínica*, se utilizó el *Psicograma (no confundir con “psicodrama”)*, así como la *Observación* y el uso de *Pruebas psicológicas* (Test de Apercepción Temática, Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, Instrumentos de Medida para la Evaluación del Fenotipo Psicótico: Inventario de Ideas Delirantes, Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas, Escala de Ideación Mágica y Escala de Predisposición Alucinatoria, Técnica Proyectiva de la Casa-Árbol-Persona y Test Proyectivo de Persona bajo la lluvia).

Resultados y análisis de resultados

Resultados

La *Psicoterapia Individual* se desarrolló en nueve sesiones, se realizó la entrevista clínica, se trabajaron propósitos de acción a partir del deseo de la paciente y se aplicaron ejercicios psicoterapéuticos (no. 1) EHG puede reconocer sus cualidades y sus logros. Se trabajó la culpa y resignificación hacia su relación de pareja y la muerte de su esposo. Con la narrativa se trabajó resignificación y resentimiento de su historia de vida al ser abusada sexualmente (desde los seis años) y al sufrimiento por el abandono de su madre. Se abordó la relación y vínculo que tiene con sus hijos y familia de origen. EHG se percibe actualmente como una persona autosustentable y capaz de salir adelante sin depender de sus hijos. A partir de la intervención se observó remisión parcial de los síntomas psicóticos, las alucinaciones visuales, auditivas y kinestésicas remitieron durante el tratamiento.

Respecto a los *Resultados de Evaluación Psicológica*, se comenta que EHG tiene un nivel actual de ansiedad alto. Experimenta frustración familiar, tiene conflictos de adaptación intrafamiliares por falta de vínculos emocionales con sus hijos y esposo, provocando sentimientos depresivos. Por otro lado, EHG aspira a una vida sin preocupaciones, ahora su máxima preocupación es qué va a ser de ella cuando sea una viejita. Hay un gran deseo de afecto. Sus defensas son insuficientes debido a un débil control yoico, necesita de apoyo, es una persona vulnerable y rudimentaria. Manifiesta síntomas pseudo-psicóticos o síntomas psicóticos subclínicos, estos son un conjunto de experiencias que se presentan por debajo del umbral clínico. Estos síntomas psicóticos atenuados que presenta EHG representan una expresión conductual de vulnerabilidad al trastorno psicótico.

De lo anterior se tiene como diagnóstico psicológico 297.1 (F22 Trastorno Delirante, de tipo persecutorio con episodios múltiples en remisión total. No hay presencia de *Discapacidad Intelectual* (DI), tampoco de *enfermedades médicas*, al momento de la evaluación no lo refiere y en cuanto a *Problemas contextuales y ambientales* el nivel de funcionamiento de EHG en las relaciones

interpersonales y en el cuidado personal está por debajo de lo esperado, tiene problemas educativos, es una mujer con bajo nivel de alfabetización, que vive en pobreza.

En el área de *Familia*, se tiene que durante el desarrollo de las sesiones por lo general acude acompañada por algún familiar. Se mantuvo atenta y cooperativa en las actividades que se realizaron, comentó experiencias de su infancia y las tareas que realiza cotidianamente. Las sesiones permiten observar que hay falta de integración en la familia, no existe comunicación ni expresión afectiva y EHG no es tomada en cuenta.

En el área de *Arte y recreación* se tuvieron tres sesiones con EHG quien mostró disposición, acudió acompañada por su madre. En las primeras dos sesiones hubo juegos de mesa (lotería y dominó); En la tercera sesión tuvo mayor expresión verbal y emocional, manifestando entusiasmo por aprender cosas nuevas así como pudiendo identificar y expresar emociones ante diferentes estímulos (música, obras de arte y materiales).

Respecto al área de *Contexto Social*, se llevaron a cabo tres sesiones. Se llevaron a cabo visitas al Jardín Botánico-Cosmovital de Toluca y el Centro de Rehabilitación Especial (CREE). Los avances de EHG en esta área son notorios ya que se comenzó a integrar a la paciente a su realidad, al mostrarle lugares desconocidos e informando de lo que existe en su entorno; lo cual generó comprensión de lo que se realiza en estos lugares.

Asimismo, se propició la convivencia al integrarla con un grupo pequeño de personas desconocidas, aunque no hubo interacción alguna, siempre se mantuvo cerca de ellas y atenta durante los recorridos.

Derivado a las cuatro sesiones llevadas a cabo con EHG en el área *social/amistad*, los resultados son que EHG muestra sensibilidad al reconocer los aspectos que le agradan de ella misma y de otras personas, situación que ha favorecido su autoestima; la creación de experiencias agradables, con momentos de humor, pláticas y narrativas, establece contacto físico al saludar y muestra interés en aprender las actividades que requieren creatividad.

Durante el desarrollo de las cinco sesiones llevadas a cabo con EHG en el área *de manejo del cuerpo*, se obtuvo un avance favorable, ya que desde la primera sesión tuvo motivación de higiene personal y a través de diversas actividades físicas y ejercicios de respiración, de psicomotricidad fina y gruesa, así como cuidado personal y hábitos alimenticios.

Análisis de resultados

Como menciona Murueta (2014), a través de GRUPAT se contrarrestó el aislamiento y disolución del grupo primario de EHG, remitieron los síntomas psicóticos en EHG, ya que en el *área de familia* logró sentirse identificada, apoyada, escuchada y reconocida por cada integrante de la familia artificial (GRUPAT), manifestando avances significativos en la expresión afectiva. Murueta (2014a) refiere que formar parte de un grupo primario (de al menos dos miembros) cohesionado por fuertes sentimientos de amor, es una condición necesaria para gozar de salud psicológica. La teoría de la praxis argumenta que si no se compartieran significados con otra(s) persona(s) no habría sentido personal alguno y se genera aislamiento social debido a la falta de orientación de las acciones, del lenguaje, emociones y pensamientos (Murueta, 2014b).

En el *área social/amistad*, EHG es capaz de reconocer los aspectos que le agradan de ella misma y de otras personas, lo que ha provocado un bienestar generalizado en la paciente. Murueta (2014a) en el criterio número ocho de salud psicológica refiere que es importante que la persona mantenga actividades de convivencia placentera (por lo menos una vez a la semana) con una o más personas cercanas afectivamente.

Por otro lado EHG muestra mayor expresión emocional al poder identificar sus emociones ante diferentes actividades, al respecto autores como Dalley (1987) y Covarrubias (2006) coinciden en el hecho de que el *arte* como parte de un proceso terapéutico permite a la persona la expresión de emociones permitiendo la comunicación con uno mismo y con los demás.

Por el momento en el *área ocupacional*, se encuentra muy motivada para estudiar, está en busca de escuela primaria. Ha aprendido a escribir un recado, una carta. La paciente se encuentra en proceso de adaptación a su trabajo después de haberse ausentado por enfermedad.

El área de *Contexto Social*, EHG se ha involucrado en su entorno y está experimentando las emociones de sentirse conectada a su contexto y a su vez está reafirmando su identidad, para ser parte de un colectivo social, como lo enuncia Heidegger (1927/1983, como se citó en Murueta, 2018a) cada vez que se hace algo, afirma y cambia la autoimagen personal; el entorno físico-social devuelve reacciones continuas que delimitan quién es cada persona; la cual aprende así a reconocerse en sus posibilidades y limitaciones en el mundo.

Conclusiones

Se concluye que la psicoterapia intensiva a través de la intervención de GRUPAT cumplió con su objetivo, fungió como grupo primario artificial y ayudó a la paciente a superar la psicosis a través de vínculos emocionales y sociales establecidos con las psicólogas.

La conclusión de la evaluación psicológica realizada a EHG es que manifiesta síntomas pseudo-psicóticos o síntomas psicóticos subclínicos. Estos síntomas psicóticos atenuados que presenta EHG representan una expresión conductual de vulnerabilidad al trastorno psicótico, de ahí su diagnóstico psicológico 297.1 (F22 Trastorno Delirante, de tipo persecutorio con episodios múltiples en remisión total).

Se concluye en el área denominada social/ amistad que EHG demostró avances significativos al confirmar que, mejoró sus relaciones interpersonales, disminuyó los síntomas de ensimismamiento, se muestra más segura encontrando nuevas formas de interacción con su grupo primario y mejoró su imagen personal.

En lo que respecta al *área familiar* se puede concluir que la participación de la familia en el tratamiento es fundamental, por lo que promover su participación será importante, sobre todo si se considera que parte del tratamiento lo realiza la propia familia por ser la principal cuidadora.

En el área de *contexto social* se ha despertado en la paciente el interés por conocer su entorno y sugiere lugares que le gustaría visitar. Asimismo ha iniciado a vivir la emoción de sentirse conectada con su entorno, aunque estas emociones son apenas perceptibles.

Sugerencias

La necesidad de la creación de un Hospital Psicológico con la infraestructura y personal especializado para dar atención a enfermedades psicológicas y concientizar a los profesionales del área de salud psicológica sobre la función que ejercen ante el paciente.

Propiciar en el paciente a través del tratamiento otorgado por GRUPAT el desarrollo de habilidades que le permitan generar una mayor cohesión y un ambiente más armonioso en toda la familia.

Generar en EHG la comunicación asertiva de intereses y la capacidad de expresar afecto, sobre todo con las personas que le son significativas, se le sugiere la comunicación por diadas en la familia y concientizar a los familiares para que haya interés por el otro y evitar el ensimismamiento.

Generar en las personas con psicosis actividades recreativas y lúdicas que permitan la interacción con personas cercanas y el contacto con la realidad.

Promover y generar la expresión emocional en las personas diagnosticadas con psicosis por medio del arte.

Gestionar de manera gubernamental y en las instituciones de salud el binomio de psicoterapia intensiva y tratamiento psiquiátrico como la forma más eficaz de tratamiento en los pacientes con psicosis.

Seguir adentrando a la paciente a su entorno social por medio de actividades y visitas a otros lugares de interés, propiciando la interacción con otras personas.

Se considera que en la intervención social/amistad es necesario que esta sea por más de 6 seis meses, con el apoyo de la familia acrecentar su constelación afectiva y poder generar en ella experiencias significativas. Con el fortalecimiento del grupo secundario (amistades) se busca que tenga más referentes para crear una perspectiva distinta.

Se sugiere no dejar de hacer ejercicios por lo menos diez minutos diarios salir a caminar de preferencia con algún familiar, mantener su higiene personal al día, tener buenos hábitos alimenticios, tener interacción y diálogo con sus familiares y escuchar música de su agrado.

Referencias bibliográficas

Ávila Baray, H. (2009). *Introducción a la metodología de la investigación*. (E. Electrónica, Ed.) Cd. Cuauhtemoc, Chihuahua, México. Obtenido de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/eureka/pudgvirtual/introduccion%20a%20la%20metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf>

Briones, G. (2002). *Metodología de la Investigación en las Ciencias Sociales*. Bogotá: HVManitas.

Covarrubias, T. E. (2006). *Arte Terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/covarrubias_t/sources/covarrubias_t.pdf

Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, S.R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. México: Mc Graw Hill.
- Hills, M. (2006). *Reflexión sobre terapia y niveles de intervención terapéutica*. Seminario visiones y aplicaciones en el campo del Arte Terapia. Santiago: Universidad de Chile.
- Murueta, M. E. (1991). *La psicología y el estudio de la praxis*. México: UNAM Iztacala.
- _____. (2008). *Proyecto de Hospital Psicológico*. México: Archivos de Amapsi.
- _____. (2014a). *Psicología. Teoría de la Praxis*, t. I. Conceptos Básicos. México: AMAPSI.
- _____. (2014b). *Psicología. Teoría de la Praxis*, t. II. Transformación Educativa. México: AMAPSI
- _____. (2018a). *Identidad, amor y poder*. Recuperado de <http://murueta.mx/index.php/textos/130-identidad-amor-y-poder>
- _____. (2018b). *Niveles de salud y enfermedad psicológicas en la Teoría de la Praxis*. Recuperado de <http://murueta.mx/index.php?start=4>
- Murueta, M. y Osorio, M. (2009). *Psicología de la familia en países Latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Trastornos Mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

EL AJUSTE CREATIVO EN EL ENFOQUE GESTÁLTICO DESDE LA NARRATIVA DEL CUENTO “CABEZA DE CARTÓN”

Iris Yaneth Reyes Santoyo

Morelia, Michoacán, México

Resumen

En la introducción de este trabajo se habla sobre los conceptos, ajuste creativo, campo, organismo y entorno, los cuales se analizan desde la narrativa del cuento titulado “cabeza de cartón”, donde el personaje principal llamado “Anterior” opta por cambiar su cabeza “normal” por una cabeza de cartón, debido a las exigencias de la autoridad de su ciudad. El significado que tiene la cabeza de cartón se interpreta como la acción que el sujeto realiza como *ajuste creativo*. En psicoterapia Gestalt se habla de *ajuste creativo*, cuando hay una búsqueda de soluciones viables por parte del organismo para satisfacer la necesidad, la persona es capaz de autorregularse y ajustarse creativamente para lograr nuevas soluciones a hechos del entorno. El objetivo fue explicar y describir cómo opera el proceso de ajuste creativo desde el enfoque gestáltico a través de la narrativa del cuento cabeza de cartón, así como la importancia del campo y del entorno al influir de manera directa en este proceso, el cual realiza el organismo para autorregularse y adaptarse a las diferentes circunstancias que se le presenten. Se discute que, si no existe apoyo ambiental, él organismo no se puede mantener a sí mismo, ya que el organismo hará todo lo posible para encajar y adaptarse al entorno, incluso dejando características que al parecer son positivas, como ser asertivo, creativo e innovador, como hace el personaje de este cuento. Se llega a la conclusión que a medida que la persona avanza y utiliza su experiencia creativamente está le permite funcionar con plenitud en su entorno.

Palabras clave. Campo, organismo/ entorno, contacto, Ajuste creativo

Summary

In the introduction to this work, we talk about the concepts, creative adjustment, field, organism and environment, which are analyzed from the narrative of the story entitled "cardboard head, where the main character called "previous" chooses to change his head" normal "for a cardboard head, due to the demands of his city authority. The meaning of the cardboard head is interpreted as the action that the subject performs as a creative adjustment. In Gestalt psychotherapy we speak of creative adjustment, when there is a search for viable solutions by the body to satisfy the need, the person is able to self-regulate and creatively adjust to achieve new solutions to facts in the environment. The objective was to explain and describe how the process of creative adjustment operates from the Gestalt approach through the narrative of the cardboard head story, as well as the importance of the field and the environment by directly influencing this process, which is carried out by the body to self-regulate and adapt to the different circumstances that arise. It is argued that, if there is no environmental support, the organism cannot maintain itself, since the organism will do everything possible to fit in and adapt to the environment, even leaving characteristics that appear to be positive, such as being assertive, creative and innovative, as does the character in this story. It is concluded that as the person advances and uses his experience creatively, he is allowed to function fully in his environment.

Keywords: Field, organism / environment, contact, Creative adjustment

Introducción

El enfoque Gestalt tiene una comprensión holística del hombre, *“por ejemplo, incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamientos, cultura y sus expresiones sociales en un marco unificado”*. (Latner, 1973). Por lo que está más interesado en la integración de estos elementos que por el análisis. Esta integración de elementos se hace a través de la facultad perceptiva que está establecida en el principio de organización: ordenamos el mundo al entrar en contacto con él dándole sentido a la realidad, mientras está se va percibiendo.

Esta comprensión se hace a través de *“una visión de la persona en el encuentro con su ambiente es decir el contacto como el acontecimiento central para vivir, evolucionar y crecer”* (Wold &Thoman, 2007). El individuo al ser un ser social, vive en un entorno del que no se le puede abstraer a no ser artificialmente. La naturaleza es una fuerza poderosa y autorregulada de la que el hombre forma parte. Con base a esta relación organismo-entorno (Robine, 2005). Yontef (2009), define el ajuste creativo como:

“Una relación entre persona y ambiente en la cual la persona 1) se contacta responsablemente, reconoce y enfrenta su espacio vital, y 2) asume la responsabilidad de crear las condiciones para su propio bienestar. ... Trabajar, amar, ser asertivo, producir, etc. son acciones maduras solo cuando forman parte del ajuste creativo”. (p.182)

El concepto de ajuste creativo aparece en la literatura gestáltica como medio y fin de la psicoterapia y hace referencia a una capacidad de las personas de transformar y ser transformadas por el entorno. El concepto de ajuste creativo encierra un par dialógico: ajuste y creación (Robine, 2005). El ajuste es el proceso por el cual el organismo da respuesta a sus necesidades, entrando en interacción con el medio, del cual toma aquello que necesita para su satisfacción. En sí, no implica una novedad, sino que se trata de una repetición y lleva implícita la idea de adaptación (Robine, 2005). La creación, como ya se expuso, está vinculada a la novedad, implica una solución distinta, una nueva configuración, una nueva integración, que abre a la dimensión de la fantasía y de la ampliación de las posibilidades (Robine, 2005).

Basado en esto se interpreta dentro del cuento la acción que realiza el personaje principal llamado Anterior como ajuste creativo a la acción que este realiza de cambiar su cabeza, por una cabeza de cartón, debido a las exigencias de la autoridad de su ciudad. Recordemos que se habla de ajuste creativo cuando hay una búsqueda de soluciones viables por parte del organismo para satisfacer alguna necesidad. Maslow (1982) mencionaba que existen condiciones esenciales para la satisfacción de las necesidades, tales como; libertad de expresión, hacer lo que se desee sin dañar a terceros, equidad y orden, dentro de la narración a Anterior se le cuestionaban estas condiciones.

Estas condiciones le eran cuestionadas por varios factores desde su personalidad, la cual era asertiva, crítica, innovadora, creativa y que pensaba por su cuenta, hasta su forma de vestir, que era diferente a los demás. El entorno del personaje de este cuento, se caracteriza por ser un lugar en donde, *“la gente le gustaba que todo siguiera normalmente. Es decir todo debería estar en la media, sin grandes extravagancias ni para menos, ni para más”*. (Sátiro, 2012). De tal forma que en la narración llega el momento en que una autoridad solicita al personaje Anterior no comportarse de una manera tan

excéntrica, pues podía resultar anti social y le explicó que, él debía ser un especialista aplicado, un consumidor compulsivo y un ciudadano pasivo, como todos los demás. (Sátiro, 2012).

Surge de esta manera el contacto entre el organismo (personaje Anterior) y entorno (autoridad) interactúan para hacer este proceso de acomodo mutuo. Es entonces en donde el organismo deberá buscar otra forma de ser y estar en ese entorno. Es en este momento cuando el organismo realiza las adaptaciones creadoras necesarias y las que el entorno le permite para seguir adaptándose a él. En la narración lo podemos ejemplificar, cuando posterior al encuentro con la autoridad, Anterior, sale confuso, sin embargo acepta el consejo y fue a pasear a un centro comercial, para practicar su vida de consumidor compulsivo, es entonces cuando entra a una relojería. De esta acción surge el ajuste creativo;

Entró y le dijo al señor que estaba detrás del mostrador:-además de relojes, ¿arregla cabezas también?-las cabezas son como un reloj –dijo el relojero–, y para funcionar bien les conviene revisiones periódicas. Necesito treinta días para detectar el defecto y arreglarlo. –Pero ¿qué haré sin cabeza durante treinta días? –No se preocupe, le dejo esta de cartón. (Sátiro, 2012).

Al aceptar su cabeza de cartón, Anterior, en la narrativa del cuento, sale con ella y es un éxito en la ciudad, actuaba como todos y por eso no molestaba a nadie, *“su vida social transcurría con tanta tranquilidad que su mente se quedó dormida y olvidó volver a la tienda al cabo de los treinta días y así pasaron años y años”*. (Sátiro, 2012).

Entendido así que la noción de ajuste creativo pone de relieve que, si bien el término ajuste remite a la noción de supervivencia y autoconservación, lo creativo refiere a la idea de crecimiento, por lo tanto, el concepto da cuenta de experiencias que transforman al individuo y al entorno. Se podría pensar que cambiar la cabeza tan original y única que tenía Anterior por una de cartón, pareciera una decisión sin acierto, sin embargo como ya lo hemos mencionado el entorno influye tanto, que transforma al individuo y esto, más que un decremento de lo que él mismo es, refiere al crecimiento, ya que entre mayor adaptación exista al entorno, son mayores las posibilidades de que el organismo satisfaga sus necesidades.

Decidir hacer el cambio de cabeza le permitió a Anterior una mejor adaptación en su entorno. Perls, Hefferline y Goodman (2009) sostienen esto mismo desde los inicios del Enfoque: auto preservación y el crecimiento son los dos polos de un mismo proceso, ya que solo lo que se preserva puede crecer y solo lo que se asimila puede preservarse.

Objetivos:

A partir de la revisión bibliográfica se formuló el siguiente objetivo general:

- Describir cómo opera el proceso de ajuste creativo desde el enfoque gestáltico a través de la narrativa del cuento cabeza de cartón.

Como objetivo particular:

- Explicar la importancia del campo y del entorno al influir de manera directa en él ajuste creativo que realiza el organismo para autorregularse y adaptarse a las diferentes circunstancias que se le presenten.

Discusión y conclusiones:

Para concluir haré mención del final del cuento, para después analizar y discutir respecto a las generalidades del concepto de ajuste creativo que se abordaron en este artículo.

Después de pasar años y años con la cabeza de cartón puesta, un día Anterior pasó por el centro comercial, vio la tienda y le resultó familiar. Entró, y preguntó –Señor, ¿acaso dejé algo aquí y olvidé recogerlo?– El relojero, respondió: ¡por fin, le esperaba desde hace años...Tengo aquí su cabeza. No he encontrado ningún defecto en ella. ¡Al contrario, es un modelo muy original y único, es una preciosidad. –¿De veras? ¿Dejé mi cabeza aquí? Pero es que me siento tan bien con esta...Vivo tranquilo, tengo dinero, la gente no me rechaza cuando digo lo que pienso, porque ya no sé pensar por mí mismo. La verdad es que no quiero mi cabeza, prefiero este modelo de cartón.

Tras la revisión bibliográfica se pone de manifiesto que el ajuste creativo es un proceso que hace referencia a una capacidad global del organismo de auto organizarse, generando flexibilidad y una novedad en la conducta. Como dice Perls (1991): “No puede existir una relación causal entre los elementos que constituyen el todo y dado que el individuo y el ambiente son meramente elementos de un todo único, que es el campo, ninguno puede imputarse como responsable de los males del otro”. Si no existe apoyo ambiental el organismo no se puede mantener a sí mismo, es por eso que la posibilidad de cambio existe, ya que el organismo hará todo lo posible para encajar y adaptarse al entorno, incluso dejando características que al parecer son positivas, como ser asertivo, creativo, innovador.

De la exploración bibliográfica realizada surge que no ha habido en los últimos años numerosos desarrollos novedosos o significativos que aborden específicamente el concepto de ajuste creativo. Sin embargo realizar una explicación desde la narrativa de este cuento permite dar cuenta que el *ajuste creativo* depende de las posibilidades y apoyos que el entorno provea al individuo y que de igual forma el individuo puede elegir qué hacer con las opciones que el entorno le brinde para lograr su adaptación, podría quedarse con su cabeza única y rechazar la de cartón. Somos una interacción constante con el entorno y pareciera que algunas veces en este proceso de adaptación dejamos de ser quien realmente somos por adaptarnos a él, sin embargo esto no es ni “malo”, ni “bueno”, es una respuesta creativa, por ser algo diferente a lo que se está acostumbrado a hacer, una forma diferente de hacer las cosas, mientras esta nos sea funcional y no se convierta en un ajuste conservador.

La posibilidad de construir relatos en los que intervienen personajes que proyectan sus acciones en el tiempo, que actúan en base a “intenciones” y que son capaces además de atender a normas morales colectivas, volvería a la narrativa una herramienta de enorme eficacia al momento de explicar, predecir y regular nuestras conductas. Es por eso que asociar conceptos psicológicos a un cuento permitirá que demos ejemplos y reflexionemos sobre nuestros propios ajustes creativos y conductas, para concluir, si tú fueras Anterior ¿Cambiarías tu cabeza, por una de cartón?, ¿Qué tanto de ti mismo haz dejado del lado por encajar en un lugar? ¿Anterior, lograría mantenerse a sí mismo, pese a las miradas y señalamientos constantes de los otros?

Referencias bibliográficas:

- Ansel L. Wold & Sarha M. Toman. (2007). *Terapia Gestalt. Historia, Teoría y práctica*. Manual moderno s.a. de c.v.
- Latner, J. (1972). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago, Chile: Cuatro Viento, pp. 23-29.
- Maslow, A. *La motivación humana: sentido y satisfacción de necesidades*. Compilaciones de artículos de psicología humanista, vol 2, pp. 33-14.
- Perls, F. (1976). *El enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Perls, F., Goodman, P. & Hefferline, R. (2009). *Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Ferrol: Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- Perls, F. (1991). Terapia Gestáltica y las Potencialidades Humanas. En J. Stevens, *Esto es Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Robine, J.M. (1999). *Contacto y relaciones en psicoterapia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- _____. (2005). *Contacto y Relación en Psicoterapia*. Reflexiones sobre la terapia Gestalt (2da. ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Sátiro, A. (2012). *Cabeza de cartón*. España: Oxford educación.
- Yontef, G. (2009). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. (6ta., ed.) Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Zinker, J. *El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica*. Cap. 4 y 5. pp. 67-103.
- Zinker, J. (2009). *El proceso creativo en la terapia gestáltica* (2da. ed.). México: Paidós.

EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN NIÑO CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Claudia Angélica Sánchez Calderón

Axel Marcelo Villaseñor Celorio

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta, Toluca, Estado de México; México.

Resumen

Hoy en día el Trastorno de Espectro Autista (TEA) es una alteración del desarrollo estudiada desde diversas disciplinas, particularmente desde la psicología, aportando estudios diagnósticos para el desarrollo de métodos de intervención oportuna, así como explicaciones conductuales y neuropsicológicas a dicha condición. El presente trabajo tiene como objetivo mostrar una propuesta específica de intervención terapéutica psicológica para un niño diagnosticado con Trastorno de Espectro Autista, a fin de contribuir en la mejora de su condición y calidad de vida. Mediante un estudio de caso con un niño de cuatro años, se plantea la investigación de tipo descriptivo, no experimental y con método de estudio de caso, el cual se desarrolla a partir de dos momentos; el primero, integrando trabajo diagnóstico mediante el empleo de los instrumentos M-CHAT, CARS y PDA que evalúan la presencia del trastorno en sus diferentes dimensiones; y el segundo, desarrollo de la propuesta de intervención. De los hallazgos de la evaluación diagnóstica destaca ausencia parcial de interacción social, ausencia de juego imaginativo, manifestaciones importantes de conducta impulsiva y agresiva, lenguaje desestructurado, ausencia de la estructura psíquica del "YO", conductas desajustadas de tipo autolesivas y agresivas con afectación directa en lo personal, social y aprendizaje; así como inflexibilidad ante los cambios, entre otros aspectos. Como resultados se integra la propuesta de intervención basada en el Método psicoeducativo de Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) que integra las áreas de comunicación y lenguaje, conducta, invarianza e imaginación, así como de la interacción social, beneficiando en el área de autonomía en actividades de la vida diaria. Se concluye que con esta propuesta se contribuye de forma integral en el desarrollo psicoeducativo y conductual del menor, apoyado del método ABA que permite el incremento en la probabilidad de obtener resultados positivos sobre los trastornos del neurodesarrollo.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Intervención terapéutica, Manejo Conductual.

Abstract

Nowadays the Autism Spectrum Disorder (ASD) is an alteration of the development and has been studied from diverse disciplines, particularly from the psychology, contributing diagnostic studies for the development of opportune intervention methods, as well as behavioral and neuropsychological explanations to that condition.

The present work aims to show a specific proposal of psychological therapeutic intervention for a child diagnosed with Autism Spectrum Disorder, in order to contribute to the improvement of his condition and quality of life.

Through a case study with a four-year-old child, the research is descriptive, not experimental and with case study method, which develops from two moments; the first, integrating diagnostic work through the use of M-CHAT, CARS and PDA instruments that assess the presence of the disorder in its different dimensions; and the second, development of the intervention proposal.

From the findings of the diagnostic evaluation, is highlighted a partial absence of social interaction, lack of imaginative play, important manifestations of impulsive and aggressive behavior, unstructured language, absence of the psychic structure of the "I", unadjusted behavior of self-injurious and aggressive type with direct involvement in the personal, social and in his learning; as well as inflexibility before changes, among other aspects.

As a result, the intervention proposal is integrated based on the Psychoeducational Method of Applied Behavior Analysis (ABA) that integrates the areas of communication and language, behavior, invariance and imagination, as well as social interaction, benefiting in the area of autonomy in activities of daily life. It is concluded that this proposal contributes comprehensively to the psychoeducational and behavioral development of the minor, supported by the ABA method that allows the increase in the probability of obtaining positive results on neurodevelopmental disorders.

Keywords: *Autistic Spectrum Disorder, Therapeutic intervention, Behavioral Management.*

Introducción:

Actualmente, en México y en el mundo existe un gran desconocimiento sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) denominado así en la última versión del *Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) publicado recientemente en el año 2014 por la American Psychological Association (APA).

Se menciona por especialistas dentro del área que en la actualidad actualmente, en México no existen datos oficiales sobre el número de personas que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA), lo cual evidencia la falta de información que prevalece en el país respecto al tema y por ende se puede llegar a comprender la exclusión que sufre dicho sector (*Animal político*, 2018).

El único estudio en México fue impulsado por *Autism Speaks* (2016) y este calcula que 1 de cada 115 niños tiene autismo, es decir, casi 1% de la población infantil, sin embargo, la incidencia en la vida adulta, así como el conocimiento de su situación en la adolescencia se desconoce (*Iluminemos de Azul*, 2017).

Por otra parte la Organización no gubernamental Centro de Autismo Teletón (CAT) que funciona como extensión de la Secretaría de Educación Pública (SEP) menciona en su boletín informativo que en México no existen datos actuales sobre la incidencia del autismo en nuestro país, sin embargo, se estima que cada año habrá seis mil nuevos casos y menciona que: A pesar de que existen instituciones que atienden a personas con autismo en nuestro país, estas son insuficientes o incosteables para la mayoría de la población (Centro de Autismo Teletón, 2016).

Medicamente, el autismo no se considera una enfermedad como tal, sino más bien una condición de vida que afecta en mayor o menor medida la interacción social por medio de la comunicación, la conducta, el lenguaje y la integración sensorial de las personas.

Judith Vaillard, directora general de la asociación civil DOMUS Instituto de Autismo, comentó que el autismo “no tiene cura, sin embargo, la calidad de vida de las personas mejora si reciben una atención temprana, personalizada, adecuada a sus necesidades y a lo largo de toda su vida, esto representa un gran costo para la familia y para la sociedad”. Por ello, pidió a la población concientizarse sobre las barreras a las que día a día se enfrentan las personas con autismo. (*Animal político*, 2018).

Por otra parte el pediatra del Hospital Infantil de México y director de la Clínica de Autismo del Centro Neurológico ABC, César Reynoso Flores mencionó que tanto las personas con ese trastorno, al igual que sus familiares, requieren apoyo para lograr su inclusión, pues en diversas ocasiones hasta los padres suelen ser discriminados porque sus hijos hacen berrinches y se autolesionan en ciertos momentos; “Falta mucha capacitación para atender el autismo e incluso a las instituciones, les hacen falta programas para la detección temprana, porque entre más rápido se detecte, los chicos seguramente tendrán una mejor calidad de vida”, definió. (*Animal político*, 2018).

De esta manera, es posible constatar, que en México no existe la suficiente información básica sobre la condición del espectro autista, por lo que de manera algo redundante, es lógico pensar que existe un desconocimiento cuasi total sobre los distintos manejos conductuales, sensoriales, de comunicación e inclusión que deben existir, así como las formas de intervención, ante las conductas no adaptativas de niños inmersos en un contexto escolar o social, que en muchas ocasiones son estigmatizados debido a la misma ignorancia que se tiene con respecto al tema por lo que será interesante poder adentrarnos en esta problemática, con la finalidad de darle una solución brindando información que sea de importancia para lograr sensibilizar tanto a los padres de familia, como a la sociedad en general y no estigmatizar a las personas involucradas en el trabajo con niños diagnosticados con TEA.

Por otra parte, en este documento se aportará información teórica y un programa de intervención práctica, con la finalidad de que pueda ser un parteaguas en la información que nos ayude a sensibilizar, y comprender un poco sobre el espectro autista, y la forma en la que este puede trabajarse por parte de los profesionales.

De tal forma que el presente trabajo tiene como objetivo mostrar una propuesta específica de intervención terapéutica psicológica para un niño diagnosticado con Trastorno de Espectro Autista, a fin de contribuir en la mejora de su calidad de vida e independencia.

Marco conceptual

Nociones básicas sobre el trastorno de espectro autista

El término autismo proviene del concepto griego “autos” que significa en sí mismo. Algunos autores refieren que este término fue usado por primera vez en 1911, por Eugen Bleuler, quien catalogó así un trastorno del pensamiento de algunos pacientes esquizofrénicos, con dificultades para el contacto afectivo con otras personas, y que los dejaba insertos en un mundo de fantasías individuales, ensimismados y alejados de la realidad (García, 2008).

Por otra parte, los primeros autores en mencionar al autismo, y sobre todo en trabajarlo, fueron Kanner y Asperger alrededor de los años 40’s donde realizaban algunos estudios clínicos con personas que coincidían en diversas características, con Kanner, no existía un lenguaje como tal, y con Asperger este lenguaje que existía era un lenguaje algo desconfigurado, pero, ambas investigaciones, empatan en aspectos similares como lo es la conducta, la invarianza, la repetición y los rituales que solían realizar estas personas.

Sin embargo es Lorna Wing quien viene a modificar y revolucionar al autismo, hablando concretamente de que este es un espectro, es decir algo inmenso que puede cambiar demasiado de una persona a otra, y lo conceptualiza en una tríada, la cual menciona que es la comunicación y el

lenguaje, la invarianza e imaginación y por último la interacción social; en donde estos tres aspectos se ven afectados en mayor o menor medida, por lo que son los sitios específicos donde el psicólogo debe intervenir, y al hacerlo esto puede beneficiar en gran manera a la independencia, a la autonomía y sobre todo a la conducta de los chicos, claro está, dependiendo de sus habilidades.

El autismo se considera "... un trastorno de la intercomunicación y de la interrelación que se crea en los treinta primeros meses de la vida y que da lugar a un deterioro del desarrollo emocional y cognitivo" (Viloca, 2002, p.15).

Este carácter de considerarse un síndrome y no una enfermedad, posibilita mejorar la calidad de vida y enseñar habilidades para hacer a la persona más independiente, sin embargo, no existe cura.

Dimensiones del trastorno de espectro autista

Dentro del trastorno de espectro autista, nos encontramos con cuatro dimensiones que son las que conforman este, entre las cuales encontramos las áreas de comunicación, invarianza e imaginación, interacción social, y por último será añadida aquí la conducta, ya que esto nos da como resultado un abordaje integral al trastorno de espectro autista (TEA).

Comunicación dentro del trastorno de espectro autista

Dentro de la comunicación existen alteraciones verbales y no verbales, algunas personas no desarrollan ningún tipo de lenguaje, aunque otras muestran una fluidez engañosa. Todas carecen de la habilidad de llevar a término un intercambio comunicativo recíproco, tanto la forma como el contenido de sus competencias lingüísticas, son peculiares y pueden incluir ecolalia, inversión pronominal e invención de palabras. Las reacciones emocionales a los requerimientos verbales y no verbales de los demás son inadecuadas –evitación visual. Incapacidad para entender las expresiones faciales, las posturas corporales o los gestos, en otras palabras, todas las conductas implicadas para establecer y regular una interacción social recíproca-. En algunos casos el desarrollo del lenguaje parece haberse interrumpido o incluso haber retrocedido. En otros casos puede asociarse con trastornos del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo. El repertorio de expresión y regulación de mociones es distinto a lo habitual: algunas veces aparentemente limitado y otras excesivo. A menudo se detectan graves dificultades para identificar y compartir las emociones de los demás. (Wing, L. 1998).

Invarianza e imaginación dentro del trastorno de espectro autista

Los chicos mantienen un repertorio restringido de intereses y comportamientos. La actividad imaginativa resulta afectada. La gran mayoría de personas incluidas en el espectro del autismo fallan en el desarrollo del juego normal de simulación, ficción o fantasía. Esta limitada imaginación obstaculiza y limita su capacidad para entender las emociones y las intenciones de los demás. En algunos casos la actividad imaginativa es excesiva. En la mayoría de los casos la actividad imaginativa es ineficaz en su función adaptadora. En la medida que carecen de la capacidad de imaginar el pensamiento o la mente de los demás, les resulta muy difícil anticipar lo que pueda suceder, y afrontar los acontecimientos pasados.

Los patrones de conducta son, a menudo, ritualistas y repetitivos.

Pueden apegarse a objetos inusuales o extraños. Los movimientos repetitivos y estereotipados son habituales. A menudo se da una gran resistencia al cambio y una perseverancia en la inmutabilidad. Cambios insignificantes en el entorno pueden provocar un profundo malestar. Muchas niñas y niños afectados de autismo desarrollan intereses específicos o preocupaciones sobre temas peculiares. (Wing, L. 1998).

Interacción social dentro del trastorno de espectro autista

Existe una alteración del desarrollo de la interacción social recíproca: En algunas personas se da un aislamiento social significativo; otras se muestran pasivas en su interacción social, presentando un interés escaso y furtivo hacia los demás. Algunas personas pueden ser muy activas en establecer interacciones sociales, pero haciéndolo de manera extraña, unilateral e intrusa; sin considerar plenamente las reacciones de los demás. Todas tienen en común una capacidad limitada de empatía, pero son capaces, a su manera, de mostrar sus afectos. (Wing, L. 1998).

Conducta dentro del trastorno de espectro autista

Skinner es el autor de lo que se conoce como el Condicionamiento Operante (CO). Es una teoría que toma mucha fuerza a partir de la década de los 40 hasta los 60 del siglo pasado, tanto dentro del propio conductismo, como en la psicología en general (Hernández, 2008) citado en Mejía, A. (2011). El condicionamiento operante es un aspecto de la postura skinneriana que ha logrado tener un gran impacto en el ámbito educativo. A partir de él es que podemos entender la forma en cómo se ha entendido el proceso de aprendizaje-enseñanza en dicho ámbito.

Posteriormente, en las investigaciones realizadas por Watson, este definió la conducta como lo que el organismo hace o dice, incluyendo en esta denominación tanto la actividad externa como la interna, de acuerdo con su propia terminología. Watson redujo el estudio de la conducta a la estructura observable del ser humano: “... ¿por qué no hacer de lo que podemos observar el verdadero campo de la psicología? Limitémonos a lo observable y formulemos leyes solo relativas a estas cosas. Ahora bien: ¿qué es lo que podemos observar? Podemos observar la conducta” (Tortosa, 1998).

Intervención terapéutica en niños con trastorno del espectro autista

Esta intervención, en este específico caso, se trabaja de dos formas, la primera es mediante el Método ABA para realizar las correcciones conductuales, los tiempos de espera, y los seguimientos de instrucciones pertinentes por parte del niño, este apoyado por un segundo método el cual es TEACCH, donde se adaptan contenidos curriculares y ambientes sociales para la mejor adaptación del niño a la sociedad, los cuales en conjunto, nos dan un apoyo eficaz para el chico donde puede ser benéfico para su comportamiento.

Método ABA

El Análisis Conductual Aplicado o ABA, por su siglas en inglés (Applied Behavior Analysis) es una tecnología que aplica los principios del aprendizaje de forma sistemática para incrementar, disminuir, mantener o generalizar determinadas conductas que se toman como objetivo (Mulas *et al.* 2010) citado en Colombo, M. (2018). También lo podemos encontrar en trabajos en castellano bajo la sigla ACA como mencionan Matos & Mustaca, 2005 en Colombo, M. (2018) que en realidad sería la traducción exacta al español.

Si bien desde los años 50 ABA se encuentra presente en el ámbito infantil, trabajando en el campo del retraso mental y luego llevando los principios del aprendizaje al ámbito educativo, hubo que esperar a la década del 60 para que empiece a aplicarse en TEA. Fester fue el primero en ocuparse de este trastorno por medio del Análisis Conductual Aplicado, y “a diferencia de ver el autismo como un trastorno emocional subyacente, como se concebía en ese momento, propuso que los problemas derivados del autismo eran el resultado de una dificultad para aprender, este hallazgo fue el precursor para un continuo de investigaciones desde el Análisis conductual.” (Valencia & García, 2005) citado en Colombo, M. (2018).

Ivar Lovaas (1973) citado en Colombo, M. (2018). Es una de las personas más representativas de ABA en autismo. En 1973 presentó un estudio que demostraba lo eficaz de los tratamientos implementados. A lo largo de los años, todas las investigaciones han mostrado la eficacia del método para el tratamiento de los TEA, aunque los resultados originales fueron demasiado optimistas. Esta primera aproximación, además de su utilidad para sentar las bases teóricas y prácticas sobre las que se desarrolla, sirvió también para aprender de los errores cometidos, los fueron principalmente cuatro.

En primer lugar, el hecho de trabajar con niños que se encontraban internados. Los distintos programas de trabajo fueron eficaces, aprendiendo conductas que antes no poseían. El problema sin embargo fue la falta de generalización. Los niños aprendían cosas que luego no trasladaban a sus casas y escuelas.

El segundo error fue excluir a los padres del tratamiento. Al inicio se pensó que, dado que estos no eran profesionales, no iban a estar lo suficientemente capacitados para tratar a los niños.

El error fue doble, por un lado, los terapeutas no podían seguir con las cargas horarias extensas que tenían estos primeros abordajes. Por el otro, si los padres desconocían los principios y los objetivos del tratamiento, los resultados obtenidos eran más difíciles de mantener. Los padres debían tanto conocer el tipo de tratamiento, como ser capaces de manejar conductas y de reforzar o extinguirlas apropiadamente.

Por último, otro error importante fue el de esperar resultados rápidos. Los avances dados en los tratamientos fueron siempre lentos y progresivos. Salvo raras excepciones, no hubo saltos o avances espectaculares en períodos cortos de tiempo. En la actualidad estos errores han sido corregidos.

El trabajo se realiza en los ambientes en los que los niños se desenvuelven. A su vez, se asesora y entrena a los padres en los principios reguladores de la conducta. Estos están al tanto de todos los detalles del tratamiento de sus hijos, conociendo además los fundamentos teóricos y prácticos de estos. De esta forma, en los momentos en los que no hay terapeutas con los niños, los padres están capacitados para conocer cómo reforzar comportamientos, también de qué manera manejar berrinches y conductas disruptivas. Conocen los objetivos del tratamiento, qué capacidades tienen sus chicos, sobre cuales aún se trabaja, y aquellas aún no adquiridas. Los padres actúan como promotores y continuadores de los cambios producidos en terapia. El tratamiento es concreto y altamente estructurado. A mayores dificultades del niño, más estructurado se vuelve el procedimiento, al menos en sus fases iniciales. Se entiende al autismo no como una etiqueta

diagnóstica global, sino en un sentido preciso, estableciendo qué comportamientos se poseen y cuáles no.

En palabras de Lovaas (1989) citado en Colombo, M. (2018): Los pasos más importantes en la modificación de conducta se dieron en la reducción del problema grande y bastante general de la “incapacidad”, a unidades de conducta con variables ambientales más manipulables.

No se puede hablar de un tiempo estimado en los tratamientos, aunque suelen durar de meses a años. Esto es así porque hay una serie de variables que pesan en el éxito y los resultados buscados; tales como la edad de comienzo (lo ideal es una atención temprana), la carga horaria dedicada al tratamiento, las particularidades de cada niño (en autismo, si bien hay afectadas varias áreas del desarrollo, no todas lo están de la misma manera), etc. No obstante, hay que matizar esto que a simple vista parece desalentador, con el hecho de que el autismo es un trastorno para el cual no existe cura, que no hay ningún abordaje terapéutico disponible que pueda ser llamado breve, y que el método es de los más eficaces en la actualidad, siendo recomendado por múltiples guías de buena práctica en TEA. Colombo, M. (2018).

Áreas en que ayuda el método ABA:

Como ya comentábamos, el método ABA contempla la enseñanza de cada una de las áreas de desarrollo del niño y se centra en enseñar y potenciar las habilidades básicas y necesarias para que el niño pueda desenvolverse con un mayor grado de autonomía en la vida diaria. Algunas de las habilidades trabajadas en este modelo según PsicoEduk (sin especificar) son las siguientes:

Destrezas académicas y sociales, habilidades cognitivas, lenguaje y comunicación, habilidades adaptativas, motricidad fina y gruesa, dibujo, hábitos alimenticios, entrenamiento para ir al baño, cuidados de higiene personal, vestido, juego adaptativo, tareas domésticas, manejo conductual.

¿A quién va dirigido?

Tal y como Colombo, M. (2018) nos menciona, esta es una metodología que se ha utilizado para trabajar con niños con trastornos generales del desarrollo (TGD), sobre todo dentro del espectro autista, dadas las dificultades de aprendizaje de este colectivo, pues se ha demostrado científicamente que este método beneficia el aprendizaje de personas con dichas características, ya que ellos no aprenden de la misma manera que lo hacen otros niños denominados “neurotípicos”, teniendo dificultades de comunicación tanto verbal como no verbal, dificultades de atención, a veces están inmersos en diferentes estereotipias o juegos no funcionales. Pero hay que destacar que ABA es un método que no solo beneficia el aprendizaje de este tipo de niños inmersos en el TEA, sino que también resulta útil en niños con otros trastornos tales como el TDAH, el Síndrome de Down, o simplemente problemáticas conductuales, pues los principios con los que trabaja ABA son aplicables a todas las personas, ya que se trata de una ciencia del comportamiento para poder aprender las habilidades básicas. Por ello esta metodología permite ayudar a cualquier persona con distintas necesidades educativas especiales.

En este sentido se evocará solo a la aplicabilidad dentro del espectro autista; Y aunque es un método sugerido comúnmente a edades tempranas hay que comentar también que tampoco es exclusivo de la edad debido a lo comentado con anterioridad.

Metodología

Mediante un estudio de caso con un niño de cuatro años, se plantea la investigación de tipo descriptivo, no experimental y con método de estudio de caso, el cual se desarrolla a partir de dos momentos; el primero, integrando trabajo diagnóstico mediante el empleo de los instrumentos M-CHAT, CARS y PDA que evalúan la presencia del trastorno en sus diferentes dimensiones; y el segundo, desarrollo de la propuesta de intervención.

Resultados

De los hallazgos de la evaluación diagnóstica destaca ausencia parcial de interacción social, ausencia de juego imaginativo, manifestaciones importantes de conducta impulsiva y agresiva, lenguaje desestructurado, ausencia de la estructura psíquica del “YO”, conductas desajustadas de tipo autolesivas y agresivas con afectación directa en lo personal, social y aprendizaje; así como inflexibilidad ante los cambios, entre otros aspectos.

Como resultados se integra la siguiente propuesta de intervención basada en el Método psicoeducativo de Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) que integra las áreas de comunicación y lenguaje, conducta, invarianza e imaginación, así como de la interacción social, buscando que se genere un beneficio en el área de autonomía.

Área	Habilidad	Estrategia	¿Cómo lo realiza?
Comunicación y lenguaje	Estructurar el lenguaje.	Se trabajará por medio de historias sociales en donde se explicarán las acciones y consecuencias con la finalidad de que I.P. (nombre clave del sujeto) logre expresar ideas de la misma situación, sin divagar demasiado.	Lo realiza de manera regular, ya que el chico tiene mucho brebaje lingüístico, sin embargo, no consigue aplicarlo estructuradamente y aún se mantiene en proceso de adquisición dicha habilidad.
	Mantener una conversación prolongada.	Interactuar a través de temas de interés del niño realizando preguntas abierta con la finalidad de que mantenga una conversación prolongada (5 min.)	Requiere de apoyos visuales para poder enfocarse en la conversación ya que sus períodos de atención son mínimos.
Conducta	Respetar materiales hasta que se da la instrucción.	Se colocarán materiales de trabajo sobre la mesa, él no deberá tocarlos hasta que se le dé la indicación para comenzar el trabajo. Si intenta tocarlos, se le retirara las manos diciendo “espera”.	Sus tiempos de espera y el respetar materiales son mínimos, por lo que se sigue trabajando en este aspecto ya que se tiene que incrementar su tolerancia a la frustración ante determinado estímulo.
	Esperar turno	Cuando se baja a comer, lavarse las manos, tomar objetos que se le	Aún no codifica la instrucción de “espera” ya que su tolerancia a la

		indiquen, esperar en fila, deberá de tomar su turno y guardar el orden cuando están formados. Si intenta salirse de una fila o de un orden se le regresará a su lugar y se le dirá “espera, vas atrás de...”	frustración es mínima.
Invarianza e imaginación	Hacer del baño; y lavarse las manos por sí solo.	Se trabajará quitando el pañal al niño para que él pueda entrar al baño cuando tenga la necesidad de hacerlo, en donde primero deberá bajar su pantalón y su ropa interior, después levantar la tapa para poder hacer del baño; y posteriormente bajarle la tapa a la taza y lavarse las manos para culminar la actividad.	Este es el aspecto más complejo del programa ya que existe una inflexibilidad a entrar al sanitario, ya que sabe hacerlo, pero solo lo hace en casa y con la puerta abierta, en sanitarios públicos, el niño expresa que le da miedo, generándole ansiedad, por lo que se sigue trabajando con la finalidad de que logre entrar a cualquier sanitario.
	Comer y probar diversos alimentos.	Se le dará I.P. a probar, distintos alimentos con la finalidad de que pueda familiarizarse con diversas texturas, esperando que en algún momento pueda incrementar su tolerancia a estas.	Se le realizan ciertas aproximaciones para incrementar la tolerancia a ciertos alimentos como los embutidos, frutas, carne de res/ puerco ya que aún se muestra inflexible a estas texturas.
Interacción Social	Hábitos de cortesía.	Emplear las normas de cortesía dentro y fuera del centro educativo, para mejorar las relaciones interpersonales.	Empieza a pedir las cosas por favor y dar las gracias, sin embargo, se sigue trabajando en saludar y despedirse de los que se encuentran en su entorno.

Conclusiones

Se concluye que con esta propuesta se contribuye de forma integral en el desarrollo psicoeducativo y conductual del niño, apoyado del método ABA que permite el incremento en la probabilidad de obtener resultados conductuales positivos para desarrollar conductas adaptivas dentro de la sociedad, existen avances sumamente notorios al emplearse dicha metodología, apoyada de distintas estrategias psicológicas, y de algunos aspectos de otros métodos, por lo tanto, es posible mencionar que se tendrían avances a mediano y largo plazo con la finalidad de que sea lo más independiente posible en su vida diaria.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Médica Panamericana.
- Animal político* (2018). En México prevalecen la falta de información y la exclusión hacia personas con autismo: especialistas. México: Animal Político. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2018/04/desinformacion-segrega-a-ninos-con-autismo-en-mexico/>
- Centro de Autismo Teletón (2016). *Infografía generalidades de Autismo*. México: Secretaría de Educación Pública. Recuperado de: https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/6Boletin/Infografia_generalidades_autismo.pdf
- Colombo, M. (2018). ABA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO. *Psyciencia*, España. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2018/02/aba-tratamiento-autismo.pdf>
- García, A. (2008). *Espectro Autista: Definición, Evaluación e intervención educativa*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Iluminemos de Azul* (2017). *Autismo en cifras. México: Iluminemos de azul por el autismo*. Recuperado de <http://iluminemosdeazul.org/el-autismo/>
- Martínez, E. (2013) todo sobre el autismo. España: Alpha omega.
- PsicoEduk (Sin especificar). *Análisis conductual aplicado. Método ABA*. Psicoeduk Recuperado de: <http://www.psicoeduk.com/wp-content/uploads/Terapia-ABA.pdf>
- Tortosa, F. (1998). *Historia de la psicología*. McGrawHill: Universidad de Valencia, España.
- Viloca, L. (2003). *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*, España: CEAC S.A.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*, (1ª ed.), España: Paidós.

EL MANEJO DE LAS EMOCIONES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICA: CÁNCER E INSUFICIENCIA RENAL

Yuritzi Itzel Resendiz Zarco

Dámaris Díaz Barajas

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México.

Resumen

La vida de un paciente crónico es compleja, pues atraviesa constantes altas y bajas en el aspecto físico y emocional, dificultando la adhesión al tratamiento y su calidad de vida, aspectos asociados a la baja conciencia de enfermedad y el proceso que conlleva. Esto puede mejorar con la implementación de programas de atención psicológica, basados en el manejo de las emociones, para promover la cooperación del paciente en el tratamiento médico y farmacológico, y así alcanzar una salud integral. La presente investigación tiene como objetivo el conocer las características en el reconocimiento y expresión de emociones, y la confianza personal del paciente con enfermedad crónica a través de la implementación de un programa de atención para el manejo de las emociones. Se utilizó una metodología cualitativa, con un enfoque fenomenológico. Las técnicas de recolección de información fueron la observación directa documentada mediante bitácoras y la retroalimentación a nivel verbal. Los participantes fueron pacientes crónicos (cáncer e insuficiencia renal) del hospital de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Morelia, Michoacán. En cuanto a los resultados, en el eje *reconocimiento y expresión de emociones*, los pacientes al hablar de estas se permitían tomar conciencia de su enfermedad y se responsabilizaban de la adherencia al tratamiento. En el eje *confianza personal* se observó que esta mejoraba conforme expresaban sus emociones, así como al decidir sobre su autocuidado, respetando sus tiempos y sus decisiones. Así, se puede hacer notar la importancia de realizar intervenciones desde el ámbito de la Psicología para promover la salud en enfermos crónicos.

Palabras clave: Emociones; Cáncer; Insuficiencia renal; Intervención Psicoeducativa.

Abstract

The life of a chronic patient is complex, because it crosses constant ups and downs in the physical and emotional aspect, making adherence to the treatment and quality of life, aspects associated to low awareness of the disease and the process involved. This can be improved with the implementation of psychosocial care programmes, based on the handling of the emotions, to promote the cooperation of the patient in medical and pharmacological treatment, and thus achieve a comprehensive health. This research aims to know the characteristics in recognition and expression of emotions, and the personal confidence of the patient with chronic disease through the implementation of a programme of care for the management of the emotions. A qualitative methodology, with a phenomenological approach was used. Information gathering techniques were documented through blogs direct observation and feedback at the verbal level. The participants were chronic patients (cancer, and renal failure) of the hospital of the medical unit of outpatient care (UMAA) the Institute Mexican of the Seguro Social (IMSS), Morelia, Michoacán. In terms of outcomes, on the axis recognition and expression of emotions, speaking of these patients were allowed to become aware of his disease and is responsible for the adherence to the treatment. Axis personal trust noted that this improved as they expressed their emotions, as well as to decide about your self-care, respecting

their times and their decisions. Thus, can be noted the importance of interventions to promote health in chronically ill from the field of psychology.

Keywords: *Emotions; Cancer; renal failure; psychoeducational intervention.*

Introducción

Padecer una enfermedad crónica, como lo es el cáncer o la insuficiencia renal, implica una crisis no solo a nivel de salud física, ya que esta impacta también a nivel emocional. Dicha crisis inicia desde el momento de la sospecha del padecimiento, del diagnóstico, y se prolonga durante todo el tratamiento. Así, durante todo este proceso, surgen sentimientos como el miedo, el enojo, la tristeza, la frustración y la incertidumbre, que arrebatan al paciente de su cotidianidad, sometiéndolo a un cambio de vida que dependerá de una serie de intervenciones, medicamentos, procedimientos, exámenes y dietas que pueden ocasionar ansiedad y rechazo (Beltrán, 2010), citado en (Montalvo, Cabrera, y Quiñones, 2012).

La enfermedad, cualquiera que esta sea, es un desequilibrio en el organismo, una forma de reaccionar del cuerpo (Jeammet, Reynaud y Consoli, 1999), que permite detectar cuando algo no funciona adecuadamente, identificando sensaciones como el dolor que lleva a poner atención a la zona dañada del organismo; sensación que después de varios días produce malestar físico y emocional, llevando a la persona a consultar al médico (Shuman, 1999).

La crisis respecto a la enfermedad, comprende el tiempo de espera de resultados, que puede asociarse a la angustia por saber qué es lo que se tiene (Yélamos y Fernández, s/f). Una vez que la enfermedad es detectada y se da un diagnóstico, la reacción de cada persona puede ser diferente, manifestando información a través de su expresión corporal (Shuman, 1999), aunada a cambios fisiológicos como taquicardia, palidez del rostro, sudoración, vértigo, entre otros, así como un shock que provoca un estado de ansiedad y miedo de saber qué va a pasar en un futuro. Este shock dificulta la escucha y comprensión del diagnóstico, así como las indicaciones que se le dan, bloqueando su capacidad de entendimiento y la comprensión del padecimiento.

Al informar al paciente sobre su enfermedad, es importante la presencia del médico especialista y el psicólogo, para proporcionar información clara sobre el padecimiento y brindar contención a la crisis que pudiera presentar. En esta fase, se le explica sobre la enfermedad, qué tan avanzada está, qué tipo de tratamientos existen, cómo debe cuidarse, etc. (Gimeno, s/f). Al mismo tiempo se van aclarando las dudas que vayan surgiendo.

De lo anterior, se observó la necesidad de trabajar las crisis emocionales que se desprenden de las enfermedades crónicas. Una manera de abordarlas, es facilitando la identificación y reconocimiento de dichas emociones, lo que comprende la verbalización de lo que están sintiendo, al tiempo que hacen conciencia respecto a que todas las emociones tienen una función específica que ayudan a la supervivencia.

Objetivos

Conocer las características en el reconocimiento y expresión de las emociones, y la confianza personal del paciente con enfermedad crónica a través de la implementación de un programa de atención para el manejo de las emociones.

Marco conceptual

Cada persona tiene una forma diferente de reaccionar ante un diagnóstico, dependiendo de su historia de vida, antecedentes familiares, mitos y tabúes sobre la enfermedad, así como su sistema de creencias (Gimeno s/f), que al momento de traerlas a su mente, genera emociones. Estas emociones son un impulso, que a su vez invitan a la persona a actuar (Esquivel, 2000) en respuesta de la situación que se esté presentando, en este caso, escuchar que ha perdido la salud.

En este sentido Espina, Pumar y Garrido (1995, citado en Gimeno, s/f), refieren que cuando una persona pierde la salud, entra a un proceso de duelo, el cual comprende, la negación, el enojo, la culpa hacia sí mismo, la represión y finalmente la aceptación.

Una vez que se acepta la enfermedad y se decide comenzar el tratamiento, las emociones del paciente se encuentran enfocadas en deseos de volver a estar bien, de recuperar su salud y volver a sus actividades diarias, teniendo una actitud positiva y una mejor receptividad ante el tratamiento y las dietas asignadas. Donde el deseo de sentirse mejor, el quiero y el puedo, dan como resultado una emoción placentera (Esquivel, 2000). Sin embargo, a medida que el tiempo avanza, el paciente comienza a verse limitado a realizar algunas actividades en su hogar y en su lugar de trabajo (Shuman, 1999), provocando cambios en el estilo de vida de la familia, llevándolos a un desequilibrio a nivel emocional. Esto a su vez, puede ocasionar estrés, que en exceso puede originar síntomas depresivos, ansiedad, fatiga e insomnio (Ybarra, Sánchez, y Piña, 2011), impactando negativamente en el desarrollo del tratamiento.

Es importante que el paciente conozca sus emociones y su funcionalidad, tomando en cuenta que al expresarlas, se encuentran dentro de todo un sistema de creencias y valores culturales (Gross, 2007). De acuerdo con Muñoz (2009) las emociones se clasifican en:

- 1) Emociones primarias básicas: Miedo, Alegría, Tristeza, Enojo y Afecto (MATEA). Estas emociones de manera individual buscan satisfacer alguna necesidad de supervivencia, por ejemplo: el miedo actúa como protección cuando la persona se siente amenazada o atraída por alguna situación. El afecto es una forma de vincularse con los demás, pudiendo generar una vivencia interna de atracción o repulsión. La tristeza, permite tener un momento consigo mismo, se produce cuando hay una desilusión a una situación real. El enojo, es un mecanismo de defensa que permite que la persona se autoafirme o defienda cuando se sienta invadida, y la alegría trae consigo satisfacción por alguna vivencia.
- 2) Emociones secundarias: son aquellas que se producen con la experiencia y surgen cuando se experimentan los sentimientos, como: admiración, culpa, vergüenza, etc.

Cabe mencionar que es diferente una emoción de un sentimiento, tal como Muñoz (2009) lo expresa, la emoción suele ser intensa y de corta duración, a menos que se alimente por pensamientos y fantasías, permanece su intensidad. El sentimiento, es menos intenso, su duración puede ser mayor y se relaciona con sucesos del pasado o momentos significativos. Si las emociones se mantienen

constantes por un período de tiempo, pueden afectar la salud del paciente, tanto fisiológica como psicológicamente. Por ejemplo, si un paciente tiene un pensamiento recurrente de que va a morir; este pensamiento no solo le produce estrés, si no que a nivel psicológico impacta su estado emocional, pudiendo ocasionar depresión.

Así, se puede reconocer que el estado emocional de una persona, determina su forma de percibir el mundo (Redorta, Obiols, y Bisquerra, 2006), por lo que es importante que el paciente sienta el apoyo familiar para afrontar su proceso de enfermedad. Este apoyo puede estar basado en acompañarlo a las sesiones del hospital, en lo económico (medicamentos, traslado al hospital), darle afecto, escucharlo, aconsejarlo, ayudarlo en las labores del hogar (aseo, preparar comida, cuidar a los niños, etc.), respetar las decisiones que tome. Para ello, el paciente debe mantener una estabilidad emocional, que le permita ser responsable de su propio autocuidado, permitiéndose desarrollar habilidades de afrontamiento, o modificando sus propias creencias o prejuicios sobre su enfermedad (Ybarra, Sánchez, y Piña, 2011).

El estado emocional del paciente, se ve mermado por los efectos de la toxicidad del medicamento, así como los efectos secundarios producidos por el tratamiento, ocasionando cambios en su imagen corporal, que pueden afectar no solo su estado de ánimo, sino también la convivencia con su pareja, sus familiares, amigos y la sociedad en general.

Entre los cambios físicos que se producen en la enfermedad del cáncer, se encuentran los originados por el efecto de la quimioterapia, encontrándose los siguientes (Negrete, 2016): caída del cabello, vello y cejas, problemas cardiacos, problemas intestinales (diarrea o estreñimiento), color amarillo en la piel, náuseas y/o vómito e hipersensibilidad.

Toda esta sintomatología genera repercusiones físicas, que en ciertos casos imposibilitan las actividades diarias del paciente, generando diversas emociones como: enojo, tristeza o miedo, relacionadas al qué dirán, a no poder realizar actividades del hogar, a pedir ayuda, a vomitar en público o a desmayarse y finalmente a sentirse una carga, ya que algunos pacientes con el paso del tiempo pierden su independencia, necesitando la ayuda de un cuidador primario, pues pierden movilidad en algunas partes de su cuerpo, fuerza, capacidad de comer por sí mismos, de caminar y hasta de ir al baño, generando ansiedad, depresión y tristeza (Shuman, 1999), llevando al paciente a una lucha emocional por recuperar la integridad y el respeto a sí mismo. (Grau, 2013 citado en Grau, 2016).

En el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal, entre los cambios físicos que presentan, de acuerdo a Venado, Moreno, Rodríguez, y López, (2009), se encuentran: coloración amarillenta, pálida, grisácea o verdosa, dependiendo el caso. Hematomas, mucosas deshidratadas, escarcha urémica en casos más graves, agotamiento, falta de sueño, apatía e irritabilidad.

Ahora bien, existen momentos en la vida del paciente donde su imagen se encuentra estable, es decir, sin presentar alguna sintomatología, permitiéndole disfrutar de pequeñas cosas que realiza de forma cotidiana. Sin embargo, existen también los días donde los síntomas son más fuertes de lo habitual, creando dolor y síntomas más intensos, llevando al paciente a sentirse solo, en duelo, sintiendo que tiene un tratamiento que no le funciona, presentando miedo al futuro y con ello, una carga emocional (Montalvo, Cabrera y Quiñones, 2012).

Debido a las repercusiones de la enfermedad crónica, los pacientes muestran dificultades para hablar de su futuro, el cual suele considerar efímero, viéndolo con incertidumbre, evitando visualizar planes para lo que podría o no llegar a ser (Shuman, 1999), debido a que el pronóstico de su enfermedad es incierto.

Metodología empleada

La presente investigación fue realizada con una metodología cualitativa de corte fenomenológico, enfocado a la experiencia individual de los pacientes crónicos, ya que cómo lo refiere Creswell (1998), Álvarez-Gayou (2003) y Mertens (2005) (citados en Sampieri, Fernández y Baptista, 2010) la fenomenología pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, reconociendo así los posibles significados asociados a la enfermedad.

Población:

Se trabajó con pacientes diagnosticados con cáncer y con insuficiencia renal, de ambos géneros, asistentes a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), localizada en la Ciudad de Morelia, Michoacán, México.

Cabe señalar que el tratamiento oncológico se establece mediante horarios y número de sesiones variables, dependiendo del diagnóstico de cada paciente, lo que representó una limitante para establecer un grupo fijo, por lo que se trabajó con un grupo irregular; ello a diferencia de los pacientes con insuficiencia renal los cuales presentaban un horario establecido y concreto para el tratamiento de hemodiálisis, teniendo mayor regularidad y participación en el programa.

Los resultados reportados en esta investigación son de los 12 pacientes con los que se logró tener un seguimiento. 5 mujeres con diagnóstico de cáncer de 30 a 65 años de edad y 4 hombres y 3 mujeres con diagnóstico de insuficiencia renal, de 27 a 77 años de edad.

Técnicas de recolección de información

- 1) La observación directa documentada mediante bitácoras. En estas se registró el número de pacientes asistentes, así como de sus cuidadores primarios. La hora de inicio y hora de término de la intervención, los distractores que se presentaban en el área y reacciones físicas de los asistentes (si asentían con la cabeza, sonreían, se mostraban enojados, distraídos o inquietos, etc.).
- 2) La retroalimentación a nivel verbal. En estas los pacientes y/o cuidadores primarios compartían su experiencia en base al tema expuesto.

Método o procedimiento de análisis

Antes de comenzar la intervención con los pacientes, se habló con el director de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Morelia, Michoacán, México, donde se dialogó sobre la importancia del trabajo con los pacientes diagnosticados con cáncer e insuficiencia renal, presentándole el Programa de Intervención en el manejo de emociones, donde fue aprobada nuestra estancia para dicha intervención. A la par, la trabajadora social, nos brindó su apoyo para establecer una calendarización de los días y el espacio disponible para el trabajo con los pacientes.

Al presentarnos con los pacientes, se les hizo saber nuestros nombres, de que institución proveníamos, el nombre del Programa de Intervención, objetivo, calendarización de actividades y se les pidió un consentimiento informado para integrarlos a la actividad.

La intervención tuvo una duración de 9 sesiones, las cuales se realizaban una vez cada 15 días, trabajando con 4 grupos; cada sesión tuvo una duración de 40 a 60 min, aproximadamente. Los temas abordados en el programa de manejo de emociones se organizaron de la siguiente manera: El diagnóstico y proceso de duelo; Resiliencia; Manejo de las emociones; Comunicación asertiva; Redes de apoyo; Miedo a la enfermedad; Autoestima; Calidad de vida; Plan de vida.

Presentación de hallazgos

Con base a las observaciones y discursos de los participantes en la intervención. En el primer eje, reconocimiento y expresión de emociones, se pudo observar que los pacientes asociaban estas a su proceso de enfermedad, lo cual fue referido de la siguiente manera:

P. R., P. y J. (Insuficiencia Renal): “Las emociones son el miedo y el enojo”.

P.R. (Insuficiencia Renal): “El miedo siempre está presente en la enfermedad. En mi caso, al entrar a hemodiálisis, aunque sé el procedimiento, me da miedo entrar a la máquina y al salir de aquí, sale también mi miedo”.

P.J. (Insuficiencia Renal): “Tengo miedo a dormir, porque pienso que voy a morir mientras duermo y me preocupa no dejar las cosas en orden”.

Al respecto Muñoz (2009) refiere que, el miedo puede actuar como protección cuando la persona se siente amenazada o atraída por alguna situación. En este caso, los pacientes con Insuficiencia Renal se sienten con miedo al entrar a su proceso de tratamiento, puesto que han sido testigos de la muerte de varios de sus compañeros al estar tomando su tratamiento. En este sentido, como indica Rudnicki (2006) se presenta “el temor de la muerte por la vida”, es decir, por una parte está el miedo del paciente por entrar a recibir el tratamiento y no salir con vida y por otro, se encuentra con un tratamiento que le da miedo, pero al mismo tiempo, le da la oportunidad de seguir viviendo.

Otra de las emociones referidas es el enojo, que de acuerdo a Muñoz (2009) es un mecanismo de defensa que permite que la persona se autoafirme o defienda cuando se sienta invadida:

P. A. (Oncología) “Cuando estoy enojada, mejor me quedo callada”.

De manera general, el enojo es visto como un sentimiento negativo, por lo que resulta difícil de compartir, ante lo que los pacientes prefieren no expresarlo con la fantasía de evitar dañar con sus comentarios o evitar que surja algún conflicto entre las personas relacionadas.

Así como el paciente siente enojo, también reconoce tristeza por estar en el hospital, porque no sabe si va a mejorar o no, porque el tratamiento no está funcionando, porque el trato que recibe en el hospital no es el adecuado, etc. Reprimiendo el sentimiento y relacionándolo con un “contagiar” de esta a sus familiares:

P. A (Insuficiencia Renal): “Siento que al expresar que estoy triste, pongo triste a mi familia”.

Existe una necesidad del paciente por compartir sus emociones, hablar de su proceso de enfermedad, de cómo se siente, del impacto del tratamiento en su vida. Sin embargo, si esta necesidad de expresar es reprimida, el paciente puede manifestarlo mediante alteraciones fisiológicas, como dolores de cabeza, diarrea, cansancio, alteración emocional, pudiendo generar estrés, tal como lo indica Shuman (1999), que a mediano y largo plazo puede originar síntomas depresivos, ansiedad, fatiga e insomnio (Ybarra, Sánchez y Piña, 2011).

P.R. (Insuficiencia Renal): "Para mí hablar y comunicar, me permite que mi cuerpo se sienta bien y si no lo platico siento que repercute en mi cuerpo".

P.M. (Insuficiencia Renal): "Cuando estoy nerviosa, se me obstruye el catéter y al tomar control de mi propio cuerpo, yo misma me relajo y en ese momento el catéter funciona correctamente".

Cuando el paciente expresa sus emociones, entra en contacto consigo mismo y puede identificar qué situación provocó su malestar, lo que se espera le permita tomar el control de esta, llevándolo a un estado de relajación, mejorando la adherencia de su tratamiento. Para ello, se requiere expresar asertivamente, evitando mensajes dobles y malos entendidos:

P.G. (Oncología): "Dentro de la comunicación se presentan un sinfín de detalles que significan mucho y es ahí donde posiblemente vengan los malos entendidos".

P. C. (Oncología): "Si escuchas a otra persona comprendes lo que está diciendo, en cambio si sólo la oyes es como si la mandarás al gorro".

Así pues, el paciente crónico reconoce que el expresar sus emociones durante el proceso de tratamiento, le permite tomar conciencia de su enfermedad y el manejo de esta.

En relación al segundo eje, sobre la confianza personal, se observó que los pacientes, al compartir con sus compañeros cómo se sentían, se daban cuenta que no solo a ellos les daba miedo enfrentarse todos los días a un tratamiento, lo que propició un ambiente de confianza, viéndose reflejado físicamente en una postura corporal relajada; lo mismo ocurría en sus rostros, bajaba el nivel de tensión en los músculos de la cara.

Al expresar sus emociones, el paciente resignifica su proceso de enfermedad, reconociendo que puede decidir sobre cómo cuidarse, respetando sus tiempos, decidiendo que alimentos consumir y en qué cantidad y al externarlo aumenta su confianza, viéndose reflejado en su actitud, su estado de ánimo y en la adherencia de su tratamiento:

P. M. (Insuficiencia Renal): "Yo antes venía al hospital por mi enfermedad y ahora vengo a encontrar mi salud".

Cuando el paciente comparte una emoción con su familia o cuidador primario, les hace saber que puede responsabilizarse de sí mismo, lo cual le devuelve su dignidad como persona, permitiéndole decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo.

P. F. (Oncología): “En ocasiones me siento mal de que no me dejen ser, mi hermana me sobreprotege todo el tiempo, quiere que no me quite el cubre bocas y hay ocasiones donde me siento asfixiada por traerlo todo el día”.

Es importante que el paciente reconozca que él es más que la enfermedad, que existe una parte de su cuerpo que no funciona adecuadamente, sin embargo todo sus demás órganos sí funcionan, de manera que elegir estar en tratamiento, se convierte en un puente para recuperar su salud.

Lo anterior puede promover la consolidación de redes de apoyo, temática abordada durante la intervención, donde se reconoció que es necesario el apoyo de los demás.

P. A. (Oncología): “Cuando salgo de aquí, me siento muy cansada y no puedo hacerles de comer a mis hijos. Una vez fui con mi vecina y le pedí que me ayudara y me dijo que sí, que nada más le dijera a qué hora la quería y que ella la preparaba”.

Al pedir apoyo, el paciente no solo desarrolla habilidades de afrontamiento, también modifica sus propias creencias y/o prejuicios sobre su enfermedad (Ybarra, Sánchez, y Piña, 2011). Comunica sus miedos: miedo al qué dirán, a no poder realizar actividades del hogar, a sentirse una carga, lo que les genera ansiedad, depresión y tristeza (Shuman, 1999).

P. C. (Oncología): “Hay que aprender a vivir con la enfermedad y no dejar que la enfermedad sea tu vida”.

En este sentido, los pacientes rescatan la parte sana de la enfermedad, aquella que les permite pensar en un plan de vida a futuro, con metas a corto, mediano y largo plazo, los cuales pueden ser motivadores para aferrarse a su tratamiento y seguir viviendo:

P. X. (Oncología): “Yo le pedía a Dios que me permitiera conocer a mi primer nieto, luego que me dejara festejarle sus tres años, luego ver cuando fuera al kínder y todavía le sigo pidiendo”.

El sentirse dignos de planear metas a corto plazo, es un oportunidad de centrarse en el aquí y el ahora, de poder elegir cómo vivir un día a la vez, de permitirse expresar de manera asertiva lo que sienten, y darse cuenta que es válido no estar siempre bien.

P. K. (Insuficiencia Renal): “Al estar presente en las pláticas entendí que era válido sentirme enojada y triste, y al tener estas emociones me permito tener este espacio para mí misma”.

Durante la intervención, conforme avanzaban las sesiones, aumentó el número de participantes, observándose que en las últimas tres sesiones, la sala de espera se encontraba llena, y la participación de los pacientes, de sus familiares, del personal médico y de trabajo social era activa.

Conclusiones

Las emociones del paciente crónico, tiene un impacto personal, familiar y social, ya que al expresar cómo se sienten en esos momentos, asumen la realidad de que existe una pérdida de salud que desequilibra su estado emocional, y al comunicar estas emociones, se permiten tomar conciencia de sus propias necesidades, en las diferentes áreas de su vida, además de tomar la responsabilidad sobre estas y sobre su proceso.

Cuando el paciente expresa, permite que su cuerpo se relaje y bajen los niveles de tensión emocional y muscular, permitiendo que el sistema inmunológico se fortalezca y el tratamiento tenga un mejor funcionamiento (Vera y Buela, 1999). En esta investigación estos niveles de tensión se observaron en la relajación de los músculos de la cara (frente, ceja, pómulos y boca), conllevando a mejorar su actitud y tolerancia hacia su cuidador primario, compañeros de hospital, personal médico y recepción de tratamiento.

Así mismo, el que el paciente pueda hablar de lo que siente cada vez que asiste al hospital, le genera confianza al saber que es válido estar enojado, triste o experimentar alguna otra emoción, siempre y cuando esta se comunique de manera asertiva, reflejándose así en el paciente seguridad en sus palabras y en su persona, que a su vez, fortalece su autoestima.

En relación con el objetivo, tanto los pacientes con diagnóstico de cáncer, como los que presentan insuficiencia renal, cuando se les hablaba sobre las cinco emociones básicas: miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto, así como su funcionalidad en la vida, se observó que los pacientes se sentían identificados con tres de ellas: el miedo, la tristeza y el enojo. Miedo a no saber qué va a pasar con su vida, tristeza, asociada a recuerdos de cómo era su vida antes del diagnóstico, y enojo, por no saber cuánto tiempo seguirán estando en el hospital recibiendo el tratamiento.

En relación a la confianza personal, se observó que a medida que los pacientes se sentían con la libertad de expresar cómo se sentían en ese momento, cuáles eran sus preocupaciones y la molestia que les generaba tener una dieta, bajaba su nivel de tensión, además de que al expresar todo ello, los pacientes se sentían dignos de poder cuidarse y decidir por sí mismos, sin tener a su familiar o cuidador primario supervisando sus decisiones o su alimentación.

Por lo anterior, puede considerarse que la presente intervención permitió mejorar las condiciones de salud de los doce pacientes, ello a partir del fomento de la responsabilidad y conciencia en relación a la calidad de vida de ellos, generando la adherencia al tratamiento, disminuyendo los efectos negativos y aumentando los beneficios en los tratamientos farmacológicos, promoviendo la cultura de la prevención.

Referencias bibliográficas

Esquivel, L. (2000). *El libro de las emociones: son de la razón sin corazón*. España: Plaza y Jánés.

Gimeno, M. (s/f). La enfermedad crónica y la familia. *Revista Centre Londres 94*. Recuperado de: [www.centrelondres94.com/files/La enfermedad cronica y la familia.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/La%20enfermedad%20cronica%20y%20la%20familia.pdf)

Grau, A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, vol. 7, núm. 2, pp. 138-166. Universidad Católica del Norte: Chile. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>

Gross, R. (2007). *Psicología la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual moderno.

Jeammet, P., Reynaud, M y Consoli, S. (1999). *Manual psicología médica*. Barcelona: Masson.

- Montalvo, A., Cabrera, B. y Quiñones, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento. *Aquichan*, vol. 12, núm. 2, pp. 134-143. Universidad de La Sabana: Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103005.pdf>
- Muñoz, M. (2009). *Emociones, sentimientos y necesidades una aproximación humanista*. México: Ideazapato-Araucaria.
- Negrete, A. (2016). *Relación entre el nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos*. Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Psicología, Quito. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11049/DISERTACI%C3%93N%20MISHEL%20NEGRETE%20ORTIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Redorta, J., Obiols, M. y Bisquerra, R. (2006). *Emoción y conflicto aprenda a manejar las emociones*. España: Paidós.
- Rudnicki, T. (2006). *Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico*. Diversitas: perspectivas en psicología, vol. 2, núm. 2, pp. 279-288. Universidad Santo Tomas: Colombia. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v2n2/v2n2a08.pdf>
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Shuman, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. España: Paidós.
- Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M. y López, M. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Unidad de Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
- Vera, P. y Buela, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, vol. 31, núm. 2, pp. 271-289. Fundación Universitaria Konrad Lorenz: Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80531204.pdf>
- Yélamos, C. y Fernández, B. (s/f). *Necesidades emocionales en el paciente con cáncer*. Recuperado de: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/18.NECESIDADES.EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.yelamos-col.pdf>
- Ybarra, J., Sánchez, J., y Piña, J. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas una aproximación psicológica*. México: Manual moderno.

LA CONFLUENCIA EN LA PAREJA Y EL DESARROLLO INDIVIDUAL: QUÉ ES Y CÓMO INTERVENIR

Sheila Yunuen García Hernández

Gerardo Mac Nair Martínez

Gloria María Ollivier Cuevas

Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt, Morelia S.C. Morelia, Michoacán, México.

Resumen

En la historia del ser humano, la relación de pareja ha sido un factor favorable para el desenvolvimiento como sociedad; sin embargo, esta relación ha presentado condiciones que complican la sana interacción, ejemplo de ello se localiza en la pérdida de límites que interfiere en el desarrollo individual, escenario que ha generado interés a la psicología. De este modo, la sociedad suele asociar el amor de pareja con la no existencia de límites, formando un fenómeno conocido, desde la Gestalt, como **confluencia**, el cual borra las fronteras entre el self y el exterior. De manera que, autores como Perls (1973), Robine (1999) y Lapeyronnie (2005) direccionan la **confluencia** como un modo de interrupción que puede o no, interferir en el contacto y la relación. Por ello, el objetivo del presente es dar a conocer cómo la **confluencia** puede posicionarse como una limitante en el **desarrollo individual**. Asimismo, cómo mediante la intervención terapéutica es viable propiciar la separación del sí mismo y la otredad, favoreciendo dicho **desarrollo individual**.

Para lograr el objetivo, se realizó un estudio cualitativo, transversal, en donde, mediante una revisión histórica-bibliográfica, se analizó el concepto de **confluencia** en la **pareja**, además de la intervención Gestáltica para favorecer el fluir individual. En principio, se hizo una selección bibliográfica básica en **Gestalt**, identificando el concepto de **confluencia**, posteriormente, se eligieron fuentes pertinentes que aportaran bagaje contextual con énfasis en relación de pareja con perspectiva gestáltica y, por último, se indagó el proceso de la intervención terapéutica, esto para conformar una propuesta de abordaje terapéutico. De tal manera que, tanto en la revisión bibliográfica, como en el caso práctico, se observó que la **confluencia** mantiene características que influyen en la relación de pareja y generan la pérdida en la construcción del nosotros, por ello es importante que la intervención, se realice enfocándose en la destrucción de la simbiosis y el fortalecimiento del autoapoyo.

Palabras clave: Confluencia, pareja, Gestalt. desarrollo de pareja e individual

Abstract

In human history couple relationship has been a favorable factor to society development; however, this relationship has presented conditions that complicate a healthy interaction, an example of this is the loss of limits that interferes with individual development, scenario that has generated interest in psychology. Thereby, society usually associates the love of a couple with the nonexistence of limits, leading to a phenomenon known as confluence, which removes boundaries between the self and the exterior. Thus, authors such as: Perls (1973), Robine (1999) and Lapeyronnie (2005) address confluence as an interruption mode that may or may not interfere with contact and the relationship. Therefore, the objective of the present work, is to show how the confluence leads to be a limitation in individual development. Likewise, how through therapeutic intervention it is viable to promote the separation between self and otherness, favoring individual development.

To accomplish the objective, a qualitative, cross-sectional study and a historical bibliographic review were accomplished in which the concept of confluence in the couple was analyzed, in addition to the Gestalt intervention to favor individual flow.

At first, a Gestalt bibliographic was selected, identifying the concept of confluence, subsequently, relevant sources were chosen one which provided contextual baggage with an emphasis on the relationship of a couple with a Gestalt perspective and finally the content of therapeutic intervention was investigated, to marshal a proposal for therapeutic approach.

Both in literature review, and practical case, it was observed that the confluence maintains characteristics that influence couple relationship and generate the loss in the construction of the US, therefore it is important that the intervention focuses on the destruction of symbiosis and strengthening self-support.

Keywords: Confluence, couple, gestalt

Introducción

La confluencia se da cuando se borran las fronteras entre el *self* y el exterior, es entonces cuando ocurre el fenómeno en el que una persona se amalgama a otra, y le impide desarrollarse en ámbitos individuales. El tema de la pareja suele ocupar un lugar importante dentro del pensamiento de los seres humanos, aunado a esto se tiende a creer que dentro del amor y la relación de pareja no hay un límite, “yo soy, si tú eres”. Ejemplo claro pensamientos como:

Haría cualquier cosa por ti, si me lo pidieras. ¿Quién no ha dicho esta frase alguna vez en su vida, bajo el efecto hipnótico del enamoramiento? ... Sacrificio y amor van de la mano, eso dice la sabiduría popular, porque así fue concebido por la civilización desde los comienzos. (Riso, 2007, p.7)

Es así que, a lo largo de los años, la pareja ha vivido diversos momentos, pasando por el matrimonio por conveniencia, esto en épocas antiguas en donde el conservar la estirpe y la fortuna económica era prioridad; con posterioridad, se hace una parada por el amor romántico, una idea dulce y tierna del amor pasional, tipo Romeo y Julieta; finalmente, la pareja contemporánea llega a un amor en libertad, en donde se va construyendo un nuevo concepto de pareja en libre elección de enamoramiento. Éste último es en donde la pareja puede llegar a perder la identidad propia, ello si no se ponen límites claros.

En el transcurso de la vida del ser humano, desde épocas pasadas a épocas actuales, han existido y siguen existiendo diferentes encuentros con el otro, en donde los seres humanos se relacionan unos con otros, creando vínculos a través del contacto y la retirada, esto como una acción sana. Sin embargo, cuando esta retirada no se hace de una manera adecuada se da el fenómeno llamado dependencia o apego que, abordado desde la terapia Gestalt, se refiere al modo de relación conocido como confluencia. A partir de este modo de relación, se dejan de poner límites a la otredad, principalmente a la pareja, generando a lo largo modos de relación no adecuados, los cuales influyen a nivel personal, ocasionando problemas de autoestima y autonomía.

Entonces, la confluencia puede presentarse, confundirse en el ámbito emocional con el nombre conocido como enamoramiento, inclusive con el amor, siendo socialmente aceptado y distorsionando el término “nosotros”. Con respecto a lo anterior, el presente artículo reconoce cómo desde la Gestalt es pertinente brindar apoyo al paciente, esto para generar la separación adecuada entre el contacto y

la retirada, lo cual favorecerá el desarrollo individual, por lo que se proponen técnicas de la terapia Gestalt como viables para la intervención en este modo de relación.

Es entonces que resulta necesario delimitar tres conceptos claves a trabajar: el primero corresponde a la confluencia como modo de relación, la pareja como relación entre dos personas y límites como la división física o simbólica que se establece entre las personas. Al final, se presenta el siguiente trabajo dividido en tres momentos, se inicia describiendo el encuentro y la formación de la pareja, para así mismo dar a conocer las bases teóricas y los conceptos básicos de la confluencia. Se continúa presentando el estudio de un caso práctico, es decir de una persona confluyente y cómo esta llega a proceso terapéutico. Se concluye explicitando los límites de la relación de pareja, los temas a trabajar en pareja y las técnicas gestálticas que favorecen en la intervención terapéutica.

Desarrollo

El estudio de la confluencia, tal como se realiza en este trabajo, pretende dar a conocer cómo la confluencia puede llegar a ser una limitante en el desarrollo individual de cada miembro de la pareja. Asimismo, cómo la intervención realizada desde la psicoterapia Gestalt, proporciona herramientas que ayudan al paciente a romper con dicha confluencia; por lo que para ello es importante plantear cómo el paciente puede explorar entre el contacto y la retirada, cómo proporcionar al paciente herramientas que fortalezcan el autoapoyo y cómo el paciente puede lograr identificar la separación entre el sí mismo y la otredad.

Frecuentemente, cuando una persona decide establecer una relación de pareja o de tipo amoroso, comienza a preocuparse más por el otro que por ella misma y deja en un segundo plano sus propias necesidades, procurando satisfacer las necesidades de su pareja, a pesar de que eso vaya en contra de sus principios, valores, e inclusive de su propia integridad. Ahora bien, la relación llega a un punto tal, en donde la satisfacción como pareja está degradada y tiene efecto en la individualidad, emergiendo el temor por mostrarse como es o mostrar sus necesidades, por lo que termina poniendo en el otro la felicidad o llega a ceder al otro la responsabilidad y el control de su vida.

De hecho, retomando lo que menciona Zinker (1979), cuando una pareja enfrenta exitosamente un dilema, se da una experiencia de totalidad y en aquel momento en que el proceso natural es interrumpido, la forma se convierte en algo patológico. Asimismo, es importante hacer referencia a un segundo escenario, en donde la fusión-separación del individuo en pareja se da una manera inadecuada, en donde una de las partes va disolviendo su identidad, sus deseos y sus necesidades, por lo que termina desapareciendo su esencia, lo cual ocasiona que se formen parejas confluentes o sistemas amalgamados en los cuales no se ponen límites sanos.

El encuentro y la formación de la pareja

La integración de parejas, o sistemas amalgamados, se encuentra con que la mayoría de los seres humanos son parcialmente afectados por la influencia social, lo cual no solo impide el desarrollo natural y espontáneo del amor, sino que cultiva y promueve su opuesto; esto debido a que el principal medio de aprendizaje que se da es a través de la familia como un introyecto. Según Estrada (2012), en el libro *El ciclo vital de la familia*, menciona que las etapas que cruza la pareja son: El desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez. De tal manera, con relación al encuentro, refiere que es en esta fase donde se da el surgimiento de una nueva

familia, en donde un hombre y una mujer se encuentran, consolidan un vínculo sólido para la ayuda mutua y la procreación.

Así, una vez que formalmente la pareja ha decidido compartir su vida, se da necesariamente el proceso de adaptación, en el cual dos personas con ideas, sentimientos, historias y educación diferente, han de aprender a convivir e integrar una sola dinámica familiar y una historia en común. Simultáneamente, a nivel cultural y con el paso de los años, estos encuentros han ido cambiando según el contexto en el que las personas están, de hecho pasa desde el matrimonio por conveniencia, hasta el matrimonio libre y por amor, o el amor libre y sin matrimonio, hablando de épocas actuales.

Ahora bien, una relación de pareja puede estar integrada por un hombre y una mujer, por dos hombres o por dos mujeres, y las características de la relación de pareja dependerán exclusivamente de cada cultura y de la época en donde estas se constituyan. En referencia a lo mencionado, si una relación de pareja se da por un encuentro libre, la principal razón de su formación es el enamoramiento, que Calixto (2017), en su libro un clavado a tu cerebro, explica que “*El enamoramiento, es un estado químico cerebral, transitorio, que elimina la objetividad de la conducta. Termina por necesidad y fisiología neuronal.* (p.7).

Algunos autores como Bucay (2010), hacen referencia a que los encuentros se dan a nivel de proyección, en donde el uno va buscando o proyectando en el otro algo propio o algo que necesita; por otro lado, hay quienes mencionan que los encuentros se van generando a nivel energético. Por otra parte, Bourbeau L. (2010), sugiere que las heridas generadas durante la infancia son las que ocasionan la buena o mala elección de pareja en la edad adulta, lo cual acuerda con lo expuesto por Viserda J. (1995), en su artículo *Elección de pareja*, publicado en la revista *Psicología Iberoamericana*, ahí reconoce que existen diversos factores que influyen en la elección de pareja, factores culturales (contextuales y modelos a seguir), factores personales, factores interaccionales y factores biológicos.

Asimismo, autores como Riso W. (2009), Alberoni F. (1985) y Fromm E. (2007), se enfocan en querer explicar el encuentro y la relación de pareja, así como también, se enfocan en encontrar la explicación del amor o a eso que mantiene a la pareja en continuo contacto; sin embargo, a pesar de que existen diversas teorías y aportaciones, no se ha logrado agrupar una sola visión. De tal manera, se sostiene que la formación de la pareja no es algo que logre unificarse como tal, sino que pasa por diversas fases que generan todo un proceso desde su formación.

La confluencia como una de las formas de relación

En hidrología, confluencia es la reunión, en *uno solo*, de dos o más cursos de agua; etimológicamente, la palabra confluencia o confluir significa juntarse. Al respecto, Castanedo (2002), refiere que en las personas confluentes el *self* y el medio ambiente se juntan o mezclan, como si fueran una sola unidad. Asimismo, según Polster y Polster (1994), “hay cinco canales de interacción resistente, entre los cuales se encuentra la confluencia” (p.79), a lo que Castanedo (2002) realiza, también, una aportación teórica al describir las resistencias o modos de relación en la terapia Gestalt, clasificándolos en cinco:

1. **La introyección.** Un introyector integra dentro de sí mismo aquello que el medio o los demás le proporcionan, sin asimilarlo o sin estar consciente de ello, por lo común se trata de normas, valores o actitudes, por lo que actúa a partir de estos en lugar de tomar en cuenta sus propias necesidades.

2. **La proyección.** La persona proyectora no se responsabiliza de sus sentimientos y actos, sino que los desplaza al otro, porque cree que no debería sentir ni actuar de esa manera.
3. **La retroflexión.** El individuo dirige hacia sí mismo los sentimientos de agresión que deberían estar dirigidos hacia el exterior o hacia lo que causó que surgiera la emoción. Por lo que la energía está dirigida hacia sí mismo.
4. **La deflexión.** Surge cuando la persona intenta desviar la atención de un tema que realmente tiene importancia, de lo que aparece aquí y ahora, a temas secundarios. La energía se utiliza para evitar entrar en contacto y enfocarse en sí mismos.
5. **La confluencia.** Se da cuando se borran las fronteras entre el *self* y el exterior, de forma que la persona no se siente separada de los demás, aparte de que suele estar siempre de acuerdo con el otro y no reconocer las fronteras que la separan de los demás, por lo que tiende a no identificar cuáles son sus conductas.

Es así que, la persona que utiliza la confluencia como su modo de relación con los demás, suele perderse en el otro, esto para evitar llegar al contacto real y auténtico, por lo cual existe poco interés en sí misma, haciendo a un lado su propia identidad, incluso toma decisiones en forma dependiente, afectando su salud mental y emocional. Un ejemplo claro se da cuando una pareja de novios sale a algún lugar el chico R le pregunta a la chica Y ¿a dónde quiere ir? y ella termina contestándole que a donde él quiera. Ahora bien, si esto sucede en una sola ocasión no hay generador de conflicto; sin embargo, cuando esto se convierte en algo recurrente y en todas las ocasiones ella cede a lo que él desea, haciendo a un lado su propia identidad o necesidad, la forma de relacionarse se vuelve rígida y es cuando puede haber una afectación emocional en el individuo.

Así pues, en este tipo de relaciones, el sentido de pareja pierde su función nutritiva y de crecimiento; no obstante, los vínculos permanecen a pesar de ser tóxicos y lo que los une es su patología, lo que para ellos hace la función de imán. De modo que, si se realiza una indagación en la historia, esto podría deberse al ejemplo que se da en el proceso de exploración y separación, en el cual participan el recién nacido y el progenitor, en donde si, el menor percibió dicha separación de una forma violenta, no se consolida el proceso de contacto y separación, lo que podría generar que se forme cierto tipo de dependencia y la relación se puede volver inadecuada. En otras palabras, cuando me refiero a una relación inadecuada o no sana entre padre e hijo, o en una relación de pareja, me estoy refiriendo a la confluencia misma.

La confluencia es adecuada o sana cuando no afecta al yo y sirve para conservar las relaciones, siempre y cuando no se transforme en un patrón de conducta permanente. Conceder no es someterse, en tanto no sea la misma persona la que siempre cede. La confluencia se evita con el contacto pleno con el objeto satisfactor y la retirada de la energía. (Salamá, 2007, p.155).

Es así que, la confluencia se caracteriza por la no accesibilidad de algunas experiencias, en el caso de que se rigidice, el individuo es incapaz de ver la diferencia entre él mismo y los demás. Así pues, en ciertos rituales para confluir con el ambiente, el individuo se exige un nivel de confluencia, en donde los límites desaparecen temporalmente y este se siente identificado y aceptado por el grupo, lo que lo lleva a experimentar una sensación de exaltación; sin embargo, más tarde cuando esta identificación se vuelve rígida, el individuo pierde todo sentido de sí mismo.

De hecho, algunas características de la confluencia en una persona son: la exigencia de similitud y negación de la tolerancia a las diferencias; la utilización del término *nosotros* indiscriminadamente; la pérdida de los límites de sí mismo y el cero contacto y retirada. Entonces, cuando la persona confluyente establece contacto con sus necesidades e intenta diferenciarse del otro, por lo general aparece un malestar emocional caracterizado por la culpa, la angustia, la vergüenza y el resentimiento; simultáneamente los introyectos familiares y culturales resuenan en la experiencia emocional de la persona, hasta el grado de llevarlos a procesos retroflexivos de sacrificio, autocrítica y actitudes de auto corrección. Ahora bien retomando a un individuo en relación de pareja, el hecho de que este presente todas las características antes mencionadas, le impedirá que se pueda desarrollar de una manera adecuada, por lo que para ello, la terapia Gestalt resulta pertinente, ya que se enfoca en el reforzamiento del autoapoyo y propone fomentar la diferenciación de la persona, esto para permitirle experimentar la excitación de la transgresión y de la ruptura de la simbiosis.

Metodología

A partir del estudio de tipo cualitativo, y el uso del estudio de caso como una técnica que permite recuperar información específica de un hecho, mediante el seguimiento longitudinal. Así, se presenta el caso de una persona de cuarenta y seis años, de sexo femenino y estado civil casada, quien accedió a permitir utilizar su historia clínica para documentar el proceso terapéutico en donde se abordó la confluencia.

Resultados

Al inicio del proceso la persona “M.P.” mencionó que decide iniciar terapia porque tiene diversos problemas con su esposo e hijas, refiriendo que no puede controlar sus emociones, y su pareja le dijo que necesitaba terapia, a lo cual ella accedió. La figura más clara como terapeuta es su introyecto de *tener que ser una buena esposa y madre*, de aquí se parte para identificar que a través de estos introyectos se mantiene en una relación de confluencia con su familia y no logra separar el YO del TÚ, lo que le ha generado diversos problemas en su relación con el otro.

Conforme las sesiones avanzan surgen tres temas principales para trabajar, uno de ellos, y el principal que se presenta como motivo de consulta, es la situación problemática en la pareja, el segundo tema es la relación con su familia de origen y cómo esta relación le ha generado un sentimiento de injusticia y tristeza que va relacionada en un principio con la confluencia presentada a través del introyecto *la familia es lo primero*; al transcurrir las sesiones, la paciente muestra la falta de contacto en sus sensaciones, toda vez que ella pone toda su atención en lo que el otro desea o necesita, lo cual le impide hacerse caso a sí misma, así como el atender sus propias necesidades básicas y sus necesidades emocionales.

Ahora bien, la interrupción de la paciente en el ciclo de la experiencia, se encuentra entre el contacto y la retirada, llevándola a la *confluencia* como modo de relación. Así, el trabajo se centró en la exploración del *self* y en esclarecer algunos temas centrales para la paciente, así como en el favorecer el autoapoyo y fomentar la responsabilidad de sus acciones. En un principio la fenomenología de la paciente se exteriorizaba manifestando una postura cómoda, sentada con apertura en piernas y brazos, en ocasiones presentando sollozos, lágrimas y aquebrantamiento de voz en temas referentes a su relación con el ambiente.

Dentro de los experimentos trabajados con la paciente. se realizó una tarea en la cual durante una semana tendría que registrar lo que percibía de su piel hacia afuera y de su piel hacia adentro a nivel de sensaciones, para después explorar en consulta las emociones que se generaban a través de esas sensaciones. Aunado a esto, también se trabajó sobre una lista de necesidades propias, para explorar lo que para ella fue más representativo *una ruleta de la conciencia*, en donde la tarea era identificar la sensación, lo que la sensación le significaba y si esta le generaba alguna emoción, además de las posibilidades de lo que podía hacer con ello y, finalmente, lo que decidía hacer.

A la par de los experimentos, durante las sesiones con la paciente, se trabajó el fortalecimiento del *self*, autoconcepto, autocuidado y su autorrealización para lograr desarrollar y fortalecer su autoapoyo. Cuando la paciente se sintió cómoda con el trabajo y al transcurrir varias sesiones terapéuticas, la paciente solicitó una sesión con su pareja, la que se realizó a modo de experimento, lo cual retomando a Zinker (1998) se realizó con el propósito de buscar la buena forma.

Durante la sesión se trabajó una técnica expresiva llamada *fluyo contigo con, no fluyo contigo con*, en donde, tanto la paciente como su pareja, vaciaron posibles asuntos inconclusos y posterior a esto, se exploró con lo que sucedía al haberlo mencionado; en un segundo experimento en pareja, se trabajó con *las cinco reglas para discutir con los seres queridos*, en donde se les pidió no meter a terceros en las discusiones, no profesar amenazas entre ellos, no tomar actitudes extremas, discutir solo una cosa a la vez y no guardar asuntos inconclusos; dejándose también experimentos para trabajar en casa y con el propósito de que la paciente lograra fortalecer la separación entre ella y el otro. De la misma manera, se trabajó mediante la exploración de sensación y emoción con el poema de la Gestalt de Fritz Perls *Yo soy yo, tú eres tú*. Con lo que se concluyó y la paciente logró avances, sobre todo en el fortalecimiento del autoapoyo, lo cual le ayudó a ir poniendo límites con el otro.

Los límites en la relación de pareja para la disminución de la confluencia

Los recién nacidos viven en confluencia, al comienzo de su vida no tienen sentido de distinción entre dentro y fuera, entre ellos y el otro, esto debido a que el niño al nacer trae consigo comportamientos a nivel de instinto que le facilitan la supervivencia. Asimismo, el niño se enfrenta a la aproximación y búsqueda de seguridad, específicamente en un proceso en el que se da la exploración y la separación del progenitor, lo cual se realiza con un apoyo base por parte del progenitor. Así pues, si este proceso logra hacerse de una manera adecuada, el niño se desarrollará sanamente, pero si no es así, aparecerá un apego rígido, el cual puede prosperar en temor e inseguridad por falta de ese apoyo base. Entonces, en edad adulta también puede concluir en una dependencia, apego o codependencia; lo que para la terapia Gestalt representa una confluencia rígida. Según Lapeyronnie (1994), en su libro *La confluencia*, menciona que la confluencia es la manifestación verbal de un *Nosotros*, en lugar de un *Yo*.

En lo que se refiere a la Terapia Gestalt, prefiere el nombre de confluencia a los de simbiosis, fusión o codependencia, esto para explicitar que se trata de un proceso, de movimiento y no de una descripción estática. La especificación primaria indica que la experiencia de no tener límites, de ser parte de otro, está unida a un déficit de maduración, es decir, a la falta de la diferenciación entre organismo y ambiente. Posteriormente, en la confluencia sana la pérdida tendrá que ver con los límites perceptivos y subjetivos ya formados antes, y la sensación de perderse en el otro se apoyará en la consciencia del yo y del otro.

Ahora bien, la impresión del *nosotros* sin límites claros, emerge de la necesidad de establecer dichos límites, esto para que la persona confluyente logre la identificación de la separación entre ella y el organismo. Por lo que, el objetivo terapéutico se enfoca en favorecer la diferenciación entre el organismo y el ambiente, así como trabajar en desarrollar el auto apoyo, propiciando el darse cuenta, además de la identificación de sensaciones y necesidades propias.

En resumen, en el momento en el que se conforma la pareja y uno de los individuos comienza a mostrar este modo de relación llamado confluencia, se comienza por perder la individualidad por lo que es importante, que cuando la persona llegue a terapia y se identifique este tema, se tomen en cuenta aspectos como son: la identificación y separación del Yo-Tú y el nosotros; se trabaje con las necesidades y emociones en lo individual; se propicie el no trasgredir los derechos del otro; se resuelvan asuntos para generar el no quedarse con cuentas pendientes y concientizar en relación a que el cariño y la lealtad no son conceptos negociables. Asimismo, se considera relevante utilizar técnicas expresivas como la enunciación clara de las propias necesidades y deseo y la exageración y repetición, de necesidades y emociones personales y; técnica integrativas como el diálogo interpersonal; técnicas supresivas como alejándose del nosotros.

Conclusión

Como ya se ha mencionado, la confluencia mantiene características específicas que hacen que la persona confluyente se relacione con cero contacto y retirada, lo que influye para que, a nivel de pareja, la persona se pierda fácilmente con el otro en la construcción del nosotros. Así, para la teoría gestáltica, la confluencia es considerada un modo de relación en el que la persona confluyente se pierde dentro de la relación de pareja y no hace contacto consigo mismo, así como tampoco hace contacto con sus sentimientos y sus sensaciones o necesidades, por lo que trata de evitar cualquier confrontación con el otro, en lugar de aceptar su propia autonomía e individualidad.

Entonces, una persona que tiene como modo de relación la confluencia, es fácil que se embrolle en un laberinto sin salida, en donde su autonomía o desarrollo individual se pueden ver limitados, por lo que dentro de terapia, la primera tarea a realizar como terapeuta, es la identificación del tema; sin embargo, precisamente por cómo el paciente se enfoca en que: *no hay nada de qué hablar, no hay excitación, todo está bien y aquí no pasa nada*, dicha tarea se puede percibir como un tema inexistente.

Por lo anterior, el apoyo que se propone dentro de la terapia Gestalt, es fomentar la diferenciación de la persona y permitirle experimentar la excitación de la transgresión y la ruptura de esa simbiosis. De tal manera, tomando en cuenta que el miedo a la excitación y al cambio hace que el paciente a menudo genere confluencia con el terapeuta, resulta importante que el terapeuta esté atento a estas muestras que realice el paciente y así cumplir con el principal objetivo, de convertir la confluencia en contacto y se consagre la toma de consciencia dirigida.

Referencias bibliográficas

- Alberni, F. (1985). *Enamoramiento y amor: nacimiento y desarrollo de una impetuosa y creativa fuerza revolucionaria*. México: Gedisa Mexicana S.A.
- Baumgardner, P. (2005). *Terapia Gestalt*. México: Pax.
- Bucay, J. (2010). *Hojas de ruta*. México: Océano.
- Bourbeau, L. (2010). *Las 5 heridas que te impiden ser tú mismo*. México: Planeta Mexicana, sa de cv,
- Calixto E. (2017). *Un clavado a tu cerebro*. México: Penguin Random House: México.
- Cohen, G. (2001). *El camino real, vida y terapia según el enfoque gestáltico*. Buenos Aires: Continente.
- Estrada, L. (2012). *El ciclo vital de la familia*. México: Penguin Random House.
- Fromm, E. (2007). *El arte de amar*. México: Grupo Planeta.
- Lapeyronnie, B. (1994). *La confluencia*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- Muñoz, M. (2008). *La sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico*. México.
- Perls, F. (1973). *El enfoque gestáltico y testigos de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Petit, M. (1987). *La Terapia Gestalt*. España: Kairós.
- Riso, W. (2017). *Desapegarse sin anestesia*. México: Océano.
- Riso, W. (2009). *Los límites del amor*. México: Océano.
- Robine, J. M. (1999). *Contacto & Relación en Psicoterapia: Reflexiones sobre terapia Gestalt*. Cuatro Vientos.
- Salama Penhos, H. (2004). *Gestalt: de persona a persona*. Alfaomega.
- Vírserda, J.A. (1995). Elección de pareja. *Psicología Iberoamericana*, vol. (3), pp. 21-23.
- Zinker, J. (1979). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Paidós. Argentina.

CALIDAD DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA: IMPACTO DEL APOYO PERCIBIDO DE IGUALES

Marisol Morales Rodríguez

Joanna Koral Chávez López

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán

Resumen

La calidad de vida en palabras de Ardila (2003) es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social que lleva a un estado de satisfacción general. Durante la adolescencia, existen diversos factores que la mejoran o la debilitan, los cuales funcionan como factores protectores o de riesgo; dado que esta etapa se caracteriza por la necesidad de autonomía con respecto a la familia, los iguales ganan en importancia y el apoyo percibido de ellos o la falta de dicho soporte, pueden actuar a favor o en contra de la apreciación de la calidad de vida. Al respecto, Higueta y Cardona (2015) afirman que los amigos son un factor decisivo en la calidad de vida del adolescente, ya que se asocia con el ser aceptado e integrado en un grupo de pares. El objetivo del estudio fue determinar si existe relación entre calidad de vida y apoyo percibido de los iguales en adolescentes escolarizados. Se basa en una metodología cuantitativa, diseño no experimental, alcance descriptivo-correlacional. Participaron 203 adolescentes de una secundaria pública de Morelia, Michoacán. Se utilizaron las escalas Calidad de vida adaptada por Guadarrama, Hernández, Márquez, Veytia, Márquez y Carrillo (2015) y la Escala de apoyo social validada por Domínguez, Salas, Contreras y Procidano (2011). Los instrumentos, previo consentimiento de los padres, fueron aplicados colectivamente en las aulas. Los datos fueron analizados mediante análisis de frecuencias y Coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados muestran predominancia de niveles medios-altos en apoyo social y medios-bajos a bajos en calidad de vida. Destaca una estrecha relación entre apoyo de iguales y calidad de vida. Se concluye que la mayoría de los adolescentes se sienten apoyados de sus iguales, no se sienten totalmente satisfechos con su vida; no obstante, cuanto más apoyo perciben de amigos y compañeros, mayor es el nivel de calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, Apoyo percibido de iguales, Adolescencia.

Abstract

The quality of life according to Ardila (2003) is a subjective feeling of physical, psychological and social well-being that leads to a state of general satisfaction. During adolescence, there are several factors that improve or weaken it, which function as protective or risk factors; Since this stage is characterized by the need for autonomy with respect to the family, peers gain in importance and their perceived support or lack of such support, they can act for or against the appreciation of the quality of life. Higueta and Cardona (2015) affirm that friends are a decisive factor in the adolescent's quality of life, since it is associated with being accepted and integrated into a peer group. The objective of the study was to determine whether there is a relationship between quality of life and perceived support of peers in school adolescents, based on a quantitative methodology, non-experimental design, descriptive-correlational scope. 203 teenagers from a public high school in Morelia, Michoacán participated. The Quality of life scales adapted by Guadarrama, Hernández, Márquez, Veytia, Márquez and Carrillo (2015) and the Social Support Scale validated by Domínguez, Salas, Contreras and Procidano (2011) were used. Informed parental consent was used, and the scales were applied as a group in classrooms. Data were analyzed using frequency analysis and Pearson's correlation coefficient. The results show a predominance of medium-high levels in social support and medium-low to low quality of life. There is a relationship between peer support and quality of life. It is concluded that most adolescents feel

supported by their peers, they do not feel totally satisfied with their life; However, the more support they receive from friends and colleagues, the higher the level of quality of life.

Keywords: *Quality of life, Perceived peer support, Adolescence.*

Introducción

Un constructo que ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas es el de calidad de vida, debido a que los estilos de vida están cambiando, las demandas sociales se transforman y los adelantos tecnológicos generan nuevas expectativas en las formas de vida.

El concepto de calidad de vida deriva de investigaciones en torno al bienestar subjetivo y satisfacción con la vida surgidas a partir de la década de los sesentas (Smith, Avis & Assman, 2000) incrementándose considerablemente en los últimos años.

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos como la libertad, modos de vida, trabajo y condiciones ecológicas. Estos elementos son básicos para el desarrollo del individuo, a la vez establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (Tuesca, 2005).

De manera particular, la calidad de vida en el adolescente según Quiceno y Vinaccia (2013), se define como la percepción del bienestar físico, psicológico y social dentro de un contexto cultural específico, de acuerdo a su desarrollo evolutivo y a las diferencias individuales. Y dados los cambios, puede verse vulnerada por estados emocionales negativos como ansiedad y depresión, o bien por autoesquemas como la autoestima y la autoimagen.

Un concepto de calidad de vida para la población adolescente debe incluir dominios específicos de ese momento de la vida, los cuales se han clasificado en individuales, microculturales y macroculturales según Higueta y Cardona (2015). En el dominio microcultural, las categorías incluidas son la familia y los iguales como amigos y los compañeros que se encuentran en el entorno escolar.

De manera particular, los iguales proporcionan el apoyo necesario para ir consolidando la identidad, bajo los parámetros de la reciprocidad, de la intimidad y complicidad, lo cual dota al adolescente de recursos psicológicos y sociales para enfrentar los cambios internos y las demandas externas.

El grupo de iguales sirve para que el adolescente no se sienta solo, para obtener un sentido de pertenencia, para ejercer diferentes roles sociales y para cubrir la necesidad natural de afiliación con otros; de tal forma que el apoyo que se recibe de los iguales, se vincula a un buen ajuste emocional en el adolescente, convirtiéndose en una base segura extrafamiliar, con la que se puede explorar el nuevo mundo (Oliva, 2015), favoreciendo un sentimiento de bienestar y con ello, una buena calidad de vida.

Calidad de vida

Para Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) la calidad de vida se concibe como la percepción que cada persona tiene con respecto a la posición que ha asumido ante la vida en un contexto cultural y sistema de valores determinado, donde confluyen diversos elementos como las metas, expectativas, estándares e intereses.

En tanto, Ardila (2003) la define como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, el cual posee aspectos objetivos y subjetivos. Estos últimos se asocian con la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Los aspectos objetivos hacen referencia al bienestar material, la salud, las relaciones con el ambiente físico y social así como con la comunidad.

Desde su conceptualización, como un constructo multidimensional, y desde su naturaleza como un estado de satisfacción general, la calidad de vida se compone de un conjunto de áreas o dominios particulares, los cuales han sido categorizados por diversos teóricos como Ardila, 2003; Castillo & Esguerra, 2011 e Higuita y Cardona (2015). Para efectos del presente estudio, se retoma la propuesta de Higuita y Cardona (Figura 1) ya que se basa en una taxonomía que se ajusta al desarrollo adolescente, la cual se esquematiza en diversas áreas o dimensiones.

La dimensión de salud física corresponde al dominio físico que hace referencia a la capacidad para realizar actividades que requieran esfuerzo, o bien las limitaciones para realizar actividades cotidianas; en general, tiene que ver con el estado de salud de la persona y como dicha condición favorece o interfiere en el desarrollo de sus actividades. En tanto, la salud mental equivale al dominio psicológico, el cual hace referencia al manejo de sentimientos que pueden interferir con el disfrute de la vida y sentimientos relacionados con actitudes positivas frente a la vida; así también incluye procesos cognitivos y aquellos relacionados con el cuidado personal.

Las relaciones sociales son representativas del dominio social y como se observa en la figura 1, son las establecidas con los iguales, las que se desarrollan dentro del sistema familiar y que dan soporte al individuo y aquellas que tienen que ver con la integración a la comunidad mediante la participación en diversos grupos; así mismo, este dominio se conforma también del apoyo social percibido y del grado de satisfacción como resultado de las relaciones que se establecen con personas cercanas.

Finalmente el dominio ambiental representa las condiciones materiales de vida, los recursos financieros de los que se dispone y el grado en el que tales satisfacen las necesidades según el estilo de vida; de igual forma, también hace referencia a la percepción que se tiene sobre la seguridad o inseguridad, incluyendo aspectos políticos (Higuita & Cardona, 2015).

Como puede observarse, la evaluación que haga la persona sobre su bienestar estará condicionado no solo por aspectos personales sino también por elementos externos, que parten desde el contexto familiar hasta los macrocontextos sociales.

Durante la adolescencia, la calidad de vida se verá afectada por las fuertes transformaciones que experimenta el adolescente, estas podrán estar asociadas a crisis, que a su vez lo coloquen en una situación de vulnerabilidad, que tenga implicaciones en su calidad de vida.

Al respecto, Barcelata (2015) señala que durante esta etapa, se desarrollan competencias y habilidades para la vida, por lo que el adolescente no cuenta con los suficientes recursos para enfrentar las demandas internas y externas lo que incrementa la probabilidad de que se presenten problemas en su desarrollo.

Algunos de los factores que aumentan la vulnerabilidad del adolescente además de fenómenos sociales como pobreza, violencia y migración, es el ambiente familiar, las relaciones con sus iguales, los hábitos no saludables, algunos rasgos de personalidad poco funcionales, así como aspectos más

contemporáneos que tienen que ver con el momento histórico que se vive como la “prisa por vivir”, que puede llevar a actuar de manera impaciente, con una necesidad imperante de buscar nuevas y variadas experiencias aun a costa de su integridad física.

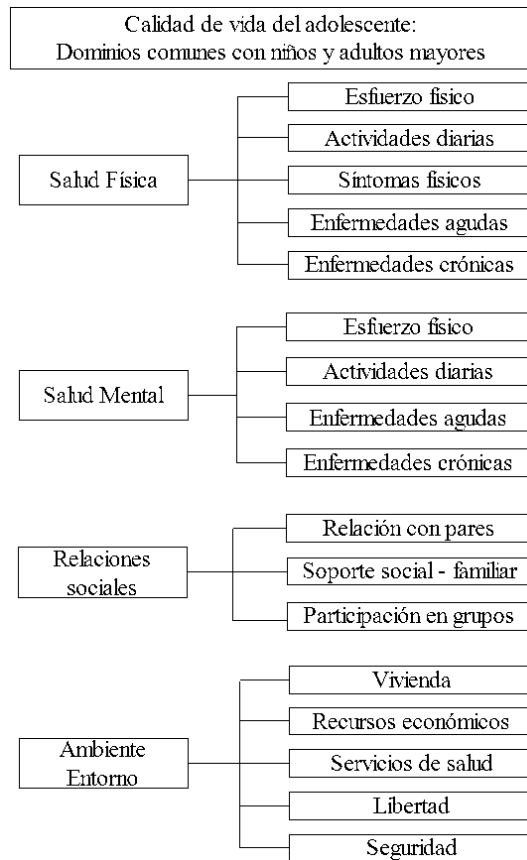


Figura 1. Taxonomía de las dimensiones y componentes comunes de la calidad de vida del adolescente.

Fuente: Higuita y Cardona (2015)

Es lo que Castillo (2016) denomina el “instantaneísmo hedonista” que se caracteriza por una prisa exagerada que presentan los adolescentes por probar de todo, exigiendo que sus caprichos sean satisfechos de inmediato; plantean su vida como una persecución continua de satisfacciones, por lo que pareciera que al futuro se le resta importancia y carece de sentido todo proyecto. Con lo anterior, la calidad de vida se experimenta en función de lograr la obtención del mayor placer en las distintas vivencias, lo que invariablemente lleva a una condición contraria, una falta de satisfacción con la vida, ya que el bienestar subjetivo no está en función del hedonismo, sobrepasa por mucho, dicha concepción.

En otra línea, diversas investigaciones han reportado que el afrontar una serie de preocupaciones relacionadas con incertidumbre sobre su futuro, la necesidad de tener reconocimiento social, la inseguridad sobre la elección ocupacional pueden mermar la calidad de vida del adolescente (Higuita

& Cardona, 2016).

Con ello se comprueba que la población adolescente es vulnerable no solo a las condiciones propias de la etapa, sino que se encuentra expuesta a condiciones medioambientales poco propicias para su desarrollo. Ello favorece la presencia de problemas de salud mental, lo que ha impulsado diversas investigaciones en torno a determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en las trayectorias adolescentes, a fin de perfilar acciones de carácter preventivo y con ello mejorar la calidad de vida en este grupo poblacional.

Existen diversos factores que mejoran o debilitan la calidad de vida, los cuales actúan como factores protectores o de riesgo; ello dependerá del impacto a nivel objetivo y subjetivo.

Con base en las premisas anteriores, los dominios de “apoyo social y amigos” y “entorno escolar” pueden actuar como promotores de la calidad de vida o como factores de riesgo. Al respecto, Higuita y Cardona (2016) han reportado que si el adolescente tiende a interesarse más en la aceptación social que en sí mismo, y muestra una fuerte necesidad de pertenecer o ser aceptado por un grupo en particular, puede ocasionar una descompensación emocional o sentimientos de pérdida, lo que actúa como factor de riesgo; caso contrario, si surge del grupo de iguales un soporte sólido que contribuya a establecer la autoestima, desarrollar estilos de afrontamiento más efectivos y minimizar los efectos adversos de situaciones estresantes, estará ejerciendo una función protectora.

Por lo anterior, no cabe duda que el grupo de iguales se convierte en un elemento de alto impacto en el desarrollo del adolescente, ya que en esta etapa, se convierte en el primer referente en cuanto a la consolidación de la identidad y el ajuste psicológico.

Apoyo social de iguales

El apoyo social tiene que ver con la disponibilidad que se tiene de ayudar a otras personas a la vez de percibirlo hacia sí mismo, lo que favorece la formación de vínculos afectivos.

Musitu y Cava (2003) lo definen como el conjunto de aportaciones de tipo emocional, material e informacional que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red.

Para Orcasita y Uribe (2010) se conceptualiza como un constructo multidimensional que cumple con tres funciones básicas como sería brindar apoyo emocional, informacional y material. El apoyo emocional hace referencia a aspectos de apego, cuidado y preocupación; la función informacional, como su nombre lo indica se desarrolla cuando se aconseja y se guía, cuando se ofrece información relevante sobre una situación dada; y el apoyo material o instrumental se observa cuando se presta ayuda o asistencia en cuestiones materiales, en palabras de Barra (2004) implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos.

Es por lo anterior que Higuita y Cardona (2015) afirman que los amigos son un factor decisivo en la calidad de vida del adolescente, ya que se asocia con el ser aceptado e integrado en un grupo de pares.

La relevancia de los amigos en esta etapa, se debe a la necesidad que expresa por pertenecer a un grupo particular, a la vez, ello lleva a consolidar la identidad, principal tarea a resolver en la adolescencia. En este sentido, experimentar hostilidad, envidia o rechazo por parte de los pares ocasiona un desajuste emocional en el adolescente, lo que afecta invariablemente todos los dominios

de la calidad de vida. Por el contrario, las buenas relaciones interpersonales permiten afirmar la identidad y refuerzan los procesos de diferenciación de la familia, favoreciendo conductas saludables (Krauskopof, 2011).

El pertenecer a un grupo proporciona la formación de redes de apoyo social que favorecen un desarrollo positivo en el adolescente, a partir de la consolidación de vínculos, lo que lleva a mejorar el autoconcepto, la autoestima, el desarrollo de habilidades sociales y de solución de conflictos, promoviendo una buena calidad de vida.

De manera particular, el apoyo social percibido hace referencia a la dimensión subjetiva, que incluye la cognición y la correspondiente evaluación del apoyo. Implica la percepción de ser amado y valorado por otros como la familia, los amigos, la pareja, entre otros. Cuanto más seguro se perciba el vínculo establecido, se reporta más satisfacción en la vida y un alto bienestar subjetivo (Domínguez, Salas, Contreras & Procidano, 2010). Es por lo anterior, que el apoyo social se concibe como un potente predictor de salud mental en el adolescente y cuando hay deficiencias resulta una limitante en el ajuste psicosocial.

A partir de lo anterior, surge el objetivo del presente estudio, el cual se centra en determinar si existe relación entre calidad de vida y apoyo percibido de los iguales en adolescentes escolarizados.

Método

Se basa en una metodología cuantitativa, diseño no experimental, de alcance descriptivo-correlacional.

Participantes. La muestra fue conformada por 203 estudiantes de secundaria, los cuales representan la totalidad del alumnado. El 48.7% son mujeres y el 51.3% hombres; los rangos de edad de los participantes son de la siguiente manera: con un 30% se ubican a los de 12 años, los de 13 años equivalen al 28.8%, el 30% corresponde a los participantes de 14 años, y los adolescentes de 15 años son representados por un 11.1%.

Instrumentos. Se utilizaron las escalas Calidad de vida adaptada por Guadarrama, Hernández, Márquez, Veytia, Márquez y Carrillo (2015) y la Escala de apoyo social validada por Domínguez, Salas, Contreras y Procidano (2011).

La Escala de calidad de vida es un instrumento de origen alemán, desarrollado por Bullinger en el año 1994; para el presente estudio, se utilizó la validación española de Rajmil *et al.* (2004). Está constituido por 24 ítems, dimensionados en 6 factores, cuyos valores de confiabilidad son de 0.78.

Los factores que representan la escala son:

- Bienestar físico: los ítems que la conforman son 1, 7, 13.
- Bienestar emocional: se conforma por los ítems 8, 14, 20, 22, 23.
- Autoestima: está constituida por los ítems 3, 9, 15.
- Bienestar familiar: se compone de los ítems 4, 10, 16.
- Diversión: los ítems que la conforman son 2, 5, 11, 17, 19.
- Escuela se conforma por los ítems 6, 12, 21.

En tanto, la Escala de apoyo social PPS-Fr está constituida por 12 ítems, es unifactorial. Dicha escala evalúa el apoyo que la persona puede sentir en una situación particular y que tan satisfecha se siente respecto al apoyo percibido. Los valores de consistencia interna varían entre 0.90 y 0.93.

Procedimiento. Los instrumentos previo consentimiento de los padres, fueron aplicados colectivamente en las aulas. Los datos fueron analizados mediante análisis de frecuencias, t de Student, Coeficiente de correlación de Pearson y Anova de una vía.

Resultados

Los resultados muestran predominancia de niveles medios-bajos a bajos en calidad de vida, lo que significa que desde la visión del adolescente hay deficiencias en los distintos dominios, lo que limita su bienestar personal (Tabla 1).

Tabla 1.

Distribución en porcentajes de los niveles de Calidad de vida

	Bienestar físico	Bienestar emocional	Autoestima	Bienestar familiar	Diversión	Escuela
Alto	14.6	20.6	20.6	14.4	12.2	13.8
Medio alto	26.1	22.8	22.6	15.0	24.6	26.1
Medio bajo	29.5	30.0	30.0	37.8	26.8	33.9
Bajo	29.8	26.8	26.8	32.8	31.4	26.1

Nota:

Bienestar físico (M=9.3); Bienestar emocional (M=16.3); Autoestima (M=12.1); Bienestar familiar (M=12.1); Diversión (M=20.1); Escuela (M=11.1).

Fuente: Elaboración propia

En relación al apoyo social, predomina un nivel medio alto, tal y como se observa en la figura 1, lo que indica, que existe un mayor porcentaje de adolescentes que perciben apoyo de sus iguales, que incluye amigos y compañeros.

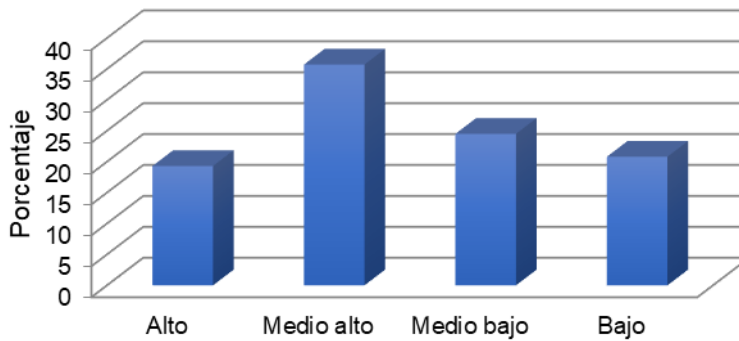


Figura 1. Niveles de Apoyo social

En torno al objetivo general del estudio, destaca una estrecha relación entre calidad de vida y apoyo social percibido, correlacionando con todos los factores de calidad de vida a excepción del bienestar físico, lo cual equivale a que poco tiene que ver el apoyo social con el bienestar relacionado a cuestiones de salud y aspectos del desarrollo físico. Como se observa en la Tabla 2, cuanto más apoyo perciba el adolescente de sus iguales, mejor será su calidad de vida.

En relación al análisis comparativo, los datos muestran diferencias por sexo en calidad de vida,

Tabla 2

Correlaciones entre calidad de vida y apoyo social

	Autoestima	Bienestar Emocional	Bienestar familiar	Bienestar Físico	Escuela	Diversión
Apoyo social	.260**	.230**	.228**	.114	.253**	.435**

particularmente *en autoestima, bienestar familiar, escuela y diversión*, siendo los hombres quienes perciben tener un mejor calidad de vida en dichos dominios en comparación con las mujeres (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

Diferencias en calidad de vida por sexo

	Mujeres		Hombres		t	p
	M	DE	M	DE		
Bienestar físico	9.5	2.1	9.1	1.9	.878	.333
Bienestar emocional	15.8	4.4	16.8	3.5	1.28	.220
Autoestima	11.5	3.3	12.9	2.3	2.60	.033
Bienestar familiar	11.2	2.6	13.0	2.1	3.53	.001
Diversión	19.5	2.9	20.7	2.6	2.20	.048
Escuela	10.4	2.2	11.8	2.0	2.00	.055

Nota:
 $p \leq .01$

En la misma línea, se encontraron diferencias en calidad de vida de acuerdo a la estructura familiar, la cual fue categorizada en familia nuclear, monoparental y extensa, destacando que tales diferencias se presentan en *bienestar familiar* y *escuela*, siendo los adolescentes que provienen de familias nucleares quienes cuentan con mejor calidad de vida, en comparación con las familias monoparentales.

Tabla 4.

Diferencias en calidad de vida por configuración familiar

	Tipo de familia				ANOVA	p
	Nuclear	Monoparental	Extensa			
	M	M	M	F		
Bienestar físico	12.6	11.0	12.2	1.17	.325	
Bienestar emocional	17.8	14.4		1.88	.138	
Autoestima	13.0	10.8		1.70	.171	
Bienestar familiar	9.7	7.6		3.45	.019	
Diversión	20.5	19.5		.463	.709	
Escuela	11.4	10.0		3.00	.034	

Nota: $p \leq .01$

Discusión y conclusiones

En el adolescente, la calidad de vida está condicionada por diversos factores entre los que destacan los personales, familiares, sociales y económicos, considerando los cambios internos y las presiones sociales a las que se enfrenta.

Huiguita y Cardona (2015) agregan que las categorías específicas de la calidad de vida del adolescente se agrupan en tres dimensiones generales o dominios: las propias del individuo, que incluye aspectos como autoeficacia, autoestima, autonomía, capacidad de adaptación, y la construcción de la identidad; el segundo dominio hace referencia a los determinantes del microsistema, como la relación con los pares, con padres, la espiritualidad, las actividades escolares y recreativas; y el tercer dominio hace referencia a los determinantes del macrosistema que incluye la perspectiva oportunidades de crecimiento, desarrollo de género, elección ocupacional, entre otros.

Con base en dichas premisas y en el objetivo del presente estudio, la relación con pares constituye un aspecto elemental en la percepción de la calidad de vida en los adolescentes, resaltando su rol en la consolidación de la identidad y en el ajuste psicosocial.

Los hallazgos destacan que efectivamente existe relación entre calidad de vida y apoyo percibido de iguales, lo que muestra que, cuanto más apoyo social se percibe de amigos y compañeros, mejor calidad de vida se tiene.

Los pares, en particular los amigos, son un factor perentorio en la calidad de vida del adolescente puesto que se asocia con el ser aceptado e integrado en un grupo, ya que el adolescente está más interesado en la respuesta que la sociedad le genera, que en sí mismo (Higuaita & Cardona, 2015).

En torno a los niveles en los que se percibe la calidad de vida, se encontró que en términos generales, el adolescente concibe una calidad de vida precaria, ya que en la mayoría de los dominios evaluados predominan los niveles medio-bajos y bajos.

Lo anterior podría deberse por un lado, a lo que ha reportado Higuaita y Cardona (2015) en lo referente a la confusión en la identificación de los dominios relevantes para dicha población, partiendo de la existencia de ambigüedades en los límites cronológicos de la adolescencia, lo que ha dificultado llegar a un consenso sobre los dominios específicos a evaluar. Y por otro, influye la condición de vulnerabilidad a la que se expone el adolescente, dadas las fuertes transformaciones, las mismas que se asocian a crisis que tiene implicaciones en la calidad de vida.

En relación a la percepción de apoyo de los iguales, este se coloca predominantemente en un nivel medio-alto, que equivale a que un mayor porcentaje de los participantes, conciben contar con apoyo de amigos y compañeros. Cabe aclarar que un porcentaje significativo se ubica en una postura contraria, es decir, perciben deficiencias en el apoyo social.

Para Caplan (como se citó en Orcasita y Uribe, 2010), el apoyo involucra vínculos sociales constantes que son significativos en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona ya que facilita el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales y al proporcionar retroalimentación acerca de la propia identidad y desempeño de las personas, lo que impacta favorablemente el bienestar subjetivo, el mismo que promueve procesos adaptativos.

En otra línea, destacan diferencias por sexo en la percepción de la calidad de vida, siendo los hombres quienes tienen una apreciación más favorable.

Se ha constatado que la orientación del rol masculino es la que más se asocia con un mayor bienestar, además se ha confirmado por diversas investigaciones, que los varones muestran niveles más altos de calidad de vida y fortalezas personales en comparación con las mujeres, quienes presentan niveles más altos de emociones negativas. Cabe aclarar que cuando se analiza el bienestar y sus diferencias por género, no solo importa si la persona es hombre o mujer, sino también considerar en qué medida la persona ha interiorizado las características psicológicas asociadas con los roles de género tradicionales (Rodríguez, Matud & Álvarez, 2017).

Otro hallazgo relevante, fueron las diferencias encontradas por composición familiar, resaltando que vivir en una familia nuclear incide favorablemente en la percepción de la calidad de vida, en particular en aspectos de bienestar familiar y escuela.

La familia constituye el ámbito en el que se origina y transcurre la vida humana, lo cual tiene una incidencia decisiva en la configuración de la calidad de vida de sus miembros, fundamentalmente en la de los hijos. La familia desempeña una función esencial en la educación de la afectividad de los hijos (Romera, 2002) partiendo del tipo de relaciones que se establecen, más que de elementos estructurales como la configuración familiar.

Diversas investigaciones han reportado que la estructura familiar no constituye un factor decisivo en la presencia de síntomas de malestar psicológico en sus miembros, de tal forma que se requiere replantear conceptos tradicionales, ya que no necesariamente la familia nuclear es imprescindible para garantizar relaciones familiares positivas y un desarrollo saludable en el adolescente, como tampoco una familia con otro tipo de configuración se vincula a un déficit en la calidad de vida. De ahí que, más allá del tipo de configuración familiar, es el funcionamiento familiar lo que determina la salud psicológica de sus miembros (Vargas, 2014).

En el mismo sentido, Rosales y Espinosa (2009) confirman que el tipo de familia a la que pertenece el adolescente, llámese nuclear, extensa, monoparental o reconstruida, no es determinante para considerar que es inadecuado el ambiente familiar. Argumentos que contradicen los resultados obtenidos ya que existen diferencias con base en el tipo de configuración familiar en bienestar familiar y en escuela; y en relación a esta última, los datos podrían reflejar la necesidad de aprobación inherente en los adolescentes con respecto a sus iguales, y el hecho de ser parte de una familia nuclear, puede colocarlo en una posición cómoda y esperada.

A la luz de los resultados, se concluye que un porcentaje considerable de los adolescentes se sienten apoyados por sus iguales, lo cual es benéfico para su bienestar personal, ya que la construcción de redes sociales es fundamental para la promoción de conductas adaptativas; no obstante, no se sienten totalmente satisfechos con su vida, lo cual puede ser el resultado de los cambios que experimentan y las demandas a las que están sujetos. Aunado a ello, no puede dejarse de lado, que existe otro porcentaje de los participantes que perciben poco apoyo social, lo cual constituye un factor de riesgo ante la imperante necesidad de pertenencia al grupo de iguales.

Conviene profundizar en el estudio a fin de determinar claramente el papel que juegan las variables contextuales en la apreciación de la calidad de vida como el sexo de los adolescentes, la configuración familiar, la etapa de la adolescencia, entre otras.

Se confirma que cuanto más apoyo perciben de amigos y compañeros, mayor es el nivel de calidad de vida, de tal forma que el apoyo social percibido se convierte en un factor protector contundente en el desarrollo adolescente.

Referencias bibliográficas

- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243. Recuperado de <http://psicologiasalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/848/1562>
- Castillo, G. (2016). *Adolescencia. Mitos y enigmas*. España: Descleé De Brouwer.
- Castillo, J., Castillo, C., & Esguerra, G. (2011). Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. *Diversitas*, 7(1), 103-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67922583008.pdf>.
- Domínguez, A., Salas, I., Contreras, C. y Procidano, M. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (1), 125-137.
- Higueta y Cardona (2016). Calidad de vida de adolescentes escolarizados de Medellín-Colombia, 2014. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=550590>
- Higueta, L. y Cardona, J. (2015). Concepto de calidad de vida en la adolescencia: Una revisión crítica de la literatura. *Revista CES Psicología*, 8, 155-168. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539425010.pdf>
- Krauskopof, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Revista Psicología.com*, 15, 1-12.
- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12(2), 179-192. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/mjesus/8cava.pdf>.
- Orcasita, L. y Uribe, A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4 (2), 69-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224090010>
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia psicológica*, 32(3), 185-200. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300002>
- Rodríguez, P., Matud, M. & Álvarez, J. (2017). Género y calidad de vida en la adolescencia. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 89-98. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078018300099>.
- Romera, M. (2002). Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención psicosocial*, 12(1), 47-63.

Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8, 447 - 459. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10474286>

Tuesta, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica salud Uninorte*, 21(2). Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4113/5676>.

Urzúa, M. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718...Ing=es

Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/245/212>.

APEGO Y COMUNICACIÓN FAMILIAR, UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MADRES

Dámaris Díaz Barajas

Marisol Morales Rodríguez

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Resumen

El apego es el lazo afectivo que se crea en los primeros años de vida y que perdura a lo largo de ella, determinando la capacidad de la persona de estar en intimidad y ser autónomo en relación con el otro (Bowlby, 1986; y Leal, 2011). La familia es fuente principal de apego, que podría verse afectado durante la adolescencia, por ser una etapa de independización del individuo. Sin embargo este vínculo podría mantenerse dependiendo de la familia y la comunicación establecida en ella, de lo que se desprende la presente investigación. El objetivo fue determinar si existe relación entre comunicación familiar y apego, desde la perspectiva de madres de familia de adolescentes. Se utilizó una metodología cuantitativa, diseño no experimental, alcance descriptivo-correlacional. Participaron 107 madres de familia con hijos adolescentes, a quienes se les aplicó la escala de Habilidades comunicativas (Morales; 2014) que evalúa los factores apoyo, asertividad, acuerdos, reglas y compromiso afectivo; así también el Inventario de Apego con padres (Armsden y Greenberg, 1987; traducido por Pardo, Pineda Carrillo y Castro, 2006) que evalúa la confianza, comunicación y alienación percibida por la madre hacia el hijo. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS, realizándose análisis de frecuencias y Coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados muestran que las madres con hijos adolescentes perciben niveles medios-altos en el apego de sus hijos adolescentes en los factores: confianza, y comunicación y bajos en alienación; así también presentan resultados medio altos y altos en Habilidades comunicativas: apoyo, asertividad, acuerdos reglas y compromiso afectivo. Finalmente se observan correlaciones significativas entre la comunicación familiar y el apego con los padres, en sus factores evaluados. Se concluye que los niveles de apego percibidos en las madres de hijos adolescentes están fuertemente asociados con los niveles de comunicación presentes en sus familias.

Palabras clave: Comunicación familiar, Apego, Adolescencia.

Abstract

Attachment is the emotional bond that is created in the first years of life and that lasts throughout it, determining the ability of the person to be in privacy and be autonomous in relation to the other (Bowlby, 1986; and Loyal, 2011). The family is the main source of attachment, which could be affected during adolescence, as it is a stage of independence of the individual. However, this link could be maintained depending on the family and the communication established in it, from which the present investigation emerges. The objective was to determine if there is a relationship between family communication and attachment, from the perspective of mothers of teenagers. A quantitative methodology, non-experimental design, descriptive-correlational scope was used. 107 mothers with adolescent children participated, to whom the communicative skills scale (Morales; 2014) was applied, which assesses the support, assertiveness, agreements, rules and affective commitment factors; as well as the Inventory of Attachment with parents (Armsden and Greenberg, 1987; translated by Pardo, Pineda Carrillo and Castro 2006) that assesses the trust, communication and alienation perceived by the mother towards the child. The data were analyzed using the SPSS program, with frequency analysis and Pearson's correlation coefficient. The results show that

mothers with teenage children perceive medium-high levels in the attachment of their teenage children in the factors: trust, and communication, and low levels of alienation; they have medium high and high levels in communication skills: support, assertiveness, rules agreements and emotional commitment. Finally, significant correlations are observed between family communication and attachment with parents. It is concluded that the levels of attachment perceived in the mothers of teenage children are strongly associated with the levels of communication present in their families.

Keywords: Family communication, Attachment, Adolescence.

Introducción

La teoría del apego constituye una base sólida para comprender el desarrollo psicoafectivo de los individuos, a partir de las relaciones que se establecen desde el momento en que se nace y la evolución que se lleva a cabo a lo largo del ciclo vital. Dichas relaciones forjan vínculos estrechos, los cuales se expanden con personas fuera del núcleo familiar.

Al respecto, Bowlby destacó que los efectos inmediatos y a largo plazo que tienen una influencia determinante en la salud mental del niño y el futuro adulto, son las resultantes de una experiencia afincada en una relación cálida, íntima y continua entre la madre y su hijo, a través de la cual, ambos encuentran satisfacción (Moneta, 2014).

La misma autora enfatiza que la teoría del apego en la actualidad, permite afirmar que un apego seguro con un cuidador estable y continuo, favorece un adecuado desarrollo cognitivo y psicológico del niño, lo cual podrá mantenerse hasta la adultez. De hecho, los vínculos primarios llegan a ser sumamente relevantes en la vejez y en condiciones de incapacidad física o mental de cualquier edad; lo cual podría deberse al supuesto de que en momentos de crisis, la misma biología del ser humano genera la necesidad de fortalecer los vínculos.

El apego en palabras de Oliva (2004) hace referencia a una serie de conductas cuya activación o desactivación, la intensidad y morfología de sus manifestaciones, dependerá de diversos factores contextuales e individuales.

No cabe duda que dicho vínculo se replica en las distintas relaciones que establecen, y a lo largo de la evolución como ser humano; de tal forma que, cuando se llega a la adolescencia, a pesar de las fuertes transformaciones, el tipo de vínculos podrá mantenerse en esencia, a pesar de las transformaciones en las formas de relación.

Los modelos de apego que se construyen en la primera infancia van a predecir en gran medida cómo se desarrollarán durante la adolescencia, ya que las evidencias indican que si de niños contaron con un apego seguro, como adolescentes van a resolver mejor el proceso de autonomía emocional con respecto a sus padres, y tendrán un mejor desempeño en las relaciones con los pares. Por el contrario, aquellos adolescentes ambivalentes o evitativos no solo muestran más dificultades relacionales, sino también en lograr un ajuste psicosocial. De tal forma que muchos de los problemas que presentan los individuos están relacionados con limitaciones en la capacidad de regulación emocional, producto de la seguridad en el vínculo de apego establecido en la infancia (Oliva, 2011).

Ahora bien, no solo la etapa de vida es un elemento que incide en los patrones vinculares, también el contexto en el que se desarrolle el individuo incide en la manera en que se expresa, como sería el funcionamiento familiar, expresado a través de la comunicación.

Según Sobrino (2008), la comunicación es el proceso que facilita, a partir de la calidad en la relación, el desplazamiento a lo largo de las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. El nivel de la comunicación familiar tiene una importancia fundamental para sus miembros ya que permite mantener las condiciones del sistema familiar, de esta manera la comunicación “se convierte en una puerta de expresión emocional de sentimientos y de realización de necesidades sociales” (p.117).

Quienes se encargan de forjar el apego y favorecer un clima familiar basado en determinadas formas de comunicación, son los padres, la mayor jerarquía dentro del sistema familiar, de tal forma que, es relevante comprender dichos procesos desde su visión, y en particular de la madre, por ser considerada el cuidador primario por excelencia, dado su rol social, lo cual se sustenta en la postura de Bowlby (1998) al señalar que el vínculo que une al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia es la aproximación con la madre, de tal forma que antes de concluir el primer año de vida, se ha desarrollado un lazo indestructible entre ellos.

Desde estas premisas, surge el objetivo del presente estudio, el cual se enfoca a determinar si existe relación entre comunicación familiar y apego, desde la perspectiva de madres de familia de adolescentes.

Apego

El apego se ha definido como un vínculo afectivo relativamente perdurable en el que el otro es importante como un individuo único e intercambiable con el que se quiere mantener cierta cercanía. Dicho vínculo se manifiesta a través de un sistema de conducta cuyo fin es el mantenimiento de la proximidad entre el individuo y una o varias personas afectivamente cercanas a él, concebidas en la práctica como más fuertes (Ainsworth, 1989, como se citó en Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega & Díaz 2004).

En tanto, Bowlby (1986) define el comportamiento de apego como todo aquel que permite al individuo mantener proximidad con otra persona generalmente considerada más fuerte y/ más sabia, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño y sus padres o cuidadores primarios. Tal experiencia del niño ejerce un rol fundamental en la capacidad posterior de establecer vínculos afectivos con otras personas, de ahí la función primordial de los padres de proporcionar al hijo/a una base segura.

El mismo Bowlby (1986b/2014) asegura que los individuos de cualquier edad son más felices y desarrollan mayores capacidades, cuando cuentan con personas dignas de confianza; la persona en la que se confía se designa como figura de apego, la cual proporciona al otro, una base segura sobre la cual operar.

La importancia de forjar un vínculo, favorece en el individuo la capacidad de dar y recibir y con ello, el establecimiento de relaciones saludables, lo que en un futuro beneficia el ajuste psicosocial; si el apego es seguro favorecerá la presencia de patrones adaptativos.

Diversos teóricos han identificado patrones de apego característicos de las relaciones cercanas, distinguiendo tres tipos: el apego seguro, apego inseguro y apego ambivalente. El apego seguro se caracteriza por niveles altos de confianza y cercanía así como patrones adecuados de comunicación. En tanto, en el apego inseguro existe poca confianza, patrones inadecuados de comunicación y bajos deseos de cercanía y proximidad. Y, el apego ambivalente está caracterizado por bajos niveles de confianza en el establecimiento de relaciones afectivas, a la vez del deseo de mantener proximidad, acompañado de temor e inseguridad para establecer y mantener relaciones (Penagos, Rodríguez, Carrillo & Castro, 2006).

Dichos patrones de apego fueron propuestos en 1978 por Mary Ainsworth, discípula de Bowlby basándose en sus estudios hechos inicialmente en Uganda, y continuados en otros contextos donde lo relevante fue que se sustentan en la relación con la figura materna (Chamorro, 2012).

La relación con las figuras de apego desarrolladas en la infancia sigue siendo fundamental para los adolescentes y específicamente en esta etapa, los patrones de apego adquieren gran importancia ya que proporcionan al individuo estrategias para mantener la seguridad personal. De esta manera, al tener la certeza de contar con el apoyo y la disponibilidad de los padres (figuras de apego primarias), se cuenta con las bases necesarias para la formación de una personalidad sólida y estable. Durante esta etapa, se intenta establecer una mayor independencia con respecto a los cuidadores primarios (padres) a fin de adquirir mayores niveles de autonomía y diferenciación que permitan a futuro la emancipación (Penagos, Rodríguez, Carrillo & Castro, 2006).

El vínculo afectivo que se instala entre el cuidador primario y el niño es fundamental para un desarrollo saludable, y este se mantiene a través del compartir en el día a día. Ese compartir es viable en función de la comunicación que fortalece los lazos en la familia.

Comunicación familiar

La comunicación familiar son las interacciones que establecen los miembros de una familia, y a través de la cual se instala el proceso de socialización o lo que permite a los miembros, el desarrollo de habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de reinserción en la sociedad a la cual se pertenece. La comunicación está basada en características propias del sistema familiar, como su estructura y dinámica interna; a la vez, también dependerá del tipo de apertura y flexibilidad que muestren los padres en la relación con sus hijos; es por ello que uno de los roles primordiales que deben asumir los padres está referido a la comunicación que establecen entre ellos y sus hijos (Sobrino, 2008).

Dicha comunicación se basa en un intercambio de puntos de vista entre padres e hijos, y cuando esta es abierta y fluida, actúa como un factor de protección frente a la implicación en comportamientos poco adaptativos (Jiménez, Murgui, Estévez y Musitu, 2007).

Más que un proceso que permite compartir información, la comunicación dentro del sistema familiar implica compartir los afectos, expectativas, creencias, además un valioso tiempo para la convivencia. De esta manera, cuando se trata de la comunicación entre padres e hijos adolescentes, se le reconoce como un mecanismo esencial en el proceso de individuación y promoción de la autonomía de estos.

Cuando los hijos llegan a la adolescencia, las formas de comunicación se ven forzadas a evolucionar, lo que permitirá fortalecer los vínculos por un lado, y favorecer la autonomía de los hijos por otro.

En esta etapa del ciclo vital, las relaciones paterno-filiales se caracterizan por un distanciamiento emocional y mayores diferencias entre ellos que solo en algunos casos llegan a fuertes conflictos, así mismo, los tiempos de convivencia se acortan.

Al respecto Oliva (2006) plantea que la mayoría de las investigaciones que han abordado dicho constructo, indican que aunque en la adolescencia temprana surgen algunas turbulencias en las relaciones entre padres e hijos, en la mayoría de las familias se expresa el afecto y las relaciones siguen siendo estrechas. Solo en un reducido porcentaje de casos, existen conflictos que alcanzan gran intensidad. El deterioro en la comunicación tiende a ser pasajero, la cual hacia el final de la adolescencia se recupera. Cuando el afecto, el apoyo y la comunicación positiva caracterizan las relaciones entre padres y adolescentes, estos últimos muestran mayores conductas adaptativas.

Ahora bien, muchos de los estudios sobre apego, vínculos y comunicación familiar en población adolescente se ha realizado precisamente con ellos, resultando insuficiente la información al respecto, de ahí la necesidad de conocer la otra cara de la moneda, es decir, la percepción que tienen los padres respecto a ello, y en particular la madre, por ser quien establece en primera instancia la formación del apego.

La relación que tiene el niño con su madre es el nexo más importante en la primera infancia; la naturaleza del cuidado proporcionado por las madres a sus hijos durante su crecimiento tiene un fuerte impacto en el futuro de la salud mental de este último. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a la aparición de alteraciones en el desarrollo (Betancourt, Rodríguez & Gempeler, 2007).

Es por ello importante conocer más sobre las expectativas de la madre en torno al apego y las formas de comunicación que surgen a raíz de ello, principalmente en la etapa de la familia con hijos adolescentes, ya que el patrón de apego tiende a expresarse de manera diferente dadas las necesidades del hijo y las demandas de la madre.

Método

El estudio se basa en una metodología cuantitativa, bajo un diseño no experimental, de alcance descriptivo-correlacional.

Participantes. La muestra fue conformada por 107 madres de familia de hijos adolescentes que asisten a una secundaria pública; la edad de las participantes oscila entre los 32 y 45 años. El tipo de muestreo utilizado fue aleatorio. En cuanto a la ocupación que desempeñan, el 78% se dedica al hogar, el 8% a un oficio, otro 8% son empleadas, quienes se dedican al comercio equivalen a un 4% y solo el 2% se dedican a una profesión.

Instrumentos. Se utilizaron dos escalas, la Escala de Habilidades comunicativas en familia (Morales; 2014) se compone de 20 ítems dimensionados en 5 factores:

1. Apoyo y unión: que mide la percepción del adolescente sobre la capacidad de soporte que ofrece la familia y la cohesión.
2. Habilidades asertivas: se refieren a la capacidad de los miembros de la familia de exponer sus pensamientos y expresar sentimientos de manera respetuosa a la vez de aceptar lo mismo en los demás.

3. Acuerdos: tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones en conjunto, dando cabida a las opiniones de cada uno.
4. Manejo de reglas evalúa la capacidad del sistema de establecer normas y límites; designando funciones a cada miembro.
5. Compromiso afectivo: evalúa el grado de respuesta afectiva en función del interés mostrado hacia los integrantes del sistema.

El índice de confiabilidad total de la escala es .903.

En tanto, el Inventario de Apego con padres (Armsden y Greenberg, 1987; traducido por Pardo, Pineda Carrillo y Castro 2006) que evalúa la confianza, comunicación y alienación percibida por la madre hacia el hijo. La consistencia interna, medida por el alfa de Cronbach es de 0.90. Está conformado por 25 ítems que se categorizan en 3 dimensiones:

1. Calidad en la comunicación: hace referencia al grado de comunicación.
2. Alienación: son las respuestas a la interrupción del apego inseguro, sentimientos de alienación y aislamiento hacia los padres.
3. Confianza mutua: consiste en la habilidad de las figuras de apego para comprender y respetar a los adolescentes (sentimiento de seguridad) y la percepción de que las figuras de apego están respondiendo a las necesidades del adolescente.

Procedimiento. Los instrumentos fueron aplicados de manera colectiva en una escuela secundaria pública ubicada en la periferia de Morelia, Michoacán, previo consentimiento informado de las madres; para ello se distribuyeron en distintas aulas, de acuerdo al grado y grupo de sus hijos. Posteriormente, los datos fueron analizados mediante análisis de frecuencias, t de Student, Coeficiente de correlación de Pearson y Anova de una vía.

Resultados

Tabla 1.

Correlación entre apego de la madre y comunicación familiar

	Apoyo unión	y H. Asertivas	Acuerdos	Reglas	Compromiso afectivo
Confianza	.416**	.386**	.533**	.440**	.402**
Comunicación	.515**	.448**	.483**	.382**	.405**
Alienación	-.388**	-.334**	-.389**	-.357**	-.411**

Nota: **p<.01

Fuente: elaboración propia

Los hallazgos destacan que con base en el objetivo que guió la investigación, como se muestra en la Tabla 1, existe correlación entre apego y comunicación familiar desde la perspectiva de la madre. Esto es, cuanto más sólido es el apego y más seguro entre madre e hijo adolescente, caracterizado por

confianza, comunicación y con pocos sentimientos de alienación, mejor es la comunicación al interior de la familia.

En relación a la caracterización de las variables de estudio, se encontró que en relación a la comunicación familiar, los niveles predominantes en todos los factores se ubicaron en los medios-altos y altos, lo que significa que aun cuando se encuentren en la fase del ciclo vital con hijos adolescentes, la comunicación familiar no se ha visto comprometida (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Distribución en porcentajes de los niveles de Comunicación familiar

	Apoyo y unión	Habilidades y Asertivas	Acuerdos	Manejo de Reglas	de Compromiso afectivo
Bajo	19.3	13.4	26.8	21.6	14.0
Medio bajo	23.7	13.4	13.4	18.0	23.7
Medio alto	34.2	30.4	40.2	33.3	44.7
Alto	22.8	42.9	19.6	27.0	17.5

Nota: Apoyo y unión (M=2.4, DS=1.05); Habilidades asertivas (M=3.03, DS=1.05); Acuerdos (M=2.04; DS=1.02); Manejo de reglas (M=2.5, DS=1.1); Compromiso afectivo (M=2.6, DS=.93)

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los niveles de apego, predominan los niveles medios en confianza y comunicación, y un nivel bajo en alienación, tal y como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3.

Distribución en porcentajes en apego de la madre

	Confianza	Comunicación	Alienación
Bajo	11.9	19.6	49.0
Medio	58.4	54.2	28.2
Alto	29.7	26.2	21.8

Nota: Confianza (M=1.8, DS=.62); Comunicación (M=1.9, DS=.67); Alienación (M=1.9, DS=.71).

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la clasificación de los tipos de Apego (Armsden & Greenberg,1987, como se citaron en Vega y Sánchez, 2011), como se observa en la Tabla 4, el estilo de apego prevaleciente en la relación con sus hijos adolescentes es seguro.

Tabla 4. Tipos de Apego según las reglas de Armsden & Greenberg (1987)

TIPOS	Confianza	Comunicación	Alienación
SEGURO	Alta	Alta	Baja
SEGURO	Alta	Media	Media
SEGURO	Alta	Media	Baja
SEGURO	Media	Alta	Media
SEGURO	Media	Alta	Baja
SEGURO	Media	Media	Baja
AMBIVALENTE	Media	Media	Media
AMBIVALENTE	Media	Baja	Media
AMBIVALENTE	Baja	Media	Media
AMBIVALENTE	Media	Alta	Alta
EVITATIVO	Baja	Baja	Media
EVITATIVO	Baja	Baja	Alta
EVITATIVO	Media	Baja	Alta
EVITATIVO	Baja	Media	Media
EVITATIVO	Baja	Media	Alta

Fuente: Vega y Sánchez (2011).

Haciendo un análisis comparativo por ocupación de la madre y por configuración familiar, se encontró que no existen diferencias significativas por la ocupación desempeñada, pero sí por el tipo de configuración familiar, la cual fue estipulada en 4 categorías: nuclear, extensa, monoparental y reconstruida, y como se observa en la Tabla 5, es en la familia nuclear en donde se favorecen mejores pautas de comunicación.

Tabla 5.

Diferencias en comunicación familiar por configuración familiar

	Tipos de familia				ANOVA	
	Nuclear	Monoparental	Extensa	Reconstruida	F	p
	M	M	M	M		
Apoyo y unión	2.54	2.37	2.38	1.51	1.11	.346
Habilidades asertivas	3.45	3.00		2.00	2.68	.050
Acuerdos	2.52	2.38	1	1.57	1.89	.135
Manejo de reglas	2.76	2.25		1.43	2.75	.047
Compromiso afectivo	3.00	2.31		2.04	2.58	.055

Nota: $p \leq .01$

Fuente: Elaboración propia

Discusión

El apego en palabras de López (2014) es el vínculo afectivo que una persona, llámese niño, adolescente o adulto, establece con algunas personas del sistema familiar, actúa como un lazo emocional que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con personas significativas que se denominan figuras de apego. En dicho vínculo se distinguen tres componentes: conducta de apego, representación mental de la relación y sentimientos; estos tres componentes se mantienen a lo largo del ciclo vital, pero van cambiando su contenido concreto.

Durante la adolescencia, los jóvenes necesitan de la incondicionalidad y disponibilidad de las figuras de apego para sentirse seguros y abrirse a otras relaciones sociales con sus pares, como amigos, compañeros y pareja. No obstante no se puede dejar de lado, considerar que en esta etapa, los cambios conllevan crisis inevitables que suponen la conquista de la autonomía frente a las figuras de apego. Dichas crisis llevan a un cambio profundo en el sistema de relaciones entre padres e hijos (López, 2014) y en general en las relaciones intrafamiliares que obligan a reestructurar las formas de comunicación al interior del sistema.

Las premisas anteriores permiten contextualizar los hallazgos encontrados, al encontrarse la existencia de una estrecha relación entre apego y comunicación familiar; esto es, cuanto más seguro la madre conceptualiza el apego que mantiene con su hijo adolescente, la comunicación familiar es más positiva.

Es importante resaltar, que la madre como promotora del apego en su familia nuclear, tiene una experiencia previa de relación vincular con las correspondientes figuras parentales. En palabras de López (2014), son figuras de apego de su propia figura de apego adulta y figuras de apego de sus hijos; mantienen vínculos materno-filiales que las coloca en una posición tal que proporcionan cuidados

incondicionales o se espera que lo hagan para con sus hijos, a la vez se espera que cuiden de su pareja. Aunado a lo anterior, cuando se vive la adolescencia de los hijos, tanto padres como hijos están obligados a reestructurar sus relaciones continuamente para dar lugar a que los hijos conquisten la tan anhelada autonomía. Este proceso puede generar fuertes tensiones que en algunos casos se agudizan cuando los padres, y en este caso, la madre, se enfrenta al hecho de que está empezando a envejecer y tiene que afrontar los cuidados de los propios padres y de una u otra forma, la muerte de ellos.

Dichos procesos y cambios pueden tener un fuerte impacto en la forma en que la madre se acerca a los hijos, ya que ella de antemano ya desarrolló un patrón de apego básico, lo cual incide a la vez en la dinámica familiar. Si existe un vínculo cálido y muy cercano entre madre e hijo/a, puede favorecerse un clima armonioso dentro del hogar.

En relación a las características del apego de las madres para con los hijos, destaca que lo conciben como un estilo seguro.

Los estilos de apego permanecen relativamente estables a lo largo de la infancia, esta estabilidad se debe en gran medida a la constancia del entorno y la propia estabilidad del sistema de apego (mental, emocional y conductual) que lleva a interpretar lo que sucede de una forma determinada, es por ello que existen evidencias que el sistema de apego se resiste al cambio; no obstante puede suceder cuando las circunstancias ambientales se modifican de forma importante (López, 2014).

Las personas con estilo de apego seguro son capaces de valorar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán responsivos a sus necesidades; este tipo de apego es el resultado de la sensibilidad materna, la percepción adecuada e interpretación correcta y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Ainsworth, como se citó en Dávila, 2015).

De esta manera, un apego seguro es aquel que ocurre cuando la figura parental responde al hijo, está para él o ella, se mantiene una conexión cercana y favorece la expresión de las emociones positivas y negativas del hijo, de tal forma que es posible que desarrolle mayor capacidad de regulación emocional. De acuerdo a los resultados, dicho patrón sería benéfico en el ajuste psicosocial del adolescente.

La adolescencia, más que ser una etapa en la que los vínculos de apego se debilitan y desaparecen, es una época en la que estos se transforman y son transferidos gradualmente al grupo de pares y a la pareja (Penagos, Rodríguez, Carrillo & Castro, 2006).

Por otro lado, se reporta que las madres perciben una comunicación familiar relativamente positiva, al encontrarse una predominancia de niveles medio-altos.

La comunicación familiar positiva se basa por un lado, en aspectos estructurales como límites claros, manejo de reglas flexibles, roles definidos como padres e hijos, alianzas, entre otros; por otro lado, en aspectos funcionales caracterizados por cohesión, apoyo, el fomento de espacios para la convivencia y de expresión de sentimientos y pensamientos de todos los miembros de la familia.

Para Tesson y Youniss (como se citaron en Musitu & Cava, 2003), la comunicación familiar constituye

el instrumento que padres e hijos utilizan para renegociar sus roles, convirtiéndose en el medio por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad.

La comunicación familiar funcional permite el desarrollo de un autoconcepto positivo en los hijos y con menores manifestaciones de comportamientos inadecuados (Estévez, Murgui, Moreno & Musitu, 2007).

Con base en los resultados, sería esperado que tales patrones de comunicación favorezcan en los hijos conductas saludables, que a su vez fortalezcan los vínculos materno-filiales y paterno-filiales.

En otra línea, se encontraron diferencias en comunicación familiar por configuración familiar, siendo la familia nuclear la que mayormente favorece patrones más saludables.

La comunicación alienta la motivación porque aclara a sus miembros qué deben hacer, cómo lo están haciendo y qué pueden hacer para mejorar (Sobrino, 2008) y según lo obtenido, la configuración nuclear puede ser la que es capaz de marcar límites más claros y proporcionar mayor estructura a sus miembros; además dado que se compone solo de padres e hijos, puede fomentar espacios para expresión de sentimientos y pensamientos, a la vez, los padres pueden disponer de más tiempo para involucrarse e interesarse por lo que hacen los miembros de la familia y por lo tanto ser más flexibles a la hora de renegociar reglas puesto que no existen otros familiares que intervengan.

A partir de lo anterior, se concluye primeramente que el estilo de apego seguro es el predominante desde la percepción de la madre, a la vez que perciben una comunicación familiar positiva al interior del sistema familiar. Así, cuanto más sólido y seguro se mantenga el apego entre la madre y el hijo adolescente, mejor será la comunicación familiar y se posibilitará el desarrollo de conductas adaptativas en los hijos

Referencias bibliográficas

Betancourt, L. Rodríguez, M. y Gempeler J., (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario *Universitas Médica*, 48 (3), 261-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668007.pdf>.

Bowlby, J. (1986). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

_____. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L., Vega, L. y Díaz, S. (2004). Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (3), 409-430. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536304.pdf>.

Chamorro, L. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría*, 39 (3), 199-206. Recuperado de <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/61>

Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Anales. Revista de la Universidad de Cuenca*, 57, 121-130. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22943/1/10.pdf>.

Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D. & Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19 (1), 108-113. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719116.pdf>

González, J., González, S. & Quiroga, N. (2017). Las madres y su rol educador: una experiencia de cambio desde la educación popular. *Infancias Imágenes*, 16(1), 25-42. Recuperado de

https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=27&ved=2ahUKEwiPtMrdkZjkAhVJKqwKHVIGCU44FBawMAZ6BAgJEAE&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6129684.pdf&usg=AOvVaw2s_FnTAKGujfIPip_xtvdo-

López, F. (2014). Evolución de los vínculos de apego en las relaciones familiares, pp. 117-139. En Rodrigo y Palacios (2014). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

Morales, M. (2014). Escala de habilidades comunicativas en familia desde la perspectiva del adolescente: resultados preliminares. Memoria en extenso del XLI Congreso Nacional del CNEIP. Mazatlán, Sinaloa, México.

Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes *Psychosocial Intervention*, 12 (2), 179-192. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818034005.pdf>

Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción psicológica*, 8 (2), 55-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766005.pdf>

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37 (3), 209-223. Recuperado de https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/67352/relaciones_familiares.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pardo, M.E., Pineda, S. Carrillo, S. y Castro, S. (2006). Análisis psicométrico del inventario de apego con padres y pares en una muestra de adolescentes colombianos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 289-302. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28440304.pdf>

Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S. y Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes bogotanos. *Universitas Psychologica*, 5 (1), 21-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750103.pdf>

Sobrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Perú.

Vega, V. y Sánchez, M. (2011). Estudio piloto para la adaptación del Inventario de Apego a Padres y Pares (IPPA) en una muestra de adolescentes argentinos. *Anuario de investigaciones*. 18, 391-398. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100043&lng=es&tlng

REINSERCIÓN SOCIAL, SENTIDO DEL TRABAJO Y PSICOLOGÍA EN PRELIBERADOS DE MICHOACÁN, MÉXICO

Lucía María Dolores Zúñiga Ayala
María Inés Gómez del Campo del Paso
Yoalli Cruz Zúñiga

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo dar a conocer los resultados preliminares de una intervención psicológica para resignificar el sentido del trabajo con personas preliberadas del Sistema de Justicia del Estado de Michoacán. El 18 de junio de 2016 entra en vigor una legislación que establece nueve normas en el sistema penitenciario nacional, acordes al Sistema de Justicia Penal Acusatorio y Oral. Con base en ella, el Gobierno del Estado desarrolla Programas de apoyo en la rehabilitación, dirigidos a personas que cumplieron sentencia y requieren reinsertarse a la sociedad de manera funcional, con cinco ejes rectores: trabajo, capacitación para el empleo, educación, salud y deporte. La intervención tuvo como propósito analizar los beneficios de la actividad productiva para el desarrollo personal y promover la resignificación del concepto trabajo. Se llevó a cabo mediante talleres vivenciales de mayo a diciembre de 2018, con un total de 72 horas. Las sesiones se realizaron en las instalaciones del Centro de Ejecución de Sanciones Alternas y asistieron 22 internos durante ese período, 4 mujeres y 18 hombres, aunque el promedio de asistencia por sesión era de 12 personas. Las sesiones se organizaron para que cada una dejara un aprendizaje útil y propiciaran la reflexión sobre su experiencia en el sistema penitenciario. Entre los resultados significativos se encontró cierta toma de conciencia sobre sus capacidades, la necesidad de dejar atrás las etiquetas sociales, hacerse responsables de su propio proceso, reconocer que tienen potencialidades que pueden poner en práctica. La intervención se basó en las teorías del Desarrollo Humano, pues invita a la re-humanización, ofrece un camino para buscar y encontrar nuevos significados, la misión de su vida, transformando su pasado, a fin de brindarle un nuevo sentido a su situación actual y visualizando su porvenir.

Palabras clave: Resignificación, sentido del trabajo, reinsertión social, desarrollo humano.

Abstract

This work aims to make known the preliminary results of a psychological intervention about work's sense with pre-released people of the Justice System of the State of Michoacán. On June 18, 2016, legislation that establishes nine norms in the national penitentiary system, in accordance with the Accusatory and Oral Criminal Justice System, enters into force. Based on it, the State Government develops support programs in rehabilitation, aimed at people who served sentences and require a functional reintegration into society, with five guiding axes: Work, Job Training, Education, Health and Sports. The intervention was intended to analyze the benefits of productive activity for personal development and promote the resignification of the work concept. It was carried out through experiential workshops from May to December 2018, with a total of 72 hours. The sessions were held at the facilities of the Alternate Sanctions Execution Center and 22 interns attended during that period, 4 women and 18 men, although the average attendance per session was 12 people. The sessions were organized so that each one left a useful learning and propitiated the reflection on their experience in the Penitentiary System. Among the significant results was some awareness about their abilities, the need to leave social labels behind, take responsibility for their own process, and recognize that they have potentialities that they can put into practice. The program was based on the theories of Human Development, because it invites re-humanization, offers a way to find and find new meanings, the mission of

your life, transforming your past, in order to give a new meaning to your current situation and visualizing its future.

Keywords: *Resignification, sense of work, social reintegration, human development.*

Introducción

Cuando una persona comete un acto ilegal, dependiendo de la gravedad es juzgado por el Sistema Penal y se dicta una sanción. En el caso de los delitos considerados graves generalmente el castigo se centra en la privación de la libertad del individuo inculcado por un término de tiempo determinado y es recluido en un centro penitenciario.

Estos centros son parte del Sistema Judicial y tienen como función por una parte sancionar el hecho delictivo y aplicar programas que permitan a los reclusos su integración a la sociedad al término de su condena, aunque existen estudios que afirman que el proceso de readaptación no ha tenido éxito en México y que por el contrario estos centros llegan a generar aprendizajes en muchos reclusos para seguir delinquiendo con mejores estrategias (Hernández, 2015 & Romero 2015)

El Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) en el Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2017, arroja datos sobre características sociodemográficas de las personas que ingresan por algún delito al sistema penitenciario en México. Los datos muestran que al finalizar el año 2016, se registró un total de 188 mil 262 personas privadas de la libertad en los centros penitenciarios de las entidades federativas en México. 95% eran hombres y 5% mujeres. Como datos adicionales del censo se describe que con base en el estatus jurídico de la población reclusa, el 35% no tenía sentencia y el grupo con mayor afectación fue el de las mujeres pues 44% de ellas aún estaba en proceso. Señalan que los gobiernos locales reportaron que 111 mil 214 personas (59%) ejercieron alguna actividad ocupacional durante su período de reclusión; 71 779 (38%) se encontraban estudiando y/o recibiendo capacitación y 16 073 (9%) realizaban otro tipo de actividad que no fue especificada. El INEGI aclara que en la información recabada sobre su actividad laboral los números eran relativos, debido a que una misma persona podía haber ejercido más de un tipo de actividad durante el período que abarca el estudio.

Tomando en cuenta la distribución geográfica, poco menos de un tercio de la población reclusa de las cárceles estatales estaba en la Ciudad de México y en el estado de México durante 2016, siendo las dos entidades federativas que contaban con la mayor cantidad de personas privadas de la libertad, 30 mil 979 y 25 mil 723, respectivamente, en contraste con Tlaxcala donde se registraron 701 personas reclusas y Aguascalientes con mil 254 reclusos. 69% de la población reclusa únicamente tenía preescolar, primaria y/o secundaria. De este segmento (39%) reportó tener secundaria y (30%), preescolar o primaria, así 9 de cada 10 personas reclusas saben leer y escribir.

Es importante destacar que el tipo de delito y las circunstancias que provocan la falta son de diversa índole, sin embargo, el sistema penitenciario aún se avoca en mayor medida a sancionar la falta con el propósito de que no se repita y con la consigna de que quien es privado de su libertad en un centro penitenciario será rehabilitado y posteriormente reinsertado a la sociedad con un comportamiento funcional. Esa postura obliga a realizar una breve revisión sobre la readaptación y reinsertión social de los reclusos porque además el 18 de junio de 2016, entró en vigor en México, una nueva legislación que establece normas en el sistema penitenciario nacional, acordes al Sistema de Justicia Penal Acusatorio y Oral y que entre otras modificaciones marca la posibilidad de terminar una condena en

una modalidad parecida a la libertad condicional y que se ha denominado “Cárcel Abierta”. Para ello el gobierno del Estado de Michoacán tiene Programas de apoyo en la rehabilitación social dirigido a personas que cumplieron sentencia y requieren reinsertarse a la sociedad de manera funcional, estos abordan cinco ejes rectores: trabajo, capacitación para el trabajo, educación, salud y deporte.

La psicología desde el siglo pasado interviene en la atención a los reclusos, en mayor medida en el diagnóstico de la personalidad y comportamiento de los reclusos y en el tratamiento psicológico y psicoterapéutico individual o grupal, sin embargo, las modificaciones a la legislación obligan al profesional de la psicología, a integrarse al equipo de trabajo de los centros de reclusión y dejar de ser solo un apoyo para el logro del objetivo del Sistema Penal; la readaptación de los individuos y sobre todo su reinsertión plena a la sociedad.

La readaptación y reinsertión social en México

Córdova (2016, p. 106) se refiere a la reinsertión social como “el proceso por el cual el sistema de justicia criminal busca la reducción de la incidencia criminal al remover al agresor de la sociedad y que además durante su reclusión se capacite al interno para que no vuelva a delinquir en su retorno a la sociedad y con ello se prevenga la reincidencia delictiva”

Sin embargo, Cerda, Alvarado y Cerda (2016) afirman que las personas que ingresan a los reclusorios por delitos comunes, viven en un esquema de readaptación social que no cumple a cabalidad con el propósito de reinsertarlos adecuadamente a la comunidad. Los autores hacen una crítica al sistema, centrandolo en los centros penitenciarios del estado de Nuevo León y señalan que:

“El sistema de readaptación social es un pilar fundamental dentro de una política sistémica de seguridad pública en la nación. En los penales, una vez que los individuos son sentenciados y reclusos en ellos, la readaptación social se erige en una herramienta a través de la cual el Estado ofrece a los internos, educación, capacitación y/o trabajo, mediante los cuales puedan desarrollar actividades lícitas, una vez que estos concluyan sus sentencias; además, es un paso necesario para mejorar sus relaciones familiares y lograr que el interno modifique sus tendencias antisociales” (p. 346).

Hacen mención del desbordamiento que desde 2006 se ha dado en los centros penitenciarios, debido a la lucha antinarcóticos que se inicia en el período de gobierno de Felipe Calderón y que genera una saturación en los Centros de Readaptación Social que sobrepasa la capacidad para la que fueron construidos, generando condiciones poco favorables para cumplir con su propósito fundamental.

Córdova (2016) refiere que hay estudios académicos como los de Azaola y Bergman, (2007); Bergman (2014) que han sugerido que la reinsertión en los Centros Penitenciarios en el país es ineficiente, sin embargo no parecen analizar la política institucional para identificar qué aspectos de las bases teóricas que soportan el programa de readaptación social y su implementación, son los que no han permitido satisfacer las necesidades de reinsertión social de ex internos y cubrir las expectativas que la sociedad tiene ante la función readaptativa en los centros penitenciarios (p. 107), porque en la actualidad la privación se visualiza como un castigo ante un acto cometido de manera ilegal y no como la consecuencia de una acción que genere un reaprendizaje desde una perspectiva de aprendizaje comunitario.

Entonces, reflexionando sobre lo que señalan los autores citados, el castigo representado por la privación de la libertad de los individuos, a través de su reclusión en los centros penitenciarios, en un ámbito de hacinamiento y sin programas de rehabilitación acordes con las características

socioculturales de una población específica, parece tener una baja incidencia en los procesos de reaprendizaje que se esperan para garantizar una reincorporación a la sociedad funcional y duradera. Cabe aclarar que México no es el único país con esta problemática y que a pesar de que países como Estados Unidos ha tenido fallas en la readaptación de los individuos, su mejor condición económica facilita buscar alternativas para solucionarlas. No obstante autores como Cunjama, Cisneros y Ordaz, 2012, revisan los antecedentes del concepto de readaptación social y encuentran que, en la Constitución de 1917 se da a la prisión la función de regenerar a los delincuentes utilizando principalmente el trabajo para ello. Refieren que en 1999 al retomarse algunas ideas europeas cambia el término de regeneración por el de readaptación social, todavía permeada por la medicina que tiene como base la reparación (de un órgano) y no la modificación del comportamiento.

Los ideales de readaptación

“En México los ideales de readaptación establecieron que el trabajo por sí solo no lograría consolidar un cambio en el comportamiento de los internos, por lo que se incluyeron otras variables como la educación, el trabajo y la capacitación como herramientas para lograr ese cambio y llevar a los internos de delincuentes a no delincuentes” (Cordova, 2016).

El autor añade que han sido muchas las críticas que se hacen a los programas de readaptación social en México. Se han analizado sus políticas, programas, contextos, metodología y se han dejado de lado las necesidades de los prisioneros, de la sociedad e incluso del personal penitenciario encargado de dirigir ese proceso de cambio comportamental.

Entonces el castigo por sí mismo y el trabajo sin un contexto, no generan un cambio permanente en el comportamiento. Pueden evitar conductas, sin embargo, si no se propicia la reflexión sobre las consecuencias de una conducta y se ayuda a analizar la conveniencia o no de un cambio, la conducta inhibida por el castigo posiblemente aparezca bajo otra forma y esto llega a reflejarse en el índice de incidencia en los actos delictivos porque el comportamiento en las cárceles parece reflejar el comportamiento social y sus demandas políticas y relacionales que en las últimas décadas ha tenido como sustento la acumulación del dinero (legal o ilegalmente y la lucha por el poder).

Sentido del trabajo

El origen de la readaptación social tenía como punto de partida la rehabilitación a través del trabajo y concebía un cambio en los internos a partir de él, permite reconsiderarlo como un elemento que contribuye a la readaptación, especialmente si se indaga el sentido que cada persona le da a una actividad desde su propia concepción de trabajo y lo que obtiene de él.

Entonces, ¿qué es el trabajo? Romero (2017) refiere que la definición de trabajo puede generarse desde diversas miradas, ya que cada disciplina puede explicar el concepto desde sus conceptualizaciones teóricas e incluso epistemológicas. Así la autora cita la definición desde varias perspectivas. Desde la sociológica la definición se ha modificado a través del tiempo; los grecorromanos la consideraban una actividad vil que solo era realizada por los esclavos porque implicaba un castigo. A finales de la Edad Media e inicio de la Edad Moderna, tras la Revolución Industrial comienza a concebirse como una actividad que genera un bien común que posibilitaba la socialización y formaba identidades individuales y colectivas.

Dice que en la Época Moderna el trabajo toma un papel más protagónico con las teorías económicas de Marx, Durkheim, Weber en el siglo XIX y desde la perspectiva psicológica de Jahoda en 1987. El trabajo en esta época, refiere Córdova, es asumido como una actividad clave en la autonomía del individuo que le permite crear y apropiarse del trabajo, percibiéndola entonces como una actividad

creadora.

No obstante el sentido del trabajo en las cárceles tiene un doble significado ya que a la vez de ser una obligación es un derecho, así lo señala Pereyra (2016). Entonces desde su perspectiva, si se considera el trabajo como un derecho la autora afirma que se convierte en una herramienta para recrear valores en los reclusos y se fomenta la interacción con otras personas, lo que sirve para ir preparándolos para reinsertarse a la sociedad de manera más proactiva. Aunque esta idea refleja una opción recreativa del ser humano, la autora después de un análisis concluye que “con la fiscalización de la pena, el trabajo productivo en prisión se extingue, debido a que las relaciones laborales solo se establecen cuando la persona está en libertad” (p. 7).

Todas estas formas de ver al trabajo van provocando que los individuos le den un determinado significado al trabajo y un sentido de opresión y deshumanizante o de autonomía, inclusión y posibilidad de desarrollo en función de su vivencia. Señala la autora que así el trabajo toma su papel central en la vida de los seres humanos porque trasciende hacia el ámbito familiar y vecinal, posibilitando el establecimiento de relaciones consigo mismo, con la naturaleza y con las personas que le rodean. (pp.122-123).

Esta última idea, parece establecer la posibilidad de que los seres humanos no solo vean en el trabajo una vía para solventar sus necesidades básicas, principalmente a través del factor económico en la que el dinero llega a concebirse como un fin, perdiendo de vista que en gran medida es el resultado final de la interacción con otros y con el entorno. Entonces, si el trabajo continúa siendo el factor que reúne a las personas para lograr un fin común, el sentido que se le da en los centros penitenciarios ¿Contribuye o no a la reinserción social?

Alós, Martín, Miguelez, Gibert (2009) realizaron un estudio con reclusos de un Centro de Reclusión en Cataluña y encontraron que el trabajo adquiría funciones tanto económicas como sociales porque además de proporcionar un salario a los reclusos con el que podían solventar sus necesidades personales o de ayuda a la familia, estar ocupados mejoraba su estancia en la institución y parecía disminuir los conflictos entre ellos. También detectaron que los reclusos iban generando hábitos laborales y establecían relaciones sociales más llevaderas. Asimismo, observaron que por medio del trabajo podían normalizar su forma de vida y que eso podía facilitar su reinserción a la sociedad, ya que la cárcel al aislarlos en muchas ocasiones hace que se pierda la dinámica social que enfrentan al cumplir con su condena (p. 13).

Por lo expuesto se considera importante reflexionar sobre la satisfacción con la que el trabajo desarrollado juega un papel preponderante. Existen diferentes posturas teóricas que la explican, la teoría conductual la asocia con las consecuencias del desarrollo de una actividad productiva y la satisfacción/insatisfacción con el trabajo, parece estar en función de si lo que quien desarrolla la labor es congruente o no con lo que espera obtener. Un autor que es interesante citar es Herzberg y su teoría de los dos factores. Higiénicos y motivacionales (Chiavenato, 2015, pp. 53, 63).

La psicología en el ámbito penitenciario

La psicología ha tenido participación desde hace varias décadas en el proceso de readaptación de las personas privadas de su libertad. Al respecto, Yela (1998) postula que la labor del psicólogo en las cárceles va más allá de vigilar y castigar. El sistema penitenciario en México hasta 2006 era un espacio de confinamiento de quien cometía un delito y las condiciones físicas y normativas en que los reclusos vivían eran deficientes. No se consideraba la inversión para mejorarlas, ni la futura reincorporación de los reclusos a la sociedad. Muy lejos de la visión de quienes en ella laboraban estaba una premisa

básica, la prevención del delito. En el año 2012, se realiza una revisión y se hacen modificaciones importantes, retomando la función básica que es la prevención del delito y se hace énfasis en su función rehabilitadora por tres funciones elementales: 1) proteger y servir a la comunidad, 2) proteger al personal penitenciario y 3) generar condiciones de vida dignas para las personas internas (SSP, 2012).

Un estudio realizado por González, Adib, Leal, Hernández y Salas (2019) hace referencia a la forma en que los reclusos comprenden la intervención psicológica. Indican que el sistema penal tiene paradojas en donde se contempla la prevención del delito desde la mirada de quien hace las leyes (lo que debe ser) y no contempla la posición de quien es recluso y por tanto del tratamiento que requiere recibir para garantizar una adecuada reinserción social de los penados como ellos les llaman. Su discurso hace suponer que el desconocimiento de la dinámica de los penales por parte de quienes dictan las leyes dificulta el cumplimiento de las funciones encomendadas a los centros de reclusión, aunado a las formas de convivencia que se da en este ámbito y argumentan que se debe a que en las cárceles se vive bajo reglas y normas que están muy lejanas al prototipo del buen ciudadano y que asumen se da por lo que denominan los autores, el impacto desadaptador de las cárceles.

El psicólogo que participa o labora en estas instituciones se ha dirigido, de acuerdo con este estudio, a indagar que llevó al sujeto a cometer un acto delictivo, dejando de lado las circunstancias que propiciaron que se delinquiera y desde esta perspectiva se llegan a plantear la mayoría de los tratamientos.

González y sus colaboradores llevaron a cabo una serie de sesiones mediante un taller de encuentro dividido en varias sesiones, con la finalidad de abrir un espacio para que los internos expresaran sus experiencias fuera y dentro del Centro Penitenciario. Y así identificar habilidades sociales como el manejo y resolución de conflictos, sus figuras de autoridad y cómo influye su discurso en ellos, además de conocer la percepción que tenían de su permanencia y vivencia en el penal y tener mejor información para plantear estrategias con un mayor nivel de efectividad en el tema de la readaptación y reinserción social.

El concepto castigo está asociado a la psicología conductual y el de readaptación social, se relaciona en mayor medida con la psicología humanista. El humanismo, centra su atención en el individuo, en sus capacidades y potencialidades para manejarse en su entorno. Desde esta perspectiva la psicología en general estudia el comportamiento humano y de manera específica la psicología humanista “se ocupa del desarrollo del potencial humano, tomando en cuenta sus sentimientos, deseos, esperanzas, aspiraciones, dirige su quehacer y su preocupación por el mejoramiento del ser humano y es desde esta área de estudio de la psicología que se aborda el objeto de estudio.

Objetivo del estudio

El trabajo tuvo por objetivo brindar un espacio a través de talleres vivenciales para que los participantes analizaran los beneficios de una actividad productiva dirigida al desarrollo personal y una resignificación de su concepto del trabajo.

Metodología

El estudio fue cualitativo y se utilizó el método fenomenológico para analizar los datos obtenidos en los discursos de los participantes. Las técnicas utilizadas para recopilar la información fueron la red semántica, lluvia de ideas y observación participante. El medio para aplicar las técnicas de recolección de datos fue un taller vivencial en el que se trató como tema central el sentido que los participantes dan al trabajo.

Participantes

20 personas del sexo masculino pre-liberados pertenecientes al Centro de ejecuciones alternas de Michoacán, entre 26 y 60 años de edad, su nivel de escolaridad promedio es secundaria, desarrollan diferentes actividades fuera del Centro de Readaptación Social, entre ellas, albañilería, pintores de inmuebles, agricultura y ganadería, transporte de materiales, mecánicos, empleados, carpintería, reparador de aparatos eléctricos, electricista, por mencionar algunos.

Ficha de identificación de los participantes:

En la tabla 1 se describen algunos datos sociodemográficos de identificación de los participantes (Ver Tabla 1)

Criterios de inclusión:

Tener la condición de pre-liberación por el Centro de ejecuciones alternas de Michoacán mediante el programa conocido como Cárcel Abierta, que participaran voluntariamente a las sesiones del taller, sexo indistinto.

Escenario

Las sesiones del taller se realizaron en el Centro de ejecuciones alternas de Michoacán que es el lugar al que acuden para recluirse y realizar labores de mantenimiento de las instalaciones. Ingresan el sábado por la mañana y salen el domingo por la tarde.

Participante	Edad	Estado Civil
Participante 1	52	Casado
Participante 2	51	Casado
Participante 3	35	Casado
Participante 4	56	Casado
Participante 5	37	Casado
Participante 6	38	Casado
Participante 7	26	Separado
Participante 8	58	Casado
Participante 9	48	Separado
Participante 10	56	Casado
Participante 11	60	Casado
Participante 12	41	Casado
Participante 13	52	Casado
Participante 14	45	Casado
Participante 15	30	Soltero
Participante 16	28	Soltero
Participante 17	41	Casado
Participante 18	58	Casado
Participante 19	38	Separado
Participante 20	45	Casado

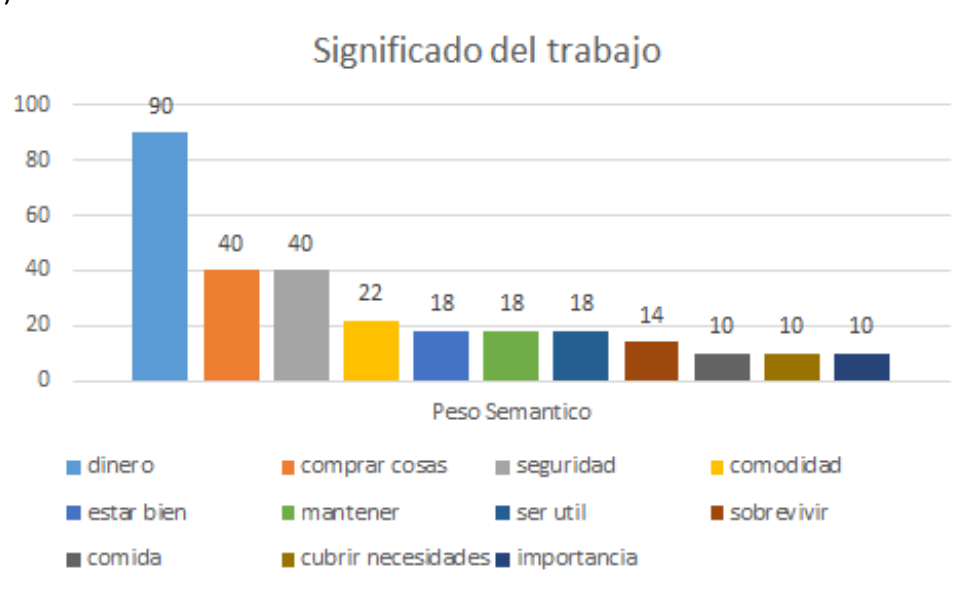
Nota: Se utiliza la palabra participante y un número secuencial con la finalidad de cuidar la confidencialidad de las personas que asistieron al taller

Resultados y discusión

Para el análisis de los datos se establecieron tres categorías: El significado del trabajo, Lo que me ha proporcionado el trabajo antes y después, Psicología y resignificación del trabajo.

Categoría 1. El significado del trabajo.

En cuanto al significado del trabajo se pidió escribieran cinco palabras que para ellos se relacionara con la palabra trabajo y se elaboró una red semántica con el resultado que se muestra en el gráfico 1. (Ver gráfico 1)



Se puede observar que los dos primeros conceptos están ligados a factores materiales y los tres siguientes a factores personales o psicosociales. Estos 5 factores son los que tienen un mayor peso semántico y se muestra el total de elementos para visualizar de manera más amplia con qué elementos se asocian los conceptos expresados. El resultado de esta herramienta posibilita argumentar que los elementos de mayor peso en la red, muestran que las personas dan sentido a su trabajo de acuerdo a los satisfactores que cada quien considera relevante y que el dinero desde su discurso actual parece reflejar un uso mediático para lograr otros fines.

Categoría 2. Lo que me ha dado el trabajo (antes y después).

Subcategoría 2-A. Lo que me dio el trabajo.

El significado de trabajo de acuerdo con Romero (2017) desde la perspectiva sociológica define que es una de las formas en que puede explicarse el concepto, refiere una transición desde la época grecorromana en el que el trabajo era concebido como una actividad vil y esclavizante y su evolución a través de diversas épocas, en las que el papel de sujeción al trabajo parece devenir a la apropiación de este mismo por parte de quien labora, en un carácter más protagónico y en este último con una visión compensatoria del tiempo y esfuerzo invertido en la actividad productiva, no siempre equitativa en la que además hay un intercambio en especie: un salario, además de ejercerlo libremente.

Participante 1: Yo tenía un trabajo que no me alcanzaba para pagar todo y se me hizo fácil ganar dinero de otra manera, pero no salió bien y la verdad estar allá adentro fue muy duro.

Participante 3.: Mi trabajo tampoco era bueno, trabajaba duro y no me alcanzaba el

dinero, lo otro sí me dejó pero así me cobró y perdí cosas importantes.

Participante 9. Lo que hice también me dejó dinero, pero me dejó solo y no es tan fácil que la gente regrese y como si no pasó nada.

Participante 13: Uno toma decisiones y luego no son buenas, le fue mal a mi familia y a mí y tuve que empezar de nuevo, lo que hacía en la cárcel me dejaba algún dinero para ayudar a mi familia, pero no, fue muy difícil estar encerrado y además tenía que hacerlo aunque no quisiera, era una regla, trabajar.

Estos discursos hacen suponer que en el grupo la privación de la libertad ha brindado la oportunidad de reflexionar sobre las ventajas y desventajas de la actividad productiva que realizaban. Cabe aclarar que quienes realizaban actividades de manera particular emitieron menos quejas de su fuente de ingreso, aunque coincidían en que lo que obtenían en una actividad productiva lícita, no necesariamente cubría sus necesidades.

Subcategoría 2-B. Lo que ahora obtengo con mi actividad actual.

Retomando a Córdova (2016) quién menciona que los programas penitenciarios, no solo a nivel nacional, han sufrido muchas críticas sobre la forma en que conciben la readaptación y la forma de lograr que se dé y su consideración de que no es el trabajo por sí mismo lo que propicia la generación de los valores requeridos para una reinserción social exitosa, da la oportunidad de analizar los discursos de los participantes porque la readaptación social difiere de los conceptos originales conceptualizados en los programas iniciales del Sistema Penitenciario que tenían como ideal la regeneración de los individuos que habían delinquido a través del castigo, sin quitarle todo el peso a la percepción de castigo que si hace suponer por los elementos vertidos en las sesiones, que los participantes lo percibieron como una sanción fuerte que no quieren volver a sufrir.

Participante 5. A mí no me gusta hablar pero sí digo que si antes me costaba ganar dinero, ahora siento que a veces no me tienen tanta confianza en mi trabajo y yo no tengo un oficio, ahora trabajo en un centro comercial acomodando la mercancía y estoy buscando otro trabajo porque es poco lo que gano.

Participante 10. Yo trabajo en el campo y es mío y de mi familia, aunque no me va como quiero siempre y el trabajo es cansado, estoy más tranquilo y mi familia también y no quiero pasar otra vez por lo que viví allá adentro.

Participante 20. Yo ahora compongo carros, es lo que sé hacer, siempre hay quien quiera que le vea su carro y no me va tan mal, solo ocupo ganar un poco más para comprar un buen lugar para un taller y más herramientas, mi familia me anima y eso me gusta, no me gustaría alejarme otra vez de ellos.

Las ideas expresadas por estos preliberados denotan un aprendizaje, no total en todos, ya que para varios de ellos, la familia y no poder convivir con ellos o incluso perderla, les ha permitido reconsiderar que lo que realizaron en aras de mejores ingresos o de poder, no tuvo los resultados que se esperaban y estas ideas al relacionarlas con la teoría de la disonancia cognoscitiva, permiten explicar que la incongruencia entre los resultados esperados y obtenidos por un individuo, no solo en el trabajo sino en todos los ámbitos de su vida, si incide en un posible cambio de comportamiento y con ello abre la oportunidad de readaptar la conducta delictiva hacia aquellas que se tenían y eran prosociales.

Categoría 3. Psicología y resignificación del trabajo.

Si regresamos a los antecedentes de la labor del psicólogo en los sistemas penitenciarios que cita Yela

(1998) se reconoce que la labor del psicólogo era de diagnóstico y psicoterapéutica y que su papel en la readaptación consistía en proporcionar datos que contribuyeran a la operación de los programas educativos y de capacitación en los centros. González, Adib, Leal, Hernández y Salas (2019) hacen una reflexión sobre ese papel de la psicología y señalan que en los sistemas penitenciarios las acciones se encaminaban al acto delictivo, dejando de lado la posición de quien había transgredido las normas sociales y muestran en su argumentación que al olvidar que el recluso es una persona que encontró ciertos motivos para modificar su comportamiento hacia una dirección poco deseable, se deshumaniza la intervención que pueda darse, porque a la par del diagnóstico que señala una posible etiología del comportamiento, el revisar las circunstancias que rodean al delito permitiría evaluar la posibilidad de readaptación de cada recluso para incidir en la efectividad de su reinserción a la comunidad. Para cerrar la sesión del taller se preguntó si deseaban comentar su experiencia al asistir, la respuesta general fue que les había servido, sin embargo, hubo respuestas más específicas que se retoman para su análisis.

Participante 2. Yo a mi edad siempre he dicho que ya no aprendo y no me gusta decir mis cosas, pero escuchando a los demás vi que no siempre el dinero lo es todo, que si hago un trabajo que esté permitido y aceptado, también gano y me di cuenta que escuchando también se aprende. Gracias.

Participante 7. Yo creo que venimos porque al inicio nos dijeron que asistiéramos, pero según pasaron las reuniones me di cuenta que al tratar de hacer lo que aquí se decía entre todos, mejoró mi relación con mi esposa, ella no tenía confianza porque yo no le decía muchas cosas que pensaba por miedo a que no creyera en mí y eso hacía que ahora sí desconfiara y creyera que ocultaba cosas. También lo he practicado en mi trabajo y me ha ido mejor. También cuando le digo a los otros lo que pienso me he sentido escuchado y aunque ahora no gano tanto, creo que vale la pena y me gusta que puedan y quieran oír lo que ahora creo.

Participante 13. Yo he ido haciendo planes con mi esposa y hemos dicho que si tenemos que luchar, ni modo pero ya no quiero dar problemas a ellos por lo que hago, dijimos que el dinero sí es necesario y también trae problemas cuando... usted entiende, por eso ahora trataré de que todo vaya bien porque tampoco me gustaría vivir lo que ya pasé.

Participante 16. A mí no me gusta hablar y no soy casado, pero sé que no me fue bien allá adentro y por eso quiero otro trabajo, para distraerme y para tener más dinero, no tengo visto que haré más adelante. Quiero comprar una bicicleta para ahorrar lo de los pasajes porque no tengo coche.

Conclusiones

En la actualidad las crisis económicas a nivel mundial han generado un tejido social en el que se fomenta el individualismo y la competencia. Además los modelos que se han tenido a nivel social en México, parecen legitimar la ilegalidad para tener acceso a una posición social y económica en donde el trabajo ético y creador no siempre tiene cabida. Se considera que la educación y la generación de valores comienzan en casa, sin embargo la dinámica social y las crisis han obligado a hombres y mujeres a tratar de hacerse llegar los recursos que necesitan y los que desean, bajo ese esquema individualista y de competencia con el otro y dadas las escasas oportunidades de empleo, hay quien trata de emprender y no siempre resulta exitosa su labor. Los grandes consorcios y las políticas

gubernamentales al recurrir al desempleo como una medida para resarcir la crisis, han demeritado el significado del trabajo.

La OIT insiste en el trabajo decente, en el que el trabajador pueda poner en juego sus conocimientos y habilidades y a cambio garanticen su bienestar y calidad de vida se ha vuelto una retórica. También la sobrepoblación en los Centros Penitenciarios ha obligado a tomar medidas que no han contemplado la problemática de manera integral y surgen programas de preliberación, considerando delitos comunes y de mayor trascendencia, además de como ya se decía no verificar si la readaptación ha cumplido su labor, es decir, pareciera que se sigue considerando el delito y no la condición de las personas que lo cometieron, ahora al egresar.

Por ello, la reflexión sobre el tema debe abarcarse de manera multidisciplinaria y desde la psicología retomar su objeto de estudio que es el comportamiento humano para recapitular en el acto cometido, la conducta y las circunstancias que lo han propiciado. Es indispensable acotar que este es un estudio preliminar que considera que la escucha en la psicología constituye una de las herramientas más importantes para colaborar a la decisión del otro de hacer cambios en su actuar.

Referencias bibliográficas

Alós, R, Martín, A., Miguelez, F., Gibert F. (2009). ¿Sirve el trabajo penitenciario para la reinserción? Un estudio a partir de las opiniones de los presos de las cárceles de Cataluña, España, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (Reis), no.127, 11-31.

Cerda, P., Alvarado, J., Cerda, E (2016). Reinserción y readaptación social: agendas pendientes en el esquema penitenciario mexicano, 344 *Opción*, año 32, no. especial 9: 343-370.

Chiavenato, A. (2015) *Administración de Recursos Humanos*, México, McGraw Hill.

Córdova, C. (2016). Política de Reinserción Social en México: La cárcel y su potencial, México, *Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, vol. 9 (18) 105-141.

Cunjama, D; Cisneros; J. L..., David Ordaz, D. (2012). *Prisión, reinserción social y criminalidad. Reflexiones sobre la situación carcelaria y la violencia social en México*. España, Saarbrücken Editorial Académica Española.

Hernández, R., (2015). *La reinserción social*, consultado en http://www.congresopuebla.gob.mx/docs/Mesa2/25_LA_REINSERCIÓN_SOCIAL.pdf

INEGI (2017). Características de la Población Privada de la libertad, en, *En Números: Estadísticas sobre el sistema penitenciario en México*, México, vol. 1 (11) 11-36.

Pereyra T. (2016). *Los sentidos dados al trabajo de los privados de libertad*, Villa María: Argentina, Universidad Nacional de Villa María, 1-13.

Romero, J. (2015). Apoyo psicológico como facilitador del proceso de reinserción social de las personas en situación de reclusión, México, *Revista Conexión de Derecho y Ciencias Sociales*, año 1, (3), 3-9.

Romero, M. (2017). Significado del trabajo desde la psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social, Colombia, *Psicología desde el Caribe*, vol. 34 (2): 120-138.

SSP, (2012). *El sistema penitenciario mexicano*, México, Secretaría de Seguridad Pública.

Yela, M. (1998). *Psicología Penitenciaria. Más allá de vigilar y castigar*, España, *Papeles del Psicólogo*, no. 7

ARTE Y CULTURA, ELEMENTOS DE COHESIÓN SOCIAL INTERCULTURAL EN BARRIOS DE LA CIUDAD DE PUEBLA

Dulce María Judith Pérez Torres

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México.

Esteban Miguel León Ochoa

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Carlos Alfredo Sánchez Pérez

Centro de Formación Profesional.

Resumen

El arte y la cultura, elementos de cohesión social intercultural en dos barrios de la Ciudad de Puebla. En un contexto de crecimiento urbano rápido y no planificado, que ocasiona, sobre todo en el ámbito latinoamericano y mexicano, donde existen grandes desigualdades sociales y deterioro del medio ambiente, se levantan propuestas que colaboran a que los integrantes de las comunidades perciban su entorno más seguro y con posibilidades de promover el papel de las artes y la cultura.

El objetivo consistió en localizar grupos e implementar un programa de Intervención del campo social que logre un impacto en cascada.

Dentro de las preguntas de investigación se han planteado ¿Qué entendemos por cohesión social? (psicología social) ¿Qué por desarrollo comunitario? (psicología social)

La metodología utilizada es de corte mixto, responde a cuatro momentos y es subsidiaria de una investigación mayor que busca solucionar el problema "El arte urbano como mecanismo de cohesión y desarrollo social comunitario intercultural en Puebla y CDM". Se desarrolló en cuatro fases: determinación de las unidades de análisis; observación extensiva; observación intensiva e interacción efectiva con estructuras metagrupales.

Palabras clave: El arte, cohesión social, psicología social emergente, desarrollo social comunitario intercultural.

Abstract

Art and Culture, intercultural social cohesion elements in two neighborhoods of Puebla city. In a situation of un-planned urban development, specifically the Latin American and Mexican contexts, where social inequities and environmental deterioration, new approaches rise attempting to aid community members to perceive their environment as safer and with the possibility to promote arts and culture.

The objective consisted on locating groups and implementing a Social field intervention that manages to create a domino effect.

Amongst the research questions the following were established What do we understand as social cohesion? What do we understand as community development? (Within social psychology)

A Mixed methodology was used in order to attend four moments and serves as a precursor of a larger research aimed to solve the problem "Urban Art as mechanism of Social intercultural development and cohesion in Puebla and Mexico City". Development was done in four phases: determining analysis units, extensive observation, intensive observation and effective interaction with metagroup structures.

Keywords: Social Cohesion, Emergent social psychology, intercultural social community development.

Introducción

En esta investigación se estudió la incidencia de la producción artística de murales en la cohesión social y el desarrollo comunitario. Se entiende por cohesión social la solidaridad, identidad y sentido de pertenencia de los miembros de una comunidad. Las sociedades modernas enfrentan el desafío de la heterogeneidad social por el tamaño de las poblaciones, el efecto de la migración rural urbana, urbana-urbana, la diversidad de creencias religiosas y políticas, la pobreza de tiempo de las personas para establecer mecanismos de convivencia y comunicación con los otros miembros de la comunidad. Es frecuente en zonas marginadas la formación de grupos delictivos que promueven la violencia y el enfrentamiento en la comunidad. En este contexto, se investigó el papel que tiene el arte en el desarrollo de la solidaridad, el capital social y la cohesión social en una muestra de comunidades y/o colonias donde están ubicados murales artísticos de dos municipios de la Ciudad de Puebla.

La investigación se realizó con tres componentes. El **primero** es el análisis del contexto socioeconómico, cultural e histórico de las zonas en donde están ubicados los murales. El **segundo** componente es el análisis de las obras. Aquí se analizó la historia de la creación de la obra, los actores participantes en la promoción, creación y contenido que transmite su forma estética. El **tercer** componente corresponde al impacto de los murales en la cohesión social de las comunidades.

Cabe señalar que es el tercer apartado el que se hace presente en esta ponencia, al tener presente la recepción y la decodificación de los mensajes que hacen los espectadores de la obra (miembros de la comunidad y personas de tránsito), a partir de las sensaciones que les despierta el mural (gusto, disgusto, tristeza, alegría, enojo, etc.) para ubicar el nivel bienestar y las prácticas de la vida cotidiana.

Objetivo: Identificar la incidencia que tiene el arte, a través de la creación de murales, en la cohesión social y el desarrollo comunitario de dos barrios de Puebla.

Marco conceptual

Los murales urbanos son expresiones de colores y símbolos que invitan al espectador al disfrute y la reflexión sobre la historia, las vivencias cotidianas de los lugares, los valores y el estilo de vida, los rituales religiosos y el sentido de pertenencia a la comunidad. El distintivo de estas expresiones artísticas es la conexión que establecen entre las formas estéticas y la intención de transmitir mensajes que recuperan la identidad, el sentido de pertenencia a una comunidad, la historia común, la denuncia de problemas sociales, los pronunciamientos a favor de los derechos, la denuncia política y la cohesión social.

Al utilizar espacios abiertos, se brinda al público en general la oportunidad de acceder a la obra y ser partícipes, ya sea porque interviene junto con los artistas en la elección del tema de la obra que se pintará, contribuyen en la gestión y promoción y, en algunos casos, hasta participan en la creación de la obra. En México hay algunos trabajos sobre el Gaffitis (Anaya, 2013; Colectivo Artístico de Oaxaca, ASARO, 2006, Arvide, 2018) pero, hasta ahora no hay investigaciones que muestren la incidencia de los murales artísticos en la cohesión social y el desarrollo comunitario. Por esa razón, la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, A.C. con otras instancias se propuso realizar una investigación comparada en lo que respecta a la incidencia de los murales en la cohesión social y el desarrollo comunitario, en los Barrios de Santiago y Xanenetla en Puebla.

El abordaje histórico de la filosofía respecto a las relaciones sociales, es estudiado por Durkheim, (siglos XVII y XVIII), que proponen dos posturas, respecto a las políticas pública y a la cohesión social:

a/Liberal: une a la sociedad por el intercambio entre individuos racionales –perspectiva normativa–.
b/Contractualista: la sociedad se mantiene unida porque existen, normas y valores compartidos –perspectiva no normativa–.

Entendiendo entonces que la cohesión social es percibida como un atributo de la sociedad (creencias, normas y valores), emanada de los vínculos sociales duraderos que establecen los individuos entre sí y con las instituciones sociales (Durkheim. 2002 y Parson.1980).

Si bien las instituciones como la Organización de las Naciones Unidas plantean que para que pueda existir una comunidad en armonía se necesitan cubrir siete grandes rubros. (Pérez. D. 2016)

1. El ser humano es sujeto y objeto de su propio desarrollo; él lo origina y lo promueve.
2. El Desarrollo Comunitario debe estar estrechamente relacionado con los planteamientos globales que en esta materia señala la política social, solo así logra la cohesión social aspiración máxima.
3. La comunidad debe ser vista como un escenario donde la participación es el elemento clave, pues el sujeto es un recurso estratégico e inteligente del proceso, generando identidad.
4. La finalidad de considerar así al sujeto es conseguir su mejoramiento en su calidad y bienestar de vida.
5. Genera un proceso de capacitación que no solo informe, sino que forme.
6. A partir de ello, favorece los sentimientos de arraigo y pertenencia.
7. Los procesos de desarrollo son particulares y en consecuencia son contextuales al escenario de intervención.

En la misma tesitura de la ONU, se encuentra que la paulatina evolución de la cultura como factor de desarrollo lo demuestra el planteamiento que la UNESCO hace de la cultura a lo largo de casi cuatro décadas en diferentes documentos, de los que cabe señalar la Declaración de México de 1982 sobre las Políticas Culturales, que propone una dimensión cultural del desarrollo, resaltando las relaciones que la cultura tiene con la democracia, la ciencia, el arte, la educación y la comunicación; y el Informe Mundial sobre la Cultura para el Desarrollo Urbano Sostenible “Cultura: Futuro Urbano” del año 2016, en el que se refuerza la dimensión cultural del desarrollo al añadir categorías que tienen que ver con el urbanismo y la sostenibilidad, para lograr que las comunidades en este caso barriales encuentren una relación que tiene con el desarrollo urbano de las ciudades garantizando la sostenibilidad de la sociedad y la integración de la población mediante políticas de participación, movilidad, resiliencia, entre otros.

Lo anterior permite entonces la integración de los lenguajes y saberes artísticos que en una comunidad urbana es mediada por la cohesión social, que solo puede ser posible si se asumen dichos lenguajes y generan aproximaciones a la realidad desde perspectivas diferentes al lenguaje científico.

Dado que el lenguaje utilizado en los murales, son expresiones artísticas que los autores presentan a una comunidad determinada, la fundamentación básica desde la psicología es el conocimiento que se concibe como un proceso activo en el cual la estructura inherente del observador se impone sobre un supuesto orden externo y toda operación cognoscitiva se apoya en un sistema relativamente autónomo con respecto a lo que podría entenderse como realidad.

El constructivismo es la teoría, que sustenta que una construcción de la mente, depende de la experiencia y la percepción propia del individuo. (Castellaro, Mariano Andrés. 2012). Se relaciona directamente con la psicología social Niemeyer y Mahoney (1998), plantean que el constructivismo se basa en la idea de que el ser humano no tiene acceso directo a la realidad externa, singular, estable y totalmente cognoscible, sino que es la relación con los otros quienes permiten construir una realidad tangible y con interpretaciones socialmente construidas por la cultura.

Así los recursos simbólicos del contexto social e histórico permiten formular teorías viables o ficciones útiles que le permitan a los actores sociales negociar su mundo social, Edgar Morín (2006) señala que “el ejercicio del pensamiento estratégico y de cierta habilidad artística o artesanal, propia del trabajo con situaciones únicas, conflictivas, inéditas, que interpelan la ciencia y la creatividad”. (26)

Metodología empleada

Para cumplir con los resultados en los tres componentes que se propusieron en la investigación se utilizaron los recursos combinados que ofrecen la metodología comparada. En el primer componente de la investigación se emplearon técnicas de recolección de información de los censos (2010-2000) y la encuesta intercensal de 2015 para conocer el contexto socioeconómico, demográfico y cultural en que vivieron y viven actualmente los habitantes de estos municipios y los cambios que produjeron las obras en estos municipios. En forma paralela, con el análisis histórico de documentos, estudios previos, archivos municipales, fuentes hemerográficas y testimonios de personas de la comunidad y líderes sociales, se reconstruirá la historia de los municipios. En particular fue necesario indagar la problemática social que había antes y después de la creación de los murales, los cambios en la organización social de la comunidad que se produjeron, el nivel de cohesión social y el desarrollo de la actividad económica para sus pobladores, por ejemplo, al convertirse en un atractivo turístico para los visitantes.

Dentro del tercer eje de la intervención se presentaron los siguientes componentes: la contribución del arte, a través de los murales en la cohesión y desarrollo social comunitario. Se analizó la decodificación que hace el público de las obras de arte, los beneficios sociales que identifican los miembros de la comunidad con la creación de los murales y los cambios habidos en su organización, participación y cohesión social. Las fuentes de información serán tomadas del análisis histórico, las encuestas de opinión al público y entrevistas a líderes sociales comunitarios, religiosos, autoridades de gobierno e instituciones (educación, comunitarias, etc.).

Muestra 200 cuestionarios

Cuestionario semiestructurado Fase extensiva: permitió conocer aspectos de residencia, tránsito y expresiones respecto a la emoción que le evocaba el recuerdo de los murales vistos o visitados en algún momento. Los datos que lo integraron: datos de identificación, características sociodemográficas, lugar de residencia, tiempo de residencia, frecuencia en las relaciones con los vecinos, asistencia actividades vecinales, consideraciones respecto al arte en la participación comunitaria, gestión, conocimiento y mensaje de la producción artística del barrio.

Procedimiento de análisis. Fase intensiva

El análisis y la presentación de los primeros resultados se muestra a través de lenguajes artísticos que han hecho posible el diálogo y el debate en cuestiones polémicas, generando a medio y largo plazo políticas específicas o acciones concretas a corto plazo. Para la presentación de esta fase se tiene en

cuenta las siguientes variables: Identidad, Cohesión, Mensaje, es importante señalar que los estudiantes del curso de Intervención psicosocial, levantaron y realizaron el tratamiento estadístico. (ver fotografía 1).



Fotografía 1

La historia del Barrio, un 60% afirma que los murales han logrado enriquecer su conocimiento sobre esta, un 27% no está de acuerdo con esto y un 20% no está ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Los encuestados respondieron a la pregunta de la identidad barrial el 65% aproximadamente, afirma que se observan la cultura y los valores del barrio en las imágenes de los murales, mientras que un 26 % no tiene una opinión definida, así como un 7 % no lo observa.

Barrio de Santiago.

Respecto a la identidad del barrio, el 7.1% están de acuerdo que la implementación de los murales ha permitido la identidad del barrio, el 33.3 % no están de acuerdo, ni en desacuerdo, el 30.95% está de acuerdo, 19.05% está en desacuerdo y el 9.5% está en desacuerdo. (ver figura 1)

Gráfico circular Recuento de ¿Los murales describen la identidad del barrio?

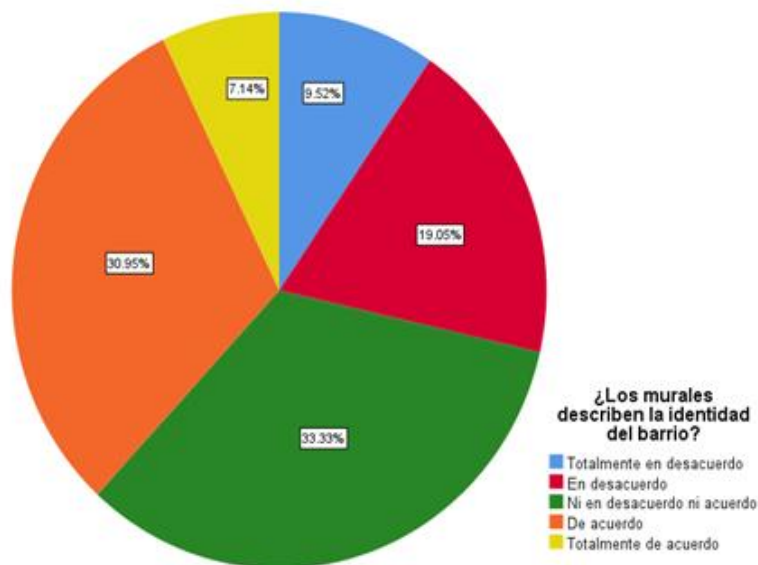


Figura 1.

Respecto a la cohesión del barrio se encontró que el 34% percibían que sí se habían implementado actividades para la unión de la comunidad mientras que un 51% dijo que no, un 15% no contestó. Así

mismo, un 32% notó que gente externa se adentró a la comunidad a raíz de la intervención artística, un 53% que no.

Las intervenciones en el espacio público en el caso de los barrios han tenido la participación de expertos en la materia, así que, en el caso, de la primera entrevista semiestructurada da S. Cuatecotzin, colaborador del proyecto “Corredor Cultural UPAEP” y colaborador de la universidad.

Señalo que 1.- ... Era una forma de un proceso de vinculación en el cual los vecinos, la gente que ha vivido toda su vida prácticamente en el barrio pudieran tener visualidades o elementos con los que pudieran identificarse y que tenía que ver precisamente con la historia del barrio; entonces, más o menos así es que se conjunta y se realizan los murales. ...

2.- ... Se realizan con colaboración de los vecinos, muchos de los elementos de las historias y de la base histórica es gracias al gran apoyo de los vecinos porque ellos son los que mediante una dinámica que se realizó en el museo UPAEP se pudo hacer una especie de fondo de historias. Un fondo donde venían esos elementos que se pudieron después reflejar en los murales.

Conclusiones

Fase Metagrupal: Elaboración del paradigma de intervención del equipo en sus aspectos epistemológicos, teóricos, metodológicos y ético-políticos.

Acompañamiento en la planificación, desarrollo y evaluación de los momentos de inserción, desarrollo y cierre de los trabajos comunitarios.

Fortalecimiento del equipo de trabajo, abordando, si es necesario los conflictos grupales e institucionales, favoreciendo la interdisciplinariedad y la mirada intercultural. Estimulación de la co-producción investigativa

No hay trabajo de intervención psicosocial sin equipo. La complejidad de la tarea de campo requiere de perspectivas interdisciplinarias, transdisciplinarias, intersectoriales e interculturales.

La metodología aplicada a este trabajo consistió en la investigación-acción, la cual está en la búsqueda de la transformación social, a lo largo de esta investigación se hizo evidente la presentación de historia, ideas, identidad y cultura que representan los murales del barrio de Santiago, y a raíz de la aplicación del instrumento se hizo presente esa transformación en esta comunidad. Por último, la finalidad de la intervención fue la resonancia que dichas representaciones dejan en las personas que vivencian el barrio, los sentimientos que tienen y el deseo de cuidado que generan bienestar en los habitantes.

El equipo no se agota en el trabajo técnico de intervención, incorpora dimensiones relacionales, organizacionales, de articulaciones interinstitucionales. El desafío es poner en diálogo racionalidades diferentes.

Referencias bibliográficas

Allende, I. (25 de Julio del 2017). Solo en 12 espacio públicos de Puebla podrán estar artistas urbanos. Obtenido de <https://www.allcitycanvas.com/artistas-urbanos-puebla/>

Castellaro, Mariano Andrés. (2012). Definiciones teóricas y áreas de investigación propuestas desde el constructivismo, en publicaciones latinoamericanas de psicología y educación presentes en la Base de Datos REDALYC. *Liberabit*, 18(2), 131-146. Recuperado en 12 de agosto de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000200004&lng=es&tlng=es.

Durkheim, Emile (2002). *La educación moral*, España: Morata.

Parsons, Talcott (1980). *La clase como sistema social: algunas de sus funciones en la sociedad americana*, España: Textos Fundamentales.

Pascualini y Manzano (1998). "Raymond Williams: Aportes para una teoría marxista de la cultura", en *Razón y revolución* nº 4, 1998. <http://www.razonyrevolucion.org.ar/textos/revryr/arteyliteratura/ryr3Pasqualini.pdf>

Pérez, D. (2016). Teoría y práctica del desarrollo comunitario. Un estudio de caso en un fraccionamiento de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* ISSN 2007 – 7467, vol. 6, no. 12 RIDE.

Pons, Anacleto, "Raymond Williams: ¿Qué es la cultura?". Clionauta: blog de historia. (<http://clionauta.wordpress.com/2009/02/23/raymond-williams-%C2%BFque-es-la-cultura/>)-

Redacción (2017, abril, 25) La Ciudad Mural de Xanenetla. Recuperado de: <http://pueblados22.mx/la-ciudad-muralxanenetla/>

Williams, Raymond. (1994). *Sociología de la cultura*. Barcelona: Paidós.

Williams, Raymond, Keywords, Fontana, Great Britain, (1976). entrada: *Culture*, pp.76-82. Traducido por Tomás Austin M. 1990. (<http://www.lapaginadelprofe.cl/cultura/rwilliams.htm>).

Zolberg, Vera L. (2002). *Sociología de las artes*. Madrid: Fundación Autor.

ASOCIACIÓN ENTRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS SOCIALES Y DE INVESTIGACIÓN EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

Dora Elizabeth Granados-Ramos

Lizeth Almanza-Colorado

Jorge Darío López-Sánchez

Sebastián Figueroa-Rodríguez

María Magdalena Álvarez-Ramírez

Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología, Laboratorio de Psicobiología. Xalapa, Veracruz, México

Resumen

En la educación universitaria es necesario reflexionar si la forma en que se promueve el aprendizaje contribuye a la formación de profesionistas que resuelvan problemáticas. El objetivo fue describir la asociación entre competencias sociales y de investigación en estudiantes de psicología. Se realizó una investigación transversal con 22 universitarios (17 mujeres) de 18 años promedio ($DE = 0.6$). Se utilizaron los instrumentos: Habilidades Sociales, Autoevaluación de Habilidades y Competencias de Investigación. El puntaje de Competencias Sociales de la autoevaluación fue menor al de la profesión ($t = 6.819$, $gl = 21$, $p < 0.001$). Se encontraron regresiones significativas al predecir el puntaje total de Competencias de investigación ($F = 5.032$, $gl = 1, 20$, $p = 0.036$, $R^2 = 0.201$). La autopercepción de habilidades sociales se asoció con algunas competencias de investigación, sin embargo, dichas habilidades son uno de múltiples factores que influyen en el desarrollo de competencias de investigación.

Palabras clave: Competencias, Sociales, Investigación, Estudiantes, Psicología.

Abstract

In university education it is necessary to reflect whether the way in which learning is promoted contributes to the training of professionals who solve problems. The aim was to describe the association between social and research skills in psychology students. A cross-sectional research was carried out with 22 university students (17 women) of 18 years of age ($SD = 0.6$). The instruments used were two questionnaires for Self-Assessment of Social and Research Skills. The Social Skills score of the self-assessment was lower than the proposed by the students for the profession ($t = 6.819$, $gl = 21$, $p < 0.001$). Significant regressions were found when predicting the total score of Research Competencies ($F = 5.032$, $gl = 1, 20$, $p = 0.036$, $R^2 = 0.201$). Self-perception of social skills was associated with some research skills, however, such skills are one of the many factors that influence the development of research skills.

Keywords: Skills, Social, Research, Students, Psychology.

Introducción

En México se observa incremento en la demanda educativa desde el año 2000, así como en el interés por promover la calidad y la equidad entre los estudiantes. La calidad educativa se garantiza mediante la vigilancia de acreditación y certificación de todas las Instituciones de Educación Superior (IES), y se promueve la igualdad, considerando que, sin importar el género, zona geográfica o condición social,

los alumnos tengan posibilidades de acceder a la educación superior (Martínez-Clares & González-Morga, 2019; OCDE, 2019).

En la formación del universitario la adquisición de competencias garantizará que sean más productivos, más demandados en el medio laboral e incrementará su oportunidad para tener mejores empleos y salarios (Farfán, 2014; World Economic Forum, 2016; OCDE, 2019).

Por lo que, en la búsqueda de nuevos paradigmas en educación, se ha planteado en las universidades la formación por competencias, donde el alumno funge como responsable de su propio aprendizaje y el profesor como guía. Además, se están elaborando currículos para desarrollar y evaluar las competencias, aunque aún no exista una comprensión total de los conceptos y los modelos más adecuados para implementarlos en los diferentes niveles educativos (García, 2006; Alsina, *et al.*, 2011; Martí-Vilar, & Marcos-Moliner, 2018).

En la formación universitaria, algunos de los criterios de desempeño que deben considerarse son el *saber ser*, *saber conocer* y *saber hacer*, donde el *saber ser* considera la formación humana y del pensamiento complejo; el *saber conocer*, la conceptualización basada en la ética y la transdisciplinariedad; y el *saber hacer*, el desarrollo de competencias en los contextos personal, social, laboral, familiar y educativo (Tobón, 2005; Vaca, Aguilar, Gutiérrez, Cano & Bustamante, 2015).

El modelo educativo de la Universidad Pública se basa actualmente en el desarrollo de competencias, sin embargo, existe una crítica o reflexión latente en cuanto a si el desarrollo de aptitudes y habilidades permitirá formar profesionistas competentes y exitosos (Bautista & López, 2019), ya que, mediante las aptitudes, el estudiante, demuestra la disposición para realizar las actividades relacionadas con su práctica profesional y mediante las habilidades muestra dominio de lo aprendido (Díaz, 2006).

Los universitarios demuestran con su desempeño a lo largo de su formación y al concluirla, que cuentan con competencias profesionales para desarrollarse en el campo laboral; es decir, competencias básicas, genéricas y específicas. En las básicas, destrezas, conocimientos y actitudes; en las genéricas, habilidades instrumentales, interpersonales y sistémicas, y en las específicas la formación disciplinar teórica y práctica (Galdeano & Valiente, 2010; Jiménez, Hernández & González, 2013).

Respecto a las competencias, en la Universidad Pública Mexicana, se contempla el desarrollo de competencias sociales (CSO) y de investigación (CIN) en profesionistas de la salud; comprendiendo en las CSO, las capacidades intra e inter personales de los estudiantes y en las CIN, los saberes cognitivos durante su formación.

Las CSO son relevantes en los profesionistas de salud, entre los que se encuentran los psicólogos, ya que estos principalmente ofrecen atención de tipo asistencial y están en constante interacción con otros usuarios de los servicios de salud: estudiantes, enfermos, pacientes, etcétera. Las CSO que el profesionista o experto aplica en la interrelación con los usuarios conllevan a la adecuada resolución de problemas (Torbay, Muñoz, & Hernández, 2001; Holst, Galicia, Gómez & Degante, 2017).

Por otro lado, el desarrollo de CIN, conlleva a que el universitario y futuro profesionista, en forma sistemática: observe, identifique los problemas de su entorno, plantee hipótesis, utilice metodologías para la verificación de hipótesis, e implemente técnicas y herramientas para dar alternativas de

solución (Sotelo-Castillo, López-Valenzuela, Ramos-Estrada, Ramírez-Rivera & Barrera-Hernández, 2012; Navarro y Botija, 2015).

Específicamente en la carrera de psicología, el estudiante cursará asignaturas dirigidas al desarrollo de competencias que utilizará en su práctica laboral. En esta disciplina el psicólogo en formación debe desarrollar CSO para facilitar la atención a las personas a partir de las interacciones cotidianas y con CIN para solucionar los problemas de su entorno con conocimientos teóricos, metodológicos y prácticos.

En estudiantes de psicología se ha observado mayor desarrollo de las competencias de investigación metodológicas y tecnológicas que las relacionadas con la búsqueda de información, comunicación de resultados y trabajo en equipo (Ramos, *et al.*, 2012). Estas deficiencias son más evidentes en estudiantes con dificultades de atención e hiperactividad (Granados, Figueroa & Velázquez, 2016). En cuanto a las competencias sociales, al inicio de la carrera de psicología, se observan mejores puntajes en los indicadores que miden la interacción con amigos que en aquellos enfocados a las relaciones familiares (Ramos, *et al.*, 2012). Por lo anterior, se considera que los psicólogos deben desarrollar y utilizar en el ejercicio de su profesión las CSO y las CIN, mismas que podrían estar asociadas entre sí.

En el interés de ampliar el conocimiento del desarrollo de competencias en la formación de los universitarios, se planteó como objetivo, describir la asociación entre competencias sociales y de investigación en estudiantes de psicología.

Material y método

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal con 22 universitarios (17 mujeres) de 18 años promedio (DE = 0.6) de segundo semestre de psicología de la Universidad Veracruzana campus Xalapa. Se seleccionó a un grupo de estudiantes por conveniencia. Se utilizó el instrumento de Habilidades Sociales (Torbay, Muñoz, & Hernández, 2001) y el de Autoevaluación de Habilidades y Competencias de Investigación (Universidad Autónoma de Santo Domingo, 2013). La escala Likert de los dos instrumentos se modificó de cinco a cuatro opciones, debido a que esto reduce la probabilidad de que el encuestado responda en medio, cuando hay opciones impares (Simms, Zelazny, Williams, & Bernstein, 2019).

El instrumento de Habilidades Sociales tiene un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.83, consta de veinte indicadores que corresponden a competencias inter e intra personales. Las opciones de calificación para la frecuencia en que se usa cada habilidad fue: Nunca (1), Pocas veces (2), Muchas veces (3) y Siempre (4); y para el nivel de importancia de cada habilidad en la profesión fue: Irrelevante (1), Algo importante (2), Importante (3) y Muy importante (4). A las habilidades que evalúa este instrumento lo denominaremos a partir del apartado de resultados como competencias sociales (CSO).

El Instrumento de Autoevaluación de Habilidades y Competencias para la Investigación tiene un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.85., está conformado por cuarenta ítems agrupados en seis categorías: Búsqueda de información, Dominio tecnológico en la utilización de software, Dominio metodológico, Dominio para la comunicación escrita de resultados, Dominio para la comunicación oral de resultados y Habilidad para trabajar en un equipo de investigación. Dicho instrumento se califica mediante una escala psicométrica de tipo Likert en la que el participante debe

valorar qué tanto tiene desarrollada esa competencia, y responder según los siguientes niveles: Insatisfactorio (1), Mínimo necesario (2), Bueno (3) y Alto (4).

Análisis estadístico

Se utilizó una prueba t de muestras emparejadas para comparar los puntajes totales de habilidades sociales en los dominios de autoevaluación y profesión. Se contrastaron las distribuciones de las respuestas para cada indicador entre autoevaluación y profesión del instrumento de Habilidades Sociales mediante la prueba de Friedmann, el nivel de significancia se ajustó según la corrección para comparaciones múltiples de Bonferroni. Se calcularon frecuencias de cada indicador del instrumento de Habilidades Sociales para identificar cuáles eran las que consideraron con mayor o menor importancia para su profesión. Se realizaron regresiones lineales considerando el total de autoevaluación de habilidades sociales como predictor y a los dominios de competencias de investigación como variables dependientes.

Resultados

En cuanto al instrumento de Habilidades Sociales el puntaje promedio de la autoevaluación fue de 60.77 (DE = 6.2), el promedio de la valoración de su profesión fue de 70 (DE = 5.9). Los alumnos expresaron que las CSO que tienen actualmente son menores a las que consideran que requiere su profesión ($t = 6.819$, $gl = 21$

, $p < 0.001$) (Figura 1).

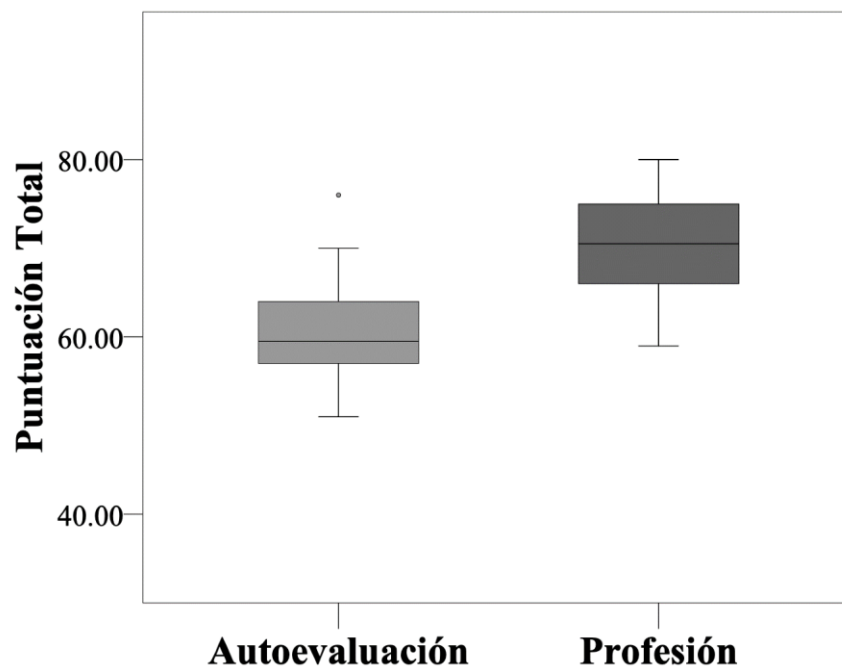


Figura 1. Comparación entre la frecuencia en que se usan las habilidades sociales y la importancia de las habilidades en la profesión.

Al comparar las distribuciones de las respuestas para cada indicador de CSO entre la autoevaluación y la profesión, se encontró que los estudiantes valoraron en su profesión, más altas las habilidades de:

escuchar ($p = 0.001$), expresar ($p = 0.002$), de iniciar, mantener y finalizar una conversación ($p = 0.001$), de afrontar críticas ($p < 0.001$), de control emocional ($p < 0.001$) y de autoplanificación ($p < 0.001$).

Las CSO consideradas menos importantes para la profesión, fueron: pedir un favor, negociar, elogiar, dirigir a otros y autoafirmación o autorrefuerzo. En las más importantes consideraron: expresar; iniciar, mantener y finalizar una conversación; recibir las emociones de otros y control emocional.

En el análisis descriptivo, la CIN más desarrollada al momento de la valoración fue la de comunicación oral de resultados (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos de cada competencia de investigación valorada

Competencia	Media (desviación estándar)	Mínimo / Máximo
Búsqueda de información	30.06 (5.7)	12 / 48
Dominio tecnológico en la utilización de software	15 (3.2)	6 / 24
Dominio metodológico	57.64 (8.4)	22 / 88
Dominio para la comunicación escrita de resultados	35.25 (6)	13.5 / 54
Dominio para la comunicación oral de resultados	2.72 (1.6)	1.5 / 6
Habilidad para trabajar en un equipo de investigación	14.25 (7.2)	7.5 / 30
Puntaje total	152 (25)	
Porcentaje de desarrollo de habilidades de investigación	0.60 (0.10)	

Nota: Para cada dominio la escala de medición es diferente, por lo que se presentan los valores mínimos y máximos de cada uno.

Se encontraron regresiones significativas usando el total de autoevaluación al predecir el puntaje total de CIN ($F = 5.032$, $gl = 1, 20$, $p = 0.036$, $R^2 = 0.201$); el puntaje del Dominio de comunicación oral ($F = 9.433$, $gl = 1, 20$, $p = 0.006$, $R^2 = 0.320$); el puntaje de la Habilidad para trabajar en un equipo de investigación ($F = 5.545$, $gl = 1, 20$, $p = 0.029$, $R^2 = 0.217$) y el Porcentaje de desarrollo de competencias de investigación ($F = 4.518$, $gl = 1, 20$, $p = 0.046$, $R^2 = 0.184$). Lo que indica que las competencias sociales (CSO) influyen positivamente en las competencias de investigación (CIN) (Figura 2).

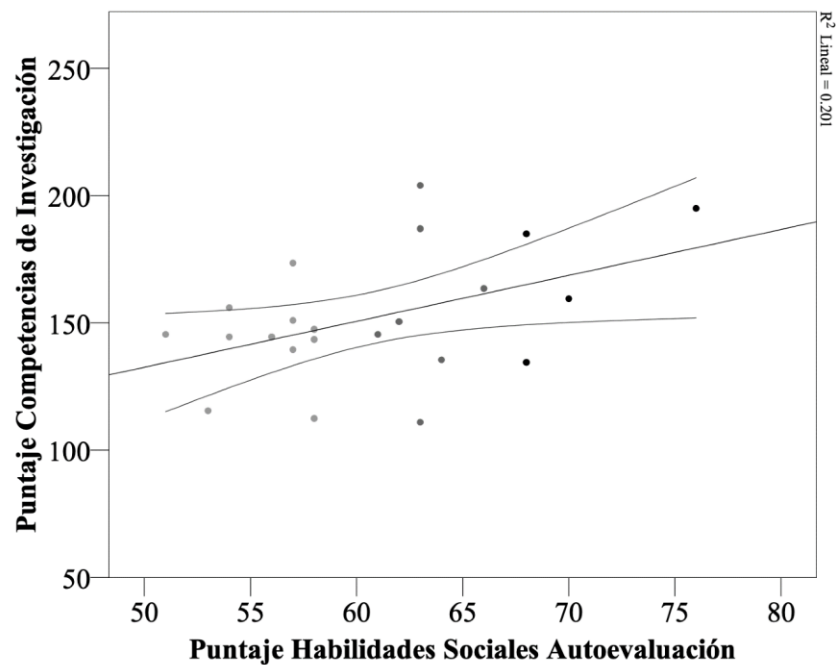


Figura 2. Comparación entre los puntajes totales de Competencias de Investigación y Autoevaluación de las Habilidades Sociales.

Discusión

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2019) señala que, en México, contar con un título universitario favorece la inserción al campo laboral y mejora las condiciones de vida, sin embargo en la actualidad, no es suficiente contar con el título y cédula profesional, sino que, debe demostrarse el dominio de competencias para responder a las necesidades de los empleadores, por lo que la Universidad debe de considerar en su currícula promover en los estudiantes el desarrollo de competencias que respondan a la demanda de empleadores y a las problemáticas para las que se requiere encontrar soluciones que beneficien a la sociedad (Farfán, 2014; World Economic Forum, 2016).

En esta investigación, consideramos evaluar las competencias sociales y de investigación en los estudiantes de psicología, debido a que estas son relevantes en la educación superior para el desarrollo y dominio de contenidos de la currícula. Las competencias sociales, para el desarrollo de capacidades intra e inter personales para interactuar con sus pares y con la población que se atiende y las de investigación por consistir en los saberes cognitivos que desarrollarán durante su formación y aplicarán posteriormente como profesionistas.

El desarrollo de dichas competencias contribuye al cumplimiento del compromiso social y ético de los profesionistas de la salud, en tanto que, establecerán interacciones con diversas personas de las áreas clínica, educativa y administrativa, donde existen problemáticas que deben ser resueltas.

Con el análisis de las respuestas de lo que autoperceben los estudiantes del logro de sus habilidades y capacidades desarrolladas, se cumplió el objetivo de describir la asociación entre las competencias sociales y de investigación en estudiantes de psicología, quienes expresaron que las habilidades

sociales con las que cuentan, son menores que las que necesitan para el desarrollo de su profesión. De igual forma, la influencia positiva de las habilidades sociales sobre las competencias de investigación por contar con un porcentaje de varianza explicado (R^2) no muy elevado dirige a considerar que hay otras competencias además de las sociales, asociadas a las de investigación. Por lo tanto, debe considerarse el desarrollo de habilidades sociales y de investigación, así como incorporar otras competencias profesionales en las prácticas programadas a lo largo de la formación del universitario.

Por otro lado, en las habilidades sociales se observó que los estudiantes valoraron con puntajes más altos para su profesión: escuchar, expresarse, conversar, afrontar críticas, tener control emocional y autoplanificación que corresponden a 30% del total de habilidades que se espera desarrollen. Habrá que analizar por qué la mayoría de las habilidades no se consideran importantes y favorecer que comprendan la relevancia de todas las habilidades sociales, las aprendan.

En cuanto a las competencias de investigación, los estudiantes expresaron que han desarrollado más el dominio para la comunicación oral de resultados, esto difiere de lo reportado por otros autores quienes señalan menor desempeño en dicha competencia (Ramos, *et al.*, 2012). En general, los datos permiten hacer ajustes durante el curso de la formación de los estudiantes y sobre todo corroborar que al final logren las competencias evaluadas además de todas las que se requieren como profesionistas.

Los instrumentos aplicados por ser de autopercepción, muestran un panorama de las habilidades sociales y de investigación de los alumnos, no obstante, debe considerarse tanto la autopercepción como la demostración del dominio de estas durante su formación y al concluir la carrera profesional, que se cumpla con el fin de la educación superior de que egresen estudiantes con competencias profesionales para tener mejores oportunidades en el campo laboral.

A partir de estos datos, será necesario evaluar todas las competencias profesionales, corroborar que los estudiantes demuestren en su desempeño académico el *saber ser*, *saber conocer* y *saber hacer* como lo señala Tobón (2005) y al egreso como ya se dijo, demostrar el dominio en los diferentes campos laborales en los que se integre o en la formación posterior en posgrados de excelencia.

Por otro lado, será necesario validar los dos instrumentos utilizados con la modificación de respuestas pares en la escala Likert (Simms, *et al.*, 2019) para corroborar si se reduce la probabilidad de que se responda en medio.

Conclusiones

Los alumnos percibieron que sus habilidades sociales se encuentran en un nivel subóptimo en comparación con el que su profesión requiere. La autopercepción de habilidades sociales se asoció con algunas competencias de investigación, sin embargo, dichas habilidades son solo uno de los múltiples factores que influyen en el desarrollo de competencias de investigación.

Referencias bibliográficas

- Alsina, Josep (coord.). (2011). *Evaluación por competencias en la Universidad: Las competencias transversales*. Barcelona: ICE y Octaedro S. L.
- Bautista, J.M., & López, N.R. (2019). Análisis crítico del modelo basado en competencias en la Universidad. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*. 6(1), 71-80.
- Díaz, Ángel. (2006). *El enfoque de competencias en la educación*. XXVIII (111), 7-36.
- Farfán, Teresa. (2014). Reclutando profesionales con deseos de empleo. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*. ISSN: 0188-168X. (69), 28-36.
- Galdeano, C., & Valiente, A. (2010). Competencias profesionales. *Educ. quím.*, 21(1), 28-32.
- García, María Rosa. (2006). Las competencias de los alumnos universitarios. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20 (3), 253-269.
- Granados, D. E.; Figueroa, S. & Velázquez, A. (2016). Dificultades de atención y competencias de investigación en estudiantes universitarios de psicología. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(2), 131-140.
- Holst, I., Galicia, Y., Gómez, G. & Degante, A. (2017). Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios. *Revista Vertientes*. Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 20 (2), 22-29.
- Jiménez Y, Hernández J. & González M. (2013). Competencias profesionales en la educación superior: justificación, evaluación y análisis. *Innovación Educativa*, 13 (61), 1665-2673.
- Martí-Vilar, M. & Marcos-Moliner, M. (2018). Un modelo de enseñanza desde la Universidad: Construcción de competencias y valores para el futuro profesional socialmente responsable. En A. Richart et al. (eds.). *Juicio moral y democracia. Retos de la ética y la filosofía política*. Granada: Comares, 387-403.
- Martínez-Clares, P., & González-Morga, N. (2019). El dominio de competencias transversales en Educación Superior en diferentes contextos formativos. *Revista Educação e Pesquisa*. (45), 1-23.
- Navarro, J.J., & Botija, M.M. (2016). Competencias de investigación en estudiantes y estudios universitarios de trabajo social en España. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 2016, 71-90.
- OCDE. (2019). *Higher Education in Mexico: Labour Market Relevance and Outcomes*, Higher Education, OCDE Publishing, Paris.
- Ramos, I., Méndez, M., Aguilar, C., Hernández, J. & Cota, F. (2012). *Implementación de una estrategia para la mejora del desempeño académico en alumnos de nuevo ingreso al programa de Medicina Veterinaria y Zootecnia*. En Pizá, R., González, M. y Moreno, Y. (Comp.). *Formación Profesional para la adquisición de Competencias*. México: ITSON, 9-17.
- Simms, L., Zelazny, K., Williams, T., & Bernstein, L. (2019). Does the Number of Response Options Matter? Psychometric Perspectives Using Personality Questionnaire Data. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000648>
- Sotelo-Castillo, M., López-Valenzuela, M., Ramos-Estrada, D., Ramírez-Rivera, C. & Barrera-Hernández, L. (2012). Habilidades y competencias para la investigación desarrolladas por los estudiantes de Psicología. En Pizá, R., González, M. y Moreno, Y. (comp.). *Formación Profesional para la adquisición de Competencias* México: ITSON, 9-17.
- Tobón S (2005). *Formación basada en competencias*. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica, Bogotá, ECOE Ediciones, 286.

Torbay, A., Muñoz de-Bustillo, M., & Hernández J.C. (2001). Los estudiantes universitarios de carreras asistenciales: Qué habilidades interpersonales dominan y cuáles creen necesarias para su futuro profesional. *Aula Abierta*, 78, 1-17..

Universidad Autónoma de Santo Domingo (2013). *Instrumento para la autoevaluación de habilidades y competencias para la investigación*. Documento de trabajo. Santo Domingo (República Dominicana): UASD.

Vaca, J., Aguilar, V., Gutiérrez, F., Cano, A. & Bustamante, A. (2015). ¿Qué demonios son las competencias? Aportaciones del constructivismo clásico y contemporáneo. *Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones en Educación*.

World Economic Forum. (2016). *The Future of Jobs. Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution*. (Primera edición). Geneva: Switzerland: Autor.

Agradecimientos:

CONACYT por las becas No. 752365 y No. 751154.

Los Autores

Lizeth Almanza-Colorado

almanzac.lizeth@gmail.com

Licenciada en Psicología, miembro del Laboratorio de Psicobiología de la Universidad Veracruzana y estudiante de maestría en Neuroetología.

María Magdalena Álvarez-Ramírez

malvarez@uv.mx

Doctora en Neuroetología, y coordinadora de la maestría en Seguridad Alimentaria en la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana.

Yoalli Cruz Zúñiga

yoallicz_psic@hotmail.c

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dámaris Díaz Barajas

damadiaz03@gmail.com

Doctora en Ciencias de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva. Morelia, Michoacán, México.

Sebastián Figueroa-Rodríguez

sfigueroa@uv.mx

Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación y académico de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana.

María Inés Gómez del Campo del Paso

igomezdelcampo@hotmail.com

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dora Elizabeth Granados-Ramos

dgranados@uv.mx

Doctora en Neurociencias, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores SIN I. Responsable del Laboratorio de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. Y perteneciente al Cuerpo Académico “Investigación y Desarrollo Tecnológico en Psicología”.

Grupo Profesional de Apoyo Terapéutico (GRUPAT)

Eduardo Murueta Reyes, e-mail: murqueta@amapsi.org; **María del Rosario Monroy Rodríguez**, rosario@amapsi.org; **Lizbeth García Dimas**, lizagd11@gmail.com; **Aymara Maricela Mancilla Martínez**, aymara.mancilla@uicui.edu.mx; **Liliana Ruíz Cruz**, ruizclili@gmail.com; **Janet Cruz Esquivel**, janetcruzesquivel@gmail.com; **Erika Zenon Pascual**, psic.clinicaerika08@gmail.com; **Verónica Meneses López**, menesesveronica21@gmail.com; **Leticia Juárez Colín**, letyjuarezcolin@gmail.com; **Leticia Hernández Vara**, letyjuarezcolin@gmail.com; **Juana Ramírez Cosme**, juanitarc26@gmail.com; **Miriam Judith Tapia Rosas** tapia.psic@gmail.com

Esteban Miguel León Ochoa

esleon8a@gmail.com

Facultad de Filosofía y Letras. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Av. Juan de Palafox y Mendoza. No. 219, Puebla, México. Benemérita Normal del Estado de Puebla CEMPOS

Jorge Darío López-Sánchez

sdariolopez@gmail.com

Licenciado en Psicología, Especialista en Métodos Estadísticos, Maestro en Neuroetología, miembro del Laboratorio de Psicobiología, estudiante de doctorado en Neuroetología.

Marisol Morales Rodríguez

marisolmoralesrodriguez@gmail.com

Doctora en Ciencias de la Educación. Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva. Morelia, Michoacán, México.

Dulce María Judith Pérez Torres ,

dulcemaria.perez01@upaep.mx

Decanato de Artes y Humanidades, Facultad de Psicología, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, 21 Sur 110, Puebla, México. UNIVERSIDAD Pedagógica Nacional U 211 Puebla.

Yuritzi Itzel Resendiz Zarco.

especial_laboral@hotmail.com

Pasante de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán México.

Iris Yaneth Reyes Santoyo

Iris.gestalt@gmail.com

Licenciada en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás De Hidalgo. Maestra en Terapia Gestlat.

Claudia Angelica Sánchez Calderón

clau_sc2014@hotmail.com

Profesora Investigadora de Tiempo Completo y Coordinadora de la Maestría en Investigación Educativa de la UAEMéx. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta. Toluca, Estado de México; México.

Carlos Alfredo Sánchez Pérez

carlosalfredo.sp@gmail.com

Estudiante de Pregrado As media Centro de Formación Profesional. Licenciatura en Televisión y Producción audiovisual, Av Juárez 1511, La paz, Puebla, México.

Axel Marcelo Villaseñor Celorio

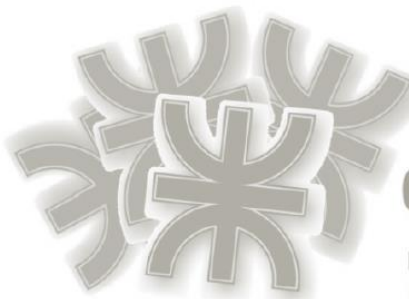
axelm@live.com.mx

Estudiante de Licenciatura en Psicología y Terapeuta en formación del IMPAADD A.C. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta, Toluca, Estado de México; México.

Lucía María Dolores Zúñiga Ayala

luciapsic@yahoo.com.mx

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Integración Académica en Psicología.

Revista científica de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología.

