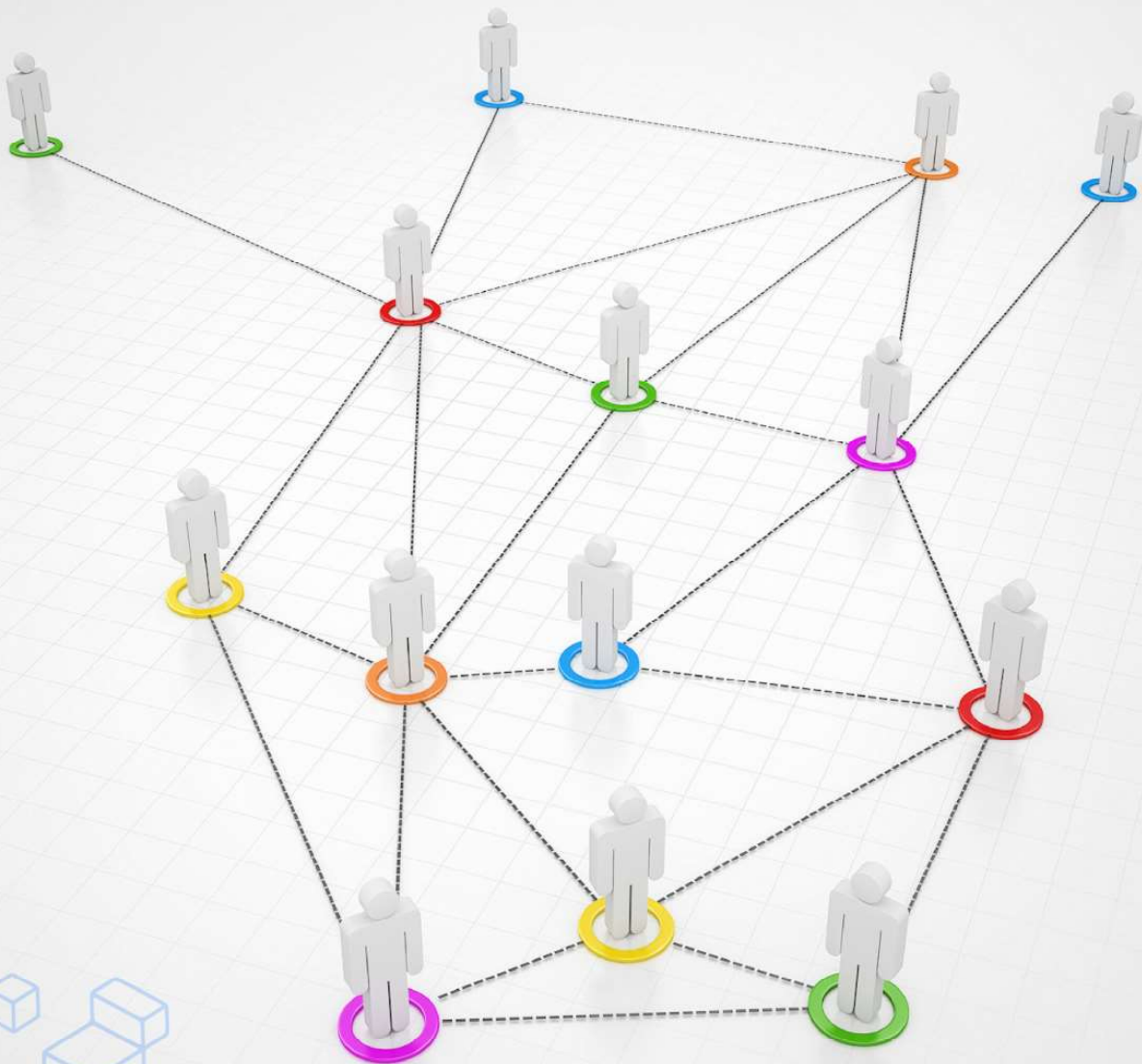


SISTEMAS HUMANOS



VOLUMEN 4, NÚMERO 1

DEPÓSITO LEGAL ZU2021000216 / ISSN-L 2791-2523

ABRIL-SEPTIEMBRE 2024

MARACAIBO - VENEZUELA

SISTEMAS HUMANOS

Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta



M.A. ALFREDO LEÓN VETHENCOURT
Rector

DR. RAMÓN RINCÓN GONZÁLEZ
Vicerrector

ING. ÓSCAR URDANETA
Secretario

DRA. TANIA MÉNDEZ
Decana de la Facultad de Ciencias
Políticas, Administrativas y Sociales

DRA. LETICIA PRIETO
Decana de Posgrado e Investigación

DRA. MARA MALAVER
Coordinadora de la Maestría en Psicología
Educativa

MSC. FELIPE PEÑA
Coordinador de la Maestría en Psicología
Clínica

MSC. LUIS LANDAETA
Director de la Escuela de Psicología

MSC. PAULA CARLOS
Coordinadora del Centro de Investigaciones
Psicológicas

ESP. HOSGLAS SANCHEZ
Directora del Fondo Editorial



SISTEMAS HUMANOS

Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta

Volumen 4, Número 1, Abril - Septiembre 2024
ISSN-L 2791-2523 / Depósito legal ZU2021000216
Maracaibo - Venezuela

Avenida 2 "El Milagro", entrada autónoma de la Universidad Rafael Urdaneta, luego de la Biblioteca del Estado. Maracaibo, Venezuela. Teléf. (58) (261) - 2000887, Fax (58)(261) 2000868.
Sitio web: <https://uru.edu/fondo-editorial/> Correo electrónico: publicaciones@uru.edu

Producción Editorial

Hosglas Sanchez, Gestión Editorial
Liliana González, Asistente
José Armando González, Auxiliar
Johanna Sarabia, Auxiliar
Mibsay Contreras, Diseño y Maquetación
Ana Isabel Alizo, Revisora de las Traducciones
Yanin Dávila, Portada



Sistemas Humanos: Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta.

Depósito legal: ZU2021000216

ISSN-L 2791-2523

Periodicidad: Bianaual (dos números al año)

2024 © Universidad Rafael Urdaneta, Fondo Editorial

Se edita en colaboración con la Escuela de Psicología y el Centro de Investigaciones Psicológicas (CINVEPSI) de la Universidad Rafael Urdaneta.

Sitio web:

Sistemas Humanos: <https://revistas.fondoeditorial.uru.edu/index.php/sh>

Revistas URU: <https://revistas.fondoeditorial.uru.edu/>

Teléfono: (58) (261) - 2000892

Correo Electrónico: sistemashumanos@uru.edu

Los artículos publicados en **SISTEMAS HUMANOS** representan los resultados de investigaciones originales y han sido seleccionados a través de un riguroso proceso de revisión por pares. **Los autores son los únicos responsables del contenido de sus trabajos, incluyendo la precisión de los datos, la metodología empleada y las conclusiones presentadas.** La revista no se hace responsable de cualquier error u omisión que pueda aparecer en los artículos publicados. Los autores garantizan la originalidad de su trabajo y que no infringe los derechos de autor de terceros. Todos los artículos publicados en esta revista siguen las normas APA cuarta edición en español (Séptima en Inglés) para garantizar la claridad, coherencia y reproducibilidad de la investigación.



Todos los contenidos publicados en esta revista se encuentran bajo una licencia **Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 (CC BY-SA 4.0)**. Esta licencia garantiza la libre distribución, reproducción y modificación de los artículos, siempre y cuando se cite de manera adecuada a los autores originales y a la revista **Sistemas Humanos: Revista de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta**. Los usuarios están autorizados a compartir, adaptar y distribuir el material en cualquier medio o formato, incluso con fines comerciales, bajo la condición de que se otorgue el crédito correspondiente y que las obras derivadas se distribuyan bajo la misma licencia. Esta medida fomenta la difusión del conocimiento y garantiza el reconocimiento de la labor investigadora. Para mayor información sobre los términos y condiciones de esta licencia, por favor consulte: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.es>



Depósito Legal: ZU2021000216
ISSN-L 2791-2523
Bianual (dos números al año)

Comité Editorial

Dra. *Leticia Prieto de Alizo*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
Editora Jefe

Dra. *Mara Malaver*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
MSc. *Laura Gamboa*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
Dra. *Karleana Semprún*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
MSc. *Adriana Fernández*, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela
MSc. *Paula Carlos*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
MSc. *Marianna Tulli*, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela

Comité de Asesores

Dra. *Gloria Pino*, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela
Dra. *Cecilia Montiel Nava*, University of Texas. Rio Grande Valley, EE.UU
Dra. *María Susana Campo-Redondo*, Universidad de los Emiratos Árabes Unidos,
Emiratos Árabes Unidos
Dra. *Cristina Paz*, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela
Dr. *Juan Ricardo Bencomo*, Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, España

Sistemas Humanos, es una revista científica bianual, arbitrada y de acceso abierto, adscrita a la Universidad Rafael Urdaneta, abarca un amplio espectro de la psicología. Desde el desarrollo y la cognición hasta la clínica y la organizacional, se publica investigaciones originales y rigurosas. La revista cuenta con visibilidad en bases de datos como Revencyt, LATINDEX y Google Académico, ROAD, DIALNET, Zenodo, Aura y Rebiun.

Dirigir la correspondencia a: Dra. Leticia Prieto, Editora Jefe de Sistemas Humanos.
Correo electrónico: sistemashumanos@uru.edu (alternativo: publicaciones@uru.edu).

Sistema Humanos no cobra por la publicación de artículos. Fomentamos la difusión libre y gratuita del conocimiento científico.

Contenido

Artículos de Investigación

Vivencias de Adultos Jóvenes con TDAH Experiences of young adults with ADHD <i>Sofía Barrios y José Valbuena</i>	10
Proyecto de Vida de Adolescentes en Condición de Calle Concept of self in women survivors of gender violence <i>Valentina Arrieta-Tirado y Michell Corzo-Villalobos</i>	31
Concepto de Sí Mismo en Mujeres Sobrevivientes de Violencia de Género Concept of self in women survivors of gender violence <i>Valeria Concho-Jaramillo</i>	44
Representaciones Sociales sobre la Migración en Niños con Padres Migrantes Social representations on migration in children with migrant parents <i>Kelly Borges-Stela y Pierina Reyes-Ruiz</i>	64
Experiencia de Familiares de Pacientes con Epilepsia Experience of familiar's patients with epilepsy <i>Mariangel Meleán y Estefany Solano</i>	85
Working Alliance Inventory en Terapeutas Venezolanos (Wai-T) Psychometric Properties of the Working Alliance Inventory in Venezuelan Therapists (WAI-T) <i>Mariájosé Martínez-Urdaneta</i>	103

VIVENCIAS DE ADULTOS JÓVENES CON TDAH

Experiences of young adults with ADHD

SOFÍA BARRIOS

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

E-mail: Sofitabarriosb@gmail.com

JOSÉ VALBUENA

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

E-mail: byjoserrafael.1@gmail.com

Admisión: 30-01-2024
Aceptación: 24-02-2024

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comprender cómo es la vivencia en adultos jóvenes con diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, para esto se realizó una entrevista semi-estructurada a informantes con edades comprendidas entre los 20 hasta los 40 años con la presencia de dicho diagnóstico, siendo analizado mediante el método hermenéutico a razón de realizar una categorización pertinente del estudio cualitativo, bajo el paradigma interpretativo y método de investigación fenomenológico. Los resultados se basaron en el tema central "Vivencias de Adultos Jóvenes con TDAH", el cual se conformó por cinco categorías, siendo estos: el conocimiento del trastorno, las emociones, las vivencias en la cotidianidad, las dificultades que enfrenta el adulto con el diagnóstico y las herramientas que utiliza en su día a día, donde los informantes demostraron a lo largo de la investigación conductas y emociones características del trastorno de una manera más intensa y profunda, afectando áreas laborales, económicas, amorosas, a la vez que su autoestima, autopercepción y dificultades en el contacto con el ambiente que les rodea.

PALABRAS CLAVE: Vivencias, adultos jóvenes, TDAH.

ABSTRACT

The aim of this study was to comprehend the experience of an Attention Deficit Hyperactivity Disorder diagnosis in young adults, for this purpose a semi-structured interview was conducted with informants between the ages of 20 and 40 with the presence of such a diagnosis, being analyzed by the hermeneutic method in order to perform a relevant categorization of the qualitative study, under the interpretative paradigm and phenomenological research. The results were based on the central theme "Experiences of Young Adults with ADHD," which consisted of five categories: knowledge of the disorder, emotions, and experiences in daily life, difficulties faced by adults with the diagnosis, and tools used in their daily lives. Throughout the study, the participants demonstrated behaviors and emotions characteristic of the disorder in a more intense and profound way, affecting areas such as work, finances, relationships, self-esteem, self-perception, and their ability to interact with their environment.

KEY WORDS: Vivency, Young Adults, ADHD.

COMO CITAR: Barrios S. y Valbuena, J. (2024). Vivencias de Adultos Jóvenes con TDAH. *Sistemas Humanos*, 4(1), 10-30 pp

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se define como uno de los trastornos más frecuentes de las primeras etapas de la vida como la niñez, y recientemente se identificó que perdura hasta la adultez, siendo ignorado durante varios años en cuanto a su incidencia e implicaciones emocionales y sociales en esta etapa, carentes de explicación o definición de dichas dificultades en su desarrollo de vida, aun siendo este un trastorno de origen fundamentalmente biológico, el cual acompaña a la persona durante su ciclo vital. El DSM-5 define el TDAH como un trastorno del Neurodesarrollo con un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo del sujeto, es decir, sus síntomas obstaculizan el funcionamiento social, académico o profesional o disminuyen la calidad de estos, siendo este, diagnosticado en la mayoría de los casos, desde la infancia, dejando muchas veces de lado la importancia y las consecuencias que trae en el desenvolvimiento de la vida adulta (APA, 2013).

Es a partir de la publicación del DSM-5 en 2013, cuando se añaden criterios para el diagnóstico del TDAH de la edad adulta. Es por eso que la variedad de criterios, fuentes de información y herramientas de evaluación pueden tener un impacto en los datos de prevalencia para este trastorno. Cabe señalar, que los niños y adolescentes con TDAH tendrán características de este trastorno aún en la vida como adultos. De hecho, al ser este de origen biológico, persiste durante toda la vida y se ha presentado en personas mayores de 55 años. Por mucho tiempo, se tuvo la creencia de que las consecuencias del TDAH se manifiestan hasta la adolescencia, considerando que en la edad adulta este trastorno se manifestaría en otras patologías como los trastornos de personalidad, sin embargo, estudios demuestran que este trastorno persiste en personas que fueron diagnosticadas desde la niñez (Aguilera & Acosta, 2019).

Una diferencia importante en la clínica del adulto comparada a la niñez, es como la hiperactividad se encuentra en disminución, observándose un adulto prominentemente desorganizado, olvidadizo, que utiliza de manera poco eficiente su tiempo e inicia muchas tareas, no obstante, finaliza pocas. El trastorno involucra las distintas áreas sociales en las que el individuo está inmerso como la calidad de los vínculos que establece en el colegio, universidad, trabajo. Las personas con TDAH mayormente pueden no darse cuenta cómo su conducta afecta a los demás, interrumpiendo conversaciones o discusiones, irrespetando el turno de palabras, e incluso molestando a las personas por transgredir las normas sociales de forma inconsciente (Ortiz León, 2016).

Autores como Barkley (1997) y Brown (2006), han señalado varias dificultades catalogadas como esperadas para el TDAH. Entre los más prevalentes destaca un déficit en las funciones ejecutivas; como un problema de origen psicológico, ya que, tales funciones no comparten una base biológica común y se refiere a un grupo de funciones cognitivas como atención, capacidad de planificación y memoria de trabajo, que se relacionan con las habilidades cognitivas “mejores” que están conectadas con la capacidad humana de organizar la vida, establecer metas y tomar las acciones necesarias para alcanzar las mismas.

Resulta relevante mencionar que la llegada de la adultez trae consigo nuevos retos y responsabilidades, crisis comunes como independizarse, la búsqueda de compañía, aquello que se hizo y se dejó de hacer toman más peso en esta etapa, introduciendo al adulto en un intenso debate de estancarse o seguir adelante. Las dificultades internas de la adultez se encuentran en un contraste entre los valores y discrepancias propios, donde la persona compara los valores personales del sí mismo ideal versus el sí mismo real, la distancia entre estas son la clave del nivel de la autoestima en la persona, y es influenciada a su vez por el entorno social. En el pasado era incluso más evidente estas situaciones de crisis, como terminar la escuela, irse de casa de sus padres, conseguir un trabajo, casarse y tener

hijos, como eran las esperadas para cualquier individuo, sin embargo, eran situaciones de las que más temprano que tarde pasarían a ser una presión para ellos (Rosenberg, 1979).

Despojándose de lo que se considera esperado para su etapa, un adulto joven busca desarrollar su sentido de identidad, lograr la versión más cercana a la ideal para sí mismo y su entorno, busca forjarse una visión propia del mundo, al integrar y sintetizar lo que percibe y sabe, hacerse cargo de planear el curso de la propia vida, para ser parte de la concepción de sí mismo que la persona busca desarrollar. Erikson (1950), planteaba que la búsqueda de la identidad era una tarea a largo plazo centrada principalmente en la adolescencia. Es posible que en las personas con TDAH, exista una distorsión en la concepción del "Self" en relación con el trastorno; la visión del sí mismo parte de la creación de la imagen propia ideal poniéndose en perspectiva con la imagen real, esto basado en experiencias vividas y en la influencia del ambiente en el que se desarrolla, por ser esta la percepción de su entorno y el significado que le otorga a dicha experiencia (Rogers, 1970).

Asimismo, la adultez temprana es una etapa que supone un espacio para el crecimiento, expansión y desarrollo, así como la libertad de adoptar diferentes roles. Sin embargo, es un momento crucial en el que las responsabilidades del papel adulto se solidifican gradualmente, al generar situaciones que alteran el equilibrio emocional de la persona. Es decir, la inteligencia emocional se ve afectada en gran manera debido a la presencia del trastorno, como propone Goleman (1995), esa capacidad de reconocer y gestionar las emociones, tanto internas como las de los demás individuos en el ambiente que lo rodea, es esta adaptabilidad en cuanto a los cambios emocionales, así como en el relacionamiento interpersonal, de las áreas que se ven mayormente afectadas en los individuos con la presencia del TDAH, siendo un desafío que no se suele mencionar. Las personas con TDAH tienen las mismas emociones que los demás; no obstante, la diferencia es que a menudo sienten estas emociones con más intensidad y una duración más prolongada, que afecta con mayor intensidad la vida diaria. Por este motivo, tienden a sentirse agobiados por el desánimo, la frustración o la ira, abandonan muy rápido lo que sea que estén realizando, evitan interactuar con otros, lo que ocasiona baja autoestima, problemas en sus relaciones y dificultades en la escuela o el trabajo (Alpizar, 2019).

En cuenta a lo planteado con anterioridad, se denota que los adultos con TDAH presentan problemas o conflictos, en la mayoría de los casos, a la hora de realizar funciones tales como prestar atención, iniciar y detener acciones, permanecer alerta, ejercitarse y usar la memoria a corto plazo (National Institute of Mental Health [NIMH], 2021). Los problemas de impulsividad y atención pueden conducir a accidentes relacionados con el trabajo, así como accidentes domésticos y de tráfico, y problemas con las relaciones interpersonales, como resultado de los sentimientos de tristeza y fracaso. Existen casos de abuso de sustancias y alcoholismo donde el trastorno presenta un factor de riesgo que es independiente del consumo de cualquier sustancia en particular demuestra que la tasa de uso/abuso de sustancias en pacientes con TDAH no tratados, es mayor que en la población general. Así como las sustancias, también se ha mostrado que los adultos con la presencia de dicha sintomatología, tienen tres veces más probabilidades de perder su trabajo, experimentar más cambios de trabajo y recibir un salario más bajo por terminar su trabajo, así como más probabilidades de presentar multas por la velocidad, la pérdida de los privilegios de conducción y los accidentes de lesiones físicas (Reilley, 2005).

Dado este motivo, resultó importante abordar esta realidad desde las vivencias de los adultos jóvenes con este trastorno, teniendo en cuenta que las experiencias de la persona en cuanto a lo que esta vive en su día a día, es el sentido que le asigna a su entorno. Las vivencias se definen en la psicología como una experiencia psíquica que se vive con una gran intensidad emocional y que, como consecuencia de ello, deja una huella en la vida del sujeto. Estas son únicas de cada persona, cada quien se desarrolló en un ambiente histórico socio-cultural distinto, aunque compartan características, existen a su vez

vivencias esperadas para las etapas evolutivas de cada persona. (Vygotsky, 2009). Por ende, se formuló la interrogante ¿Cómo son las vivencias de los adultos jóvenes diagnosticados con TDAH?, ya que la influencia del mismo en la percepción del mundo y del sí mismo resultó un fenómeno de gran interés investigativo para la aplicación y el conocimiento en cuanto a la vida diaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

El análisis de las experiencias de vida de adultos jóvenes con TDAH se realizó a través de un paradigma interpretativo, puesto que este ofrece una visión basada en la comprensión de las vivencias y experiencias de los individuos, explorado mediante el discurso de los informantes, su perspectiva de la realidad.

En este sentido, la metodología utilizada fue cualitativa, por permitir clasificar, explicar y dar respuestas a interrogantes no solo de los investigadores, sino del informante en sí. Al tratarse de las experiencias de vida de la población con el trastorno, se obtuvo información importante sobre realidades desconocidas para los investigadores, mediante un método fenomenológico, que describiese las experiencias vividas del ser humano en su propio mundo.

La técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, por ser el recurso más pertinente para indagar sobre las experiencias de los participantes. Los informantes clave fueron cuatro (4) adultos jóvenes con edades comprendidas entre 20 y 40 años, de género masculino y femenino, residenciados en Maracaibo, Venezuela, como criterio distintivo de selección se solicitó un informe psicológico y diagnóstico validado del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y ser referidos por los psicólogos tratantes.

Las entrevistas se organizaron y realizaron de manera presencial en un ambiente controlado y cómodo para el participante, con una duración de alrededor de cuarenta (40) minutos cada una, las cuales fueron filmadas con audio y video con consentimiento previo del informante, siendo esta dirigida por ambos investigadores. Las preguntas generadoras utilizadas en la entrevista con los informantes fueron las siguientes;

- ¿Cómo ha sido tu experiencia al compartir tu diagnóstico de TDAH con otras personas?
- ¿Podrías describir alguna situación en la que no prestas atención a detalles importantes?
- Imagina que estás en una situación en la que debes completar una tarea que requiere concentración sostenida. ¿Qué estrategias utilizas para mantener el enfoque?
- ¿Cómo enfrentas situaciones en las que necesitas organizarte y planificar, como por ejemplo, manejar tus finanzas o coordinar eventos sociales?
- ¿Cómo es tu participación en conversaciones con amigos o compañeros de estudio o trabajo?
- ¿Podrías definir con tus palabras qué es la impulsividad?
- ¿Puedes contar alguna situación en la que hayas tomado decisiones de forma impulsiva y qué consecuencias tuvieron?
- ¿Cómo es tu desempeño laboral o académico?

- ¿Puedes describir una situación en la que hayas enfrentado dificultades en el trabajo o en los estudios debido al TDAH?
- ¿Consideras que el TDAH afecta tu capacidad para regular tus emociones?
- ¿Puedes compartir algún ejemplo de cómo manejas situaciones emocionalmente intensas?
- ¿Cómo el TDAH ha influido en tus metas y aspiraciones personales?
- Como cierre se utilizó las siguientes preguntas debido a su significado y la capacidad de expresarse en cuanto a la perspectiva propia de cada informante;
- ¿Qué consejo le darías a alguien que acaba de ser diagnosticado con TDAH en la adultez?
- ¿Qué recursos o estrategias te gustaría haber conocido antes?

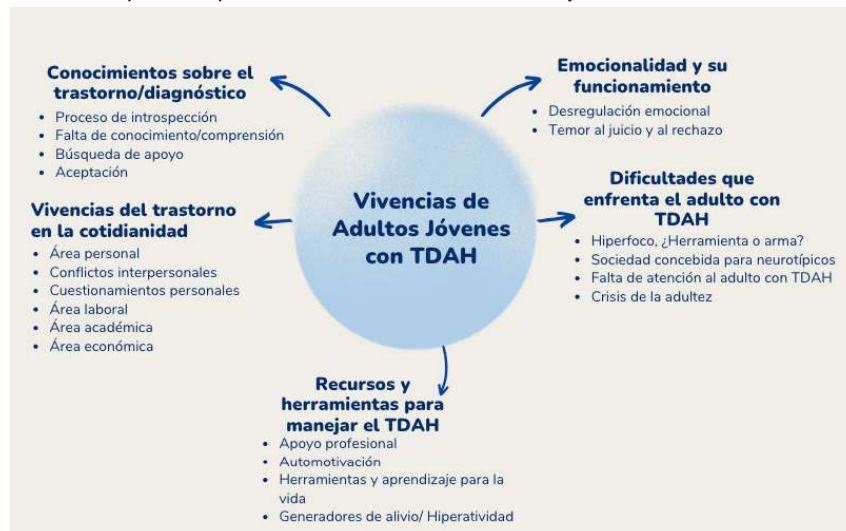
Las entrevistas fueron transcritas de manera fiel y exacta gracias al uso de la grabación, plasmada en un documento virtual para luego proceder al análisis del discurso con el método de interpretación hermenéutico, el cual consiste en comprender e interpretar los motivos del comportamiento humano, asimismo se procedió a la categorización mediante un estilo emergente, donde se tomaron aspectos del discurso del informante, para formar las categorías y subcategorías correspondientes, y luego ser revisada a partir de una triangulación de expertos en el tema de estudio, tres (3) psicólogos que trabajan en el área clínica con manejo clínico de la manifestación de este trastorno y sus implicaciones en la cotidianidad de los individuos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posteriormente a la aplicación de las entrevistas a los cuatro (4) adultos jóvenes diagnosticados con TDAH, se realizó el proceso de análisis de las entrevistas, para continuar con la construcción de las categorías y subcategorías, por medio de una categorización inicial y triangulación realizada por expertos acerca el tema, que permitió confrontar las ideas propias con las de los profesionales. Las cuales están organizadas de la siguiente manera:

Figura 1

Mapa conceptual de las vivencias de adultos jóvenes con TDAH



CATEGORÍA CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRASTORNO/DIAGNÓSTICO

El conocimiento es la base de la sociedad y de la comunicación humana, permite entender el entorno y la visión del mundo mismo, tanto la propia como la ideal. Al verse desde el conocimiento de un trastorno, se puede formar la imagen de la personalidad y destacar así, necesidades que poseen los individuos, tales como el análisis interno, la búsqueda del entendimiento y la aceptación del ser uno con el trastorno que lo acompaña.

SUBCATEGORÍA PROCESO DE INTROSPECCIÓN

La persona busca dentro de sí, analiza, examina y reflexiona sobre los propios pensamientos, emociones y experiencias internas, en un proceso de auto-observación que permite tomar conciencia de los propios patrones de pensamiento, comportamiento y tratar de comprender mejor las motivaciones, necesidades y aspectos propios a los cuales no se les había dado la importancia que ameritaba.

“Sí, ha cambiado mucho, más que todo mi capacidad de adaptarme o de integrarme a la sociedad. He mejorado mucho mi confianza, he mejorado mucho mi autoestima, porque he estado aprovechando lo que es esa ambición que me inculcaron, ese vínculo con mi familia por ser mejor.” (I2/ L:185-189)

“Entonces ahí es como que empiezo a indagar más del TDAH y digo vertale, y empiezo a leer también las historias de otras personas que tienen TDAH y que comparten sus dificultades. Y yo como que bueno. Ese sí soy yo.” (I3/ L:174-177)

“Entonces obviamente saber como conductas, cómo nos hace su análisis, su introspección, bueno, fíjate, a mí me cuesta esto, yo soy así toda la vida. Siempre me han dicho resortito este vergacion, quédate quieto, siéntate y quédate quieto. Ese tipo de cosas siempre han estado presentes en mi vida.” (I4/ L:45-50)

SUBCATEGORÍA FALTA DE CONOCIMIENTO/COMPRESIÓN

Muchas veces no se tiene el acceso a la información, o el interés a conocer sobre un tema en específico, sin embargo, en cuanto a los trastornos, esta desinformación conlleva a riesgos que pueden acompañar a la persona que lo lleva consigo, sintiéndose distinto o que hay algo que no funciona como

debería, siendo esta desinformación la principal causa de dificultades en el desarrollo del trastorno en la vida del sujeto.

“Básicamente, son como deficiencias de lo, yo considero, concentración, porque es en lo que más encuentro la referencia de lo que, como te comentaba, eh, me cuesta, me cuesta concentrarme en cosas por más que me interesa, pero es porque básicamente sufro de algo que yo no comprendo muy bien, que me distraigo con mucha facilidad.” (I2/ L:2-7)

SUBCATEGORÍA BÚSQUEDA DE APOYO

Al verse con un diagnóstico que no se comprende del todo o del cual hay muchas dudas al contrastar las propias experiencias con un tema que poco manejan, se busca ayuda de personas externas, que puedan comprender o manejar mejor el conocimiento del “porqué” de aquello que viven.

“Porque mi pareja es muy comprensiva, muy asertiva. Intenta siempre tener en cuenta que no está con alguien neurotípico, es una persona con un trastorno de neurodesarrollo, que su cerebro es así.” (I1/ L:190-193)

“Más que todo, he hablado con amigos online, con otras personas que también tienen TDAH y es como que a veces ayudamos con estrategias, como que bueno, lo que me sirve a mí, a ver si te sirve a ti. Nos compartimos esas cosas” (I3/ L:50-54)

“Y ahí fue cuando dije ya este peo me puede matar y busqué a mis amigos porque o sea como que yo no me puedo autodiagnosticar, o sea, buscar un profesional, pero todos mis amigos no pueden porque son mis amigos. Pero lo malo de tener amigos psicólogos, ellos no pueden ser tus psicólogos, son tus amigos, claro.” (I4/ L:72-76)

SUBCATEGORÍA ACEPTACIÓN

El adulto después de conocer y comprender las cosas que siente y vive, entrar en un nuevo proceso donde empieza a identificar y aceptar dichas vivencias y experiencias, reconocer esos aspectos de sí mismo que antes no conocía bien, aprende a vivir junto al trastorno y acepta que este trae consigo.

“Primero que se intente aceptar porque hasta ahora no hay cura. O sea, si lo vamos a tomar como una enfermedad, pues no hay cura. Pero que siempre lo vea como algo positivo. A pesar de que a veces digo que quiero ser normal, también digo que me gusta ser así. A veces sé que tengo cosas positivas.” (I1/ L:348-351)

“Y finalmente así fue que comencé a comprenderme y a raíz de eso, a amarme de verdad. Si ahorita me preguntan si tú te mueres mañana, ¿estás feliz con lo que has, con lo que has vivido hasta ahora? Sí, porque ahora sí me entiendo, ahora sí me quiero y ahora sí me cuido, que son como las tres cosas más importantes que han surgido desde entonces.” (I1/ L:401-407)

“El saber que es una condición que comparte muchas personas y dejar de pensar que hay algo mal conmigo y ya, me ha ayudado bastante a sentirme mejor conmigo misma.” (I3/ L:310-312)

“No sé si le pasa a todo el mundo, pero a mí me pasó, pensé fue eso. O sea, esa frase “viene mal de fábrica”, O sea, estoy dañado, no funciona. Y siento que eso pasa con todo el mundo o no sé, con cualquier trastorno, con cualquier cuestión que a usted le toque y después entender como que el mundo no se va a acabar. Tú no estás mal, solamente que trabajas distinto. Entonces ahora tienes una tarea súper hermosa que es entender cómo trabaja tu cerebro para usarlo a tu favor. Creo que ese el primer

consejo es como que no pienses que viniste roto, solamente dedícate a entender cómo trabajas.” (I4/ L:481-491)

CATEGORÍA EMOCIONALIDAD Y SU FUNCIONAMIENTO EN EL TDAH

Los adultos jóvenes con la presencia del TDAH tienen una tendencia a desarrollar afecciones en la emotividad, contacto social, dificultades para regular las emociones y en el manejo de las mismas, y reportan sentir las de manera más intensa y sin tantos filtros.

SUBCATEGORÍA DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Se considera esta como uno de los factores más incapacitantes del trastorno, puede afectar negativamente la salud mental y el bienestar de una persona. Se ve como la incapacidad de controlar o regular adecuadamente las emociones, lo que puede llevar a reacciones emocionales exageradas o inapropiadas en situaciones cotidianas.

“El TDAH conlleva una regulación emocional muy fuerte y muy triste, por así decirlo. Para mí es así, es muy triste cuando me doy cuenta de que solo era una broma. Por ejemplo, alguien me hace una broma y no la entiendo y me molesto automáticamente y me molesto con esa persona. Es que me doy cuenta de que, yo no sé regular mis emociones y es muy complicado y eso hace la impulsividad” (I1/ L:93-99)

“Me ha pasado que he tenido que salirme de la llamada para no comenzar a insultar a la persona, porque ese es uno de mis métodos no muy bueno para poder regularme emocionalmente, comienzo a soltar ofensas, cosa que no está bien.” (I1/ L:227-231)

“Reaccionar por emociones al instante, es decir, por una, por un comentario, eh, que me afecte, mis emociones pueden resaltar antes de lo que yo haya pensado en sí, actúo antes que haber pensado como actuar.” (I2/ L:59-62)

“A veces con las emociones siento como si alguien me hubiera puesto un trapo encima. Entonces como que la emoción está ahí, pero está dormida y no la puedo accesar.” (I3/ L:127-130)

“Suelo reprimir demasiado la tristeza. También tengo como estas características de que si yo siento que mi opinión te va a hacer daño o te vas a sentir mal, no la digo. O sea, como que cuidando siempre cuidando las emociones de los demás más que las mías. Entonces eso te lleva a acumular un montón de emociones que bueno, al final como que terminas haciéndole daño a la persona.” (I4/ L:311-317)

SUBCATEGORÍA TEMOR AL JUICIO Y AL RECHAZO

Podría decirse que es aquella ansiedad o miedo que siente la persona al pensar en ser juzgada, rechazada o excluida por otros. Esta puede ser debilitante, y puede llevar a evitar situaciones sociales y limitar las oportunidades, el contacto con el entorno que los rodea.

“Estoy casi segura de que lo desarrollé por un TDAH no diagnosticado y que sé que tengo que cumplir con esas reglas sociales o puede que me juzguen. Entonces intento mantenerme lo más tranquila posible, pero en realidad en mi cabeza estoy a mil.” (I1/ L:341-345)

CATEGORÍA VIVENCIA DEL TRASTORNO EN LA COTIDIANIDAD

El día a día es muy desafiante para las personas que padecen de TDAH, síntomas como la dificultad para concentrarse, la impulsividad y la hiperactividad, pueden interferir con la capacidad

de una persona para realizar tareas cotidianas, como el trabajo o los estudios, y afectan también sus relaciones interpersonales y su desempeño social.

SUBCATEGORÍA ÁREA PERSONAL

Son los aspectos internos de la persona, que definen sus propias “incapacidades”, al percibir las conductas y vivencias desde una perspectiva de introspección y aceptación.

“El sarcasmo yo no lo comprendo. Pueden, por ejemplo, decirme no sé, Ay!, sí, muy bonita, eso a veces no logro comprender según el contexto. No sé por qué, pero no lo comprendo y cuando eso sucede me molesto con la persona, me molesto a tal punto de que le grabé un audio de cinco minutos diciéndole por qué estoy molesta y por qué tal vez debería dejar de ser sarcástico conmigo.” (I1/ L:105-108)

“Pero si hay ocasiones en las que no puedo, cuando estamos peleando vamos al extremo. Si me dice una broma y no lo entendí, discutimos y no logro perdonarlo rápido. No logro darme cuenta de que es una broma, no puedo. Entonces es complicado.” (I1/ L:197-201)

“Me cuesta, me cuesta concentrarme en cosas por más que me interesa, pero es porque básicamente sufro de algo que yo no comprendo muy bien, que me distraigo con mucha facilidad. Y entonces lo que tú me comentabas sobre el TDAH se me hace como que muy referente.” (I2/ L:4-8)

“Busco como que la excusa, me pongo a conversar con una persona o me distraigo con un videojuego y dejo pasar el tiempo, y estoy concentrado en el juego y sé que en mi mente está retumbando eso que tengo que hacer y sigo con el videojuego en vez de concentrarme en lo que realmente tengo que concentrarme.” (I2/ L:205-210)

“Leer, a veces leer solamente cuando tengo en el hiperfoco con algo, pero de resto me cuesta mucho leer, yo quiero leer algo y no puedo retener la atención.” (I3/ L:116-118)

“Uno de mis defectos es la organización, soy muy organizado para muchas cosas, como el dinero, como no sé qué más inmediatamente, pero también son muy en la casa, o sea, como muchas cosas encima. Pero siempre me gusta tener mi casa ordenada, o sea, las cuentas ordenadas, todo así ordenado, la agenda, la cuestión.” (I4/ L:234-240)

“He aprendido a callarme y a esperar que la persona lo diga. Este cambio de tema, alguna característica también que yo tengo, que a mí me gusta que en un grupo todos participen, o sea, no me gusta que la gente se sienta excluida y me gusta, siempre genero conversaciones, es como que sabemos siete personas y yo hago, yo hago muchas preguntas hablando así como loca. ” (I4/ L:282-287)

SUBCATEGORÍA CONFLICTOS INTERPERSONALES

Los informantes presentan un conflicto interno el cual externalizan a sus entornos sociales, sea familia, amigos, donde encuentran incomodidades en el trato con los demás.

“Entonces, eh, sí, ha pasado de que me he predispuesto a conversaciones, a reuniones, en las que ya voy mentalizado, en la que cierto comentario puede afectarme directamente porque van directamente hacia mí. Aunque los tiren al aire, van directamente. Entonces me predispongo.” (I2/ L:75-80)

“En el ámbito familiar, porque me trae mucho conflicto con mi mamá porque de repente ella quiere que yo haga algunas cosas o que haga algunas cosas a ciertos tiempos que no son los míos. Entonces eso es un conflicto constante con ella y en el área académica me ha sido muy difícil” (I3/ L:140-144)

SUBCATEGORÍA CUESTIONAMIENTOS PERSONALES

Son preguntas que los informantes se hacen a sí mismos con el fin de reflexionar sobre sus propias creencias, valores y acciones, que pueden surgir de la necesidad de entenderse mejor uno mismo, de hacer frente a una situación difícil o de buscar respuestas a preguntas importantes. Los cuestionamientos personales pueden ayudar a las personas con TDAH a reflexionar sobre cómo su trastorno afecta su vida cotidiana, sus relaciones y sus objetivos.

“¿Por qué no puedo no gastarme 100\$ en algo que yo no necesito? ¿Pero por qué me dio el impulso de hacerlo? ¿Por qué no puedo no enojarme por algo tan pequeño? ¿Por qué no puedo cocinar? Algo tan sencillo, algo tan fácil, ¿Por qué mi cerebro no logra encajar los pasos para cocinar?. Es algo frustrante y agobiante.” (I1/ L:131-136)

“Esa distracción que hay en mí. O sea, esa, no sé cómo explicarlo, simplemente que sucede en mí, en mí como tal de no poder. O sea, ¿por qué no lo hago si sé que tengo que hacerlo? Es algo que quisiera como que mejorar.” (I2/ L:214-218)

“Y es como que muchas veces esas mismas cosas, son cosas que uno ya ha intentado hacer. Entonces es como que un poco frustrante, como otra vez lo mismo. ” (I3/ L:183-185)

“Ahí está pasando algo y también es como el malestar que siente la persona ante eso, porque tú puedes decir, bueno es que se me olvidaron las llaves, pero cuando te das cuenta de que se te olvida la llave siempre es como que ¿pero ¿qué pasa conmigo? ¿Por qué siempre dejo las llaves?” (I3/ L:19-23)

“Si yo ahorita te diga, hey, puedo hacer la sesión de pie y caminando porque o sea, tengo ansiedad, entonces es como que ya ahora es mi conducta normal y a la gente a ciertas personas les suele molestar, como que quédate quieto, sentate, o sea, para mí es como no puedo, o sea, necesito caminar, necesito drenar.” (I4/ L:122-127)

SUBCATEGORÍA ÁREA LABORAL

Una de las áreas de afección importantes del adulto es el ámbito laboral, como parte de la adultez joven hasta la tardía, que definen el desarrollo de vida del sujeto en un conjunto de socialización, responsabilidades y madurez que el sujeto necesita desarrollar durante el ciclo vital.

“Cuando voy a tener una reunión se me puede olvidar siquiera agendarla o se me olvida cuando estoy hablando qué es lo que estaba diciendo. Menos mal que a veces tengo personas que me dicen “estabas por aquí” o “este era el punto” también un poquito lo de la regulación emocional, si estoy en una reunión debatiendo con alguien. (I1/ L:222-227)

“Entonces, eh, sí, ha pasado de que me he predispuesto a conversaciones, a reuniones, en las que ya voy mentalizado, en la que cierto comentario puede afectarme directamente porque van directamente hacia mí. Aunque los tiren al aire, van directamente. Entonces me predispongo. Es decir, en una conversación en la que hace un ejemplo con equis persona, sé que va referido a mí. ” (I2/ L:75-81)

“A mí me gusta aprender de las personas, de ellas yo aprendo e individual también me destaco. También me destaco, porque siempre me ha gustado ser el mejor en lo que sea, en lo que me vaya a desempeñar. Y diría que hay como que un balance.” (I2/ L:145-149)

“Mi ámbito laboral, yo trabajo con foto y video, trabajo con rodajes, videoclips de comerciales, a lo que me quiero dedicar. Entonces, por lo menos cuando algo me apasiona, o sea, voy a todo esto, le

entregas todo. Creo que es una característica muy positiva, pero por lo menos yo he tenido rodajes de 28 horas, sin parar, es como que tienes este set ármame un concepto de iluminación, móntame las luces que en dos horas llega el artista y tenemos que grabar. Y es como que, Ah, me siento como un niño, como jugando." (I4/ L:183-191)

"Es como que comienzas con el de miércoles porque es como que es el que te tiene más estimulado y es el que le tiene más ganas. Pues entonces no sé, eso es como una característica que podría afectarte porque primero hiciste lo del lunes termina lo del lunes es organizarse. Organizarse es un pedo, por lo menos para mantenerte estimulado." (I4/ L:216-221)

"Yo trabajo desde los 16 años, siempre trabajo bajo presión. Entonces me sé manejar muy bien bajo presión, tanto que mi cerebro me autosabotea y me hace procrastinar o me hace distraerme con miles de cosas. Y cuando me falte una hora, cuando esté en el límite exacto, me llevo al límite, porque sé que esa es mi zona de confort. Irónicamente, en el momento de mayor estrés es cuando más rápido trabajo y es como que ya marico, tienes que entregarlo a las seis, son las cinco y diez, apúrate." (I4/ L:248-256)

SUBCATEGORÍA ÁREA ACADÉMICA

Importante en la adultez joven, siendo el principal ente donde este se desenvuelve y prueba sus capacidades en distintos ámbitos, al cumplir con responsabilidades de tiempo, conocimientos, exigencias y constante intento de superación personal.

"En cuanto a lo académico, este, me he llevado mucho con el tiempo límite, es decir, si hay un examen para la semana que viene, estudio en la madrugada del mismo día, saco 20, sí, pero es agotador tener que levantarme siempre a las 3:00 o 4:00 solamente para estudiar, cuando yo podría utilizar alguna técnica o método que puede utilizar cualquier otra persona para estudiar." (I1/ L:231-236)

"Buscaban como que explicarme de manera diferente. Incluso ya en el colegio, en el liceo, eh, yo prestaba atención en clases y aparte de las clases que yo veía con mis profesores el día a día, yo tenía que ver clases aparte con otros profesores que utilizaban otros métodos de enseñanza, porque por más de que yo veía no entendía, pero era que estaba, no sé, yo veía, pero mi mente estaba en otro lugar y tenía que buscar por otros métodos que me explicaran de otras maneras." (I2/ L:20-27)

"A mí me empezó a costar mucho en la parte académica, organizarme y realizar las cosas y era como que a pesar de que yo sabía lo que tenía que hacer y cómo lo tenía que hacer. No podía hacerlo. Entonces, sobre todo online." (I3/ L:29-33)

"Es el área de estudio en la que más me cuesta y la parte de la motivación. Es muy difícil, o sea, porque es como que uno quiere salir bien, uno quiere estudiar, pero, o sea, no solamente es el estudiar, sino para uno entender, tiene que organizar antes el estudio, lo que es material, lo que vas a hacer y así, que entonces, esa es una de las cosas que más me cuesta y una de las cosas que estoy trabajando en terapia." (I3/ L:85-91)

"Me siento mal porque, o sea, no me gusta el molestar a los profesores o el tener que "profe porfa, ¿podría entregarlo mañana?". No me gusta tener que hacer eso. Pero si lo he tenido que hacer muchas veces." (I3/ L:257-260)

SUBCATEGORÍA ÁREA ECONÓMICA

La misma impulsividad lleva a realizar gastos y manejos inadecuados de la economía de la persona que vive el trastorno en la mayoría de los casos, donde sienten que pueden gastar lo que tienen sin mirar lo necesario que sea o el ahorro que pudiesen tener.

“A veces nos encontramos con cosas que queremos, pero no podemos comprar en el mismo momento, y me llegué a gastar una vez 60\$ en un juego que jugué y no me gusto. Lo bueno fue que pude recuperar el dinero, pero mi pareja me dijo “date cuenta, date cuenta”. Mira, aquí es donde tú tienes que comenzar a darte cuenta de tu impulso” Entonces las finanzas lo que hago es que me llega el dinero de lo que trabaje en esta quincena. Pago la factura que tenga que pagar, internet, el teléfono, y no vuelvo a ver la cuenta hasta que pueda pagar lo que se supone que quiero, por ejemplo, la universidad. No la vuelvo a ver. No puedo ver esa cuenta porque si veo el dinero que tengo, voy a querer gastarlo.” (I1/ L:178-188)

“Si me pasa mucho, me pasa mucho, porque tengo como objetivos en la vida ahorrar para muchas cosas que incluyen a mi persona como tal individualmente y a mi familia. Y hay otras cosas que por capricho quiero y se van, mi dinero se va más por esos caprichos que por el ahorro. Esa última me pasa mucho” (I2/ L:222-226)

CATEGORÍA DIFICULTADES QUE ENFRENTA EL ADULTO CON TDAH

Todos los trastornos traen consigo dificultades que afectan la vida diaria de los sujetos que los poseen, sumado a la entrada a la adultez, es un periodo difícil en todo aspecto, tanto emocional, social, económico, es el momento de la vida donde se internalizan muchos procesos y entran cuestionamientos, tanto internos como creados por la sociedad.

SUBCATEGORÍA HIPERFOCO, ¿HERRAMIENTA O ARMA?

El hiperfoco es un estado de concentración intenso en el que la persona con TDAH puede sumergirse en una tarea o actividad que le resulta interesante o estimulante. La persona puede estar completamente absorta en la tarea y perder la noción del tiempo y del entorno que la rodea. El hiperfoco puede ser una herramienta útil en situaciones en las que necesitan concentrarse en una tarea específica, como el trabajo o los estudios. Sin embargo, también puede ser un arma de doble filo, ya que puede llevar a la persona a descuidar otras tareas importantes o aislarse socialmente.

“El hiperfoco. Eso es una de las cosas que más me gusta. Bueno, es un arma de doble filo, pero es muy buena a veces. Cuando uno tiene TDAH, bueno, el nombre lo dice, déficit de atención, pero realmente no es que nos falta atención, es que la ponemos en algo que no deberíamos ponerlo en ese momento.” (I1/ L:148-152)

“El hiperfoco. Entonces hay personas que ven eso como un superpoder, pero para mí no, o sea, para mí no tiene nada de bueno, porque a veces, por ejemplo, yo quiero ponerme a trabajar en un ensayo que tengo que hacer y no, o sea, mi foco es el juego que estoy jugando y yo paso todo el día jugando. Y no hago más nada. O sea, no sé, realmente no, no sé qué característica buena podría decir.” (I3/ L:107-113)

“Es una característica que no hablo mucho del TDAH es el hiperfoco, o sea, así cómo algo nos puede simplemente dejar de llamar la atención y le quitamos la atención, hay cosas que nos podemos como súper concentrar, o sea, a nivel de que de verdad dejas de lado tus necesidades fisiológicas, como que de repente, tengo siete horas aquí sentado en la computadora haciendo este video que me encanta

y he estado tan concentrado en esto que he olvidado comer, hacer pipí y hacer pupú, lo que sea, me entiendes?" (I4/ L:21-28)

SUBCATEGORÍA SOCIEDAD CONCEBIDA PARA NEUROTÍPICOS

Se podría decir que la sociedad está diseñada y estructurada para personas que no tienen trastornos neurológicos o de desarrollo. Significan que muchas de las normas, expectativas y estructuras sociales se basan en suposiciones sobre el comportamiento y la cognición "normales" o "típicos". En la sociedad, se tiende a valorar características como la sociabilidad, la comunicación verbal fluida y la capacidad de atención prolongada, lo que puede excluir o discriminar a personas con trastornos neurológicos que no cumplen con estas expectativas, como es el caso del Autismo y del TDAH.

"Bueno, vivir con TDAH es complicado porque la sociedad no está hecha para él todavía, esperemos más adelante, pero todavía no está hecha para las personas Neurodivergentes. Está hecha al pie de la letra para vivir neurotípico, pero para nosotros todavía se nos hace complicado algunas cosas y que de verdad me gustaría en algún momento que hasta investigaciones así logren dar luz a otras personas de cómo nos sentimos y de cómo nos gustaría que a veces comprendieran ciertas cosas." (I1/ L:380-387)

SUBCATEGORÍA FALTA DE ATENCIÓN AL ADULTO CON TDAH

La falta de atención es una de las características principales y más resaltantes del TDAH, y lo constituye las letras "DA". En adultos con el trastorno, pueden tener dificultad para enfocarse en una tarea por períodos prolongados de tiempo, lo que afecta en su capacidad para completar tareas y proyectos en el trabajo o en la escuela. Además, de dificultades para seguir conversaciones o instrucciones, lo que puede interferir sus relaciones interpersonales.

"Diría que es la falta de interés y las tasas de suicidio en el TDAH, porque TDAH es uno de los trastornos que más desencadena ansiedad y depresión y de verdad deprime mucho no poder a veces encajar con una sociedad que todavía no termina de comprender y que casi nadie le toma en cuenta el TDAH en el sentido del adulto." (I1/ L:368-373)

"Entonces todos los demás que también tenemos TDAH, que no encajamos en ese perfil. Bueno, por eso a mí nunca me diagnosticaron de pequeña, porque como yo no estaba tumbando el colegio, entonces no tenía TDAH. Pero ese es un tema, porque o sea así es muy difícil que las personas sepan que tienen TDAH y que puedan conseguir la ayuda que necesitan." (I3/ L:60-68)

"Diría que es importante ver más allá de solamente la inatención y la hiperactividad. Y es como ver cómo realmente afecta el día a día de las personas y las funciones básicas del pensamiento. Porque siento que la gente se tiende mucho como que a quedar en los síntomas superficiales." (I3/ L:193-197)

SUBCATEGORÍA CRISIS DE LA ADULTEZ

A medida que las personas con TDAH alcanzan la edad adulta, pueden encontrar dificultades para manejar las demandas y responsabilidades de la vida independiente, como el trabajo, la gestión del hogar y la planificación financiera. Además, pueden tener dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables y pueden experimentar problemas en su vida personal y profesional debido a su trastorno.

"Y en cuanto al hogar, que es donde más me ha afectado o me afectó toda mi vida. Y me sigue afectando a día de hoy como adulto, es poder hacer tareas domésticas sencillas y básicas, como limpiar, cocinar, lavar, porque cada una lleva su paso. Y todavía hoy no sé siquiera cómo dividirlo, si por ejemplo,

tengo que cocinar el desayuno. Tengo que hacer el desayuno y son simplemente panes con mantequilla, mortadela y queso. (I1/ L:236-243)

“Pero vivir con TDAH siendo adulto es complicado, por lo que ya les dije, finanzas, vivir solo. A mí me da miedo vivir sola. Yo no sé cómo voy a sobrevivir, pero bueno.” (I1/ L:387-389)

“Luego la pandemia, obviamente eso es como que explotó un poco más, hubo un día en donde yo dejé, o sea, tuve un rodaje y yo salí en la mañana, hice mi café y cuando volví en la noche había dejado la hornilla del gas y yo dije ya va, este peo me puede matar, o sea, porque literalmente si hubiese llegado a mi casa ese día y prendía las luces, todo explotaba, sino que yo llegué yo huele a gas. Y yo digo que son las 03:00, yo salí de mi casa a las 06:00. Eso quiere decir que esto todo el día estaba en la el gas prendido, porque yo como que se apagó la vaina y no, no, no presté atención y no la apagué.” (I4/ L:61-72)

CATEGORÍA RECURSOS Y HERRAMIENTAS PARA MANEJAR EL TDAH

Las herramientas y recursos están destinados para mejorar la calidad de vida y así ayudar a las personas con TDAH a manejar sus síntomas; abarca desde la terapia, hasta movimientos, acciones, tareas o juegos internos que ayuden con la memoria, la hiperactividad y a manejar sentimientos y conductas de una mejor manera.

SUBCATEGORÍA APOYO PROFESIONAL

Contar con la ayuda de un terapeuta, un profesional de la salud mental, es clave en el trastorno para aprender a comprenderlo y lograr manejar muchas situaciones en las que posiblemente no sepa la persona como llevar el control.

“Y esto lo hablé con mi psicólogo en ese momento y este me comentó que podía tener síntomas acusados de TDAH, pero que esto no lo podía diagnosticar porque no tenía las herramientas, tenía que ser mi neuropsicóloga.” (I1/ L:49-52)

“Entonces, más que todo nos hemos enfocado en lograr organizar sobre todo los pensamientos, porque ella me dice mucho que un problema que tengo es que no tengo como que donde vaciar los pensamientos. Entonces como son tantos y tantos al mismo tiempo, se acumulan todo y eso es una de las cosas que me impide realizar las cosas que quiero hacer.” (I3/ L:41-46)

“Tienes que ponerle énfasis en la cosa para reducir las posibilidades de que se te olvide, eso lo aprendí en terapia, eso me lo decía mi psicólogo como que mi primera cita.” (I4/ L:40-42)

SUBCATEGORÍA AUTOMOTIVACIÓN

Debido a la afectación emocional que genera el trastorno, además de la inhibición que genera, la persona con TDAH tiene constantemente que buscar formas de enamorarse de las cosas que debe que hacer para generar ese bienestar que los impulsara a completar y realizar sus responsabilidades.

“Pero principalmente lo que intento hacer para poder realizar esa tarea es enamorarme de la tarea, o sea, engañar a mi cerebro de “vas a recibir dopamina si haces esto” Hay que estudiar para un examen de psicología del adolescente. Pues empezar a ver videos del trastorno, a ver cómo es, que es lo que pasa con la persona e ir enamorándome del tema. (I1/ L:268-273)

“El polo del impulso, que a veces hay motivaciones que me salen de repente e intento atajarlas para que no se me vayan. Por ejemplo, si en ese momento quiero jugar con mis amigos. Y sé que en otros días no voy a querer, intento invitarlos, vamos a jugar porque sé que en otros días probablemente

no quiera. No quiero levantarme de la cama o no quiero hacer eso. Y el otro polo extremo, que es tener que yo misma enamorarme de hacer eso, motivarme. Vas a poder hacer esto, vas a divertirte con ello o tienes que entregar esto, y así." (I1/ L:285-293)

"Es el área de estudio en la que más me cuesta y la parte de la motivación. Es muy difícil *Pausa para reírse*, o sea, porque es como que uno quiere salir bien, uno quiere estudiar, pero, o sea, no solamente es el estudiar, sino para uno entender tiene que organizar antes el estudio" (I3/ L:84-88)

"Una vez me pasó con un cliente, un trabajo que no me gustaba, era como cualquier verga y tardé todo el día para editar un video. Pero otro cliente como llegó ahí me encantó la idea y todo quedó perfecto. Le hice cuatro videos en dos horas, por ejemplo. Entonces es como que o sea, me entiendes? Es como vas por lo que te estimule." (I4/ L:207-213)

SUBCATEGORÍA HERRAMIENTAS Y APRENDIZAJE PARA LA VIDA

La superación de los conflictos y dificultades que representa el TDAH es una construcción de medidas que el informante crea, escucha, aprende y pone en práctica para así lograr hacer su vida más sencilla, desde aplicaciones hasta métodos de verbalización, son ejercicios que benefician su día a día.

"Ahorita utilizo en el teléfono la aplicación de notas/tareas, sabes, que cuando pienso en que tengo que hacer algo, no me dudo, agarro el teléfono, la pongo, le pongo el recordatorio a todo eso, hasta cuando tengo que hacerla y listo. Y con eventos utilizo el calendario de Google que me permite conectar eventos y está recordando constantemente porque me hace un recordatorio al día siguiente, una hora antes, 30 minutos, 15 minutos." (I1/ L:169-176)

"A ver, me hubiese gustado comprender mejor el calendario de Google porque es muy, muy, muy útil para el TDAH. Es increíblemente útil y yo no me había dado cuenta de eso." (I1/ L:357-359)

"Yo he aprendido a trabajar con secuencias, con hábitos, o sea, las llaves del carro siempre van en este bolsillo. Si yo las pongo en la mesa, puedo pasar dos horas buscando las llaves, porque no están aquí en mi bolsillo. Otra de las cosas que por lo menos aprendí en terapia era para recordar algo, tengo que decirlo en voz alta, o sea, cuando yo salgo del baño, yo grito apagado, no es que lo grito, pero es como que salgo del baño y digo apagar el calentador, lo tengo que decir en voz alta para que mi cerebro tenga función de pensarlo, decirlo, escucharlo, analizarlo y procesarlo." (I4/ L:30-40)

"Es que tengo un bloc de notas para las cosas. Sí. Te voy a mostrar porque es súper divertido. Tengo dos bloc de notas. Uno se llama Notas y el otro es "Notas psicológicas". Y ahí voy escribiendo como qué cosas, cuando quiero, (I4/ L:328-331) "Pero bueno, si trabajo con secuencias. O sea, es como que la cartera va aquí, el teléfono va aquí, las llaves van aquí porque si no las olvido. O sea, es como una cosa de entender, es cómo entender cómo trabaja tu cerebro." (I4/ L:366-370)

SUBCATEGORÍA GENERADORES DE ALIVIO/HIPERACTIVIDAD

En el TDAH la persona tiene una fuente de energía que parece inagotable, en algunos casos, para esto, aprenden a buscar maneras de aliviar o disminuir esta energía almacenada para transformarla en atención y así poder llevar conversaciones, actividades y responsabilidades de la manera que ellos quieren lograr.

"Primero, cuando estoy sentada, mover la pierna, porque si fuese por mí me levantaría y me iría a otra parte. Pero generalmente cuando tengo que estar en una clase y tengo la hiperactividad en ese

momento, o estoy hiperactiva, en ese momento muevo la pierna como si fuese un medio molino. No sé, cuando estoy en mi casa y quiero hacer algo, necesito hacer algo, camino en el cuarto y me pongo a grabar un audio de lo que estoy pensando en ese momento.” (I1/ L:318-325)

“La primera vez fue una profesora que ella me miró y me dijo por qué era como que ay, es que me cuesta, como que mantenerme enfocado, miró y me dijo anda pa la cancha o dale dos vueltas a la cancha y volvías a clase y fue un cambio. O sea, fue un cambio porque fue como que drené la energía y yo presté atención en clase, tenía demasiada energía.” (I4/ L:51-56)

“Yo te voy a prestar atención, pero voy a estar como ansioso, caminando o moviéndome, o moviendo el pie o haciendo soniditos porque necesito drenar. Y la gente me dijo tranquilo entonces ha ayudado a que ellos me comprendan y yo explicarles. Bueno.” (I4/ L:129-133)

Las personas que tienen un diagnóstico de TDAH, desde la niñez, sienten que algo es distinto en ellos, que hay algo que no está en orden, esto haciéndose un cuestionamiento recurrente que perdura en la adultez, percibiéndose a sí mismos como “rotos” o “dañados de fábrica” en algunos casos, siendo dados por estigmas presentes en la sociedad en cuanto a los trastornos, más específicamente de los del neurodesarrollo. En este sentido, esto repercute en la auto-apreciación que tienen en cuanto a su diagnóstico y a las características que trae junto al diagnóstico, viéndose en las entrevistas donde los informantes al principio sentían que tenían un problema y no entendían el por qué.

Si bien este trastorno no afecta la capacidad de las personas para experimentar emociones, sí puede intensificar y prolongar la duración de esas emociones, lo que puede tener un impacto significativo en su vida diaria. Los entrevistados definieron que las personas con TDAH a menudo se sienten abrumadas por sentimientos de desánimo, frustración o ira, lo que puede llevarlos a abandonar rápidamente tareas o actividades, evitar interactuar con los demás y experimentar una disminución en su autoestima, como señala Alpizar (2019), esta falta de control emocional afecta las áreas de desarrollo de vida del sujeto con TDAH, siendo las principales relaciones amorosas, amistades, desenvolvimiento social, dificultades en la escuela o el trabajo, tanto en el desempeño como en el trabajo en equipos.

Se sabe que el TDAH puede afectar el funcionamiento social de las personas, incluyendo la calidad de sus relaciones interpersonales en entornos como el colegio, la universidad o el trabajo, según Ortiz León (2016), pueden no siempre ser conscientes de cómo su conducta afecta a los demás, lo que puede manifestarse en interrupciones en conversaciones o discusiones, falta de respeto por el turno de palabra y transgresiones a las normas sociales. Estas conductas pueden ser percibidas como molestas o inapropiadas por los demás, lo que puede generar conflictos y dificultades en las relaciones interpersonales. Es por eso que es importante que las personas con TDAH aprendan a reconocer y manejar estos comportamientos para mejorar su funcionamiento social y evitar problemas en sus relaciones, notándose en las entrevistas la necesidad de expresar dichos movimientos o conductas en forma de drenaje de energía y en ocasiones, interrupciones en las preguntas o adelantarse a responderlas.

Los adultos con síntomas de TDAH tienen tres veces más probabilidades de perder su trabajo, experimentar cambios laborales más frecuentes y recibir un salario más bajo, de acuerdo a lo propuesto por Reilley (2005). Tienen más probabilidades de recibir multas por exceso de velocidad, dificultades a la hora de conducir y experimentar lesiones físicas relacionadas con accidentes, por lo que es importante que las personas con TDAH reciban el tratamiento adecuado para manejar los síntomas y reducir los riesgos, además de impulsar la atención y motivación al trabajo o responsabilidad, en las cuales se evidencia que, los informantes acordaron en que, si no se sienten atraídos por lo que hacen, buscan

formas de autosabotaje para posponer aquello que deben hacer, sea procrastinando o concentrándose en otras cosas que si le llamen más la atención.

Otro término poco conocido que acompaña a la desatención y a síntomas característicos del TDAH, es el hiperfoco, un estado de concentración intenso que puede afectar de manera significativa a las personas con TDAH. Durante este estado, se sumergen por completo en una tarea o actividad que les resulta interesante o estimulante, pierden la noción del tiempo y del entorno que les rodea. Este hiperfoco puede ser considerado tanto una herramienta útil como un arma de doble filo. Por un lado, puede ser beneficioso cuando necesiten reforzar en una tarea específica, como el trabajo o los estudios. Sin embargo, también puede ser perjudicial, ya que la persona puede descuidar otras responsabilidades importantes o aislarse socialmente. Solo dos de los informantes ven el hiperfoco como algo positivo, una característica que les gusta y que les permite sumergirse en actividades que les apasionan.

Sin embargo, reconocen que también puede ser problemático, ya que a menudo se enfocan en algo específico en ese momento, dejando de lado tareas prioritarias. Para todos los evaluados, el hiperfoco se convierte en un obstáculo que dificulta el cumplimiento de sus responsabilidades diarias, esta característica mayoritariamente les causa problemas, puesto que se ven atrapados en actividades que no son productivas ni relevantes para su vida diaria. Pueden pasar horas y horas inmersos en un juego o una distracción, sin poder centrarse en tareas cruciales como trabajos o estudios, en su experiencia, el hiperfoco no ofrece ninguna ventaja y solo les impide cumplir con sus responsabilidades.

Un aspecto muy resaltante de la presencia del diagnóstico en la vida diaria de los informantes es aquel proceso de búsqueda de apoyo, una especie de "hermandad" o vínculo formado por personas que viven con el trastorno y mediante la comunicación, apoyo virtual, personal, crean y comparten herramientas conjuntas las cuales definen que si le sirve a uno, otro la pruebe para ver si a ellos también, es un constante experimento de ensayo y error donde todos buscan la misma meta, vivir plenamente con el TDAH, hacer más cómodo, funcional e interactivo para transformar esas dificultades, las cuales en un principio parecían debilidades, en nuevas fortalezas y formas de apoyar a otros con las mismas dificultades. Por ejemplo, cuando se refieren a la memoria, decir acciones u objetos en voz alta hace que posean una mayor recepción de lo que necesitan recordar, al tiempo de aprovechar aplicaciones de recordatorios, notas y calendarios para manejar tiempos de manera correcta. Y por otra parte, los informantes le dan importancia a su esfuerzo en cuanto al control emocional, haciendo uso de notas y diarios donde escriben cosas que sienten o piensan para así internalizarlas y poder entender todo aquello que viven.

CONCLUSIONES

Los trastornos del neurodesarrollo están presentes en un alto porcentaje de personas, es de las presencias más comunes, sin embargo, la creencia o el estigma de que, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno de la infancia, el cual progresivamente va desapareciendo con el tiempo, llevó a crear un gran desconocimiento a aquellas personas adultas que han vivido con él y han sentido cosas que al día de hoy posiblemente sigan sin entender. Es a partir del DSM-5, que los profesionales comenzaron a tomar en cuenta que su afección no solo está arraigada a la etapa temprana de la vida, sino a la adulta y hasta la tardía. Por lo que se buscó responder la pregunta de la investigación, ¿Cómo son las vivencias de los adultos jóvenes diagnosticados con TDAH?. Entonces, si no hasta tiempos recientes, se le dio la oportunidad a personas que padecían el trastorno de conocer qué es aquello que sentían y aún no terminaban de comprender una pregunta recurrente que se presenció a lo largo de la investigación, "¿Por qué soy diferente?"

En las entrevistas se evidenciaron muchas de las conductas características del TDAH que se cumplen en la niñez y evolucionan de una manera curiosa en la vida adulta cambian su aparición en los síntomas, tiempos o maneras de afección, pero siempre con la base de las conductas generadas por el trastorno en las personas. Sin embargo, se podría definir que lo más resaltante de la investigación, son situaciones, pensamientos, formas de ver y afrontar el mundo que aún son poco conocidas en el manejo del trastorno en la vida adulta. Para los entrevistados, surgieron muchas dudas a lo largo de su vida, y discrepancias de lo que la gente quería de ellos y de cómo ellos se sentían. Las entrevistas se volvieron un espacio donde el sujeto vivió una introspección, experiencias guardadas que necesitaban salir a flote, donde el beneficio fue mutuo, tanto para los entrevistados, que lograron comprender aspectos de sí mismos, términos que no manejaban y herramientas que no conocían, y para los entrevistadores, conocer más sobre el mundo interno de los informantes para entender que la temática es aún muy desconocida, y por ende, incomprensible para muchos.

Entre los aspectos más resaltantes obtenidos en la investigación, se dio que durante la infancia, el apoyo con personas de su entorno ha sido una fortaleza o ventaja para buscar aprender más sobre sí mismos, y otros aspectos de su vida que no entendían, ese apoyo con personas cercanas, al entorno, con otros conocidos con TDAH ayudaron a crear esas herramientas que necesitaban, aplicar en su día a día, en conjunto, la misión de volver la vida más sencilla y superar las dificultades de atención y memoria que trae consigo el trastorno, una meta cada vez más posible gracias a esta unión social.

Se demostró que las emociones en cuanto al trastorno son complejas, en la teoría se dice que se viven de manera más intensa. Al contrastar los resultados obtenidos, los adultos jóvenes con TDAH no saben regular o moderar sus emociones, así que situaciones sencillas o comunes de pequeñas bromas o discusiones, son un gran generador de ansiedad y de estrés al no saber cómo reaccionar ante las emociones presentes en la situación misma. En la vida amorosa, los conflictos son un poco más profundos, dado que la misma impulsividad hace que las emociones aparezcan con menos filtros, y ocasionen problemas con la pareja o de motivación a la relación misma, al asumir que es un proceso en el que se viven muchas emociones negativas que deben desviar, bien sea con métodos de relajación, tiempo de pensar, entre otros, para no hacerse daño a sí mismos y a la vez, a su pareja.

En el TDAH se manejan términos como lo es el Hiperfoco, una de las “herramientas” o ventajas del trastorno, un momento donde la concentración está a su máxima expresión, sin embargo, todos concordaron de que no era algo tan bueno como se hace ver, los resultados definieron el llamarlo un “arma de doble filo”, se define que es funcional en casos, pero que mayoritariamente sirve para concentrarse en cosas distintas a lo que necesitan, además de ser agotador en el tiempo posterior de su aparición, olvidando incluso necesidades biológicas como alimentarse, ir al baño, todo esto gracias a que el foco de atención se encontraba tan centrado que era imposible dejarlo de lado.

En conclusión, se demostró que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ha ganado más conocimiento en tiempos recientes, gracias a la importancia que se le ha empezado a dar en la actualidad, la presencia en redes sociales y las comunidades de apoyo que se han generado en las mismas, los adultos jóvenes han tenido una gran ventaja comparada a personas que pudieron haber vivido el trastorno años atrás, lo cual ha sido el acceso a la información y el apoyo de personas que los rodean, gente “neurotípica” y también “neurodivergentes” que buscan hacer de la sociedad más inclusiva y de la vida, un lugar más tranquilo. Poco a poco, a lo largo de los años, los estigmas han ido cambiando y en la actualidad se ha avanzado en cuanto a los pensamientos sociales, lo que se cree lo “normal” se ha determinado que cada quien vive su propia normalidad, ayudando a que los adultos jóvenes con TDAH, sepan que no son “raros” o “están dañados”, a lo que se responderá con la siguiente cita; “Tú no estás mal, solamente que trabajas distinto. Tienes la misión de entender cómo trabaja tu

cerebro para usarlo a tu favor. No pienses que viniste roto, solamente dedícate a entender cómo trabajas y saca lo mejor de ti.”

Para finalizar, se recomienda seguir la investigación, tanto en ámbitos cualitativo, como cuantitativo, explorando áreas como; Comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo, trastornos afectivos. También se recomienda investigar la afección del trastorno en cuanto a las relaciones amorosas, para así comprender el trastorno en distintos procesos evolutivos y crisis de la vida del ser humano para un mayor conocimiento y manejo del TDAH en contexto social, personal, emocional, laboral, económico y demás que pudieron no ser tratados en la investigación presente.

REFERENCIAS

- Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R., & Ishak, W. (2012). The Quality of Life of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(5-6) 10-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3398685/>
- Alpízar-Velázquez, A. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 17-36. <https://www.redalyc.org/journal/4767/476761476002/html/>
- Aguilera, J., & Acosta, L. (2019). *¿Y el TDAH dónde quedó?: trayectorias de vida de adultos con diagnóstico dual*. [Tesis de maestría, Universidad del Rosario] Repositorio Institucional EdocUR. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/18989>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94 <https://psycnet.apa.org/journals/bul/121/1/65.html?uid=1997-02112-004>
- Brown, T. E. (2006). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. Masson.
- Casanova, E.M. (1993). El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic.*, 46(2) 177-186. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2383842.pdf&ved=2ahUKEwiS5cnap8z9AhVZSDABHS4wAbMQFnoECA8QAQ&usg=AOvVaw09xolwtQtdDkfq-ITg_dhq
- Erikson, E. H. (1950). *Infancia y sociedad*. Ediciones Hormé. <https://acortar.link/uHvOB>
- Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. Editorial Kairós.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2021). *Trastorno de déficit de atención con hiperactividad en adultos: Lo que necesita saber*. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/podria-yo-tener-el-trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad/trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-en-adultos-lo-que-usted-necesita-saber.pdf>

- Reilley, SP (2005). Empirically Informed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Evaluation With College Students. *Journal of College Counseling*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0026-1742201600050000600040&lng=en
- Rogers, C. R. (1970). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Mariner Books.
- Rosenberg, M. (1979). *Components of Rosenberg's self-esteem scale*. Conceiving the self. Basic Books.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Vygotski, L. S. (2009). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (3 ed., Vol. 1). Biblioteca de bolsillo. <https://cutt.ly/xLV4P0s>

NOTAS ESPECIALES

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado Vivencias de los adultos jóvenes con TDAH, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES EN CONDICIÓN DE CALLE

Life Project of teenagers in poverty conditions

VALENTINA ARRIETA-TIRADO

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Email: tiradoarrieta14@gmail.com

MICHELL CORZO-VILLALOBOS

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Email: corzomichell20@gmail.com

Admisión: 30-01-2024
Aceptación: 13-02-2024

RESUMEN

La investigación tuvo como propósito comprender el proyecto de vida de adolescentes en condición de calle, utilizando para ello el paradigma interpretativo, con metodología cualitativa y un diseño fenomenológico; se contó con la participación de seis informantes con edades comprendidas entre los doce y dieciocho años de edad, de ambos géneros, los cuales se encuentran en condición de calle y asisten a una institución de apoyo; la información se obtuvo mediante entrevistas semi estructuradas y luego de la triangulación con profesionales y análisis, se establecieron cinco categorías de tipo emergentes y teóricas. Se concluye que el proyecto de vida de estos adolescentes se encuentra mayormente disperso, orientado a la satisfacción externa y necesidades fisiológicas, dando paso a deseos e intereses de filiación, adquisición material y monetaria que buscan solucionar problemas puntuales o bien aquello idealizado por la sociedad como una casa, un carro, y formar una familia.

PALABRAS CLAVE: Proyecto de vida, condición de calle, adolescentes

ABSTRACT

This investigation sought to comprehend the life project of adolescents living on the streets, using the interpretative paradigm, with qualitative methodology and phenomenological design; six informants, between the ages of twelve and eighteen years old, of both genders, who are homeless and who attend a support institution, participated. The information was obtained through semi-structured interviews, and after triangulation aided by professionals and analysis, five emergent and theoretical categories were established. It is concluded that the life project of these adolescents is mostly dispersed, oriented towards external satisfaction and physiological needs, giving way to desires and interests of filiation, material and monetary acquisition that seeks to resolve precise problems or attain what is idealized by society, such as a house, a car, and starting a family.

KEY WORDS: Life project, poverty conditions, teenagers

COMO CITAR: Arrieta-Tirado, V. y Corzo-Villalobos, M. (2024). Proyecto de vida de adolescentes en condición de calle. *Sistemas Humanos*, 4(1), 31-43 pp

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende responder a la interrogante de ¿cómo es el proyecto de vida de adolescentes en condición de calle? siendo el propósito general de este estudio comprender desde la vivencia particular el proyecto de vida de estos adolescentes y con ello la perspectiva que posee cada uno de estos jóvenes ante la concepción de planes a futuro de corto, mediano y largo plazo, sueños y metas.

Además, conocer los elementos externos del contexto que involucran la vida de estos adolescentes, como lugar de estancia, de trabajo, de educación, de recreación, apoyo y/o ingreso socio-económico, asimismo los factores intrínsecos que constituyen la personalidad y el estilo de vida de cada uno de ellos, como valores, experiencias, contexto familiar y social. Se toma en cuenta el hecho que la creación de un proyecto de vida no depende o surge basándose en un solo aspecto de la persona, sino en una entrelazada red de factores que interactúan entre sí y que pueden intervenir de manera directa tanto a favor o en contra de la elaboración de un plan a futuro (Hernández, 1985).

La concepción de un proyecto de vida es establecido por Palma (1990), como la construcción de una posibilidad, que se formula en conjunto a las aspiraciones personales, el deseo y la acción sobre la propia realidad, de esto dependen las posibilidades de hacer o dejar de hacer dentro de la capacidad protectora del medio social que cubre al adolescente como propuesta que va de la mano por lo explicado por Hernández (1985), quien plantea que el proyecto de vida es una especie de realidad determinada que enmarca la personalidad del individuo, es decir, la forma como observa e integra el mundo o la realidad en sí mismo, esto le brinda un marco valorativo y cognitivo para la realización de actividades orientada a la expresión de objetivos y metas trazadas que la persona desea realizar.

Asimismo, Hernández (1985) establece que:

En realidad, el individuo no piensa su futuro en términos sólo de objetivos sino de planes o proyectos más generales que abarcan esos objetivos y las vías posibles de su logro en el contexto de su actividad total. El proyecto de vida representa, entonces, en su conjunto, "lo que el individuo quiere ser" y "lo que él va a hacer" en determinados momentos de su vida, así como las posibilidades de lograrlo (p.32).

Aunado a esto, refiere que dentro de las bases para la creación de un proyecto de vida se encuentran aspectos como: la motivación, autovaloración, autorreflexión y autodeterminación, este conjunto de características psicológicas relacionadas a la personalidad funcionan como reguladoras, coordinadoras de la dirección y ejecución de un proyecto de vida de parte del individuo. De esta forma, otras características son agentes externos que guían la formación del adolescente gran parte de su vida, como lo es la familia y la escuela. Según Hernández (1985), los entes planteados ejercen una guía esencialmente importante en el establecimiento de objetivos y el cumplimiento de los mismos por parte del adolescente.

Dentro de las investigaciones previas, se establece una influencia directa, innegable e inevitable del entorno social, siendo un medio que interactúa con el trabajo, la recreación y el ocio, convirtiendo a la calle en la escuela de vida donde estos menores pasan la mayor parte del tiempo. De esta manera, las atenciones y oportunidades que puedan tener estos adolescentes dentro de su contexto social se toman como factores protectores para la construcción de un proyecto de vida, lo que llega a conclusiones semejantes y congruentes que destacan Rodríguez-Mora y López-Zambrano (2009) y Ossa Saldivia (2005).

De esta forma, los factores protectores según Bonilla Ruíz y Marcilia Hernández (2015), son: alcance a la educación, identificación personal, oportunidades de participación social, normas de convivencia, valores humanos y apoyo del contexto familiar, con los cuales no cuentan muchos de estos jóvenes en condición de calle. Aunado a lo anterior, Díaz et al. (2020) mencionan que dichas oportunidades de atención también pueden ser brindadas por parte de la comunidad donde se encuentren.

Por otro lado, se destaca el apoyo hacia estos adolescentes por parte de la sociedad, lo que incluye estado y comunidades, como en su mayoría exenta de inmiscuirse en asuntos que conlleven alguna relación con los menores en condición de calle. Es debido a ello que Garcés et al. (2020), Ossa Saldivia (2005) y Rodríguez y López (2009), acuerdan en sus resultados que es la exclusión social y el encontrarse fuera del alcance de dichas oportunidades, es lo que propician los factores de riesgo, que determinan un estancamiento en la construcción de una visión a futuro, es decir, la ausencia de todo factor protector, solo deja presente agentes que vulneran sus circunstancias, ya que estos adolescentes se habitúan al contexto en el cual se han mantenido, en su mayoría, desde la infancia. La calle, el trabajo ambulante, la violencia, agresión, el consumo de sustancias, orfandad y el ausentismo escolar son escenarios presentes de su día a día, lo que los puede llevar a tener una percepción de vida actual inestable, insegura y una visión del futuro confusa y poco clara.

Es importante mencionar que muchos de los principales factores de riesgo que comparte esta población de adolescentes en calle, son los mismos que se encuentran en investigaciones relacionadas a menores infractores, donde la precariedad y ambientes familiares hostiles se presentaban como los principales precipitantes hacia conductas delictivas y penadas por la ley, ya que estos adolescentes al ser marginados por la sociedad y discriminados por la misma, tienden a actuar de la forma en que la sociedad dice que lo harán y es entonces donde se relacionan estrechamente los factores de riesgo de los adolescentes en condición de calle y los antecedentes de los menores infractores (Mampaso et al., 2014).

Presentan o han presentado un alto grado de absentismo y fracaso escolar, muestran capacidades intelectuales por debajo de la media, con frecuencia debido a la carencia de estímulos educativos y socioafectivos; han experimentado, en diversos grados, consumos de diferentes drogas, permanecen desocupados la mayor parte del día, no cuentan con límites ni normas, muestran una baja tolerancia a la frustración así como una deficiente capacidad para la resolución de problemas. Poseen en general, además, una baja autoestima y, en la mayoría, los sentimientos de autoeficacia se encuentran muy mermados. De uno u otro modo, se presentan como carenciales: de afecto, de oportunidades, de éxito, de experiencias gratificantes, de referentes positivos, carenciales de normas y límites que ofrezcan seguridad personal, de estímulos educativos; son menores desmotivados, con pocos recursos y estrategias personales que les permitan la superación de crisis y les faciliten los cambios necesarios para mejorar los estilos de vida que protagonizan (Graña Gómez y Rodríguez Biezma, 2010, p. 9 citados por Mampaso et al., 2014, p. 16).

Parte de esta construcción de proyecto de vida son los deseos, necesidades actuales y la percepción que estos adolescentes poseen sobre sí mismos, sobre los otros y sobre el entorno que los rodea, lo que también se convierte en un factor determinante que los lleva a pensar más en sobrevivir el día a día que en la planificación de su futuro. De acuerdo a estudios previos, los jóvenes en condición de calle pertenecen a una problemática pública existente desde hace mucho tiempo, tal como refiere Rodríguez y López (2009). Fenómeno que trasciende las fronteras políticas y sociales de un estado, toma una posición importante en cada país, al menos de Latinoamérica, tales como Chile, Venezuela y Colombia. Asimismo, se establece una responsabilidad pública de parte del estado ante la ausencia de las atenciones, intervenciones y oportunidades que se puedan ofrecer a estos adolescentes, en este caso por parte de entidades que toman esta población como foco de trabajo en cuanto a Venezuela.

Otro factor con influencia crucial en el desarrollo o la creación de un proyecto de vida, es por supuesto, la etapa evolutiva en la que se encuentran estos jóvenes, como lo es la adolescencia, la cual se establece como una etapa de transición y desarrollo entre la niñez y la adultez, que involucra cambios importantes a nivel físico, cognitivo y psicosocial. Esta etapa es entendida como una construcción social, en la época de sociedades industriales, los niños eran considerados adultos cuando éstos maduraban físicamente y se iniciaba el aprendizaje de una vocación o labor (Papalia et al., 2012). Mientras que la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNA) art. 2 (2007), define como adolescente “a toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad” (p.1).

Este es un concepto aún existente en cuanto a la vivencia de la adolescencia en condición de calle desde una construcción social, explica que existen adolescentes que desarrollan su pubertad dentro de contextos desfavorables, con ocupación laboral a temprana edad, mendicidad, autogestión de responsabilidades y distintas situaciones de precariedad en el día a día, que condicionan su visión del mundo desde edades tempranas.

Prevalece esta etapa crucial del ciclo vital, en la cual se atraviesan cambios trascendentes e irreversibles a niveles evolutivos y se convierte en un periodo vivencial de gran incidencia en el desarrollo humano para el adolescente que se transformará en adulto y por añadidura, se encontrará en la conquista de su propia vida. De esta forma se expone la pubertad como la etapa más cercana de la vida adulta y donde puede existir una conciencia próxima al futuro, en el cual se incluyen planes, metas y una estructura o planificación de vida a largo plazo. De este modo cada vivencia cambia y trae consigo las oportunidades y/o limitaciones que el contexto social y las características personales les pueda ofrecer y/o definir a estos adolescentes un proyecto de vida.

En relación a una posible limitación para estos jóvenes, se expone la pobreza como uno de los principales factores de riesgo para la creación de un proyecto de vida, la cual se define según una investigación del Ministerio de Planificación y Cooperación (2002) como un fenómeno multidimensional que abarca elementos materiales y no materiales, como la salud, carencias relacionadas con el desarrollo humano, dignidad, autoestima y libertad, lo que involucra derechos humanos de primera, segunda y tercera generación.

Cabe destacar, que dentro de este factor de riesgo se deben delimitar los términos de pobreza en calle y en condición de calle en cuanto a la población relacionada con el fenómeno de estudio de esta investigación. Por lo que según UNICEF (2006) los niños de la calle, se denominan aquellos que viven apartados de su hogar familiar, que han roto dichos vínculos y pernoctan de forma habitual en la calle. Por otro lado, establece UNICEF (1997) referido por Rodríguez y López (2009) que los niños/adolescentes en calle son los menores que permanecen gran parte o todo el día en la calle, por lo general son menores trabajadores, pero mantienen un vínculo familiar y pernoctan habitualmente en sus hogares. Por lo cual en este estudio se les denomina la calle como la condición que mantienen estos adolescentes más no a la que pertenecen, tomando en cuenta ambas poblaciones mencionadas.

Entonces la creación de un proyecto de vida se ve influenciado por múltiples factores, tanto internos como externos, que favorecen o limitan el desarrollo del mismo, al ver a los adolescentes desde una perspectiva psicosocial y que cada aspecto de su vida influye de manera directa en las metas y objetivos que se propongan, lo que en un futuro los llevará a crear su propio sendero en la sociedad.

Es importante reconocer entonces, que el camino para conquistar la propia vida es uno de los trechos cruciales del ser humano, una trayectoria que se construye a través de años, desde la infancia hasta la adultez, son los años próximos a la vida adulta en los que se puede ir formando una

conciencia acerca del futuro, planes, deseos y metas para una realidad de corto plazo. Además, dicha planificación dependerá de las circunstancias del contexto y los factores intrínsecos de la persona para una contemplación de vida a futuro desde su presente.

En la mayoría de los casos la atención desde un punto de vista social no se encuentra en estos adolescentes y es por ello que se analizan las vivencias de algunos y se busca comprender tanto las necesidades como experiencias propias y posibles consecuencias de su estadía en las calles, dentro de las cuales entran menores infractores, desempleo, población adulta no escolarizada en aumento, incremento de pobreza y condición de mendicidad en estas poblaciones (Rodríguez & López, 2009).

Con base a lo anterior, se plantea la importancia de este estudio desde una perspectiva psicosocial, desde una visión humana, vivencial e interpretativa en relación a la concepción de metas, sueños y planes de vida en adolescentes dentro de una situación vulnerable, específicamente en condición de calle; se desea plasmar cómo es una visión de vida desde las experiencias de la calle, del trabajo a temprana edad, desde las carencias materiales y socio-emocionales, elementos que conforman el camino de estos jóvenes en busca de la conquista de su propia vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se basó en los supuestos del paradigma interpretativo, ya que direcciona la investigación hacia la búsqueda de la comprensión del fenómeno y contempla la subjetividad de las realidades del mismo y de su contexto, razón que sustenta el medio natural y la población del estudio de proyecto de vida mencionado. También se utilizó la metodología cualitativa tomando en cuenta la subjetividad como parte necesaria del proceso investigativo, lo cual permite conocer las condiciones reales del contexto y lo humano de esta población.

Se eligió un diseño fenomenológico para realizar la investigación, con la finalidad de poder comprender la realidad que viven los informantes, ya que un proyecto de vida o cualquier plan a futuro está íntimamente ligado con aspectos tanto internos como externos de cada uno, y al ser los informantes adolescentes en condición de calle, se determinó que la mejor forma de comprender y ver el mundo como ellos lo ven, es a través de su experiencia.

Los informantes fueron seleccionados de un grupo perteneciente a beneficiarios de una fundación, cuyo propósito es salvaguardar los derechos y necesidades primarias de los niños, niñas y adolescentes del casco central de Maracaibo, estos fueron seis (6): comprendidos entre una (1) adolescente femenina y cinco (5) masculinos, la selección de los mismos se rigió bajo los siguientes criterios: (a) adolescentes femeninos y masculinos, mayores de 12 años y menores de 18 años; (b) que laboren y/o permanezcan la mayor parte del tiempo en calle; (c) pernocte o no en calle; (d) escolarizados o no.

Para la recolección de la información se realizó una actividad didáctica grupal, en encuentros de dos sesiones, y consistió en la construcción de un mapa de sueños en una cartulina dada a cada informante y diferentes recortes que ilustraban diversos contextos y actividades de la vida diaria (trabajo, estudio, dinero, familia, recreación y ocio) además, se les indicó que pegaran las imágenes que representaran sus sueños o metas a futuro, para proceder a explicarlos; dichos mapas tenían como función una proyección a futuro con el objetivo de conocer acerca de la visión personal que tiene cada adolescente sobre su posteridad desde su presente y el significado que este le otorga a un proyecto de vida. A su vez, permitió una introducción simbólica hacia la temática de la entrevista que facilitó generar información previa de los informantes.

Se utilizó adicionalmente la técnica de entrevista individual semi-estructurada, de manera presencial con una duración de veinte minutos; dirigidas por las autoras de la investigación; la misma se llevó a cabo en una fundación cuya población atendida cumple con las características de los informantes. Los aspectos éticos tomados en cuenta fueron el consentimiento informado al representante legal del menor, ya que las entrevistas fueron grabadas en audio con teléfonos celulares y posteriormente transcritas por las investigadoras.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron a través de las siguientes preguntas iniciales: ¿Quiénes viven contigo? ¿Hay alguien cercano a ti que te apoye en tus sueños? de ser así, ¿Quién?; ¿Quién te cuida?; ¿Cuánto tiempo pasas en la calle? ¿Estudias actualmente? de ser así, ¿te gusta? de ser no, ¿te gustaría?; ¿Trabajas actualmente? de ser así, ¿En qué?

Preguntas generadoras: ¿En qué eres bueno?, ¿Qué te gusta hacer? , ¿Qué quieres ser cuando seas grande?; ¿Qué te gustaría para tu vida en el futuro?; ¿Cuáles son tus planes para hoy? ¿Cuáles son tus sueños para el futuro?; ¿Qué crees necesitar para lograrlo? ¿Qué planes tienes para el día de mañana?; ¿Cómo te ves dentro de un (1) año?; ¿Que te ves haciendo en cinco (5) años? ¿Cómo ves tu vida en 10 años?; Si pudieras preguntarle a tu yo del futuro cualquier cosa ¿Que te gustaría saber? ¿Con qué cuentas para cumplir tus sueños? Si pudieras pedir cualquier cosa que te ayude a realizar tus sueños ¿Qué pedirías?

El proceso de categorización fue de tipo mixto, tomando en cuenta la teoría y lo encontrado en las entrevistas; de las cuales se transcribió toda la información de manera textual tal y como ocurrió, en un cuadro de tres columnas, la primera tomando el discurso textual, junto con las subcategorías y categorías halladas. Se llevó a cabo una triangulación con expertos a los cuales se entregaron las entrevistas iniciales vía correo electrónico; cada uno por separado dió sus recomendaciones de manera escrita en reuniones presenciales; en la triangulación participaron dos psicólogos con amplia experiencia en el ámbito social y con comunidades, así como una trabajadora social con vasta trayectoria en el abordaje de niños y adolescentes en condición de calle.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Figura 1



Siguiendo con el propósito de investigación, el cual fue comprender el proyecto de vida de adolescentes en condición de calle, los resultados obtenidos se encuentran estructurados en las

siguientes categorías y subcategorías: la categoría de redes de apoyo, engloba aspectos que resultan de gran relevancia en la construcción de un proyecto de vida, ya que constituye un factor primordial y central en el establecimiento de metas a futuro y la búsqueda de un proyecto personal; la ausencia o presencia de ellas influye en las posibilidades del adolescente con respecto al planteamiento de metas a corto o largo plazo, puesto que cubren una necesidad básica del individuo, que va desde lo físico a lo emocional, lo que permite que el adolescente avance hacia metas concretas.

De esta categoría surgen las subcategorías presencia de redes de apoyo/lazos familiares en las cuales se evidencia el apego o nexo familiar como factor protector, un elemento que permite tener una construcción de identidad desde un sentido de pertenencia al grupo familiar, que les da la posibilidad de crear una consciencia de sí mismo y un lugar en el mundo, formando así un pilar invaluable que sentará las bases de un posible proyecto a futuro, lo que se comprueba con comentarios como "Con el apoyo de mi hermano, de mi hermana, de mi tío y de mi padre" (#1, 92)

Consecuente a esto, se encuentra la subcategoría ausencia de red de apoyo/lazos familiares y representa un obstáculo que impide el establecimiento de metas claras a futuro y obliga al adolescente a valerse por sí mismo, viviendo entonces en la inmediatez, lo que se evidencia con frases como "Yo solo" (#4, 4) y "No, yo duermo en la calle" (#4, 8), Yo que más (exclama en un desaliento) (#6, 24).

La categoría de autoconocimiento refiere conocerse a sí mismo, en tanto carácter, habilidades y capacidades, gustos y preferencias, lo cual permite incursionar en diversas posibilidades a futuro, por el contrario, la falta del mismo limita las capacidades de visión a futuro dejando al adolescente en un estado de incertidumbre donde predomina el no saber hacia dónde va.

En este sentido, se anexan las subcategorías de consciencia de sí mismo/ construcción de identidad la cual se define como el acto de reconocer y tomar en cuenta que ellos existen como persona, como un ser individual y único, que además, poseen un mundo interno, una personalidad, gustos y preferencias. Lo que se expresa a través de uno de los entrevistados mediante la afirmación de "Sí, me gusta se, por ejemplo, bueno militar si me gusta, pero quiero ir pa la aviación" (#5, 43-44), con esta afirmación es evidente que priva la fantasía sobre la autopercepción real.

La subcategoría de falta de consciencia de sí mismo/ construcción de identidad, describe adolescentes exentos de un "Sí mismo", se encuentran desinformados y desorientados sobre aspectos de su ser y su mundo interno el cual desconocen, al igual que su personalidad, sentido o consciencia de su propia existencia más allá de un aspecto fisiológico, o identidad personal. Lo cual se refleja en algunos entrevistados a través de la indecisión y gestos como "(se queda en silencio)... ya no se (suspira y le da una palmada a su pierna)" (#3, 58).

La categoría de proyección a futuro indica que las metas a futuro se establecen y se construyen desde la influencia del entorno y se integran con los deseos propios del adolescente, de esta manera, se busca obtener de lo que se carece, como lo es un lugar donde vivir o una familia estable, lo que se pudo deducir mediante expresiones tales como "por eso, abogado me gusta, ser militar también" (#5,53).

Se encuentra también la subcategoría de posiciones de poder o de influencia, una posición de este tipo brinda un grado de seguridad al individuo y - en su mayor parte - se puede tener control sobre otros, mientras se protege a sí mismo. En estos adolescentes al tener una profesión les brinda seguridad y poder, algo de lo que carecen actualmente y por tanto los hace resaltar o ser vistos por la sociedad, les da voz donde no la tienen, ejemplo de ello es la expresión: "Estudiar pa ser del CONAS" (#6, 66), por otra parte, es posible que suceda lo opuesto, dando como resultado la subcategoría de aspiraciones limitadas

con los deseos a futuro limitados a lo básico dentro de lo que en su contexto diario pueden aspirar; es decir sus deseos solo abarcan su realidad inmediata, por ejemplo: “(lo piensa durante un rato)...comprar una casa, y abanico y televisor” (#4, 68), “(silencio).. no me imagino nada (suelta pequeña risa de forma avergonzado)” (#6, 123)

La categoría factores de riesgo se relaciona con los aspectos que vulneran la integridad del adolescente y que repercuten de manera negativa y directa, además de actuar como un factor castrador y limitante hacia la construcción de un proyecto de vida, elementos que coaccionan al adolescente dificultando su pleno bienestar y desarrollo físico, psíquico y emocional, por tanto una de las principales limitantes.

Dentro de esta categoría encontramos la subcategoría pobreza y se establece en base al estado precario que poseen estos adolescentes que se ven en la necesidad de conseguir por sí mismos el propio sustento y en el caso de muchos, el de su familia, lo que los arroja a una inestabilidad, una percepción de vida inconsistente, la incertidumbre del día a día se convierte en su cotidianidad, como cuando se expresa: “Pidiendo” (exclama en tono de vergüenza) (#3, 39). Cuyo enunciado hace referencia a lo que se dedica al día a día.

La subcategoría de mendicidad refiere al estado en el que se encuentran algunos de estos adolescentes, encontrando en ellos, la vergüenza, el vacío y la evasión del hogar lo que genera una percepción de sentido de vida inconsistente, difusa y una despersonalización de sí mismo.

Por último se encuentra la subcategoría de violencia ya que los adolescentes que se encuentran en condición de calle, en su mayoría han sufrido violencia en el hogar, siendo este un factor que promueve a la huida de estos menores hacia la calle como vía de escape, lo que se evidencia en extractos como “Ya tiene tiempo (voz baja), mi madrastra me pegaba mucho” (#2, 54), voy...pase si llego allá me van a pega (#4, 15).

La categoría de sentido y valor de vida se relaciona a la posición de valor que le otorgan estos adolescente a sus propios actos del día a día como la decisión de enfrentar la responsabilidad y el trabajo, así como también mantener presente sus deseos de cambio en su situación actual. Al reconocer sus acciones como un aspecto que le agrega valor y re-significa su sentido de vida ante la adversidad, dentro de esta categoría encontramos la subcategoría de trabajo a temprana edad ya que en la mayoría de los adolescentes, se encuentra el ejercicio del trabajo ambulante, “Vendiendo caramelos” (#6, 49), “Puro limpiando vidrios” (#6, 39), “Yo trabajo vendiendo bolsas y en una pastelería por allá por mi casa” (#1, 25).

Se encuentra además la subcategoría de deseos de superación, anhelos de estos adolescentes de hacer algo más allá por ellos mismos, frente a las adversidades que se les han presentado a lo largo de su vida, estos deciden tomar acción en cuanto al rumbo de su propia vida para otorgarle un significado distinto de lo que ya conocen, expresado como: “Tener bueno...primero que todo seguir estudiando, graduarme sacar mi bachillerato, o seguí mis estudios y saca mi título como abogado, con lo que bueno lo que yo quiero estudiar” (#5, 64-66), “Emm, no sé yo tengo que poner mi empeño porque si no pongo mi empeño maginate nunca voy a llegar allá” (#5, 68-69), “Estaría trabajando, estudiando, siguiendo una carrera, estaría ayudando a sus hermanos en cualquier cosa que lo necesitaran, estuviera ayudando a su mamá, a su papá, a su abuelo” (#1, 80-82).

De esta manera, referirse a adolescentes en condición de calle evoca un dramatismo implícito en sus historias de vida, protagonizan la precariedad, el peligro y la pobreza en su día a día, que levanta

un muro en su visión a futuro y les impide ver más allá de su propio mundo inmerso en la necesidad, estos factores son el impedimento que ciega su proyección y construcción de metas a futuro y solo les permite ver la inmediatez, lo que a su vez influye de manera directa en su iniciativa por crear planes a futuro, pues ven poco probable que los mismos sucedan.

Aunado a ello, se establece relación con la teoría de Hernández (1985) quien refiere que el proyecto de vida es una realidad determinada que enmarca la personalidad del individuo y su manera en como este percibe el mundo, su vida y a sí mismo, surge desde una entrelazada red de factores tanto internos como su personalidad, percepción y valores, incluyendo también factores externos como las oportunidades y amenazas que les brinde el ambiente, estos factores se involucran entre sí y brindan un marco valorativo de sentido y significado de vida desde la expresión del propio ser y de su contexto de actividad total, para el alcance de lo que este desea dedicarse y convertirse como persona, y por consiguiente estos factores pueden intervenir a favor o en contra de la construcción de un proyecto de vida.

En este sentido se destacan, dos elementos comunes en estos adolescentes: sus características resilientes y los factores de riesgo a los que están expuestos, como, la pobreza, la mendicidad, el trabajo ambulante a temprana edad, violencia intrafamiliar, orfandad, hacinamiento, ausencia de redes de apoyo y modelos guías, lo cual se relaciona a las investigaciones de Rodríguez y López (2009), quienes se destacan que estos factores de riesgo son precipitantes de la indefensión y la vulnerabilidad. Sin embargo, la presencia de sus características personales resilientes y eficaces como herramientas de soporte, se convierten en garantía de supervivencia si son superadas con éxito las amenazas y peligros de la calle, ya que los puede impulsar hacia la superación personal.

Es por ello que, se encontraron simultáneamente adolescentes en estado de mendicidad y sin expectativas a futuro, pero también se hallaron aquellos que trabajan, poseen deseos de estudiar, mejorar su calidad de vida y sueños por cumplir, como el principal factor protector que marca la diferencia entre estos dos grupos es por tanto una red de apoyo, ya que se encontró que aquellos que poseen al menos una persona en la cual apoyarse o que les brinde seguridad y orientación, tenían una visión a futuro más estructurada y sus sueños se volvían cada vez más planificados con la creencia de poder lograrlos.

De esta manera la teoría de Hernández (1985), afirma que los entornos inmediatos que envuelven al adolescente como la familia, redes de apoyo y la escuela o en la mayoría de estos casos, la calle, desempeña un rol esencial en las influencias directas que ejercen sobre el adolescente y la visión de vida que este pueda tener y por consiguiente repercute en el establecimiento de metas, planes a futuro y el cumplimiento de los mismos.

Es por eso que, debido a las vivencias en calle que inciden en la supervivencia y autoeficacia temprana, estos adolescentes reflejan una actitud, conducta y visión de vida poco esperado para la etapa de la adolescencia, ya que en su mayoría han tenido que encargarse de roles adultos, tales como cuidar de sí mismos sin la supervisión de una figura de apoyo, al dejar a un lado su etapa de adolescencia, todo lo contrario a lo que según Papalia et al. (2012), debería vivirse en esta etapa, ya que se describe como una fase evolutiva en la que se tienen oportunidades de crecer en diferentes dimensiones con el apoyo de la escuela, familia y comunidad, enunciado que contrasta con las experiencias de los adolescentes entrevistados, que tienen situaciones fortuitas que los inmiscuye en la búsqueda de recursos como dinero y alimentos a través de actividades informales, comercio callejero, laboriosidad temprana y mendicidad, anulando cualquier análisis o sentido de moral que requieran, todo esto en busca de un sustento propio, responsables de generar o conseguir dinero para su supervivencia, incluyendo la de sus familias.

Es de resaltar que, los lazos familiares se convierten en el factor protector por excelencia, que constituyen el pilar fundamental del cual depende la creación de un proyecto de vida y el no tenerlo implica, en muchos casos, la incapacidad de crear uno, lo cual corresponde con las investigaciones de Bonilla y Macilia (2015), quienes mencionan como factores protectores de alta incidencia a la familia como elemento protagonista y garante de valores humanos, alcance a la educación, identificación personal y participación social. Si bien, en muchos de estos adolescente los lazos familiares son inexistentes, algunos cuentan con el apoyo de otras figuras guías, que aunque no posean un vínculo sanguíneo u afectivo directo estas figuras llegan a ser personas cercanas a ellos, como vecinos, amigos o tutores, los cuales forman parte de las redes que satisfacen las necesidades existentes por la falta del apoyo familiar, pero representan un soporte más no una suplencia de la familia como elemento irremplazable, es por ello que las redes de apoyo representan la base de la pirámide para el inicio de un camino de autoconocimiento y el sendero de construcción de un proyecto de vida.

Estos adolescentes suelen recibir poco o casi ningún tipo de apoyo fuera de las necesidades básicas como la alimentación o prendas de vestir que pueden ser brindadas por parte del estado o la comunidad ya que en muchos casos la sociedad suele verlos como jóvenes sin potencial o futuro, atribuyendo una etiqueta que los inmiscuye en un estigma social de marginalidad, lo cual resulta contraproducente ya que ¿cómo puede esperarse que estos adolescentes avancen al mismo ritmo que otros, si no poseen las iguales herramientas u oportunidades? y como añadidura, la calle representa riesgos de múltiples ámbitos en su vida que precipitan al adolescente hacia vivencias fortuitas desde su nacimiento.

Partiendo de esta perspectiva, se puede apreciar cómo el estado, sociedad o comunidad los excluye y les quita identidad como individuos y a cambio los agrupan como un peligro y solo otra problemática social, lo cual se relaciona a investigaciones previas de (Rodríguez & López, 2009), quienes establecen que esta problemática lleva años existiendo y que a día de hoy aún se encuentra sin solución, lo que dirige a interrogantes como ¿cuántos adolescente vivieron en estas condiciones?, ¿pudo la gran mayoría avanzar? o ¿simplemente se perdieron entre las estadísticas de adolescentes en condición de calle para convertirse en adultos marginados? que en muchos casos no pueden aspirar a trabajos dignos o bien remunerados.

Aunado a ello, se resalta la incidencia que tiene el estancamiento o la imposibilidad de un proyecto de vida y una difusa visión a futuro en estos adolescentes, con una nula visibilización, apoyo o atención de esta población y la gran problemática que abarca para un municipio, un estado, un país y una cultura, con implicaciones de gran repercusión en la sociedad como menores infractores que se convierten en adultos no escolarizados, delictivos y desempleados, inmersos en actividades informales; mendicidad en aumento pobreza, y por consiguiente la reproducción en incremento de esta población en condición de calle .

Encuanto a la realización de esta investigación se encontraron limitantes en relación a la comunidad partícipe y su asistencia a la fundación, donde se realizó el estudio, su presencia era fluctuante, lo cual limitó el acceso a otros adolescentes que poseían las características establecidas para la investigación. Asimismo un obstáculo destacable fueron las dificultades de comunicación por la escasa escolarización que tienen estos adolescentes y el temor a ser abordados, razón por la cual muchos se abstuvieron de participar, y aquellos que accedieron a ser entrevistados se mostraban tímidos, reservados o desconfiados, cuyas respuestas que eran en su mayoría cortas y concisas.

CONCLUSIONES

Se concluye que el proyecto de vida de estos adolescentes se encuentra mayormente disperso en ideas orientadas a la satisfacción externa y necesidades fisiológicas tales como comer, asearse y un lugar donde dormir, abrirse paso a deseos e intereses de filiación, adquisición material y monetaria que buscan solucionar problemas puntuales o bien aquello idealizado por la sociedad, como una casa, un carro, formar una familia u el oficio de un familiar, pariente o amigo.

Sin embargo, son ideas y proyecciones externas al sí mismo, en su mayoría se encuentran limitados por el contexto donde se desenvuelven o exentos de autoconocimiento sobre sus propios intereses, gustos y sueños, esto como consecuencia de la presencia u ausencia del sistema familiar o redes de apoyo en las que el adolescente tiene la oportunidad o no de formar un vínculo cercano, que lo haya orientado en su infancia y lo guíe en el presente sobre la vida, el mundo, las personas y sí mismo, para que desde allí construya su propia identidad, punto fundamental para el descubrimiento de capacidades u/o habilidades a desarrollar en determinada área de profesión o estilo de vida.

De esta manera se destaca, que, si bien algunos de estos adolescentes poseen una familia, estas suelen ser numerosas y la figura de cuidado, amor y orientación se encuentra ocupada por cuidadores negligentes y maltratadores, que condicionan la vida de estos adolescentes a la violencia, pobreza, hacinamiento, ser desplazados y excluidos, en estos entornos familiares disfuncionales como uno de los factores de riesgos y causas de la permanencia en calle.

Otra de las constantes que se pueden encontrar en cada uno de estos adolescentes y que a su vez es su principal limitante, es la pobreza y la precariedad que los lleva de ser adolescentes a ser adultos prematuros, obligados a valerse por sí mismos y en algunos casos velar por el sustento de su familia, por lo que desde pequeños se les enseña una visión de vida inestable, que parte de la resolución autónoma del día a día y da paso a la inquietud e incertidumbre sobre el mañana, como parte del esquema de vida aprendido de estos adolescentes, sin un estilo de vida garante de estabilidad del presente y desde la angustia y estancamiento o bien desde la autodeterminación y resiliencia, estos adolescentes construyen una visión de vida en base a las herramientas internas y oportunidades que posean a su alcance.

Al vivir en un mundo de precariedad donde el dinero es el pilar de cualquier garantía de supervivencia, se establece que al no tenerlo se detienen casi por completo cualquier plan o meta que estos adolescentes puedan desarrollar, puesto que la motivación se ve disminuida ante una realidad inmiscuida en la exclusión social, en la marginalidad y en la poca visibilidad ante el mundo.

En este sentido, se determina que la construcción del proyecto de vida de adolescentes en condición de calle se encuentra sujeta a las oportunidades que poseen de contar con una red de apoyo que los oriente, lo que lleva a la construcción de la identidad, forma el autoconocimiento y desde un concepto de sí mismos surgen sus propios sueños para darle sentido a su vida, al trabajo ambulante, a las adversidades y demás vivencias que sentarán las bases para una proyección propia de su futuro.

Sin embargo, en añadidura con lo mencionado, el proyecto de vida de estos jóvenes también puede estancarse si los aspectos anteriormente resaltados se encuentran ausentes, dejando al adolescente en una camino lleno de múltiples adversidades que le acompañan y que debe recorrer sin ninguna guía ni dirección en busca de una vida de desconcierto, sin significado y de sueños ilusorios.

Es importante tomar en cuenta puntos claves para futuras investigaciones relacionadas al fenómeno de estudio, tales como llevar la entrevista en formato conversatorio con el fin de incentivar respuestas más extensas por parte de los informantes, realizar más actividades previas con el objetivo que el informante se encuentre dispuesto a participar en la investigación, ampliar el número de

lugares donde se puedan encontrar informantes que cumplan con las características requeridas de la investigación, bien sea varias fundaciones u organizaciones que trabajan con dichas comunidades e investigar durante las entrevista el posible consumo actual o pasado de sustancia u/o alcohol, ya que ello puede influir en sus capacidades de respuesta o en lo extenso del discurso, así como también puede incidir en su habilidad intelectual y personal para establecer una proyección a futuro, además investigar si existe o existió abuso hacia el menor o si han existido problemas con la ley.

REFERENCIAS

- Bonilla Ruíz, S. M., & Marcilia Hernández, Y. (2015). *Factores protectores que favorecen la realización de proyecto de vida en adolescentes en riesgo psicosocial de la Institución Juventud Con Una Misión*. Corporación Universitaria Lasallista.
- Díaz-Garay, I.S, Narváez-Escorcía, I.T, & Amaya -De Armas, T. (2020). El proyecto de vida como competencia básica en la formación integral de estudiantes de educación media. *Revista de Investigación, Desarrollo e Innovación*, 11 (1), 113-126. <https://doi.org/10.19053/20278306.v11.n1.2020.11687>
- UNICEF (2006, 30 mayo). *Estado Mundial de la infancia. Excluidos e Invisibles*. UNICEF Colombia. <https://www.unicef.org/colombia/media/2411/file/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202006.pdf>
- Garcés-Delgado, M., Santana-Vega, L. E. y Feliciano-García, L. (2020). Proyectos de vida en adolescentes en riesgo de exclusión social. *Revista de Investigación Educativa*, 38(1), 149-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.332231>
- Hernández. O.D (1985). La formación de los proyectos de vida del individuo. Una necesidad social. *Revista cubana de psicología*, 3(2), 31-39. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v3n2/05.pdf>
- Hernández, O. D. (2006). Proyecto de vida y desarrollo integral humano. *Rev. Internal Creemos*. (Puerto Rico), 6(1-20), 1-31.
- Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes*. (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5.859 (Extraordinario), (1) diciembre, 10, 2007.
- Mampaso, J., Pérez, F., Corbí, B. C., González, P., & Bernabé, B. (2014). Factores de riesgo y de protección en menores infractores. Análisis y perspectiva. *Psychologia Latina*, Vol. 5(No. 1),11-20. [https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2014-07-29-02%20MAMPASO%20\(2\)](https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2014-07-29-02%20MAMPASO%20(2))
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (2012). *Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza*. Mideplan, 5-7.
- Ossa Saldivia, L. (2005). *Adolescentes en situación de calle: construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106001>
- Palma, I. (1990) *Embarazo en adolescentes: Daño psicosocial y Proyecto de vida en Los Jóvenes en Chile Hoy Editado por Generación-Compiladores*. CIDE, CIEPLAN, INCH, PSI PIRQUE, SUR. Santiago, Chile. <https://paulohidalgo.com/wp-content/uploads/2019/06/los-jovenes-en-chile-hoy-paulo-hidalgo.pdf>

- Papalia, D. E., Feldman, R. D., Martorell, G., Berber Morán, E., & Vázquez Herrera, M. (2012). *Desarrollo humano* (12a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez-Mora, Y. J., & López-Zambrano, M.A. (2009). Niñez en situación de calle en Venezuela: ¿Un problema público? *Revista de Ciencias Sociales*, 15(1), 68-88. http://ve.scielo.org/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1315-95182009000100006&lng=es&tlng=

NOTAS ESPECIALES

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado: “Proyecto de vida de adolescentes en condición de calle”, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

CONCEPTO DE SÍ MISMO EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Concept of self in women survivors of gender violence

VALERIA CONCHO-JARAMILLO
Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
Email: Valcjaramillo.13@gmail.com

Admisión: 12-01-2024
Aceptación: 16-01-2024

RESUMEN

El propósito fue comprender el concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes de violencia de género, con base en Rogers (1975), mediante una investigación realizada en el paradigma interpretativo, metodología cualitativa y método fenomenológico; con tres informantes clave quienes respondieron a una entrevista semiestructurada, analizada con el método hermenéutico-dialéctico, procesos de categorización y triangulación de expertos. Las categorías que emergieron fueron la experiencia de violencia, reorganización del self y una nueva mujer. Las mujeres estarían reorganizando la configuración de las percepciones que tienen sobre ellas, se habrían dejado de sentir como personas sin valía y sin derechos, para cambiar esta actitud y mirarse como alguien que merece ser respetada para vivir libremente, sin el temor de ser violentadas. De esta manera, la experiencia de violencia de género también funciona como un agente de transformación de la visión que las mujeres tenían, encaminándose hacia una tendencia actualizante constructiva.

PALABRAS CLAVE: Concepto de sí mismo, mujeres, sobrevivientes, violencia de género

ABSTRACT

The purpose was to understand the concept of self in women survivors of gender violence, based on Rogers (1975), through research carried out in the interpretive paradigm, qualitative methodology and phenomenological method; with three key informants who responded to a semi-structured interview, analyzed with the hermeneutic-dialectical method and processes of categorization and triangulation of experts. The categories that emerged were the experience of violence, reorganization of the self, and a new woman. Women would be reorganizing the configuration of the perceptions they have about them and would have stopped feeling like worthless people and without rights, to change this attitude and see themselves, as someone who deserves to be respected and live freely, without fear of will be violated. In this way, the experience of gender violence also works as an agent of transformation of the vision that women had, heading towards a constructive updating trend.

KEYWORDS: Concept of self, women, survivors, gender violence

COMO CITAR: Concho-Jaramillo, V. (2024). Concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes de violencia de género. *Sistemas Humanos*, 4(1), 44-63 pp

INTRODUCCIÓN

La violencia de género ha sido un problema continuo en la historia de la humanidad y afecta a millones de personas alrededor del mundo, causando importantes repercusiones en distintas áreas, tanto individuales como sociales. Álvarez (2021), explica que la violencia de género, en su forma más común, es ejercida por un varón como una manera de demostrar la superioridad machista y los patrones culturales de dominio del hombre sobre la mujer sumisa; no necesariamente porque aquélla sea vulnerable, sino más bien como un acto de simbolizar poder por parte de varones que creen que la mujer carece de derechos o debe estar supeditada a la figura masculina.

De acuerdo con Torres et al. (2020), la violencia de género es un problema cotidiano y ello ha hecho que se haya invisibilizado bajo una aceptación y normalización del mismo, incluso por las distintas culturas del mundo, manifestándose sus patrones de comportamiento individuales y sociales, a la vez que tiene lugar dentro del hogar, el trabajo, en instituciones educativas, en los sistemas de salud, en el trato hacia los más jóvenes o con personas mayores, incluso en las propias instituciones que buscan ayudar a las víctimas.

De forma general, Jaramillo y Canaval (2020), explican que la violencia de género es una violencia estructural que yace en la desigualdad y la asimetría de las relaciones de poder entre mujeres y hombres; puede ser experimentada por mujeres, hombres e individuos con distintas identidades de género. No obstante, este tipo de violencia suele sostenerse en una cultura en la que se espera que la masculinidad domine sobre lo femenino, por lo cual es la mujer la víctima más común, normalizando su observancia como un sujeto inferior, que debe ser dominado y que tiene un valor disminuido ante el hombre; lo que conduce a la vulnerabilidad de sus derechos humanos y de ellas mismas como personas.

Con ello, se entiende que es un problema ubicuo, en el cual el principal factor de riesgo es ser mujer, teniendo diferentes resultados, como lo mencionan Torres et al. (2020) sexuales, físicos, emocionales o psicológicos; incluso la propia amenaza de cometer una agresión, limitar la libertad, la coacción, en esferas públicas y privadas, se consideran como violencia de género. Además, es necesario explicar que no solo viene de una pareja (lo que se denomina violencia doméstica), sino también de otros hombres como familiares, hijos, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos que maltratan intencionalmente a la mujer.

Con estas aclaratorias, se tiene que el tema de la violencia de género es muy amplio y como explican González y Castellanos (2003), puede tener repercusiones importantes tanto en lo individual y personal, como en lo social, por lo cual suele ser considerado como un problema de salud pública, que afecta la familia, las relaciones interpersonales, minimiza los derechos de las mujeres; además, trae consigo secuelas legales ya que es un delito que se presenta desde golpes, hasta asuntos más graves como la violencia sexual y los femicidios.

En este orden de ideas, parecen existir fuertes patrones culturales y sociales que fomentan este tipo de violencia, arraigada en paradigmas ancestrales que magnifican la figura masculina y substraen a la mujer a una posición de sumisión y devoción al hombre, como lo refiere Pallarés (2012); quien además explica que puede haber estereotipos femeninos o comportamientos por parte de esta población que son vistos por el hombre como un estimulador de conductas violentas o agresivas hacia las féminas; o, quizá con más gravedad, que para la mujer justifican dichas situaciones, lo cual las deja como vulnerables ante el o los agresores, como si ellas no tuvieran otras alternativas de vida.

Hacia este punto en particular se dirige el interés de la investigación: a conocer qué sucede en la mujer y qué factores existen en ella que la hacen vulnerable ante la violencia de género o la mantienen

dentro de este ciclo de maltratos; específicamente en cuanto a la forma en la cual se perciben a sí mismas, se valoran como personas, sus creencias y actitudes hacia ellas, así como las diferentes representaciones mentales respecto a diversos aspectos como serían los emocionales, sociales, culturales, relacionales, corporales y psicológicos; tanto antes y durante las vivencias de violencia y después de romper con el ciclo y ser sobrevivientes del hecho.

Es por ello que se parte del fenómeno del concepto de sí mismo, que forma parte del enfoque centrado en la persona rogeriano y es entendido, grosso modo, como una abstracción que se conforma por la imagen fenoménica que la persona tiene de ella misma y que tiene la capacidad de reorganizarse. Más concretamente, Rogers (1975), quien también lo denomina estructura del sí mismo, lo define como "...una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la consciencia..." (p. 379).

Por lo tanto, el concepto de sí mismo, desde la postura rogeriana, fenomenalista y humanista que toma la investigación, se compone de varios elementos, entre los cuales el mencionado autor puntualiza las percepciones de las características personales, las percepciones de las capacidades individuales, la manera en la que se ve a uno mismo en función de los otros y del entorno, los valores obtenidos a través de las experiencias y las metas que pueden adquirir un sentido positivo o negativo.

Además, Rogers (1975), explica que tiene tres características fundamentales: primeramente, es consciente, porque comprende únicamente experiencias y percepciones que tienen lugar en la conciencia y han adquirido simbolización por parte de la persona, ello con la finalidad de hacerlo operativo. Además, es una Gestalt, puesto que el concepto de sí mismo es una configuración organizada, sólida y estable que incluye todas las experiencias del sujeto teniendo una actitud positiva; sin embargo, dicha estructura puede ser objeto de fluctuaciones vivenciales o emocionales que harán que la persona tome una actitud negativa, que no cambiará hasta que se logre una nueva organización. Finalmente, está compuesto por percepciones de sí mismo, valores e ideales personales.

En complemento, Tausch y Tausch (1981), explican que el concepto de sí mismo es adquirido y aprendido a partir de las experiencias que el individuo tiene a lo largo de su vida; considerando también el conocimiento que tiene sobre ella como sujeto; por lo que son características que lo definen como individuo, a la par que presenta y juicios valorativos sobre lo que es y lo que puede llegar a ser a medida que se desarrolla. Bajo esta perspectiva, el sí mismo determinaría la individualidad de cada persona y le brinda la posibilidad de vivir sus experiencias de forma única ante los estímulos externos que pueden ser similares, pero que causan sensaciones y percepciones diferentes en cada ser humano.

Aunado a lo anterior, Casanova (1993), explica que el concepto de sí mismo es aprendido por la persona y adquirido a través de sus experiencias de vida, por lo cual tiene también una importante repercusión en la forma en la cual un individuo ve los sucesos que le ocurren, percibe a los objetos y las demás personas del contexto en el que se desenvuelve. Además, es relevante considerar que el sí mismo puede llegar a ser el resultado de las acciones o agentes externos sobre la intimidad, el mundo interno o privado de la persona.

Con referencia a ello, Tausch y Tausch (1981), señalan que el autoconcepto está íntimamente relacionado con las vivencias del individuo y la manera en la que percibe su campo fenoménico, razón por la cual es esperable que exista una correspondencia o coherencia entre las experiencias de su vida y la forma en la que se ve a sí mismo como persona. Es así como el concepto de sí mismo se vuelve una especie de punto de referencia que el individuo utiliza para el significado que se le atribuye a las sensaciones, percepciones y experiencias

Un punto destacado de la teoría rogeriana es la tendencia a la realización o la tendencia actualizante, que, de acuerdo con Morris y Maisto (2005), se refiere a la capacidad de la persona de cultivar sus capacidades y potenciales; así como de adquirir nuevas destrezas, mediante los esfuerzos para mantenerse y enriquecerse a través de sus propias experiencias. No obstante, esto puede no tener lugar, haciendo que el individuo no desarrolle su potencial y tienda a ser rígido, defensivo, tímido y sentirse ansioso o amenazado, especialmente, cuando la relación con el entorno es negativa.

De esta forma, el ser humano es un organismo experienciante y como tal orienta sus conductas según la valoración subjetiva que hace de sus experiencias y la manera en la que percibe la realidad; además, es autoconsciente y tiene la capacidad de reflexionar sobre aquello que le sucede y tomar consciencia de sí mismo lo que le permite construir un yo que le represente y diferencie de otros. Por tanto, es capaz de construirse a sí mismo conforme a lo que percibe de él y de entorno, así como a su interacción con otras personas.

En una línea similar, Moreno et al.(2015), explican que “la noción de «sí mismo» comprende a diversos constructos de «autorreferencia» (del griego autos y el latín referentia), es decir, a todo aquello del sujeto que refiere al mismo sujeto: creencias y representaciones subjetivas, como también esquemas e imágenes” (p. 109). Es por ello que el concepto de sí mismo se relaciona con diversos aspectos de la persona como individuo, que se basan en sus percepciones, en aquello que opina de sí misma y en una serie de representaciones mentales que forman una visión global de lo que se es.

Pudiera suceder que el concepto de sí mismo que las mujeres en general han aprendido y adquirido postule la aceptación de la violencia de género, normalizando esta situación porque, aparentemente, la propia cultura le refiere que a la mujer le pertenece el rol de tolerancia y vivenciar la agresividad de otros, sin razonar en su importancia o consecuencias, sino que simplemente forma parte de sus aprendizajes, culturas y patrones, sin ver la necesidad de discutirlo. Aunado a ello, Marcano y Palacios (2017), explican que la violencia puede tener origen o fortalecerse por aspectos relacionales como los conflictos en el entorno próximo, con el cónyuge o la familia; factores sociales, como las tradiciones y costumbres donde el hombre tiene dominio sobre la mujer; aspectos comunitarios como el aislamiento, actitudes socioculturales y condiciones sociales; así como factores individuales de tipo educación, nivel económico, trastornos psicopatológicos, historias de abuso y personalidad.

Al respecto, Rogers (1959), enfatiza que, si hay congruencia entre el sí mismo y las experiencias, la tendencia actualizante opera de modo constructivo; pero si existe una incongruencia expresada en falta de autenticidad, una realidad amenazante que coarta la construcción personal o causas psicológicas, la persona desarrollará un concepto inadecuado. Con este marco referencial, el concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes de violencia de género es un aspecto importante a evaluar, puesto que la experiencia negativa de las situaciones de agresión y violencia pueden ocasionar en ellas incongruencias entre su self ideal y el self real, o entre las cualidades que creen tener y las que realmente poseen, conllevando a una percepción desfavorable de ellas mismas.

Tales incongruencias fueron reportadas por Mazariegos (2014), en su investigación, la cual fue realizada en un grupo de mujeres guatemaltecas víctimas de violencia intrafamiliar que acudían a un centro de atención; encontrando que se caracterizaban por una baja afabilidad explicada en la desconfianza hacia las autoridades y preferían ocultar lo que les sucedía por miedo a las represalias del agresor; su tesón o autodisciplina fue alto, lo que implicaba meticulosidad y perfeccionismo en sus tareas, como una forma de evitar las agresiones si algo no estaba bien y las llevaba a tolerarlas porque no cumplían con lo esperado por el otro. Además, su apertura mental fue baja, lo cual indicaba que se

acostumbraron y adaptaron a la cultura violenta, la normalizaron e hicieron parte de su estilo de vida; aunque luego trataran de buscar ayuda.

De manera semejante, Romero y González (2017), encontraron en un grupo de mujeres venezolanas victimizadas por sus parejas, son dependientes económicamente de un hombre y aceptan la violencia para no perder la ayuda económica que les permite darles sustento a sus hijos. En este sentido, se percibían a ellas mismas como una persona que debe tolerar lo negativo del otro porque es parte de su naturaleza, evidenciándose el aprendizaje de la relación mujer-tolerancia de la violencia; se manifestó la sensación de ser humilladas, sexualizadas, controladas económicamente, culpabilizadas y criticadas; que repercutían negativamente en las actitudes sobre ellas como personas y en la visión que tenían de ellas, mostrándose como individuos inseguros, con autoestima reducida, sumisas ante la figura masculina; es decir, su self real se apegaba a los estereotipos de la mujer y a lo esperado en quienes han sido objeto de agresiones en la forma de violencia de género.

Por su parte, Aragonés et al. (2018), realizaron un perfil psicológico de mujeres víctimas de violencia de género, radicadas en España, encontrando que aquellas mujeres que vivieron violencia en su infancia de manera directa o indirecta, eran más vulnerables a experimentar la durante la adultez, especialmente perpetrada por parejas románticas; además se caracterizaban por timidez, sensación de inferioridad, vergüenza, hipersensibilidad a las críticas, con estilos de personalidad patológicos como depresivo, esquizoide, paranoide, entre otros; se suman algunos rasgos como conductas antinormativas y actitudes menos prosociales; con problemas de ajuste y adaptación social y personalidad dependiente. Por su parte, Valdés et al. (2018), reportaron que la mujer que ha sido sobreviviente de violencia de género tendía a construir su imagen corporal en función de cumplir con los cánones del hombre que era su pareja; también se percibía como alguien inferior y ello lo manifestaba al describirse a sí misma como alguien incapaz de satisfacer las expectativas sociales y las conductas que se atribuyen al género femenino.

Mientras que Acevedo (2020), al observar cómo se configura la autoestima en mujeres con características de maltrato por motivos de género, encontró que a medida que se incrementaba la severidad de la violencia recibida, se afectaba en mayor proporción la autoestima de las féminas; quienes se veían a sí mismas como alguien incapaz de controlar su propia vida y que no pueden salir del entorno de agresión. Por su lado, Solano (2021), reportó que a medida que se incrementa en severidad la violencia se afecta paralela y negativamente la percepción de sí mismo, la mujer se siente vulnerable ante los demás y sus relaciones familiares presentan alteraciones desfavorables.

Como se puede apreciar, el concepto de sí mismas de las mujeres sobrevivientes de violencia de género tiene connotaciones particulares que vendrían de los patrones aprendidos y adoptados desde su infancia sobre lo que es o se supone deber ser una mujer ideal; lo que, posiblemente, aumentaría su vulnerabilidad ante este flagelo; cuestión que ya ha sido explicada por Tausch y Tausch (1981), respecto a la adquisición de esta estructura. Además, también es probable que la propia experiencia de violencia modele otros aspectos de su persona, lo cual indicaría que lo que vivencian dentro de este ciclo o episodios tendría repercusiones en su individualidad, en su psique y en su conducta.

Entonces, cuando las experiencias no son totalmente positivas o la interacción con el medio es desfavorable, puede que la persona no alcance la auto-actualización, ya que no consigue la congruencia entre el yo ideal y el yo real, es decir, entre quien le gustaría ser y quien realmente es. De acuerdo con Rogers (1959), el concepto de sí mismo perdería su organización, afectando la forma en la cual estas mujeres construyen su vida y se ven a ellas mismas, ya que la mayoría de las experiencias conscientes estarían asociadas con la situación de violencia.

Por lo tanto, el concepto de sí mismo, desde la postura rogeriana, está en constante evolución, recordando que es promotor de la tendencia actualizante, y el individuo puede ir mejorando sus capacidades, así como modificando aspectos negativos, siempre con la finalidad de actualizarse, a través de la congruencia entre el concepto del yo ideal y el concepto del yo real; para construir, como lo indica Rogers (1975), un concepto estable y organizado.

Siendo así, las mujeres que han sobrevivido a la violencia de género, han tenido una interacción con un medio ambiente en el cual fueron victimizadas y abusadas, así como relaciones personales que no son del todo sanas o adaptativas, lo cual puede marcar cambios en la percepción de sí mismas, considerando la tendencia actualizante rogeriana; que bien puede auapar y motivar la salida de esta situación, por una incongruencia entre el yo ideal que no se permitiría vivir estas experiencias y el yo real que sí la vive; o al contrario, modificar sus capacidades para ajustarse al contexto de violencia y darle aceptación.

Es por ello, que la presente investigación busca conocer cómo el concepto de sí mismo en mujeres que han sobrevivido a la violencia de género, teniendo en cuenta que se trata de un configuración, como lo indica Rogers (1959), que está sujeta a cambios y modificaciones a partir de las reflexiones del organismo experienciante, en este caso, las mujeres; a modo de comprender cómo sus experiencias pueden contribuir a la transformación de valores, ideas y de sus conceptos del yo, que ya estaban establecidos pero que cambiarían de significado, a través de lo vivenciado.

La importancia de la investigación se basa en el hecho que la violencia de género sigue siendo un problema ubicuo, que afecta a miles de adolescentes y mujeres alrededor del mundo; muchas de las cuales no tienen la posibilidad de librarse de esta situación porque mueren a manos de sus víctimas; y otras tantas continúan sometidas a los maltratos por miedo, por dependencia emocional o económica o el temor a que el otro cumpla con las amenazas que suele hacer. En el caso venezolano, el asunto también tiene relevante presencia social, incluso pudiera ser catalogado como un problema de salud pública, que se ha venido haciendo visible en los últimos años, pero que necesita ser valorado constantemente, en cuanto a sus factores mantenedores y de riesgo, especialmente, por parte de aquellas que siguen viviendo dentro de estos entornos.

Además, al conocer cómo las mujeres sobrevivientes de violencia de género se autoperciben mediante la comprensión de su concepto de sí mismo, se cuenta con información sobre aspectos del yo que pueden estar presentes en quienes han sido violentadas o maltratadas por sus parejas, incluso dentro de entornos laborales o familiares, al entender que este tipo de violencia estructural se recibe por la propia condición de ser mujer; algo que puede ser útil para la elaboración de campañas de prevención, recomendaciones personales o planes de acción social con la finalidad de minimizar este problema teniendo en cuenta los rasgos personales de quienes lo sufren, así como para la atención de sus consecuencias físicas, emocionales, sociales, sexuales y psicológicas.

Del mismo modo, la investigación tiene relevancia científica, pues si bien es un tema que se ha venido estudiando continuamente a lo largo de los últimos tiempos, no ha dejado de existir, al contrario, pareciera estar cobrando presencia o mayor visibilidad; lo cual marca un importante hito para reconocer por qué sigue sucediendo a pesar de las campañas de prevención o el reconocimiento del mismo como un problema social y de la legislación en la materia; desde la visión de las sobrevivientes y cómo ellas pudieran mantener el ciclo de violencia. Así, se revela también su aporte metodológico, pues abarca la elaboración del concepto de sí mismo desde diversos puntos donde se trata de equilibrar el yo ideal con el yo real, lo cual sirve a futuros investigadores que, necesariamente, deberán continuar indagando en el asunto.

Conforme a lo anterior, considerando las teorías consultadas y la revisión de antecedentes, la interrogante que se pretende responder mediante esta investigación cualitativa es: ¿cuál es el concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes a violencia de género?, al tener en cuenta cómo se perciben y ven a ellas mismas a partir de la experiencia de violencia; de modo que se cumpla con el propósito de comprender el concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes a violencia de género.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se enmarcó el estudio dentro del paradigma interpretativo, porque este le permitió a la investigadora observar y analizar las perspectivas de las mujeres sobrevivientes de violencia de género, desde la posición personal de ellas como protagonistas y el concepto que tienen de ellas mismas como personas que han pasado por la referida situación. En cuanto a la metodología, fue una investigación cualitativa, ya que se centró en el aporte de la palabra y la experiencia de cada fémina, más que datos estadísticos; considerándose el método fenomenológico que ayuda a la comprensión de las realidades, interpretaciones, simbolismos y vivencias respecto a un tema, en este caso, la personalidad y el entorno de violencia, sin dudar de la veracidad de la información aportada por quienes las experimentan.

Respecto a los informantes clave, fueron seleccionadas por muestreo a conveniencia e intencional, mujeres que cumplieron con los siguientes criterios: a) ser mayor de edad, b) residir en Venezuela, c) haber sido víctima de violencia de género por parte de un hombre, d) en el caso de que el perpetrador fuera la pareja, ya no estar saliendo y/o conviviendo con la pareja maltratadora. Con ello, se tomaron en cuenta un total de cuatro mujeres, que participaron de manera voluntaria, bajo total anonimato y confidencialidad de sus datos.

La información se recolectó a través de la entrevista semiestructurada, en la cual se estableció un diálogo informal, ameno y respetuoso con cada una de las mujeres mediante una video llamada, que fue grabada en audio con completa autorización de las informantes; para tratar de recopilar aspectos relacionadas con ellas mismas como personas, que mostraran la percepción que tienen de ellas, lo que idealizan y la realidad que vivencian, así como el fenómeno del cambio implicado en ser sobrevivientes a la violencia de género. Cada entrevista se realizó de forma individual, en línea, con un tiempo de duración aproximado de 45 minutos, procurando un ambiente libre de interrupciones para ambas partes.

Entre las preguntas generadoras que se les formularon estuvieron las siguientes: háblame un poco acerca de tu vida, tus experiencias, me gustaría saber ¿cómo ha sido tu experiencia de ser mujer?, ¿qué te define como mujer y cómo persona?, ¿cómo fue tu experiencia al vivir la violencia de género?, ¿cuáles recursos propios te ayudaron a romper con el círculo de violencia?, ¿qué diferencias habría entre la mujer que eras antes de la violencia y la que vivió ese o esos episodios?, ¿qué significado tiene haber sobrevivido a la violencia de género?, ¿cómo es tu relación actualmente con el género masculino? Cabe destacar que se agregaron otras preguntas, según cada informante y lo que iban explicando a medida que avanzaba el diálogo, con la finalidad de contar con la mayor información posible.

Por otro lado, las grabaciones obtenidas fueron escuchadas en varias oportunidades por la investigadora, para proceder con la transcripción de las mismas en un programa computarizado procesador de palabras, elaborando un formato que permitiese su lectura y el examen ulterior. Así, se practicó un análisis hermenéutico-dialéctico para ir comprendiendo los aspectos de la personalidad que se revelaron en las conversaciones, los cambios que pudo haber en los mismos a partir de las vivencias de violencia y cómo han ido construyendo su yo a partir de sus experiencias.

Luego, se procedió a la categorización, extrayendo ideas principales (categorías) y secundarias (subcategorías), asociadas al tema y que permitieron dar respuesta al propósito de la investigación, considerando la elaboración de un gráfico que representara visualmente las conexiones y relaciones entre el tema central “construcción de la personalidad” y las diferentes categorías y subcategorías que explican cómo sucede en las mujeres víctimas de violencia de género.

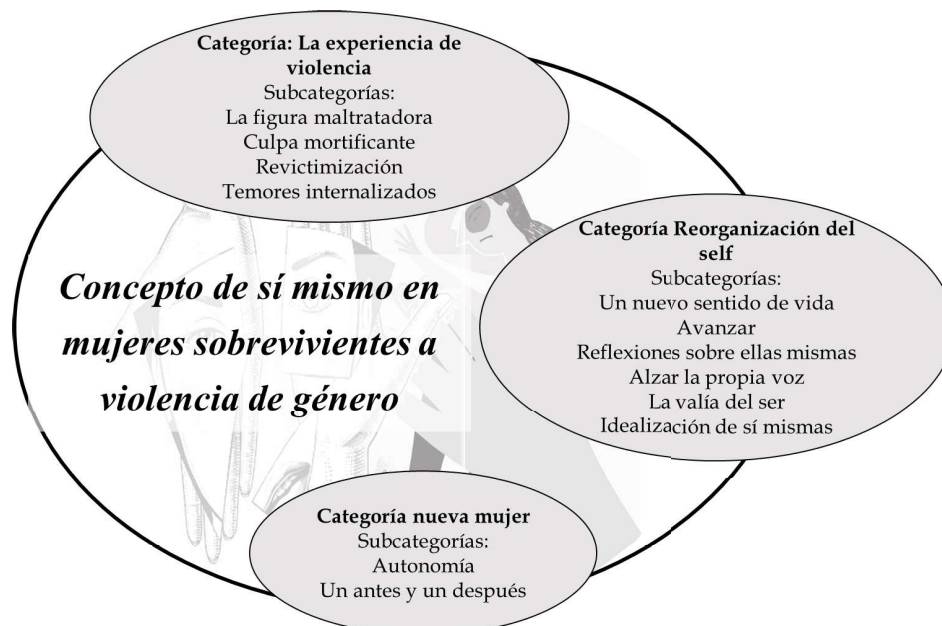
Finalmente, se llevó a cabo la triangulación de expertos, contando con la validación de tres profesionales en psicología y sociología que han trabajado con mujeres sobrevivientes de violencia de género. A ellos, se les hizo llegar vía correo electrónico la transcripción de las entrevistas (resguardando el anonimato de las participantes), para que las leyeran y formularan sus conclusiones sobre el tópico; lo cual reforzaría la discusión del tema y sustentaría las categorías previamente elaboradas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación se enuncian, primeramente, a través de las categorías y subcategorías que emergieron del contenido de las entrevistas, así como del proceso de triangulación de expertos, que permitió confrontar distintas perspectivas sobre el fenómeno de estudio; además, del análisis hermenéutico-dialéctico se tomaron argumentos para definir, a la luz de las teorías, estos términos, siempre considerando lo aportado por las informantes. El tema central se denominó “Concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes de violencia de género”, comprendiendo las categorías: la experiencia de violencia, romper el ciclo y una nueva mujer, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1

Categorías y subcategorías: Concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes a violencia de género



CATEGORÍA LA EXPERIENCIA DE VIOLENCIA

Cada mujer vivió la violencia de género en diferentes formas o tipos, bien sea física, verbal, psicológica y /o sexual; teniendo como perpetradores figuras masculinas conocidas y cercanas para ellas, es decir, el maltratador parece ser siempre alguien que es parte del círculo de las mujeres, lo cual incrementaría la emocionalidad negativa asociada a estos hechos; en tal sentido, podrían sentir que la culpa provenía de ellas mismas por no cuidarse, ser ingenuas o provocar al otro cediendo a sus derechos por temor o la normalización de estas situaciones, que llegarían a repetirse en otros contextos. Emergieron las siguientes subcategorías: la figura maltratadora, culpa mortificante, revictimización y temores internalizados, las cuales se explican y ejemplifican a continuación:

SUBCATEGORÍA LA FIGURA MALTRATADORA

Es aquella persona que perpetró el maltrato, el victimario o abusador de la mujer, que pudo haber sido su padre por negligencia, ausencia o autoritarismo; así como una pareja masculina que se valía del amor y la vinculación romántica para sobrepasar límites e ir más allá de lo que la mujer quería consentir, especialmente en cuanto a los aspectos sexuales se refiere. Esta figura tiene importancia en la concepción de sí mismas de las sobrevivientes a la violencia de género, pues constituye un significante en su vida que parece extenderse a otros hombres, aunque no se generalizaría, porque se tiene conciencia de que hay distintos tipos de personas. Las siguientes citas sirven para sustentar lo anteriormente definido:

“...tuve un novio, mi primer novio, él era mayor que yo dos años, él me pegaba y nunca se lo llegué a contar a mi mamá...” (I1, L: 100-101).

“...papi nunca estaba porque se la mantenía trabajando, o cuándo estaba era muy inestable, oponente, era como él decía, nadie más tenía autorización...” (I2, L: 21-23).

“...cuando mi pareja explotaba ya era tarde, me golpeaba, me gritaba, me maltrataba mucho...” (I2, L: 33-34).

“...Estefany fue agredida sexualmente por la persona con la que estaba saliendo, o sea Fernando...” (I3, L: 27-28).

SUBCATEGORÍA CULPA MORTIFICANTE

De la experiencia vivida, surgieron distintas emociones y sentimientos en las mujeres, destacando la culpabilidad, específicamente la culpa a sí mismas, porque desde su posición han asumido que de una u otra forma provocaron la situación que conllevó al maltrato o abuso. En este orden de ideas, es un sentimiento repetitivo, que fue utilizado para justificar lo que sucedía, como si fueran merecedoras de castigos, por aceptación o por omisión. Los siguientes hilos discursivos ayudan a comprender lo anteriormente descrito:

“...porque me veía como una bebé, el me pegaba porque yo hacía cosas para que me pegara...” (I1, L: 142-143).

“De un 100% un 30% llevó mi influencia” (I2, L: 46).

“...veía que, si yo estaba viviendo eso, era lo que merecía en el momento, o sea, no veía aspiraba a más...” (I2, L: 74-75).

“...porque yo soy la que ha decidido. Por ejemplo, yo decidí salir o darle una oportunidad a mi ex. Con mi tío yo decidí abrazarlo o bailar merengue con él y quizá él lo tomó de otra manera. Es lo que pienso...” (I3, L: 157-159).

SUBCATEGORÍA REVICTIMIZACIÓN

Para las mujeres sobrevivientes de violencia de género, se refiere al proceso en el que otros no creen lo que les ha sucedido, si tienen el valor para contarlo a personas de confianza como la madre o un amigo cercano; asimismo se puede relacionar con la forma cómo se relaciona con otras personas o los pensamientos propios respecto a lo que se hacía en determinados contextos o cuando se tenía contacto con el victimario, lo cual se toma como una normalización de la violencia. Sobre este punto, se señalaron las siguientes citas:

“...mi mamá hoy es día que no cree en eso o no se lo quiere creer, primero porque siento que ella tuvo miedo de lo que me pudo pasar y que nunca buscó ni encontró la fuerza para hacer algo...” (I1, L: 86-88).

“... “si ya sabei que esto que tal” entonces no hablaba con nadie, prefería vivir mi momento sola.” (I2, L: 102-103).

“...cuando lo recuerdo siempre me da ese como sentimiento de que ojalá no hubiese pasado nada nunca...” (I3, L: 82-84).

SUBCATEGORÍA TEMORES INTERNALIZADOS

Las vivencias de abuso físico, verbal, psicológico y sexual dejaron marcas en las mujeres sobrevivientes a la violencia, las cuales generaron temor y miedo ante el maltratador y lo que podía suceder si no cumplía con sus exigencias; y posteriormente, algunas parecen evadir las relaciones con otros hombres, incluso muestran aversión al género masculino, pues creen que la experiencia pudiera suceder nuevamente y por ello evitan, en lo posible, el contacto con los hombres, quizá como un mecanismo de protección. Para apoyar lo explicado, se citan los siguientes hilos discursivos:

“...prefiero evitarlos, prefiero evitar que hay algún hombre tenga contacto conmigo de esa manera, no quiero volver a pasar por lo mismo...” (I1, L: 163-165).

“...yo antes si iba a salir con mis amigas tenía miedo de lo que pensara, si me iba a poner ropa tenía miedo porque no le gustaba...” (I2, L: 140-142).

“...Ahora siento que soy más desconfiada con los hombres. Soy muy incrédula con respecto a lo que me dicen” (I3, L: 112-114).

CATEGORÍA 2: REORGANIZACIÓN DEL SELF

A partir de las experiencias de violencia, las mujeres pudieron darse cuenta que lo que estaban viviendo no era algo normal ni tolerable, sino que atentaba contra ellas y su dignidad como seres humanos, por lo cual decidieron romper con el ciclo y apartarse de quien las violentaba; una cuestión que actuó como un elemento que las ayudó a tomar conciencia de lo que ellas mismas podían llegar a ser y a comunicar a otros lo que les sucedía, como una manera de obtener ayuda y apoyo para continuar en la búsqueda de nuevas razones para vivir y en el reconocimiento de lo significan como personas. Emergieron las subcategorías: un nuevo sentido de vida, avanzar, reflexiones sobre ellas mismas, alzar la propia voz, la valía del ser e idealización de sí mismas.

SUBCATEGORÍA UN NUEVO SENTIDO DE VIDA:

Entendido como el significado que tiene para las mujeres su vida y sus experiencias, aquello que perciben y pueden llegar a ser a partir de lo que han vivido y la manera en la cual lo manejaron en el momento que decidieron romper el ciclo de violencia. Es importante notar que cuando se estaba en el rol de víctima, algunas de ellas no encontraban sentido a sus vidas y ello se ha mantenido, quizá por el impacto que la situación tuvo en su persona, lo cual se ha vuelto frustrante. Para ilustrar lo anterior, se tomaron las siguientes citas:

“...me enfoqué mucho en salir de ese hueco, porque fueron muchos meses de depresión, me sentía mal, me sentía sucia o que mi cuerpo ya no valía nada, que si me llegaba a gustar un niño...” (I1, L: 110-112).

“...podían pasar días, semanas, no tenía decisión propia, no podía decir ¿“no por qué yo estoy así?” y después de semanas reaccionaba, y cuando quería ponerme las pilas veía que era un poco tarde...” (I2, L: 93-96).

“... También, me frustra y me entristece, porque yo como que tenía esa fuerza de voluntad para poder hacer ejercicios y comer más saludable Pero ahorita cómo que me cuesta que jode...” (I3, L: 182-184).

SUBCATEGORÍA AVANZAR

Se explica como el surgimiento en las mujeres de una serie de elementos que impulsaron una transformación de ellas mismas y de su vida en general. Dicho movimiento fue particular de cada mujer, en algunas hubo aceptación de sí mismas, el fortalecimiento de su cuerpo y de su salud mental con ejercicios y ayuda psicológica, como una manera de afrontar el futuro; para otras el cambio buscaba enmascarar el dolor y contribuir con el olvido de lo sucedido mediante la reconstrucción personal. Las siguientes citas ilustran lo expuesto:

“...Creo que lo primero que hice fue salir con mis amigas, estudiar fue una de las cosas que me ayudó mucho a mejorar, empecé a comer, me metí en un gimnasio, pero sí, me gusta mucho bailar, me metí en una academia, empecé a maquillarme, tomé cursos de todo...” (I1, L: 128-131).

“...Hace 3 años atrás, cayó preso y no me hizo falta él, no lo necesitaba a mi lado, ahí me di cuenta que podía hacer muchas cosas...” (I2, L: 134-135).

“...ahora soy más cerrada, soy un poco más sensible y reservada con respecto a las relaciones de pareja, lo estuve pensando y creo que soy mucho más selectiva al momento de conocer a alguien...” (I3, L: 92-95).

SUBCATEGORÍA REFLEXIONES SOBRE ELLAS MISMAS:

Las mujeres hacen un proceso de introspección, en el cual se preguntan si las situaciones de violencia durarán toda su vida y si es algo que desean tolerar; por lo que comienzan a reconocerse como personas que tienen necesidades y que no merecen vivir la violencia en cualquiera de sus formas. Se enfocan en pensar en sus propios intereses, deseos y en lo que consideran les dará bienestar y estabilidad personal. Como ejemplos, fueron tomadas las siguientes citas:

“...es yo pensaba, ¿voy a tener que vivir esto toda mi vida? Entonces, tuve momentos donde dije, voy a hablar, voy a contarlo, pero me dio miedo...” (I1, L: 137-139).

“...ahora no, ahora pienso las cosas con más calma, en lo que necesito...” (I2, L: 9).

“...leyó una información que hablaba de eso pues y ahí entró en razón de que, aja, era una realidad...” (I3, L: 55-56).

SUBCATEGORÍA ALZAR LA PROPIA VOZ:

Las mujeres tienen una voz silenciada, al menos al inicio de la experiencia de violencia, que las hace permanecer calladas por el miedo al rechazo de otros o a que no crean que han estado pasando por abusos. Prefieren hablar consigo mismas y negarse a escuchar a otros, incluso hablar del tema en tercera persona como un narrador de la historia, se excluyeron del evento para no hablarlo, escucharlo, esto les permitió no aceptarlo por un tiempo y así no sería real. Sin embargo, hay un despertar consciente que les permite reconocerse como víctimas y tomar las decisiones necesarias para terminar con esos episodios de violencia para, progresivamente, asumir el control de su vida y la reconstrucción de sí mismas. Para ejemplificar, se tienen las siguientes citas:

“...hay muchas mujeres que pasan por esto y lo cuentan y después se sienten mejor, pero yo me quedé callada y si, lo pasé sola, pero tuve la valentía de salir del problema, y dejar eso atrás...” (I1, L: 118-120).

“...Tenía amigas en el momento, con mami nunca he tenido la confianza de decir “vamos a desahogarnos, contame todo” no, tenía más confianza con los de la calle que en mi casa, y también con mis amigas era que ellas me decían lo que era, y eso me dolía y prefería contarles nada...” (I2, L: 98-101).

“...Puedo hablarte en tercera persona? O sea, es un poco raro, pero ajá, ¿puedo cambiar mi nombre por el de otra persona...” (I3, L: 20-21).

SUBCATEGORÍA LA VALÍA DEL SER

Las mujeres, realizan un proceso de exploración de sí mismas, de lo que han sido y lo que son, en el cual se conectan con sus emociones, con sus pensamientos y evalúan su comportamiento ante las distintas situaciones, especialmente ante la violencia de la que son sobrevivientes. Este proceso les permite reconocerse como personas dignas, con fortalezas y debilidades para seguir y tener el control de lo que viven y cómo desean vivirlo. Se consideran personas importantes, cuyo amor propio debe estar por encima de cualquier situación y de cualquier persona, pues es lo que les permite tener una vida plena, confiando en sí mismas y en sus procesos. Sin embargo, la vivencia deja huellas y en momentos hay dudas sobre lo que son, lo cual repercute en su autoestima. Al respecto, se tomaron las siguientes citas:

“...Creo que me siento muy valiente, segura de sí misma para poder lograr todo lo que he logrado...” (I1, L: 155-156).

“...Me siento bien, me siento que soy una mujer realizada, que tomo la decisión de estar bien consigo misma, me gusta quien soy...” (I2, L: 146-147).

“...Hay días que me siento divina y fabulosa. Pero hay días que me afecta...” (I3, L: 178-179).

SUBCATEGORÍA IDEALIZACIÓN DE SÍ MISMA

En la introspección y el reconocimiento de sí mismas, aparece el autoconcepto, donde resaltan características de lo que son o quieren llegar a ser. En algunos casos, las mujeres sobrevivientes a violencia de género muestran una imagen ideal de quienes son, una versión de sí mismas que es más

segura y confiada en cuanto a su cuerpo y forma de ser; de la representación de lo que desearía ser. Como ejemplos, se presentan los siguientes hilos discursivos:

“...me siento una persona más inteligente, creativa, una persona extrovertida y muchísimas cosas más, me siento más linda segura con mi cuerpo, puede recibir críticas, pero no me van a afectar, soy yo y me siento bien con eso...” (I1, L: 156-159).

“...y desde hace tres años para acá, vi que yo soy independiente, puedo llevarme el mundo por encima porque yo puedo trabajar, puedo hacer todo...” (I2, L: 124-126).

“...Fuerza, disciplina, empatía, cariño, coquetería, soy una persona valiosa, que merezco lo más bonito, que merezco ser tratada con mucho amor, soy amable, empática, graciosa, divertida, respetuosa, tranquila, soy fuerte...” (I3, L: 86-88).

CATEGORÍA: UNA NUEVA MUJER

Se refiere al resurgimiento de una mujer diferente, aquella que ha sobrevivido a las experiencias de violencia, que ha podido seguir adelante, reconstruyéndose a sí misma en un proceso en el cual se devela una estructura de personalidad de un antes y un después, en esa confrontación simbólicas de sus experiencias desafortunadas con lo que actualmente han logrado en su crecimiento personal y la búsqueda de una vida sana, donde ellas son importantes y merecen ser tratadas con respeto. Al respecto, emergieron tres subcategorías: autonomía y un antes y un después.

SUBCATEGORÍA AUTONOMÍA

Libertad e independencia, son característica de la nueva mujer que se reconstruye a partir de superar la violencia de género. Son mujeres que buscan no depender de un hombre ni de otra persona, en quienes surge un sentimiento de emancipación respecto a un tercero, que se refleja en la sensación de ser redimidas de la experiencia adversa, en el tomar decisiones que consideren le generan bienestar, para sentir que tienen el control de ellas, de lo que les sucede y de cómo pueden solucionar sus propios problemas. Al respecto, verbalizaron lo siguiente:

“...trabajar independientemente y que me demostré que no lo necesitaba a mi lado, que yo podía valerme por si sola...” (I2, L: 120-121).

SUBCATEGORÍA UN ANTES Y UN DESPUÉS

Al ser un suceso vital, la experiencia de violencia de género marca un punto de corte, una inflexión en la vida de las mujeres que han sobrevivido a la misma; convirtiéndose en el detonante de muchos cambios personales y en un impulso para transformarse a sí mismas, desarrollando actitudes diferentes, nuevos pensamientos y formas de relacionarse, que sirvan como un factor protector ante las agresiones y posibles agresores, así como para demostrar que pueden cambiar y ser quien ellas realmente desean, a pesar de lo sucedido, un evento que generó aprendizajes significativos para sus vidas. Como ejemplo, se tomaron las siguientes citas:

“...no me gustan los hombres, pero puedo estar con un hombre o ser amiga de un hombre...” (I1, L: 117-118).

“...me sentía yo que no valía más de lo que estaba viviendo, ahora no, sé que puedo merecer muchas cosas más, al dejarlo encontré muchas cosas mejores de las que llevaba...” (I2, L: 114-117).

“...Yo suelo abrazar mucho y ser muy cariñosa, ahora me reservo de dar abrazos o ser expresiva con personas más cercanas. Por lo que pasó en este momento...” (I3, L: 125-127).

La experiencia de violencia de género es, en sí misma, una causante de malestar emocional y de cambios en la conducta de la mujer que ha sido víctima de este flagelo, como lo refieren González y Castellanos (2003), pues es un tipo de violencia que suele venir de un familiar, la pareja o alguien cercano y conocido, lo que, conforme a lo expuesto por las informantes, le imprime a este fenómeno una connotación psicológica y emocional mayor, dado que se rompe con lo que se supone son las redes de apoyo y los sitios seguros de la mujer; introduciendo un factor de miedo o temor hacia la figura masculina y hacia los sitios donde ocurrió u ocurrieron los episodios de violencia. De acuerdo con el discurso de las participantes, esto conllevó a la adopción de una postura en la cual se asume la culpa de los sucesos, minimizando el comportamiento del otro, bien sea porque normalizaron la violencia o porque sintieron que ellas como personas habían provocado la misma y debían aceptarla.

En este sentido, las mujeres que han sobrevivido a la violencia de género parecían estar conscientes de lo ocurrido y también de cómo esto había podido repercutir en sus vidas, teniendo un aprendizaje al respecto. No obstante, en los primeros tiempos, aquellos cercanos a los episodios de abuso, esta internalización fue negativa, porque ellas informaron sentirse culpables, cómo si ellas mismas hubieran generado la reacción en el hombre y debieron aceptarla porque es el deber de la mujer hacerlo, puesto que el hombre solo está respondiendo de manera apegada a su propia naturaleza humana.

De lo anterior se desprenden dos contextos. Uno de normalización y justificación de la violencia que parte de la base de estereotipos de género, lo cual, según lo propone Pallarés (2012), es una especie de construcción social que se ha instalado en la mente femenina, donde se establece la creencia de que es normal y esperable que el hombre reaccione con agresividad y que la mujer, conforme al rol de sumisión que debe mantener con el hombre, tiene que tolerar estas conductas de maltrato. En este sentido, se puede afirmar que las mujeres toleraban la violencia con la finalidad de demostrar que cumplían con lo que socialmente se esperaba de ellas: ser pasiva, comprensiva y complaciente ante la figura masculina; aunque reconocieron que su vida esté en riesgo y que tales hechos originaban emociones como tristeza, miedo, e incluso ira.

Dentro de ese marco, el segundo contexto toma mayor sentido, porque la culpabilidad, como se le ha reconocido en la presente investigación, se volvió más emocional e individual, ya que son las mujeres asumiendo que ellas mismas han provocado el castigo, como si sus expresiones, pensamientos o conductas, aunque no se relacionaran directamente con el hombre, merecieran lo sucedido; porque ellas, de una u otra manera, han llevado al agresor a tomar ese comportamiento. Sobre ello, Acevedo (2020), en forma similar al presente estudio, encontró que la severidad de la violencia incrementaba la afectación negativa de la mujer en distintos aspectos de su vida, refiriendo el sentimiento de culpa por no poder hacer aquello que debería, que el otro, es decir, el maltratador, considera como correcto, para evitar el maltrato. Es así como las mujeres siguen justificando al hombre, sea quien fuere, porque pareciera tener una creencia instaurada de que solo está obteniendo un resultado producto de algo que ellas mismas hicieron.

Como se puede inferir, las mujeres sobrevivientes de violencia de género reflejaban patrones aprendidos en su interacción social, lo que aumentaba su vulnerabilidad al problema; cuestión que, conforme a lo explicado por Tausch y Tausch (1981), también repercute en su psique, en sus emociones y conductas; por lo cual, habría la posibilidad de que cambiaran la percepción que tienen sobre ellas mismas como individuos, afectando, consecuentemente su concepto de sí mismas, ya que se verían

como alguien que merece lo que le sucede, porque no ha tomado en cuenta el deseo del otro al cual se debe.

La situación descrita se entiende mejor al considerar lo referido por Rogers (1959), en cuanto a que las experiencias vividas, es decir, la violencia de género, tiene una incongruencia con el sí mismo, entonces operaría, no constructivamente, sino en detrimento del concepto de sí mismo, afectando la percepción que se tiene como persona, por lo cual se puede conformar un concepto inadecuado del self. En este orden de ideas, las mujeres pueden llegar a vivir una transformación negativa y verse como personas que se deben someter al otro, sumisas al hombre y que tienen poco valor como individuos, por lo cual no habría de importar si para ellas está bien recibir o no el abuso. Simplemente, es algo que sucede porque lo merecían, provocaban al otro, tomaban la decisión de seguir tolerando lo que pasaba y era el ejemplo que habían presenciado en su infancia, siendo en este último aspecto, una posible repetición de patrones, como ya se había sugerido anteriormente.

Estos hallazgos concuerdan con los referidos en su momento por Romero y González (2017), ya que las mujeres de su investigación toleraban la violencia por parte de sus parejas porque dependían económicamente del hombre y no deseaban perder la ayuda que mantiene a sus hijos; lo cual las hacía percibirse a sí mismas como sexualizadas, humilladas, inseguras y sumisas. Igualmente, Mazariegos (2014), encontró que la tolerancia se relacionaba con deber soportar el maltrato como una consecuencia de no haber cumplido con lo exigido por el hombre.

En las tres investigaciones, es decir, las dos recientemente mencionadas y la propia, se evidenciaron problemas de autoestima, autoconcepto negativo, culpabilidad, revictimización y el miedo aprendido hacia el otro; que repercutían en el concepto de sí misma de las mujeres que vivieron violencia. Por tanto, al considerar lo planteado por Morris y Maisto (2005), la adversidad que representa el entorno violento se vuelve una amenaza que inhibe el desarrollo personal positivo y conlleva a verse como una persona de poco valor, que no tiene suficientes cualidades para ser respetada ni para defenderse ante las situaciones de maltrato.

Del mismo modo, hubo semejanzas con los resultados de Aragonés et al. (2018) y Valdés et al. (2018), en cuanto al ajuste que las mujeres que eran víctimas de violencia de género hacían al contexto y a la figura masculina: dependencia emocional, sumisión, obediencia, cambios en la imagen corporal, cambios en la conducta pública, pensamientos negativos sobre ellas mismas, percepciones de poco valor personal e inferioridad.

Así, hay una tendencia a manifestar percepciones poco favorables sobre sí mismas, en las cuales las mujeres que sufrieron violencia de género, al recordar el tiempo en el cual eran maltratadas, se describían como personas tímidas, tristes, con sentimientos de culpa y vergüenza, incluso con problemas para adaptarse a otros contextos sociales, quizá por el temor de ser señaladas o por provocar nuevas situaciones de abuso. Por consiguiente, tal como lo refieren Tausch y Tausch (1981), las experiencias de violencia se constituyeron en un factor que afectó su psique, su emocionalidad, su autopercepción y su comportamiento, mientras vivieron en este contexto, con secuelas que pueden ser observables aun cuando ya no estén en la situación y que han de ser modificadas por medio de nuevas experiencias e introyectos.

No obstante, cuando se rompe el ciclo de violencia, recordando que las informantes fueron mujeres sobrevivientes a la violencia de género, es decir, que han terminado la relación en la cual eran victimizadas o han salido del contexto donde eran violentadas; puede ocurrir lo contrario, una vez que han reconocido que las situaciones de abuso no son normales ni deben justificarse por el miedo o por

creencias poco racionales, las mujeres comienzan a retomar el control de sus vidas, se distinguen como seres humanos dignos y de importancia que tienen valor y una posición relevante. Para ellas, hay una exploración de su ser en la cual van conociéndose a profundidad, sus capacidades, aptitudes; surge una nueva visión de ellas mismas, que les permite seguir adelante, con una vida sana y libre de violencia.

Con base en lo expuesto por Rogers (1975), se afirma que las mujeres estarían reorganizando la configuración de las percepciones que tienen sobre ellas mismas y se habrían dejado de sentir como personas sin valía y sin derechos, para cambiar esta actitud hacia ellas y mirarse como alguien que merece ser respetada y vivir libremente, sin el temor de ser violentadas por alguien cercano. De esta manera, la experiencia de violencia de género también funciona como un agente de transformación de la visión que las mujeres tenían, encaminándose hacia una tendencia actualizante constructiva.

En este orden de ideas, hubo un insight que las llevó a mirar hacia su interior y comparar su self real con el self ideal, lo cual también pudo ser un motivador a la tendencia actualizante positiva que tuvo lugar al romper con el ciclo de violencia, pues se habría comparado la persona actual, es decir, la mujer que toleró el abuso y se puso a sí misma en una posición de sumisión ante la figura masculina abyecta, con aquella que se imaginaba debía ser: feliz, libre, decida, autónoma e independiente. Esto ocurrió en las informantes como un aspecto común, probablemente, porque se coincidió, a pesar de ser historias con contextos diferentes, en la importancia de detener el maltrato, de alejarse de quien fue el abusador o de quienes no creían en lo que ocurría, como una manera de recuperar la autoestima y de mejorar el autoconcepto, partiendo de una nueva concepción de quienes son ellas como personas y el lugar de relevancia que tienen en el mundo.

Dichas reflexiones han producido una nueva configuración del concepto de sí mismas de las mujeres, conforme a lo propuesto por Rogers (1959), dado que ellas, como organismos experienciantes, han vivido la auto-actualización que las llevó a romper el ciclo, a cambiar la situación de violencia por una de tranquilidad y de respeto del otro hacia ellas; porque ahora su autopercepción es favorable y no aceptarían nuevas conductas abusivas por parte de ninguna figura masculina, ya que han comprendido que no se trata de algo normal, que debe ser aceptado porque es el rol de la mujer; sino que es un hecho abusivo que atenta contra ellas como seres humanos. Así, lo vivenciado cambió de significado y, si bien continúa valorándose como negativo e intolerable, en el simbolismo de las mujeres se corresponde con el promotor de su propia transformación personal, que las ha llevado a buscar sus propias metas, su realización y ser aquella persona que desean.

CONCLUSIONES

Al comprender el concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes de violencia de género, se tiene que estas mujeres, mientras fueron victimizadas, se veían como personas sin valor, supeditadas a la figura masculina por dependencia, obediencia o por la creencia de que la naturaleza del hombre es agresiva cuando la mujer, por alguna razón, lo provoca sexualmente o por tener conductas que son reprobadas por el otro: vestimenta, contacto con hombres, expresar sus opiniones.

Sin embargo, cuando se produce el insight que rompe con el ciclo de violencia, el concepto de sí mismas se reorganiza, con configuraciones más positivas sobre ellas mismas y las percepciones que tienen sobre lo qué son y quiénes son como personas. De esta forma, la situación de maltrato, una vez se ha entendido que no es normal ni aceptable, se convirtió en el estímulo de la transformación, conllevando a una tendencia actualizante que hace que las mujeres cambien la visión que tienen sobre sí, mostrándose, de manera progresiva, más seguras y confiadas en sí mismas, para rechazar nuevas situaciones de abuso de una pareja, un familiar o cualquier otra figura masculina; dado que han

internalizado su propia valía y dignidad, que las hace meritorias de respeto en los distintos ámbitos en los cuales interactúa.

Como recomendación, se sugiere la psicoeducación como el principal recurso de prevención de la violencia de género, dirigida hacia mujeres y hombres, estén o no en situaciones de abuso, porque es la base para fomentar el reconocimiento de la figura femenina como un sujeto con dignidad humana y merecedor de respeto, sin importar el contexto en el cual se encuentre. La masividad de esta estrategia no sería discutible, si se tiene en cuenta que la violencia de género es ubicua y afecta a mujeres en cualquier condición social.

El personal de salud mental, conformando equipos multidisciplinarios, puede prestar atención y servicios psicológicos a las víctimas actuales y a las sobrevivientes, con la finalidad de brindar la ayuda necesaria para romper el ciclo y superarlo adaptativamente, teniendo en cuenta que son mujeres con hipersensibilidad y vulnerabilidad, ya que sus emociones y psique han sido afectadas por el maltrato. En este sentido, se brindaría terapia individual y grupal, con el propósito de trabajar en la autopercepción, autoconcepto, ajuste social y otros aspectos de la mujer, que llegan a distorsionar el concepto de sí mismas.

También el personal de salud mental puede apoyarse en el testimonio de aquellas mujeres sobrevivientes a violencia de género, que han afrontado y superado adaptativamente el problema, que deseen genuinamente compartir sus experiencias, para que otras mujeres que estén viviendo una situación similar, comprendan que existe la posibilidad de romper el ciclo y salir adelante, recuperando su vida y autonomía. Además, esto ayudaría a sentirse acompañadas en el proceso, teniendo una persona que entiende realmente lo que sienten.

Dado que la violencia de género continúa siendo un problema de salud pública, se insiste en continuar con las investigaciones sobre el tema, con el objetivo de construir conocimientos que ayuden a la prevención en todas las áreas. Teniendo en cuenta esto, se puede trabajar con hombres maltratadores, para conocer qué los lleva a cometer los abusos y cómo se sienten al respecto; asimismo, con hombres que en un momento estuvieron en el rol de victimario y rompieron ese ciclo, para comprender el proceso de internalización que vivieron. Del mismo modo, hombres en el rol de víctimas, donde ellos hayan sido receptores del abuso por parte de mujeres y otros hombres, algo que no es muy visible, pero que sucede y requiere ser atendido.

Tomando en cuenta a las mujeres, como principales víctimas de este problema, las investigaciones pueden basarse en datos como el tipo de personalidad, rasgos de personalidad y si existen o no problemas psicológicos subyacentes, que, de alguna forma, las haga aún más vulnerables a la victimización; o que también las conlleve a necesitar el abuso o el maltrato como una forma de sentir que el otro la considera alguien en su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, L. (2020). *Autoestima, factor psicológico en mujeres víctimas de maltrato de pareja*. (Tesis de Grado, Universidad Antonio Nariño). Bogotá, Colombia. <https://repositorio.uan.edu.co/items/5612c403-a499-4f0b-9ad2-ab25503cdc48>

Álvarez, P. (2021). *Violencia de género y responsabilidad civil*. Editorial Reus.

- Aragónés, R., Farran, M., Guillén, J. y Rodríguez, L. (2018). *Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias*. (Trabajo de Investigación, Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada). Catalunya, España. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Perfil%20psicol%C3%B3gico%20de%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20de%20g%C3%A9nero,%20credibilidad%20y%20sentencias..pdf>
- Casanova, E. (1993). El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(2), 177-186. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2383842>
- González, A. y Castellanos, B. (2003). *Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. Editorial Científico Técnica.
- Jaramillo, C. y Canaval, G. (2020). *Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto*. *Universidad y Salud*, 22(2), 178-185. <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>
- Marcano, A. y Palacios, Y. (2017). Violencia de género en Venezuela. Categorización, causas y consecuencias. *Comunidad y Salud*, 15(1), 73-85. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100009&lng=es&tlng=es.
- Mazariegos, I. (2014). *Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar*. (Tesis de Grado, Universidad Rafael Landívar). Quetzaltenango, Guatemala. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Mazariegos-Ingrid.pdf>
- Moreno, J., Resett, S. y Schmidt, A. (2015). *El Sí Mismo. Una noción clave de la psicología de la persona humana*. EDUCA.
- Morris, G. y Maisto, A. (2005). *Psicología*. Prentice Hall.
- Pallarés, M. (2012). *Violencia de género. Reflexiones sobre la relación de pareja y la violencia contra las mujeres*. Marge Books.
- Rogers, C. (1959). *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. McGraw Hill.
- Rogers, C. (1975). *La psicoterapia de Carl Rogers*. Desclée de Brouwer.
- Romero, D. y González, M. (2017). Violencia doméstica según la percepción de la mujer. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 77(1), 30-40. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100005&lng=es&tlng=es.
- Solano, F. (2021). *Violencia física y autoestima en usuarias de la junta cantonal de protección de derechos del Canton Santa Rosa año 2021*. (Tesis de Maestría, Universidad Técnica de Machala). Machala, Ecuador. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/17187/1/MAESTRIA%20TESIS%20VIOLENCIA%20DE%20GENERO%20TERMINADA.pdf>
- Tausch, R. y Tausch, A. (1981). *Psicología de la educación*. Herder.

Torres, R., Martínez, A., Pérez, J., Morcillo, J. y Urios, M. (2020). *Violencia de género: Premisas comprensivas y prácticas para el trabajo social*. Editorial Sanz y Torres S.I.

Valdés, M., Valencia, L. y Sánchez, Y. (2018). *Imagen corporal en la mujer víctima de violencia psicológica de género en las relaciones de pareja: un estudio de caso*. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5235/1/DDMPSI170.pdf>

NOTAS ESPECIALES

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado Concepto de sí mismo en mujeres sobrevivientes de violencia de género, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTO DE INTERÉS

La autora indica que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA MIGRACIÓN EN NIÑOS CON PADRES MIGRANTES

Social representations on migration in children with migrant parents

KELLY BORGES-STELA

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Email: borgeskelly11@gmail.com

PIERINA REYES-RUÍZ

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Email: pierinareyes77@gmail.com

Admisión: 06-11-2023
Aceptación: 25-11-2023

RESUMEN

Esta investigación tuvo como finalidad comprender las representaciones sociales de la migración en niños con padres migrantes desde el método cualitativo interpretativo-fenomenológico ya que se buscó estudiar el fenómeno de la migración desde la perspectiva de los niños de siete (7) a diez (10) años. Como técnicas de recolección se utilizó el Test del dibujo de la familia de Louis Corman, en conjunto de una historia por completar, interpretándolo desde la hermenéutica. De igual manera, se utilizó el proceso de categorización y la triangulación de expertos para el análisis de la información. Los niños tuvieron una representación de la migración como un viaje que era necesario para tener una mejor calidad de vida familiar. Presentaron diversos mecanismos de defensa y cambios en la conducta, como una forma de manejar la sensación de desprotección y soledad; mientras que la esperanza del reencuentro era clave para afrontar la ausencia de los progenitores.

PALABRAS CLAVE: Representaciones sociales, niños, infancia intermedia, migración, padres

ABSTRACT

The purpose of this research was to understand the social representations of migration in children with migrant parents from the qualitative interpretive-phenomenological method, since it sought to study the phenomenon of migration from the perspective of children aged seven (7) to ten (10) years. As collection techniques, the Louis Corman Family Drawing Test used, together with a story to be completed, interpreting it from hermeneutics. Similarly, the categorization process and the triangulation of experts used for the analysis of the information. The children had a representation of migration as a trip that was necessary to have a better quality of family life. They presented various defense mechanisms and changes in behavior, as a way of managing the feeling of vulnerability and loneliness; while the hope of reunion was key to coping with the absence of parents.

KEY WORDS: Social representations, children, middle childhood, migration, parents.

COMO CITAR: Borges-Stela, K. y Reyes-Ruíz, P. (2024). Representaciones sociales sobre la migración en niños con padres migrantes. *Sistemas Humanos*, 4(1), 64-84 pp

INTRODUCCIÓN

La migración no es un fenómeno nuevo, por el contrario, ha estado presente a lo largo del tiempo en mayor o menor medida en los diferentes países del mundo y está asociada a causas políticas, socioeconómicas, psicológicas y culturales, las cuales se correlacionan entre sí y dan como resultado el desplazamiento de los habitantes a otro país para encontrar lo que no ofrece su lugar de origen; un mejor futuro, calidad de vida y oportunidades. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020), la migración es un cambio de residencia en el que la persona traspasa algún límite geográfico o administrativo, si es dentro del mismo país se conoce como migración interna y si ocurre hacia otra nación, se le denomina migración internacional.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019), insiste en la importancia de diferenciar entre los migrantes y refugiados, porque los primeros son aquellos que viven fuera de su país de origen, por una decisión personal o por motivos de trabajo, estudios o familiares, que no representarían problemas para las partes involucradas: migrante-país de acogida; mientras que los refugiados son personas que huyen de sus países por situaciones conflictivas como guerras o problemas sociales, que requieren de protección internacional. Por ello, serían los migrantes quienes se adaptarían, posiblemente, con mayor facilidad al nuevo país, pudiéndose establecer en el mismo de forma permanente o de manera temporal, según sean los distintos casos.

En el caso particular de Venezuela, la migración internacional o emigración se ha hecho cada vez más frecuente; una situación provocada por la crisis vivida en el país, que va desde lo político hasta lo económico, que hace que muchos venezolanos tomen la decisión de emigrar como una forma de escapar de las consecuencias de dicha crisis, hacia otros países que le permitan conseguir un mejor futuro, tanto para ellos como para sus hijos y seres queridos. Estadísticamente, según la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (2021), alrededor de seis millones de personas han cruzado las fronteras.

Este fenómeno tiene consecuencias positivas y negativas, como lo mencionan Gutiérrez et al. (2020), entre las cuales se tienen, concretamente en la persona, una serie de emociones y expectativas sobre lo que será su nueva vida en el país de acogida, en el que se vivirá un proceso de adaptación social, laboral e individual, al compartir costumbres y hacer parte de la sociedad en la que se ha introducido; pero también trae sentimientos menos positivos respecto a la familia que se queda y cómo podrá experimentar estos procesos de la mejor manera posible.

Si se toma en cuenta lo anterior, en consideración a la importante cifra de emigrantes venezolanos, es posible suponer que muchas familias en el país se han separado, lo que afecta su estructura original en cuanto a los roles de cada uno. Castañeda y López (2011), explican que, en el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto" (p. 9), por lo que cuando hay una emigración se han de producir reajustes y una reestructuración en cuanto a roles, normas y rutinas, de modo que se adecúen a los cambios.

Al respecto, Ramos (2009), hace énfasis en que la migración masculina impacta negativamente en las dinámicas familiares, porque los padres tienen una participación semipresencial en la crianza, que vendría dada por comunicaciones telefónicas o redes sociales; lo que acarrea mayores responsabilidades para la madre, en caso de que permanezca con los hijos, lo cual sería un factor de riesgo para el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes.

Información sobre ello, fue presentada por Bellorín et al. (2017), cuando se propusieron determinar las repercusiones de la migración de los padres en el desarrollo psicosocial de los adolescentes nicaragüenses, en quienes encontraron emociones y sentimientos negativos como tristeza, soledad o inferioridad, y explicaron por la necesidad de la guía de sus padres ausentes. Por su parte, Pillacela (2019), al estudiar la incidencia de la migración parental en el rendimiento académico de estudiantes ecuatorianos, reportó que se ven afectados por la incertidumbre de la ausencia del padre, la madre o ambos; los niños sentían que habían perdido a su familia y no se preocupaban por otros asuntos.

Por consiguiente, es posible que la percepción que tienen los niños y adolescentes sobre la migración, su significado y las experiencias que puedan tener respecto a la misma, sean importantes a la hora de comprender cómo visualizan el hecho de que su padre, su madre o ambos hayan emigrado a otro país y ellos deban permanecer en Venezuela bajo el cuidado de abuelos, tíos, hermanos mayores u otros familiares o personas cercanas; manifestaron reacciones negativas ante su partida tales como, preocupación, miedo, melancolía, nostalgia y el hecho de poder encontrarse expuestos a abusos o maltrato psicológico.

Cabe señalar, bajo lo referido por Domínguez et al. (2016), que la niñez es una etapa del desarrollo humano, que abarca desde el nacimiento hasta los 12 años y concretamente en lo que se refiere a la infancia intermedia, que comprende edades entre los seis (6) y doce (12) años, el niño contempla diversos cambios a nivel socioemocional por lo que la separación de los padres puede repercutir de forma que estos estadios del desarrollo no se den de forma óptima, a causa de que el infante experimente sentimientos de tristeza, temores e incluso ira en relación al progenitor que migró, que puede ocasionar la pérdida del equilibrio biopsicosocial y generar necesidades de apego y seguridad, dado que el niño no cuenta con los recursos necesarios para hacer frente al duelo migratorio.

Asimismo, es importante mencionar que, de acuerdo con Papalia y Martorell (2015), en esta etapa se encuentra el desarrollo del razonamiento lógico para la comprensión de información específica y se observa la disminución del pensamiento egocéntrico, lo que le permite, tener la capacidad de considerar múltiples aspectos de una situación y al mismo tiempo, ser un ente activo que construye sus propios conocimientos y la forma en como los organiza, tal como lo afirma el constructivismo (Denegri, 2005). Esto favorece que como verdaderos agentes sociales reflexionen y participen en su entorno, construyan imágenes y conceptos acerca de situaciones determinadas, es decir, representaciones sociales.

En esta perspectiva, es probable que los infantes sean capaces de construir sus propias representaciones sociales, en este caso, referentes a la migración: cómo perciben la migración, que es ésta para ellos, qué beneficios y consecuencias acarrea y motivos por los cuales se da. Lo descrito, posiblemente, desencadena la posición del infante para hacerle frente al cambio psicológico, hermenéutico y físico que conlleva la ausencia de uno o ambos padres, con el fin entender la situación, al codificarla, clasificarla e informar al resto, su experiencia y cómo ha influido en su forma de pensar, actuar y sentir.

Por ende, el presente estudio busca dar respuesta a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las representaciones sociales de los niños acerca de la migración?, según la definición de Moscovici (1979), quien presenta las representaciones sociales como “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido sobre realidades concretas” (p 30.). Dichas realidades surgen a través de imágenes mentales sobre alguna acción, cosa u evento a la que cada persona le da un significado basado en sus creencias y percepciones, construyendo así representaciones.

El origen de las representaciones sociales implica la relación de los factores socio-culturales y cómo estos determinan el estilo del pensamiento en un individuo. En efecto, las personas elaboran sus

representaciones según la forma en que su cultura y el grupo social al que pertenecen, efectúan sus creencias, valoraciones y proposiciones sobre realidades particulares; en un sentido literario, esto se denomina “universo de opiniones”, el cual, se caracteriza por poseer tres variables: la inclinación que se tenga en relación a un objeto, la forma en como un grupo organiza la información de ese objeto social y el contenido determinado de las proposiciones de un elemento específico del objeto de representación (Moscovici, 1979).

Cabe considerar, por otra parte, que las representaciones sociales poseen un carácter dinámico, es decir, se encuentran en constante intercambio, abarcan diversos temas representativos del sentido común activo, lo que implica una conciencia reflexiva e interactiva, razón por la cual, se definen como construcciones simbólicas que pueden cambiar y reestructurar su significado a medida que se interactúa con otros. En este sentido, tal como lo refiere León, 2002 (citado por Materán, 2008), sus funciones radican en promover el pensamiento colectivo y la reflexividad de los grupos, que invitan a probar las decisiones y conductas ocurridas dentro de las interacciones sociales, así como también, ubicar en categorías los objetos o personas y que éstos puedan servir como un modelo en base a la interacción social dentro de un grupo de personas. De la misma manera, es una vía de conocimiento que crea sus propias reglas a través del lenguaje y sus formas comunicativas.

Por todo lo expresado, resulta claro que, el niño a lo largo de su desarrollo, va armando una representación de los diversos elementos que componen la sociedad en que vive, producto de la actividad constructiva, a partir de aspectos fragmentados que recibe y selecciona. De acuerdo con Knapp *et al.* (2003), la representación que el infante tiene del mundo es un proceso que se inicia desde su nacimiento, ya que desde allí se ve sumergido en un constante intercambio con los otros y a situaciones que le demandan disponer de una representación acertada de cual acontecimiento, fenómeno, variable que pueda pasarle en su vida. A partir de ello el niño hace una elaboración personal, llevando a cabo el proceso de objetivación; abstrae información del objeto social, logra precisar lo ambiguo del mismo a nivel mental, combina imágenes, conceptos y palabras, para finalmente crear un conjunto de conocimientos y significados sobre dicha idea, otorgándole un conocimiento personal, el cual, según explica Delval (1989), se reconstruye de forma única en base a la información que le rodea.

La forma en la cual el niño o la niña representa el mundo, se convierte en la base sobre la cual se produce su conducta (Delval, 1989), por tanto, los infantes reciben información sobre este fenómeno a través de las redes sociales, por comentarios de otros familiares que migraron o de familiares de compañeros de clases y, desde su experiencia han creado un conocimiento particular sobre ésta. Entonces en el momento en que directamente les toca a los padres del niño migrar, a partir de la preconcepción que tengan los infantes de la migración, se espera que reaccionen de alguna manera en específico, con una disminución o aumento de la conducta base y cambios a nivel emocional como se ha venido expresando anteriormente, puesto que como explica Jodelet (1986), las representaciones sociales funcionan como una referencia para interpretar lo que sucede y darles forma a dichos cambios inesperados.

Una evidencia de lo que se ha venido explicando es mostrada en el estudio de Gil *et al.* (2018), que analizó representaciones sociales de niñas y niños de primaria que vivían en España, sobre la inmigración, en base a su propia historia familiar; se encontró que rechazaban la violencia hacia los emigrantes y manifestaban la esperanza de un mejor futuro con base en valores de solidaridad, unión y participación; además, argumentaban con bases adecuadas para su edad razones para evitar y recriminar las afirmaciones discriminatorias, motivar la sana convivencia y la integración sociocultural entre los españoles y aquellos que llegan al país.

En un sentido similar, Bautista y López (2020), explicaron los resultados de su investigación, cuya finalidad fue comprender los procesos de inclusión e integración que se dan entre los niños, niñas y adolescentes venezolanos y colombianos en el sistema educativo distrital; al indicar que las representaciones sociales sobre la emigración varían de acuerdo con su posición en la sociedad, sus experiencias personales y la interacción con el entorno. Se encontraron diferencias relacionadas con la transnacionalidad, en cuanto a la educación y la integración en el sistema educativo, en la cual los participantes venezolanos veían la emigración como un viaje que se daba para buscar un mejor futuro.

Como se ha podido observar a lo largo de la narrativa, el interés de la investigación gira en torno a las representaciones sociales de la migración de los padres que tienen niños y niñas venezolanos que aún continúan en el país, teniendo en cuenta este grupo dado que según lo referido por la Agencia de Periodistas Amigos de la Niñez y Adolescencia (Agencia PANA, 2020), un 15,4% de niños y niñas están separados de sus padres, que han migrado; lo cual cambia las dinámicas familiares: en su mayoría las madres siguen al cuidado de los hijos, pero esto no implica que se sufran importantes consecuencias emocionales y psicológicas producto de la migración parental.

La visión que tienen los niños venezolanos sobre la migración es bastante compleja y diversa, cambia de perspectiva según ellos jueguen el papel de emigrante con su familia o permanezcan en el país con otros familiares, mientras sus padres emprenden el proceso migratorio. En el primer caso, Abril (2020), al indagar en los imaginarios sociales de los niños y niñas inmigrantes en Colombia, señaló que los imaginarios se asocian con expectativas y un análisis del futuro como tener una mejor vida, ser más afectuosos o estar unidos en familia; pero también mostraron temor por el rechazo o los estigmas que pueden recibir por parte de personas que no aceptan su presencia en las escuelas, parques o por su cultura.

De la revisión de literatura, se desprende que la investigación sobre la perspectiva de los niños y niñas respecto a la migración de sus padres, específicamente en el escenario venezolano, es escasa en cuanto a las representaciones sociales, a pesar de la importancia actual que tiene este fenómeno; por lo cual se considera relevante abordar este tema, desde una perspectiva fenomenológica y tomar en cuenta la narrativa de los niños, para conocer su visión, percepción, conocimientos y emociones sobre la migración, cómo la manejan y cómo ha cambiado su vida desde que no conviven con sus progenitores.

Esta problemática actualmente afecta a una cantidad no despreciable de familias venezolanas y ha aumentado de manera desproporcionada, con mayor impacto en los niños que se quedan bajo la tutela de segundos cuidadores y que de alguna u otra manera afecta su desarrollo al no tener presente a sus figuras parentales. De la misma manera, existe la necesidad de indagar su posición ante dicho fenómeno, que piensan sobre ello y que representación han construido en base a sus experiencias.

Por otro lado, podrían tenerse ciertos beneficios aportados por la investigación respecto a la población infantil, dado que en base a los resultados, se pretende ofrecer recomendaciones a los padres para minimizar el impacto psicológico en los niños, orientados a la preparación ante la futura migración y que a su vez, se de sustento a nuevas interrogantes que revelen la importancia de participar y ofrecer una explicación clara, con un lenguaje sencillo a sus hijos la toma de decisiones sobre la migración.

Asimismo, este trabajo va dirigido a brindar a futuros investigadores información sobre este fenómeno desde una perspectiva novedosa al indagar aspectos que escasamente han sido estudiados en los antecedentes previamente mencionados; y darse mayor importancia al impacto y las consecuencias que genera la migración de los padres en distintos aspectos de la vida de los infantes como el escolar,

familiar o social; sin tener en cuenta con amplitud la perspectiva que ellos tienen como una realidad que viven directamente.

Se tiene entonces como propósito general de la investigación: comprender las representaciones sociales de la migración en niños con padres migrantes, considerando el discurso y la interpretación de los niños y niñas que viven dicha realidad, la forma en la cual se han ido ajustando y cómo valoran los cambios de sus rutinas individuales y familiares, desde la ausencia parental y las cogniciones, conductas y emociones que ello les genera.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se basó epistemológicamente en el paradigma interpretativo, pues permitió entender cómo los niños construían las representaciones sociales sobre la migración y el significado que tenían sobre ella. Por dicha razón, se empleó una metodología cualitativa, pues el conocimiento obtenido mediante la investigación es socialmente construido por los informantes, al tener como propósito principal el comprender las representaciones sociales de la migración en niños con padres migrantes por medio de la interrelación investigador e informante. Finalmente, se utilizó el método fenomenológico debido a que ayudó a obtener una descripción detallada de las experiencias particulares, tal como son vividas y comprendidas por los niños, desde la hipótesis que la migración se ha convertido en un fenómeno social en la realidad venezolana que debe ser abordado y estudiado.

En referencia a los informantes, se escogieron cinco infantes que cumplieron con los siguientes criterios: niños entre siete y diez años de edad, con uno o ambos progenitores fuera del país, habitantes de Maracaibo, que se encontraban bajo la responsabilidad de segundos cuidadores y que estuvieron dispuestos a participar con el consentimiento de sus representantes, así como de la persona encargada de sus atenciones, para compartir sus experiencias en relación al fenómeno migratorio. Para la selección de los informantes se realizó un muestreo intencional, ya que se consideraron aquellos niños y niñas que cumplieron con los criterios de selección, siendo dos (2) niños y tres (3) niñas, que aportaron información de relevancia para la comprensión del fenómeno de estudio.

Por otro lado, se utilizó como técnica para la recolección de datos el Test del dibujo de la familia de Louis Corman, para niños desde cinco años hasta adolescentes de 16 años, es una prueba de tipo proyectiva gráfica, a través de la cual el sujeto proyecta al exterior tendencias y vivencias reprimidas en el inconsciente, para de esta manera dar a conocer los verdaderos sentimientos dirigidos a sus familiares. Para efectuar su aplicación, se siguieron las instrucciones señaladas en el manual del test.

Del mismo modo, se estructuró una historia que reflejaba la temática de un niño con padres que migraron y todas las implicaciones que este evento ha desencadenado en él; se leyó el cuento y se le pidió que lo completara, a medida que continuaba con este, en base a lo que expresaba se llevaron a cabo las siguientes preguntas: ¿qué significa para ti migrar?, ¿por qué crees que la gente migra?, ¿cómo crees que se siente la niña del cuento por la migración de sus padres?, ¿cuáles son las razones de que la niña del cuento no quiera permanecer en su casa?

Dichas actividades fueron realizadas dentro del hogar de cada niño con una duración de media hora. Cabe mencionar, que el desarrollo de la aplicación de las dos técnicas se grabó a través de un dispositivo móvil, previo a ello, se le consultó a su cuidador y se le pidió que firmara un consentimiento donde autorizaba la participación del niño y permitía la grabación de la conversación a fin de poder transcribir las respuestas del niño con exactitud y bajo anonimato.

En cuanto a la interpretación de la información, se realizó a través del método hermenéutico-dialéctico, debido a que este da paso al investigador a interpretar de manera integral el discurso de los informantes, conocer las partes y el todo y así comprender el significado que le atribuían los niños y las niñas a la migración de sus padres, al analizar con precisión el habla, la actitud y los gestos del infante.

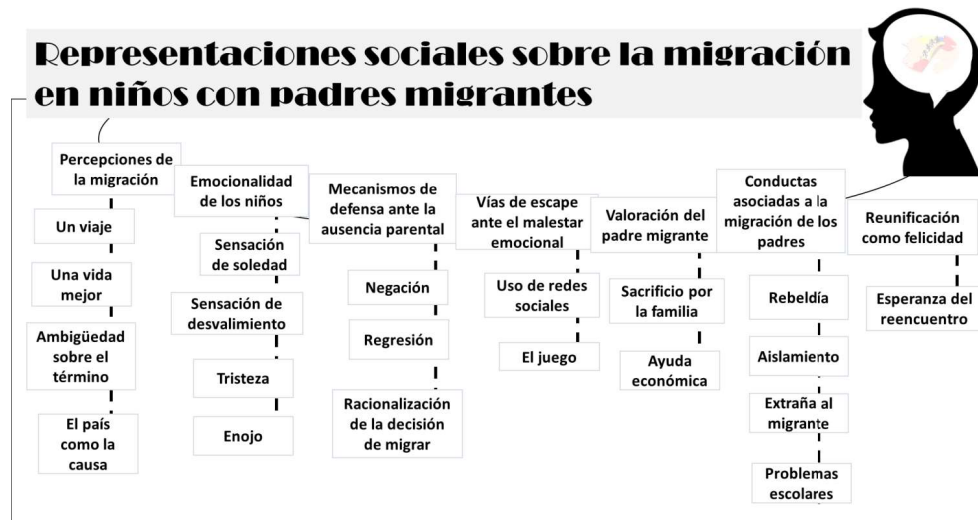
En referencia al proceso de categorización, una vez examinado y analizado cuidadosamente el contenido de las estrategias empleadas, se pudo identificar como elementos principales aquellas ideas que se repitieron y que también fueron compartidas por varios informantes, dándoles una etiqueta para formar las categorías. Asimismo, dentro del análisis, se identificaron otros aspectos más concretos propios a las subcategorías. Por otro lado, con respecto al proceso de triangulación para la validación y confiabilidad de los datos recolectados; se utilizó la triangulación de investigadores, lo que permitió profundizar sobre el tema a partir de los aportes de tres profesionales expertos en el área, entre los cuales se contó con un psicólogo social, un sociólogo y un psicólogo clínico infantil, conllevado a la conformación de las categorías y subcategorías finales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con la lectura de las transcripciones generadas en la aplicación de las técnicas de recolección de información, se elaboraron una serie de pre-categorías, que fueron revisadas de manera intensiva en forma y contenido por las investigadoras, según el propósito de esta investigación cualitativa. Posteriormente, se triangularon los aportes de los expertos, para tomar las ideas que tenían semejanzas entre los mismos y condensarlas en categorías y subcategorías; también pudieron confrontarse aquellas que tenían alguna opinión discrepante, para analizar su envergadura dentro del estudio. La Figura 1 presenta el resultado de este proceso, para luego dar paso a la descripción de las mismas.

Figura 1

Categorización de las representaciones sociales sobre la migración en niños con padres migrantes



CATEGORÍA # 1: PERCEPCIONES DE LA MIGRACIÓN

La manera en la cual los niños que tienen algún padre migrante conceptualizan la migración puede depender de la claridad que tienen de este fenómeno, que puede ser ambiguo para algunos e implicar distintos factores como aquello que origina la partida de sus padres, lo que se puede lograr con

irse del país o hacia donde se dirige en busca de mejor calidad de vida. Fueron cuatro las subcategorías que se englobaron: un viaje, una vida mejor, ambigüedad sobre el término y el país como la causa, las cuales se explican a continuación.

SUBCATEGORÍA UN VIAJE

Para los niños cuyos padres han migrado, ésta no es más que un viaje en el cual su padre, su madre o ambos parten del país como si se tratara de una aventura en la cual realizarán distintas cosas, como conocer distintos sitios, disfrutar otros paisajes; a la vez que brinda oportunidades para hacer cosas que dentro de Venezuela no sería posible. Se extrajo, para ejemplificar, la siguiente verbalización:

“Irse del país daría la oportunidad de conocer más cosas, conocer otras personas, viajar, ver otra cosa aparte de siempre pararnos y mirar el mismo paisaje, la misma casa, o sea, tener otras oportunidades de ver otras cosas” (I2, L: 100-104).

SUBCATEGORÍA UNA VIDA MEJOR

Según el entendimiento de lo qué es la migración para los niños, este proceso les permite tener una mejor calidad de vida, porque sus padres (en cualquiera de las figuras que haya migrado), tendrán oportunidades para obtener un empleo adecuado y mejores ingresos para poder ayudar a sus familias y enviarles distintos bienes materiales desde su nuevo lugar de estadía. Las siguientes verbalizaciones son ejemplo de lo planteado:

“En otro país es mejor, está en mejores condiciones, de todas maneras, él quiere su país y nunca lo va a olvidar” (I1, L: 44-45).

“Si estuviéramos hablando de mi familia yo le diría que se fuera para que gane más dinero, podamos tener una vida que siempre quisimos, bueno quisimos no, queremos” (I2, L: 3-5).

SUBCATEGORÍA AMBIGÜEDAD SOBRE EL TÉRMINO

El definir la migración puede resultar confuso y con conceptualizaciones poco claras para estos niños, que suelen asociarla con viajes, como ya se ha dejado ver, con el hecho de irse y ya no estar en familia, la separación del otro; o con felicidad por los beneficios palpables que han percibido de sus padres desde otro país. Esta ambigüedad hace notar que no siempre entienden con adecuada comprensión lo que significa que uno o ambos padres hayan decidido emprender este proceso. Al respecto, se presentan las siguientes verbalizaciones:

“Creo que es cuando algo se va, emigra y se, creo que es algo así” (I1, L: 34).

I4: Es como la palabra se me parece como una palabra Feliz.

E: ¿Por qué sería ser feliz?

I4: Porque mi papá está en el extranjero me compra cosas, me envía caja de ropa, caja de juguetes, de dulces y una vez me trajo un Nintendo.” (I4, L: 31-34).

SUBCATEGORÍA EL PAÍS COMO LA CAUSA

Algo que parece ser coincidente en los niños, es el percibir la situación país como la principal causa de que uno o ambos padres hayan emigrado hacia otras naciones. Para estos niños, el no tener un

ingreso económico adecuado, el no contar con un trabajo que les genere el suficiente dinero para cubrir sus necesidades o el deterioro de la calidad de vida, han sido los motivos más comunes por los que sus padres se han convertido en migrantes. Esto se dejó ver en las siguientes verbalizaciones:

“Porque el país está raro, no hay las condiciones y se van para otro que esté en buenas condiciones” (I1, L: 36-37).

“Por la situación, porque hay algunas personas que ahorita no tienen dinero y la única cosa que pueden hacer es salir del país para conseguir otros nuevos trabajos, más dinero y si les va mal a lo mejor se van para otro lado y así van trabajando en varias partes” (I2, L: 67-70). “Porque no ganaba dinero, no ganaba bastante dinero” (I4, L: 3).

CATEGORÍA #2: EMOCIONALIDAD DE LOS NIÑOS

Cuando los niños imaginan una situación donde los padres no están presentes o cuando relatan sus propias historias, afloran distintas emociones asociadas con estas narrativas y con la migración. En general, se evidenciaron emociones desagradables como la incertidumbre, la tristeza o la percepción de estar solos y de no contar con alguien que los ame tanto como sus padres, a pesar de estar bajo el cuidado de otros familiares. Se explica este apartado mediante cuatro subcategorías: sensación de soledad, sensación de desvalimiento, tristeza y enojo.

SUBCATEGORÍA SENSACIÓN DE SOLEDAD

Se trata de ese sentimiento de estar solo, porque no se cuenta con personas que llenen realmente los vacíos emocionales y satisfagan la necesidad de compañía. Posiblemente, la ausencia de uno o ambos padres y el desconocimiento de cuándo podrán reencontrarse, conlleva a los niños a experimentar falta de afecto, de contención emocional, aunque cuenten con otras personas que le brindan cariño y protección. La siguiente verbalización sirve como ejemplo de lo anterior:

“Será porque a veces está solo, a veces está solo viendo televisión, mientras su tía está haciendo la comida” (I1, L: 17-19).

SUBCATEGORÍA SENSACIÓN DE DESVALIMIENTO

Para los niños el no contar con la presencia diaria de su padre, madre o ambos genera sentimientos de desamparo, desprotección o de no recibir la ayuda que realmente necesita ante distintas situaciones de su cotidianidad, como la escuela, las tareas del hogar o algún problema con hermanos o amigos. Esta emoción se asemeja a la indefensión, ocasionada por la pérdida de la figura parental a causa de la migración. Como ejemplos, se extrajo la siguiente verbalización:

“No tengo aquí con quien hablar ni a quien decir ay buenos días” (I2, L: 25-26).

SUBCATEGORÍA TRISTEZA

El estar sin alguno de los padres, causa en los niños una profunda sensación de pena y vacío, que suelen manifestar con llanto. Aunque comprenden e intentan racionalizar tanto como les sea posible la decisión de sus progenitores, esto no es suficiente para no sentirse desamparados, melancólicos o les duela no poder contar con la compañía de sus padres. En forma de ejemplo, se tienen los textos:

“Se sentirá triste, extrañándolos quisiera estar otra vez con ellos” (I1, L: 32)

“Yo digo que la tristeza de que su padre este por otro lado, digamos Italia y el este en Estados Unidos, él está en una parte diferente de su padre” (I2, L: 14-15).

SUBCATEGORÍA ENOJO

La sensación de molestia e ira también se manifiesta en los niños ante la migración de los padres y no niegan que se sienten de esta manera por la causa ya descrita. Para ellos, el no estar con uno o ambos padres es motivo de enfado, el cual puede variar en intensidad y en la perdurabilidad y verse reflejado en conductas opositoras, llanto o verbalizaciones directas. Como ejemplos, se muestran las siguientes citas:

“También puede ser porque extraña a su papá. No quiere acomodar su cuarto porque está brava, puede ser porque su mamá se fue y su papá también” (I3, L: 9-10).

“Lo extraña y está molesta porque se fue” (I5, L:7)

“Se pone bravo, a llorar y extraña a su papá” (I4, L: 18).

CATEGORÍA #3: MECANISMOS DE DEFENSA ANTE LA AUSENCIA PARENTAL

Los niños y niñas ponen en marcha, involuntariamente, una serie de recursos en forma de afrontamiento ante la ausencia cotidiana de los padres, lo cual ayuda a sobrellevar la ansiedad, angustia y tristeza que esta situación les genera; de manera que interfiera lo menos posible en sus actividades diarias y en otras relaciones familiares y personales. Dentro de esta categoría, se recogen tres subcategorías: negación, regresión y racionalización de la decisión de emigrar, explicadas a continuación.

SUBCATEGORÍA NEGACIÓN

Niños y niñas con padres migrantes llegan a negar la situación, lo cual se evidencia cuando relacionan la migración con un viaje, más que con un proceso de separación que no tiene una fecha para terminar. A través de la evasión de la realidad y de ocupar sus pensamientos con otras ideas y actividades de ocio, suelen permanecer lejos de aquello que les genera tristeza. Como ejemplos, se toman las siguientes verbalizaciones:

“El hermano le respondió que quería estar otra vez con su papá, con su mamá, luego empezaron a jugar hasta que se cansaron y para no pensar en nada de eso empezaron a jugar para olvidarse que eso ocurrió” (I1, L: 26-28).

“Yo creo que es buena, porque uno puede comprar unas cosas para su hermano, su mamá” (I4, L: 39-40).

SUBCATEGORÍA REGRESIÓN

Como una forma de afrontamiento ante la ausencia parental por la migración, los niños pueden experimentar episodios de retroceso en su desarrollo evolutivo, manifestado por conductas no apropiadas para su edad, o con comportamientos semejantes a los de sus hermanos menores, como una manera de expresar a sus padres que los necesitan para seguir creciendo. Se ejemplifica con la siguiente verbalización:

“Hay algún día en el que me porto mal y ahí si me tienen que regañar, pero ninguno de ellos es malo” (I2, L: 105-106).

SUBCATEGORÍA RACIONALIZACIÓN DE LA DECISIÓN DE EMIGRAR

La comprensión de la decisión que han tomado sus padres, también funge como un mecanismo de defensa ante la migración. Desde su capacidad cognitiva, los niños y niñas tratan de entender e internalizar los motivos que llevaron a alguno de sus progenitores a irse del país, para así ver los beneficios que genera el que no se encuentre con ellos en casa; incluso, si uno de sus padres viaja por motivos de ocio, también sería aceptable; aunque siempre se denota tristeza en las verbalizaciones, como se aprecia a continuación:

“Yo le diría que si se fuera porque si se va a trabajar ya eso es decisión de él porque es su trabajo, pero si se va por otra cosa, no sé, se va a visitar y eso yo igualito le diría que se vaya por que él debería conocer más partes, no solo estar encerrado en una misma parte” (I2, L: 7-10).

“Es buena, porque el papá se va a ayudar a la familia, pero de lejos” (I5, L: 35)

CATEGORÍA #4: VÍAS DE ESCAPE ANTE EL MALESTAR EMOCIONAL

Además de los mecanismos de defensa, existen otras vías mediante las cuales los niños y niñas canalizan las emociones negativas o desfavorables que les genera la migración de los padres, intentan interactuar con los pares mediante distintos medios de comunicación o practican actividades de ocio con hermanos y amigos. Las subcategorías relacionadas fueron: uso de las redes sociales y el juego, explicadas a continuación.

SUBCATEGORÍA USO DE LAS REDES SOCIALES

El acceso a teléfonos inteligentes y el permiso parental para ser usuarios de las distintas redes sociales, les brinda a los niños un medio para interactuar, consumir contenido y tener una fuente de entretenimiento que puede ser usada continuamente y sin interrupciones, ya que suele estar disponible de manera permanente. Sin embargo, esto puede resultar contraproducente, cuando el uso de las redes interfiere en las actividades cotidianas. Al respecto, se citan las siguientes verbalizaciones:

“Siempre que me levanto no arreglo nada porque me paro directo al teléfono porque es lo que me divierte a mí o lo que a mí me hace sentir feliz no, lo que me entretiene” (I2, L: 32-34).

“Yo porque siempre me gusta jugar con el teléfono más de tres horas” (I4, L: 69).

SUBCATEGORÍA EL JUEGO

Como una fuente natural de entretenimiento, las actividades lúdicas ayudan a los niños y niñas a canalizar sus emociones y evitar pensar recurrentemente en la ausencia de uno o ambos padres. El juego solitario, con otros niños, incluso con algún adulto que pertenece a la familia, se convierte en una manera de expresarse, de interactuar y de disminuir su malestar ante su situación. Como ejemplos, se toman las siguientes verbalizaciones:

“Él juega conmigo Minecraft, a veces con los juguetes, me gusta ver películas mi hermano y yo” (I4, L: 47-48).

“También le encanta jugar con sus amigos” (I5, L: 56-57).

CATEGORÍA # 5 : VALORACIÓN DEL PADRE MIGRANTE

Los niños y niñas tienen en el padre o la madre emigrante una figura de admiración, no solo por el vínculo parental, sino también por reconocer la partida del país como un acto de lucha, ya que se han separado de sus familias para darles mejores oportunidades y calidad de vida, colaborar cuando

se necesita y proporcionar sostén económico. Se elaboraron dos subcategorías: sacrificio por la familia y ayuda económica.

SUBCATEGORÍA SACRIFICIO POR LA FAMILIA

Separarse de los hijos, la esposa o esposo, madres y otros familiares es valorado por los niños y niñas como un acto de profundo sacrificio y entrega de sus padres, que se han ido a otro país a trabajar y luchar por un mejor futuro, para satisfacer necesidades y colaborar con el hogar; al forjar, posiblemente, el camino para que se produzca un reencuentro en otro país donde todos puedan tener una mejor calidad de vida. Las verbalizaciones extraídas como ejemplo son:

“Mi papá, porque él se la pasa trabajando casi todo el día” (I2, L: 223- 224).

“Se podría decir que mi papá. No lo sé, porque ha sido muy bueno con nosotros” (I1, L:69-71)

“También los extraña, pero él va a volver un día” (I5, L: 36).

SUBCATEGORÍA AYUDA ECONÓMICA

A pesar de las emociones que sienten por la ausencia del padre migrante, los niños parecen entender que el que estén fuera del país, se convierte en un beneficio a nivel económico, que los ayuda a solventar situaciones dentro del hogar, como enfermedades o pagos de colegios; también para cubrir las necesidades básicas de comida, vestido y otras. Al respecto, se tomaron las siguientes verbalizaciones:

“Suerte que se fue para allá porque a mi tío le había dado el COVID y necesitábamos muchas bombonas de oxígeno y si estuviera aquí mi papá, mi tío no estuviera con nosotros, entonces como allá es un país mejor y es más avanzado pudo sobrevivir mi tío” (I1, L: 58-62).

“Cuando uno se va tiene que ganar dinero pa los hijos, pa el colegio porque le tienen que pagar el colegio porque el colegio es muy caro” (I3, L; 42-43).

CATEGORÍA # 6: CONDUCTAS ASOCIADAS A LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES

Como parte de las reacciones observables que los niños han presentado posterior a la migración de los padres, ha habido nuevos comportamientos que no son del todo favorables, quizá por el impacto que tiene la ausencia de los padres o porque existe una especie de desobediencia ante aquellos que por el momento fungen como figuras de autoridad. Como subcategorías se presentan: rebeldía, aislamiento, extraña al migrante y problemas escolares.

SUBCATEGORÍA REBELDÍA

Los niños y niñas adoptan una posición de confrontación, desafío y oposición ante los adultos que están encargados de sus cuidados, quizá de forma inconsciente, pero que ellos reconocen han aparecido luego de que su padre o madre migraran hacia otro país. Posiblemente, sea una manera de llamar la atención de sus padres, dejando ver que no solo necesitan de dinero, sino también de su presencia y apoyo. A modo de sustento, se presentan las siguientes verbalizaciones:

“Yo digo que, por no hacer caso, siempre le lleva la contraria a la mamá, porque nunca quiere hacer lo que le dicen” (I2, L: 37-38).

“No sé qué le molesta, puede ser que le molesta que su mamá y su papá estén lejos” (I3, L; 12-13).

“Le prometió algo y él se fue. También molesta al mismo tiempo” (I5, L: 20-21).

SUBCATEGORÍA AISLAMIENTO

Los niños buscan por sí mismos estar solos, sienten que el contexto actual, dentro de la pandemia y el confinamiento que aún muchos mantienen voluntariamente, junto con la ausencia del padre o la madre, hacen que no puedan tener contacto real con otras personas y los limita en sus actividades cotidianas, lo que genera aburrimiento e irritabilidad. Como ejemplo, se tiene la siguiente cita:

“Aburrimiento, por ejemplo, ahora con lo de la pandemia estas todo el tiempo en tu casa, no ves a casi nadie, todo es por videollamada, ya no puede jugar, ya no puedes hacer cosas, entonces es por eso que yo digo que es por el aburrimiento” (I2, L: 40-43).

SUBCATEGORÍA EXTRAÑA AL MIGRANTE

Para los niños el extrañar a los padres es una constante. Aunque pueden recurrir al juego, la escuela y distintas actividades como un medio de entretenimiento, aparece el recuerdo y la añoranza de lo que solía hacerse en compañía de los padres y que ya no se realiza o no se disfruta tanto, porque es para ellos necesaria la compañía y la diversión que tenían. Las siguientes verbalizaciones sirven de ejemplo:

“Mal, porque extraña a su papá y también se pone triste cada día” (I4, L: 23).

“Porque extraña mucho a su papá, y el papá le ayudaba a ella recoger los juguetes, a ordenar el cuarto y él siempre le compraba cosas a veces, por eso ella no quiere volver más a su casa” (I5, L: 13-15).

SUBCATEGORÍA PROBLEMAS ESCOLARES

Otro aspecto importante que ha tenido impacto en la vida de los niños a raíz de la migración de los padres es el escolar. El desempeño escolar se ha visto afectado por conductas como no realizar las actividades, la distracción o no darle importancia a las clases, son manifestadas por los niños; que lo justifican abiertamente con el hecho de que extrañan a sus progenitores. Se tomaron como ejemplo las siguientes citas:

“Desde que él se fue no he podido hacer tarea porque no me siento bien, me siento rara. Si voy a un colegio me la paso hablando porque aja es lo que me evita llorar de que ya mi papá está allí en otra parte y yo esté aquí” (I2, L: 16-20).

“A veces no me gusta hacer la tarea, pero mi mamá cuando es larga me la pone cortica y me gusta cuando la pone cortica” (I4, L: 70-72).

CATEGORÍA # 7: REUNIFICACIÓN FAMILIAR COMO SINÓNIMO DE FELICIDAD

Dentro de todo el discurso, hay coincidencias en el que el reencuentro con los padres que han migrado sería un momento único, que devolvería la felicidad a los hogares y la vida de los niños. El poder contar nuevamente con su familia completa y tener el apoyo, cariño y contención mediante el contacto directo, es un deseo e ilusión que los infantes manifiestan. La única subcategoría elaborada se denomina esperanza del reencuentro.

SUBCATEGORÍA ESPERANZA DEL REENCUENTRO

Como una forma de manifestar abiertamente sus más profundos deseos, los niños y niñas que tienen al menos uno de sus padres en calidad de migrante, dejan ver que esperan un próximo reencuentro con quienes están fuera del país. Esto para ellos es una ilusión importante, que los ayuda a manejar sus emociones, porque consideran que sus progenitores no solo se sacrifican por darles una mejor calidad

de vida en Venezuela, sino también por poder llevarlos donde ellos están o para volver al país y estar juntos. A modo de ejemplo, las siguientes citas:

“No sé qué más decir, porque quiere ver a su familia, a su papá y a su mamá está muy preocupado como les va allá” (I1, L: 8-10).

“Con un final feliz, que él volviera de sorpresa. También, que le dará cosas a las hijas, a su familia, al perrito, a la mamá, a la tía, al tío, al abuelo a la abuela, a sus hijos”. (I5, L: 29-33).

Responder a la pregunta de la investigación, la cual fue ¿cuales son las representaciones sociales de la migración en niños con padres migrantes?, es una tarea compleja si se tiene en cuenta que, muchas veces, los niños no tienen una definición clara de lo que es la migración, y se dificulta el que comprendan la magnitud de este evento en ellos como personas, en su familia, en sus relaciones con los pares y en su vida en general.

Alrededor de lo que es la migración, el punto de partida de su situación actual, se han construido tres significantes: es un viaje, porque los padres se han ido a otros sitios para conocer o divertirse, como si se tratara de una situación de entretenimiento que tiene una fecha límite, quizá porque desconocen a ciencia cierta que, en la mayoría de las veces, quien emigra no tiene un tiempo estipulado para volver al país. También se considera asociado con una vida mejor, porque le permite tener oportunidades de trabajo a sus padres y, consecuentemente, una calidad de vida más favorable para los niños y los otros que se han quedado. Además, tiene un origen certero: la situación del país, algo que parecen conocer los informantes y que establecen como la causa de la partida de sus progenitores.

Respecto a lo anterior, se observó en los niños un razonamiento lógico, que ha comenzado a dejar atrás el egocentrismo para dar paso al análisis y discernimiento sobre las situaciones que viven, tanto a nivel individual como en sus entornos sociales. Sobre este punto, Denegri (2005), explica que los niños van desarrollando la capacidad de construir sus propios conocimientos y organizar las informaciones que captan, para conformar sus conceptos y visiones de vida acerca de distintas situaciones.

Entonces, cabe la posibilidad de que los padres y otros familiares, incluso algún amigo o persona significativa para los niños, brinden cierta información sobre lo que es la migración, la cual reciben y analizan de acuerdo a sus capacidades cognitivas, para tratar de internalizar y comprender lo que sucede con sus progenitores y por qué se toman estas decisiones; especialmente, cuando parece no haber un tiempo estimado para vivir la reunificación familiar.

Lo anterior se asemeja a lo encontrado por Gil et al. (2018) que en su investigación, reportan que los niños y niñas migrantes que por algún tiempo vivieron sin sus padres (habían emprendido el viaje primero), argumentaban razones para justificar la migración con base en buscar un mejor futuro; pero también planteaban que se trataba de una situación nada sencilla en la que eran posibles víctimas de discriminación y rechazo.

Moscovici (1979), se refiere a estas construcciones sociales elaboradas por los niños como representaciones sociales. En este caso, los infantes desarrollan un conocimiento sobre el fenómeno migratorio a partir de la interacción social y con ello tratan de interpretar sus situaciones particulares. De allí que la ausencia de algún progenitor es evaluada como algo positivo, al estar motivada por la posibilidad de brindar una mejor calidad de vida para el grupo familiar. No obstante, se presentan algunas preocupaciones e incertidumbre sobre la posibilidad de un reencuentro futuro.

De lo antes planteado, se evidencia la aparición de diversas emociones asociadas a la ausencia de las figuras parentales entre las que destacan el sentimiento de soledad, desvalimiento y tristeza. Hay una tendencia en los infantes a percibir su vida como incompleta que es tomada como la percepción de que su vida no está completa ante la carencia de una figura que los ame, cuide o les brinde contención emocional cuando lo necesitan.

Claramente, los niños no han quedado abandonados, están al cuidado de personas de confianza para sus padres y que atienden sus necesidades, sin embargo, la migración o las creencias que se tienen sobre la misma impone una ausencia que es percibida como continua y que no tiene un momento determinado para finalizar. En este orden de ideas, hubo similitud con lo reportado por Bellowin et al. (2017), quienes indicaron que ante la falta de un guía visualizado en la figura de los padres, un grupo de adolescente manifestaba tristeza, soledad e inferioridad.

A pesar de la diferencia en la etapa del ciclo vital, aparentemente el imaginario que se tiene, desde el rol de hijo, sobre la migración explicaría las emociones de aquellos cuyos padres han migrado; ya que se estaría viendo afectada la estructura y la dinámica de la familia. Al respecto, Castañeda y López (2011), señalan que el comportamiento de cada miembro de una familia está vinculado a los otros integrantes; por lo cual es de esperarse que cuando estas estructuras se modifican, sin que necesariamente se deba a un problema o la ruptura de los padres, los hijos, en este caso los niños, presenten cambios en sus emociones y manifiesten sentimientos negativos, porque, posiblemente, no conocen a ciencia cierta lo que sucederá a futuro con sus padres y el hogar.

De hecho, también son observables repercusiones en la conducta que, de acuerdo con Carpio (1992), suelen ser producto del desconocimiento profundo de los hijos respecto a la situación de sus padres y cómo están sucediendo las cosas; lo que conlleva a actitudes de rebeldía, problemas escolares, aislamiento y extrañar al migrante, creyendo que este los ha abandonado. Tal como lo reflejaron los niños informantes, la partida de sus padres ha repercutido en su comportamiento, algo de lo cual ellos mismos tienen conciencia y son capaces de reconocer como asociado a la necesidad de la figura parental.

Otro aspecto que destaca en la conducta de estos niños, es la dificultad de acatar las nuevas normas que son impuestas por los cuidadores actuales, lo cual no solo podría deberse a la rebeldía o el rechazo por la ausencia de los padres; sino también, y quizá esto sea una explicación más certera, estarían viviendo un conflicto de figuras de autoridad, en la cual estarían siendo regidos tanto por las reglas de los cuidadores como por la de los padres, quienes intentarían ejercer dicho rol, con ambigüedades y disyuntivas respecto a quién o qué obedecer.

Al respecto, Carpio (1992), se refiere a un conflicto de normas y valores, en el cual los niños tenderían a ajustar a aquello que más les convenga, lo cual haría surgir nuevos problemas dentro del seno en el cual son cuidados. Necesariamente, el tutor no será alguien de la familia extendida; puede también ser el otro progenitor, normalmente la madre; pero existiría la disyuntiva, porque es la actitud que el niño asumiría para tratar de tener presente a quien ya no está en el país.

Ahora bien, ante los aspectos negativos como la ausencia de los padres, la incertidumbre sobre el regreso y las emociones que esto genera, los niños ponen en marcha distintos mecanismos de defensa, que les permiten manejar sus sentimientos y pensamientos respecto a su situación y al distanciamiento con uno o ambos padres. De acuerdo con Freud (2006), los mecanismos de defensa son una técnica que le permite a la persona canalizar sus pulsiones y sentir menos ansiedad.

Entre los participantes, la negación, la regresión y la racionalización fueron los mecanismos más empleados ante la partida de uno de sus padres, a través de ellos encontraron una forma de lidiar con la ausencia y de aprender a vivir con la realidad de la migración, coincidiendo con los hallazgos de Peña y Álvarez (2008), quienes encontraron el uso de la regresión en un grupo de niños ecuatorianos cuyos padres habían migrado.

Nuevamente, las representaciones sociales que los niños tienen de la migración emergen como una posible explicación de sus cambios emocionales y conductuales. Esto se afirma con base en la propuesta de Jodelet (1986), ya que los infantes han podido construir sus propias conceptualizaciones: viaje, oportunidades, separación, distancia, ausencia, aparición de sentimientos desagradables y conductas no adaptativas; así como de la puesta en marcha de mecanismos en defensa para tratar de paliar sus emociones o manejar la realidad de una manera que les resulte menos dolorosa.

Por otro lado, los niños y niñas con padres migrantes también se valen de otros recursos para tratar de afrontar su situación, pero, a diferencia de los mecanismos de defensa, estos sí son puestos en marcha de manera consciente y voluntaria, ya que, según se aprecia, los infantes estaban al tanto de lo que hacían y por qué lo hacían. Se tienen así dos importantes aspectos, uno de ellos el juego, esperado en esta etapa del ciclo vital, como lo refieren Domínguez et al. (2016), el cual les ayuda a alejarse un poco de sus emociones como tristeza o desaliento; al interactuar con sus iguales, de modo que ejercen el rol que se supone tienen a su edad. El segundo aspecto, sin orden de importancia, es el uso de las redes sociales, cuestión muy común en la actualidad; el acceso a las mismas es la única manera de mantener contacto con otros, especialmente en tiempos de pandemia; así como para poder comunicarse con el progenitor ausente.

A diferencia de lo reportado por Quecha (2011), quien indicó que los padres que habían migrado desde México a Estados Unidos no podían establecer comunicación con los hijos por limitaciones tecnológicas; los niños que participaron en la investigación, si refirieron poder hablar continuamente, aunque no tanto como desean, con el padre o madre migrante, pero también dejan claro que utilizan las redes sociales como un medio de entretenimiento y socialización.

Otra representación social que aflora en los niños es la asociación de la migración con el sacrificio que hacen sus progenitores para darles una vida mejor a quienes se han quedado, lo que hace que valoren el esfuerzo de los padres en el extranjero, en cuanto a su trabajo y el distanciamiento que mantiene con la familia; puesto que aún estando lejos ayudan a quienes lo necesitan, siendo un importante aporte para quienes están en Venezuela.

Una vez más es la representación social de migración para una vida mejor, la que aparece en el imaginario de los niños, coincidiendo con los resultados de Abril (2020), porque los niños y niñas ven este proceso como la oportunidad de tener calidad de vida, tanto cuando son los padres los migrantes como cuando ellos mismos tienen dicho papel. Del mismo modo, Bautista y López (2020), reportaron una perspectiva similar, de viajar para un futuro mejor.

Un punto esperado de todo el proceso migratorio es el reencuentro. Los niños y niñas manifestaron tener la esperanza de que en algún momento será posible que sus padres vuelvan al país o que ellos les alcancen en el nuevo país de acogida, para retomar las demostraciones de afecto, los juegos y la contención emocional; además de sentirse seguros por la presencia de los progenitores. La referida percepción muestra lo expuesto por Domínguez et al. (2016), respecto a la necesidad de los niños, especialmente entre los seis (6) y doce (12) años de edad, de estar cerca de sus padres; pues cuando esta

relación se ve rota por la separación ocurre un desequilibrio biopsicosocial que repercute negativamente en los infantes.

Para dar cierre a esta sección, conviene recapitular para explicar que las representaciones sociales de los niños se construyen a partir de la interacción con el entorno y de las experiencias que les ha tocado vivir. En el caso particular de la migración, definirla como un viaje o como una aventura que ayuda a vivir mejor es el común denominador, pero también está asociada con distancias y separación de los padres. De modo general, es bien vista en cuanto a los beneficios que se obtienen, al ver a los padres como una persona que se esfuerza y sacrifica por su familia; aunque, esto ocasione tristeza y sensaciones de soledad, que se tratan de paliar con el contacto con otros niños, la comunicación continua con los progenitores y la esperanza de la reunificación y reencuentro.

CONCLUSIONES

Como parte final del proceso de investigación, corresponde dar respuesta a la pregunta y propósito de la misma, comprender las representaciones sociales de la migración en niños con padres migrantes. En este sentido, las representaciones que hacen los niños son una construcción social producto de sus experiencias con el fenómeno migratorio y la información compartida en sus interacciones sociales.

De allí que perciben la migración como sinónimo de viaje o aventura que se emprende con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida a la familia, y desarrollan una valoración por la figura parental migrante y los sacrificios que ésta realiza. Sin embargo, los niños padecen el impacto de la separación, la ausencia de los padres y la incertidumbre de la reunificación generan distintas emociones, en su mayoría desagradables, como la sensación de soledad, desvalidez o enojo, aun cuando permanezcan con hermanos, familiares e incluso uno de sus padres.

Ante lo que para ellos representa la migración, aparecen mecanismos de defensa y ciertas conductas como una forma de escapar al malestar emocional que les genera la ausencia de uno o ambos padres; retoman comportamientos propios de edades más tempranas, evaden el tema para no sentirse tristes o enojados, justifican la decisión de la partida o sumergidos en actividades de ocio, a modo de distracción, al compartir con sus pares y con otras personas que no necesariamente cohabitan con ellos.

Algunas conductas tienen connotaciones negativas como problemas escolares y bajo rendimiento académico, aislamiento o rebeldía, lo que pudiera ser una forma, inconsciente, de llamar la atención de aquellos que han migrado. Finalmente el malestar encuentra consuelo en la posibilidad del reencuentro. La idea de volver a estar juntos brinda esperanza y sentido a la vida de los niños convirtiéndose en una fuente de resiliencia.

Como recomendaciones y tomando en cuenta los hallazgos de la investigación, se sugiere a los padres y cuidadores de los niños ponerse en contacto con docentes y autoridades escolares, a fin de ponerlos al tanto de la situación y solicitar la colaboración en el proceso de adaptación. Al considerar que los niños y niñas se mantienen dentro del contexto escolar gran parte del día, este pudiese convertirse en una fuente de apoyo para afrontar las dificultades asociadas al ámbito académico.

También se sugiere el acompañamiento psicológico a los niños cuyos padres han migrado, como una forma de recibir orientación y apoyo instrumental, que le permita el aprendizaje de estrategias y la adquisición de recursos para afrontar de manera adaptativa el proceso de ajuste posterior a la partida de los padres, así como los diferentes sucesos que tengan lugar en los distintos contextos de interacción social: familia, escuela, comunidad.

Se recomienda a futuros investigadores, abordar el tema de la migración desde distintas posiciones, pues en el momento actual continúa siendo un tópico cotidiano para los venezolanos, entonces es oportuno conocer cómo los niños y niñas han ido construyendo sus propias ideas y creencias sobre la misma; la manera en la que gestionan sus emociones al respecto. Para ello, pueden continuarse los estudios cualitativos con fenómenos como la construcción social, mecanismo de defensa o la regulación emocional y también investigaciones cuantitativas, para generalizar resultados, con variables como resiliencia, afrontamiento, clima familiar, rendimiento académico, entre otros.

REFERENCIAS

- Abril, C. (2020). *Imaginario social sobre inmigrantes: estudio de caso de niños y niñas venezolanos de 6 a 12 años del Barrio La Candelaria de Bogotá*. (Tesis de Maestría, Universidad Distrital Francisco José de Caldas). Bogotá, Colombia. <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/25162>
- Agencia de Periodistas Amigos de la Niñez y Adolescencia. (2020, diciembre 18). *Migración forzada mantiene a 839.059 niños venezolanos alejados de sus padres en 2020*. <https://cecodap.org/migracion-forzada-mantiene-a-839-059-ninos-venezolanos-alejados-de-sus-padres-en-2020/>
- Bautista, D. y López, F. (2020). *Transitando hacia el paisaje de la Unidad: Representaciones sociales de la migración en niños y niñas del Colegio Tibabuyes Universal I. E. D.* (Tesis de Maestría, Universidad Pedagógica Nacional). Bogotá, Colombia. <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/11501/TO-23751.pdf?sequence=1>
- Bellorín, D., Castillo, K., Vizcaya, G. y Solís, F. (2017). *Repercusiones de la migración de madres-padres en el desarrollo psicosocial de adolescentes en Estelí, Nicaragua*. <https://repositorio.unan.edu.ni/9343/1/18771.pdf>
- Carpio, P. (1992). *Entre pueblos y metrópolis*. ILDIS.
- Castañeda, B. y López, Y. (2011). *Desintegración familiar y migración*. Universidad Veracruzana.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Migración*. <https://www.cepal.org/es/temas/migracion>
- Delval, J. (1989). La representación infantil del mundo social. En E. Turiel, I., Enesco y J. Linaza (Eds.) *El mundo social en la mente infantil*. (pp. 245-328). Madrid.
- Denegri, M (2005). La construcción del conocimiento en la infancia Reflexiones para la investigación y la acción educativa. *REXE: Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 4(8), 11-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1334414>
- Domínguez, Y., Gutiérrez, D. y León, L. (2016). Caracterización del estado psicológico en los niños separados de sus figuras parentales por emigración. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(6), 738-750. <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2693>
- Freud, A. (2006). *El yo y los mecanismos de defensa*. Ediciones Paidós.

- Gil, F., Muzzi, S. y Santisteban, A. (2018). Todos y todas somos inmigrantes. Representaciones de niñas y niños de primaria sobre la inmigración. *REDIC*, 2, 20-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6382557>
- Gutiérrez, J., Romero, J., Arias, S. y Briones, X. (2020). Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica. *Revista de Ciencias Sociales*, XXVI(2), 299-313. <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431024/html/>
- Jodelet, D. (1986). *Las representaciones sociales: fenómenos, concepto y teoría*. <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248. <https://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul. <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf
- Papalia, D. y Martorell, G. (2015). *Desarrollo humano*. (13ª edición). Editorial Mac Graw Hill. https://www.academia.edu/88382740/Desarrollo_Humano_Papalia_2017
- Peña, G. y Álvarez, I. (2008). *Estudio comparativo de los mecanismos de defensa de los hijos(as) de padres migrantes y los hijos(as) de familias estructuradas*. (Tesis de Grado, Universidad del Azuay). Cuenca, Ecuador. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1165>
- Pillacela, L. (2019). *La emigración parental y su incidencia en el rendimiento escolar de los estudiantes de la escuela de Educación Básica Rotary Club de la comunidad de Burín del cantón Gualaceo, durante el año lectivo 2018-2019*. (Tesis de Grado, Universidad Politécnica Salesiana Sede Cuenca). Cuenca, Ecuador. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/17893/1/UPS-CT008471.pdf>
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (2021). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Quecha, C. (2011). *Cuando los padres se van: infancia y migración en la costa chica de Oaxaca*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). Ciudad de México, México, <https://doi.org/10.22201/dgpyfe.9786070253102e.2011>
- Ramos, M. (2009). *Migración e identidad: emociones, familia, cultura*. Fondo Editorial de Nuevo León.

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado Representaciones sociales sobre la migración en niños con padres migrantes, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

EXPERIENCIA DE FAMILIARES DE PACIENTES CON EPILEPSIA

Experience of familiar's patients with epilepsy

MARIANGEL MELEÁN

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo Venezuela

E-mail: mariangelmelean199@hotmail.com

ESTEFANY SOLANO

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo Venezuela

E-mail: Stefamisolano12@gmail.com

Admisión: 07-07-2023
Aceptación: 09-11-2023

RESUMEN

El propósito fue comprender la experiencia de familiares de pacientes con epilepsia, para lo cual se consideró el paradigma interpretativo, la investigación cualitativa y el método fenomenológico. Los informantes clave fueron tres mujeres y un hombre, mayores de edad; quienes participaron en una entrevista semiestructurada. La información fue interpretada mediante el método hermenéutico-dialéctico y se usaron procesos de categorización y triangulación. Se elaboraron cuatro categorías: conocimientos sobre la enfermedad, impacto emocional del diagnóstico, afrontamiento de los síntomas y trato hacia el enfermo. Los familiares percibieron la vivencia como una situación transformadora, que, si bien implica preocupación por la salud del pariente, les permite ajustarse a una nueva realidad en la cual los cuidados del otro son importantes, pero sin limitarlo. Además, se vive como una oportunidad para ayudar a la aceptación de la epilepsia como una enfermedad no incapacitante, por lo que quien la padece merece un trato justo y respetuoso.

PALABRAS CLAVE: Experiencia, familiares, pacientes, epilepsia.

ABSTRACT

The purpose was to understand the experience of relatives of patients with epilepsy, for which the interpretive paradigm, qualitative research and the phenomenological method considered. The key informants were three women and one man, of legal age; who participated in a semi-structured interview. The information interpreted through the hermeneutical-dialectical method and categorization and triangulation processes used. Family members perceived the experience as a transformative situation, which, although it implies concern for the relative's health, allows them to adjust to a new reality where the care of the other is important, but without limiting it. In addition, it is an opportunity to help the acceptance of epilepsy as a non-disabling disease, so that those who suffer from it deserve fair and respectful treatment.

KEY WORDS: Experience, relatives, patients, epilepsy.

COMO CITAR: Melean, M. y Solano, E. (2024). Experiencia de familiares de pacientes con epilepsia. *Sistemas Humanos*, 4(1), 85-102 pp.

INTRODUCCIÓN

En el imaginario colectivo, las enfermedades pueden tener numerosas e intrincadas maneras de percibirse, según la época, síntomas o manifestaciones de las mismas. Desde tiempos remotos, el hombre ha padecido distintas patologías, unas físicas y visibles, otras psicológicas y menos perceptibles, pero que, por su aparente imposibilidad de ser explicadas se atribuían a eventos mágicos, posesiones demoníacas o productos de hechicerías. Una de estas enfermedades es la epilepsia, como refiere Fernández (2011), pues en la época precristiana los grandes filósofos, médicos y pensadores le daban un origen sobrenatural y los tratamientos eran practicados por magos y hechiceros con la finalidad de acabar con el conjuro o eliminar el demonio que la causaba.

Muchas concepciones han habido sobre la epilepsia a lo largo de la historia, en el imaginario colectivo, las enfermedades pueden tener numerosas e intrincadas maneras de percibirse, según la época, síntomas o manifestaciones de las mismas. Es conveniente destacar que la epilepsia es la enfermedad neurológica y crónica con mayor prevalencia en el mundo, según informa la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), afecta a unos 50 millones de personas en el planeta, de los cuales el 80% se ubica en países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, aun cuando se trata de una patología común, tanto los pacientes como sus familiares suelen ser víctimas de estigmatización y discriminación.

Posiblemente, esto se deba a los imaginarios colectivos sobre la epilepsia, tal como refieren Salado et al (2018), pues a pesar de los conocimientos que se tienen actualmente, se encuentran referentes respecto a concepciones mágicas y sobrenaturales sobre las causas o consecuencias de la patología, generándose en muchas personas estigmas sociales que le hacen creer que las personas con epilepsia no pueden convivir de forma normal con otras, no tienen las mismas oportunidades de estudio, disfrute, recreación que otros individuos aparentemente sanos, asumiendo que son discapacitados.

En este orden de ideas, algunas investigaciones han evidenciado como los pocos conocimientos o los mitos que rodean la epilepsia pueden ser determinantes de lo que otros creen respecto a los pacientes con epilepsia o la forma en la que actúan ante la presencia de una persona que padezca la mencionada enfermedad. Dentro de estas, aparece con importancia lo reportado por Giraldo et al (2013), quienes encontraron en un grupo de padres de familias pocos conocimientos de la patología que parecían predisponerlos ante aquellos que la sufrían considerándolos como personas agresivas, menos inteligentes o con menos utilidad social, incluso no permitirían que sus hijos tuvieran amigos diagnosticados. Mientras que Orozco (2015), reportó una brecha social que marcaba diferencias entre sanos y enfermos.

De acuerdo con lo anterior, la posición que tiene un tercero, desde sus conocimientos o experiencias, ante la persona que padece la epilepsia, parece mediar en la perspectiva respecto al enfermo; lo cual también puede verse afectado por la vinculación relacional que se tenga con aquel. Para el caso de ser familiar, como explica García (2005), se experimentan sentimientos de falta de control, impotencia y un impacto emocional que suele estar rodeado de pensamientos negativos, los cuales pueden repercutir en la forma en la cual se vivencia esta relación, con sus características particulares, aunado a la percepción que tienen sobre la enfermedad, están ajustadas o no a la realidad.

Al respecto, Fabelo et al (2013), indican que el afrontamiento de la epilepsia es un punto fundamental, tanto para el paciente como para la familia en general, porque implica el comportamiento que el grupo presenta ante la enfermedad y el significado que los aspectos de la cotidianidad en cuestiones como tratamientos, cuidados, normas de higiene, citas médicas, entre otros, tienen para ellos. Además, según refieren Claros y Luizaga (2006), se deben sumar factores negativos como el estigma social y

la discriminación, que suelen afectar en la educación y las relaciones sociales, como una experiencia negativa alrededor de la epilepsia que está configurada por su propia realidad.

En este sentido, conviene plantear que la experiencia, definida por Thompson (1981), circunscribe la respuesta mental y emocional respecto a diversos acontecimientos relacionados entre sí o de distintas reproducciones sobre el mismo hecho. El referido autor destaca que la experiencia surge de manera espontánea del ser social (que puede ser un individuo, un grupo social o una comunidad) y, por tanto, brinda la posibilidad de razonar e interpretar cada mundo, estilo o forma de vida.

Con esta referencia, la investigación apunta a conocer la experiencia de familiares de personas con epilepsia, pues es la persona un agente activo en todo lo que sucede, como explica Giddens (2006), pues tiene la capacidad de modificar o influir en los acontecimientos, para cambiar aquello que no le gusta o adaptarse a lo que vive según sus conocimientos y las prácticas sociales en las cuales se encuentre en un momento y tiempo determinados.

Esto es importante porque la experiencia está vinculada con el aprendizaje, según Melich (2002), por lo cual permite afrontar diversas situaciones de la vida, conforme a lo que ya se ha vivido y aprendido; además, expone Larrosa (2003): “cada palabra quiere decir más de lo que dice y nunca puede decir todo lo que querría” (p. 356), razón que deja ver la necesidad de indagar en lo que la persona piensa, en sus propias interpretaciones de la realidad, para darle significados dentro del contexto en el cual se encuentra y le suceden sus acontecimientos propios o de su círculo cercano. En este sentido, la experiencia de las personas que conviven o atienden a un familiar con epilepsia pudiera estar mediada por los aspectos internos y externos: conocimientos, percepción de la enfermedad o el apoyo que se recibe del contexto.

Sobre este punto, Figueroa y Campbell (2004), reportaron que vivir con epilepsia, tanto en la posición de paciente como de cuidador o familiar, es un fenómeno social heterogéneo, que está marcado por diversidad de factores, entre los cuales se cuentan el tratamiento, la ayuda social, el apoyo familiar, la aceptación o el rechazo de la enfermedad, que determinan la forma en la cual se vive con esta enfermedad. Del mismo modo, Alarcón (2004), indicó que eran frecuentes los conflictos familiares, pues la patología implica una reorganización de los subsistemas familiares dadas las alteraciones y nuevas necesidades que surgen en razón de los cuidados del enfermo.

Con esta orientación, se tiene como objeto de interés conocer la experiencia de familiares con epilepsia en Venezuela, especialmente dentro de familias marabinas, al considerar que es posible observar posiciones similares a las encontradas por investigaciones anteriores, que según Guevara et al (2009), las personas que padecen la enfermedad, así como su entorno familiar cercano tienden a ser rechazadas por su condición, lo cual se relaciona, mayormente, con la falta de educación respecto a la patología y el desconocimiento sobre el origen de la misma.

Más recientemente, Villalobos (2017), señala que en el país 1,7% de venezolanos conviven con epilepsia. Aunado a esto, a pesar de que se trataría de una cantidad pequeña de la población, no implica que los mismos no estén en riesgo pues, como explica la OMS (2019), Venezuela se encuentra en la lista de países de bajos ingresos, por lo cual están en riesgo de muerte prematura por no recibir el tratamiento adecuado. Así mismo, su condena a vivir estigmatizados se incrementa, porque no existen suficientes medidas que detengan el avance de la enfermedad.

Algunas investigaciones realizadas en el país, como la de Reyes et al (2016), mediante un estudio de tipo cualitativo, demostró que en algunas regiones de Venezuela los componentes históricos de

creencias en torno a la epilepsia permanecen como fundamento para la estigmatización, que afecta al enfermo y sus familiares. Por su parte, La Cruz (2015), explica que muchos mitos y creencias, basadas en tradiciones que pasan de generación en generación, hacen de la experiencia de estas personas algo negativo, por el rechazo del cual son víctimas y el escaso apoyo social.

El caso se estudia porque a nivel local, se ha tenido la oportunidad de convivir y relacionarse con personas que padecen de epilepsia y se ha notado la actuación de ésta en su medio social, al ser distinta porque algunas personas actúan con normalidad, intentan estudiar tanto como cualquier otra, se ausenta cuando está en crisis, pero trata de volver a su rutina, puesto que la enfermedad exige un tratamiento riguroso y continuo. Otras personas enfermas son tratadas como discapacitadas pues, al no saber cuándo pueden presentarse las convulsiones en lugares públicos donde no va a tener la atención necesaria, de allí que estén impedidos de estudiar carreras muy fuertes, trabajar, manejar, en fin, llevar una vida normal como cualquier adulto. Entonces, se tienen observaciones sobre la cotidianidad de estas personas y cómo puede afectar la enfermedad sus actividades.

La presencia de estos hechos se detectan en distintos casos, a nivel del entorno familiar, pero también en algunas instituciones del municipio Maracaibo, donde se atiende a niños y jóvenes con epilepsia, quienes son acompañados por sus familiares, lo que implica la necesidad de ir directamente donde se producen los hechos a manera de realizar una investigación de enfoque cualitativo, fenomenológico, para conversar con estas personas y poder conocer sus vivencias, de allí que se justifica el estudio al pretender identificar la realidad desde la acción como tal, para responder a la interrogante.

Esta situación lleva a conocer más de cerca la experiencia de familiares de pacientes diagnosticados con epilepsia, desde su propia perspectiva y construcción de la realidad que viven, tratando de analizar los hechos desde una visión personal y específica para darle respuesta en el ámbito del área psicológica teniendo como propósito, brindar recomendaciones sobre alternativas para propiciar calidad de vida en estas personas y en sus familiares. Por ello, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cómo es la experiencia de familiares de pacientes con epilepsia?; con el propósito de comprender la experiencia de familiares de pacientes con epilepsia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se enmarcó en el paradigma interpretativo, con una metodología cualitativa y enfoque fenomenológico, para entender las experiencias y perspectivas que los familiares de personas con epilepsia tienen respecto a la enfermedad y como han vivido dentro de este entorno; dentro de sus propias visiones de la realidad y cómo esta puede impactar en su vida cotidiana. Para la escogencia de los informantes clave, se realizó un muestreo intencional, en el cual las investigadoras seleccionaron familiares de personas con epilepsia que pertenecían al círculo social cercano de las autoras, ubicado en Maracaibo, estado Zulia. Luego, se tomó una muestra voluntaria, con la firma del consentimiento informado, de cuatro familiares directos de personas con epilepsia; la madre, dos tías, junto con un primo, todos mayores de edad y parte importante en los cuidados del paciente. Su nivel de instrucción era en un caso de secundaria incompleta, otro universitario y dos bachilleres.

La técnica de recolección de información utilizada fue una entrevista semiestructurada, su participación fue voluntaria, como se asentó en el consentimiento informado firmado por los informantes. Se elaboraron una serie de preguntas clave o generadoras, de las cuales se partió para realizar las entrevistas, estas preguntas fueron las siguientes: a) para ti, ¿qué es la salud?, b) ¿qué opinión tienes acerca de las enfermedades?, c) ¿qué sabes sobre la epilepsia?, d) ¿cómo es tu trato hacia tu familiar con epilepsia?, e) ¿qué crees respecto al aislamiento social de una persona con epilepsia?, f)

¿qué repercusión ha traído la epilepsia en tu entorno familiar? Las mismas se realizaron en la casa de la persona, en un lugar cómodo, con adecuadas condiciones de iluminación y temperatura, se procuró no ser interrumpidos por otros habitantes del hogar. Las investigadoras, de forma presente, llevaron a cabo las entrevistas.

El método más adecuado para interpretar la información obtenida fue el hermenéutico-dialéctico. Es decir, se buscó poder entender cada una de las posibles informaciones claves que las personas brindaron en las entrevistas de manera que las interpretaciones fueran lo más amplias posibles en función de la investigación, pero sin perder la individualidad que le imprimía el informante en medio del diálogo. Lo que se pretendió fue interpretar de forma amplia, sin perder la esencia de las narrativas o las individualidades del mismo. Para ello, se contrastaron las entrevistas y se acudió a los referentes teóricos, de modo que se formaran conocimientos generales respecto al tema. A fin de establecer las categorías se contó con los aportes de trianguladores expertos en el tema que brindaron su perspectiva sobre la problemática abordada; estos leyeron las transcripciones de las entrevistas, enviadas por correo electrónico y presentaron sus observaciones y opiniones en cuanto a lo que los informantes manifestaron, para configurarlo dentro de conceptos psicológicos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con la información recolectada a partir de las entrevistas, surgieron cuatro categorías que fueron ordenadas de la misma manera en que fueron tomadas de la discusión y triangulación de los expertos, para explicar las experiencias de familiares de personas que padecen epilepsia; cada una de ellas conformadas por subcategorías que detallan los contenidos, como se podrá observar en las figuras elaboradas, respecto a los hallazgos de la investigación.

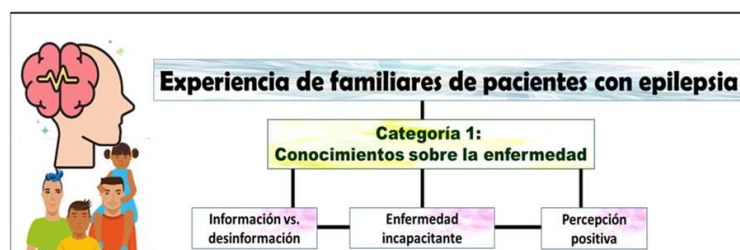
CATEGORÍA 1: CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Los familiares de personas con epilepsia, paulatinamente, van adquiriendo conocimientos respecto a la enfermedad que pudieron no existir o ser muy escasos antes de conocer el diagnóstico de su familiar. Algunas cosas pueden ser específicas y tener ciertos basamentos adecuados, pero otras pueden estar rodeadas de desconocimiento, por ignorar asuntos concretos acerca de la patología.

Además, cada persona, desde su posición como familiar, el vínculo que tiene o el rol que representa como cuidador o apoyo al cuidador, e incluso en su trato cotidiano con la persona enferma; tiene una percepción diferente e individual de la epilepsia como enfermedad que se demuestra en la concepción de la misma, y puede depender, además del nexo con el paciente, de cuestiones como las ideas, experiencias anteriores, conocimientos previos, las representaciones que tiene tanto de la salud en general, como de una situación de enfermedad o de cómo puede afectar a quien padece de epilepsia. Las subcategorías que la conforman, se presentan en la Figura 1, a continuación:

Figura 1

Categoría: Conocimientos sobre la enfermedad



SUBCATEGORÍA INFORMACIÓN VERSUS DESINFORMACIÓN

Algunos conocimientos e informaciones, como síntomas, posibles daños que causan los episodios o cómo tratar con el paciente, que poseen los familiares respecto a la epilepsia pueden ser confiables y tener una base adecuada, lo cual puede provenir de la lectura, búsqueda de información por interés propio o aquellas cosas que se han ido aprendiendo a medida que se trata con el paciente y se acude a consultas, se tiene contacto con médicos, especialistas y otros enfermos. No obstante, es posible que existan debilidades, deficiencias en las informaciones respecto a la epilepsia, por ejemplo, en cuanto a por qué aparece o qué la ocasiona, lo cual puede repercutir en el trato que brindan a aquel o cómo perciben las actitudes y comportamientos del paciente. En este sentido, se presentan las siguientes verbalizaciones, según ejemplifican la información o la desinformación:

“...he tenido amigos, familiares que sufren de tal, enfermedad y abarca muchos aspectos de su vida creo que los limita hacer muchas cosas. Es una enfermedad que... este... te deteriora al pasar el tiempo tu salud, estem tú habito, todo...” (I1, L: 11-15).

“...convulsiones repetidas, ehm... al parecer como que son alteraciones neurológicas ehm que se controlan, deben controlarse, en fin, con un tratamiento y lo trata un neurólogo...” (I2, L: 16-18).

“...es una enfermedad bastante complicada...” (I3, L: 13).

“...a veces es hereditaria y a veces no, por lo menos a él le dio a partir de una inyección que le pusieron, como tiene sangre universal...” (I4, L: 11-13).

“...Sobre la epilepsia sé que es una enfermedad, pero no tengo una definición como tal...” (I1, L: 10-11).

“...es un mal que nadie desea, simplemente aparece porque tiene que aparecer, porque el cuerpo insiste sujeto a pasiones y tiende a enfermarse...” (I2, L: 11-14).

“...una fiebre y cosas así son responsabilidad nuestra, pero una diabetes, hipertensión eso si no, porque son enfermedades que vienen por parte hereditaria...” (I4, L: 6-9).

SUBCATEGORÍA ENFERMEDAD INCAPACITANTE

La percepción que se tiene de la epilepsia como enfermedad aparece asociada a cuestiones como la discapacidad que puede causar en quien la padece desde la perspectiva que tiene el familiar al respecto; es decir, se puede percibir como una situación incapacitante, que hace que quien la padece no pueda valerse por sí mismo en distintos contextos sociales porque, progresivamente, deteriora la salud, interfiere negativamente en la calidad de vida del enfermo y lo limita. Como ejemplos, se extrajeron las siguientes verbalizaciones:

“...la mayoría de personas que tienen epilepsia son más que todo discapacitados, porque normalmente este tipo de enfermedad se desarrolla muy rápido al pasar el tiempo va deteriorando a la persona y lo discapacitado a ser una persona normal...” (I1, L: 31-35).

“...una persona epiléptica no puede trabajar, no puede hacer su vida normal, y dígame si le dan 5, 6 o 7 convulsiones al día...” (I4, L: 35-37).

SUBCATEGORÍA PERCEPCIÓN POSITIVA

La importancia de los conocimientos adecuados y de lo aprendido en el trato cotidiano con el paciente con epilepsia, es demostrada en sus familiares cuando se refieren a la enfermedad con términos más positivos y ajustados a la realidad en cuanto a cómo puede afectar a quien la padece, cómo tratarlos y la manera en la que esta puede repercutir en la vida tanto del enfermo como de sus familiares y entorno cercano. Como ejemplos, se presentan las siguientes verbalizaciones:

“...sé que es una enfermedad que no tiene cura, pero puede tratarse, puede controlarse, puede vivir con ella una vida normal, pero con tratamiento...” (I2, L: 35-37).

“...en sí como discapacidad no es, una persona epiléptica según los médicos que he escuchado... puede vivir una vida 100% normal...” (I2, L: 44-46).

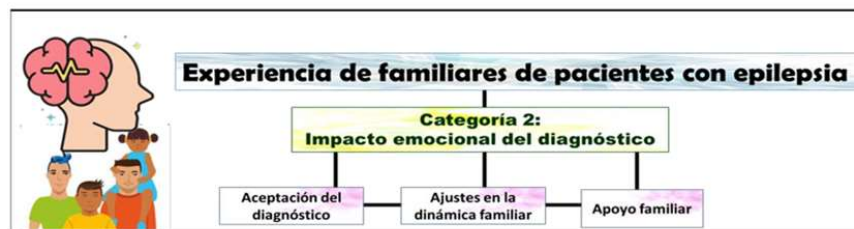
“...para mí no es una incapacidad, luego de tener un buen diagnóstico y tratamiento médico. La epilepsia no es una discapacidad porque la persona sigue siendo normal, solo que con la condición de que le parecen estas crisis repentinas...” (I3, L: 54-57),

“...Es una enfermedad que está en la persona no en su físico o en su cuerpo...” (I3, L: 7778).

CATEGORÍA 2 IMPACTO EMOCIONAL DEL DIAGNÓSTICO

El impacto emocional que puede causar el diagnóstico de epilepsia en los familiares puede ser muy grande, según los recursos y habilidades de afrontamiento que se tengan, así como la información manejada sobre la enfermedad. En este sentido, pueden pasar por distintos estados emocionales positivos o negativos; que vienen a dar transformaciones en la dinámica familiar establecida antes del diagnóstico, lo cual, en razón de ver lo favorable o desfavorable y de aceptar o no la enfermedad, se asocia con la crianza y valores. Las subcategorías elaboradas se presentan en la Figura 2.

Figura 2
Categoría 2 Impacto emocional del diagnóstico



SUBCATEGORÍA ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de epilepsia representó un complejo de emociones en los familiares de estos pacientes, pues vieron como una enfermedad se apoderaba de su ser querido y podía trastornar su vida hasta como la habían llevado. En los inicios, aparecieron emociones negativas asociadas a la incertidumbre y al poco conocimiento sobre la enfermedad; luego en el proceso de adaptación, surgieron otras más favorables, que permiten entender lo vivido. Como verbalizaciones se presentan:

“...en la segunda crisis si me asusté y me asusté bastante, porque su reacción fue muy agresiva, cuando él se pone agresivo...” (I1, L: 46-48).

“...normalmente a las personas con epilepsia las aíslan mucho no sus familiares sino las personas que lo rodean...” (I1, L: 130-131).

“...yo te digo nosotros nos pusimos hasta violentos, no hallábamos como explicarnos que estaba pasando. Y queda uno marcado...” (E3, L: 15-17).

“...En la noche no dormí, yo no comía, me la mantenía ida. Ya luego fue que lo fui procesando, y no del todo; yo nunca lo dejé solo...” (I3, L: 36-38).

“...la primera vez demoro casi 4 horas, estaba mal, yo lo dejé solo...” (I4, L: 20-21).

“...fue fuerte porque cuando a él le dio eso dejó de caminar...” (I4, L: 24).

SUBCATEGORÍA AJUSTES DE LA DINÁMICA FAMILIAR

La presencia de un paciente con una enfermedad crónica como lo es la epilepsia, trae consigo profundas transformaciones y cambios en el entorno familiar y en la dinámica, porque representa una adaptación a nuevas circunstancias y modos de vida que procuren la mejor calidad de vida para el enfermo, pero con el menor impacto posible en los aspectos cotidianos de los otros miembros de la familia. Se trata de un antes y después que se refleja en la interacción familiar y con el entorno. Como ejemplo, se presentan las siguientes verbalizaciones:

“...la vida nos cambió totalmente porque en realidad crecimos juntos y entonces que uno de ellos ya no este, que no pueda hacer lo mismo que haces tú por indistinta cosa que pudo haber pasado...” (I1, L: 167-170).

“...bueno los primeros meses fue fuerte, pero ya no, y además cuando le va dar la convulsión ya él sabe...” (I4, L: 70-71).

SUBCATEGORÍA APOYO FAMILIAR

La crianza y los valores aprendidos en el seno familiar son un aspecto importante al momento de tratar con el enfermo con epilepsia y también para manejar las actitudes que personas ajenas a la familia puedan tener con esta persona. La forma de comprender la enfermedad, de estar presto a brindar ayuda y cómo tratar con otros se relacionan con los valores de cada familia. Al respecto, se tienen las siguientes verbalizaciones:

“...cariño, respeto, creo que eso más que todo viene dependiendo tu crianza porque no todos tenemos el mismo tipo de crianza y entonces cuando a ti te crían bien y te enseñan los valores necesarios, o los que son creo que tu aprendes a tratar a una persona...” (I1, L: 104-108).

“...mi actitud sería tratar de corregir a esa persona y hacerle ver que no tiene ninguna condición distinta a cualquier persona...” (I2, L: 54-56).

“...no excluir sino incluir y dejarlos que puedan superarse como otra persona normal...” (I3, L: 73-74).

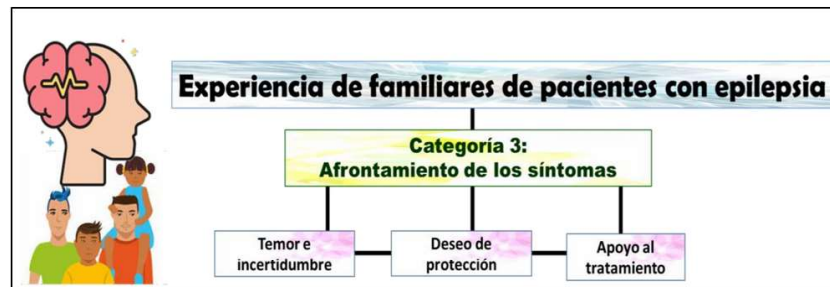
“...igual como los trato a todos, si lo tengo que regañar, orientar si le tengo que decir algo se lo digo como a cualquiera de mis hijos, y aquí todos lo tratamos igual como otro miembro más de la familia. No por su condición lo vamos a tener apartado o mimado...” (I4, L: 28-32).

CATEGORÍA 3 AFRONTAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

Los familiares de personas con epilepsia pueden presentar distintas formas de afrontar la enfermedad del otro, algunas más adaptativas que las otras; por lo cual es posible que estas varíen según los conocimientos previos que se tienen sobre el padecimiento, lo que representa una patología de este tipo para ellos y las actitudes que, en general, tendrían ante la enfermedad de alguien dentro del núcleo familiar. Es esperado que aparezcan dudas y miedos debido a lo que puede implicar el tratamiento, las atenciones y cuidados a recibir por el paciente; así como el apoyo al otro en todo su proceso de salud-enfermedad. La Figura 3 presenta las subcategorías elaboradas.

Figura 3

Categoría 2 Afrontamiento de los síntomas



Subcategoría temor e incertidumbre: a mayoría de las preocupaciones y temores que se generan en los familiares de personas con epilepsia se centran en el hecho de no saber cuándo puede ocurrir una convulsión y si el enfermo estará en un entorno donde pueda tener ayuda. Aparece un malestar e inquietud ante la posibilidad de que le sucediera algo malo a su familiar producto de uno de los episodios. Esto se puede apreciar en las siguientes verbalizaciones:

“...uno se preocupa por ella también, es como una cadena, como un eslabón que se alarga. Ella se preocupa por su hijo porque es quien lo lidia y uno se preocupa por ella porque uno la ve preocupada también...” (I2, L: 102-105).

“...por el temor que le diera la convulsión y se diera un mal golpe. Él al principio me avisaba, ya después no...” (I3, L: 39-40).

“...siempre hubo como el temor por parte de la familia de que quizá el estuviera solo y le ocurriera algo...” (E3, L: 87-89).

SUBCATEGORÍA DESEO DE PROTECCIÓN

Como toda persona con alguna condición de salud, los pacientes epilépticos requieren de ciertas atenciones especiales propias de su enfermedad y las necesidades que esta le genera en cuanto a dietas, tratamientos, movilización, cuidados médicos, entre otros. Para sus familiares, hay un sentido de protección que los lleva a satisfacer las necesidades, inclinados a recibir atenciones y afecto. Como ejemplos, se presentan las siguientes verbalizaciones:

“...el llego a un punto donde a él siempre había que estar vigilando, siempre tenía uno que estar ahí y llego un límite en que era algo que no se pudo controlar ni con medicamentos, ni con nada por el estilo...” (I1, L: 74-77).

“...normal, como cualquier persona no lo veo como una persona enferma lo veo como alguien normal porque en si no tiene una discapacidad, que tiene una condición de enfermo, pero mas no está discapacitado...” (I2, L: 48-51).

“...me decían que lo sobreprotegía demasiado...” (I3, L: 38).

SUBCATEGORÍA APOYO AL TRATAMIENTO

Para los informantes el cumplimiento riguroso del tratamiento es sumamente importante y la persistencia sobre el mismo es lo que ayuda a llevar una vida normal a su familiar con epilepsia. En este sentido, ayudan a la consecución del tratamiento debido, colaboran con su salud; aunque aceptan que a medida que avanza la enfermedad esta puede recrudecer en los síntomas y corresponde brindar apoyo en otras áreas de la vida cotidiana. Al respecto, se consideraron las siguientes verbalizaciones:

“...él tenía la epilepsia muy avanzada y se trataba con un tratamiento...” (I1, L: 69-70).

“...padece de una enfermedad que necesita ser tratada...” (I2, L: 56-57).

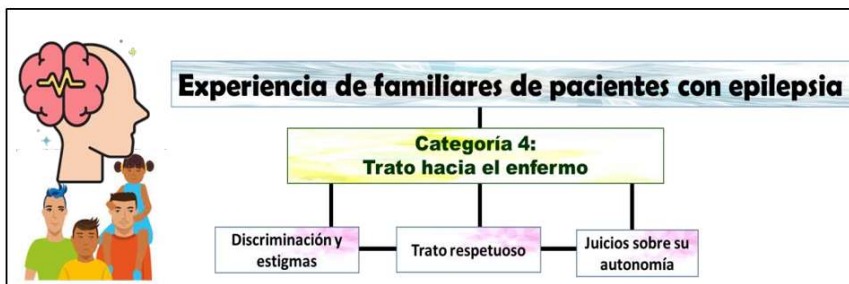
“...hay que acudir al médico y tener esperanza de se le va a medicar los medicamentos a uno y que uno se va mejorar...” (I3, L: 9-11).

CATEGORÍA 4 TRATO HACIA EL ENFERMO

La persona con epilepsia vive rodeada de los tabúes que por mucho tiempo han existido sobre la enfermedad; cuestión que puede ir cambiando poco a poco dentro del entorno familiar, especialmente en el más cercano, a medida que se adaptan a la convivencia con el enfermo y se aprende sobre la patología, se va normalizando e incluyendo en actividades cotidianas tanto como sea posible. Sin embargo, fuera de casa, incluso otros familiares, pueden recibir un trato diferente y negativo, caracterizado por los estigmas y prejuicios que conllevan a la discriminación, por creer que es una persona dependiente, agresiva o de quien deben mantenerse alejados. Las subcategorías al respecto se presentan en la Figura 4, a continuación.

Figura 4

Categoría Trato hacia el enfermo



SUBCATEGORÍA DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMAS:

A pesar de los conocimientos que se tienen en la actualidad sobre la epilepsia, muchas personas han formado prejuicios y estigmas respecto de la misma, que se pueden relacionar con su educación y valores, lo cual los lleva a discriminar de forma activa a quienes padecen esta enfermedad, aún, cuando

puedan ser sus familiares o pertenecer a su entorno cercano. Las siguientes verbalizaciones ejemplifican lo anterior:

“...uno de mis primos que él le tenía como grima o no sé cómo explicarlo es como fobia como tal a él...” (I1, L: 92-93).

“...normalmente a las personas con epilepsia las aíslan mucho no sus familiares sino las personas que lo rodean...” (I1, L: 130-131).

“...no tienen ningún conocimiento de lo que es la enfermedad, no saben lo que es la epilepsia...” (E2, L: 90-91).

“...una maestra en la escuela, cuando a él le dio la primera crisis en el liceo la maestra que estaba con él me dijo que no podían tenerlo hay porque era una responsabilidad muy grande...” (I3, L: 66-68).

“...hay gente que les da pena sacarlos a la calle, porque hay quienes los miran con diferencias...” (I4, L: 45-46).

SUBCATEGORÍA TRATO RESPETUOSO

Cuando se comienza a conocer sobre la epilepsia, los familiares van comprendiendo que se trata de una enfermedad manejable, que al ser tratada adecuadamente no impide al paciente llevar una vida lo más normal posible. Es por ello, que las actitudes de los familiares se dirigen a un trato respetuoso e igualitario, sin mimar o aislar, buscan incluirlo en las actividades cotidianas, que forme una parte activa y fundamental del hogar como el resto de los miembros de la familia. Como ejemplos, se presentan las siguientes verbalizaciones:

“...uno en si trata de que esas personas lleven una vida normal o lo más normal que pueda ser posible...” (I1, L: 131-133).

“...puede vivir como te digo una vida normal...” (I2, L: 57-58).

“...ellos pueden hacer su vida normal, incluso hay personas con epilepsia que son cabeza de hogar o amas de casa, absolutamente funcionales. Mientras estén tomando su medicamento hasta pueden manejar un carro...” (I3, L: 81-84).

“...él sí, yo barro el da lampazo. Si es de lavar corotos, el los lava. De lavar, ayuda a llenar la lavadora, yo lo incluyo en todo. Ya él sabe...” (I4, L: 65-67).

SUBCATEGORÍA JUICIOS SOBRE SU AUTONOMÍA

La ignorancia de lo que es la epilepsia como enfermedad, sus causas, consecuencias y posibles repercusiones en la vida cotidiana de quien la padece, puede conllevar a que sus familiares o el entorno general lo consideren como una persona dependiente, que necesita de sobreprotección y cuidados, con una extrema vigilancia. Esta percepción cambia en la familia en la medida que se aprende sobre la enfermedad, aunque puede perdurar en el contexto externo, lo cual posiblemente afectaría el desempeño normal del enfermo.

Como ejemplo se tienen las siguientes verbalizaciones:

“...cuando aíslas a una persona epiléptica tu como que le estás diciendo: tú no puedes hacer esto, hacer aquello, lo limitas...” (I1, L: 152-153).

“...no hacer trabajos tan forzosos, no exponerse a los rayos del sol, al calor, a ambientes donde puedan alterarse los nervios, porque también tengo entendido que eso influye bastante...” (I2, L: 75-77).

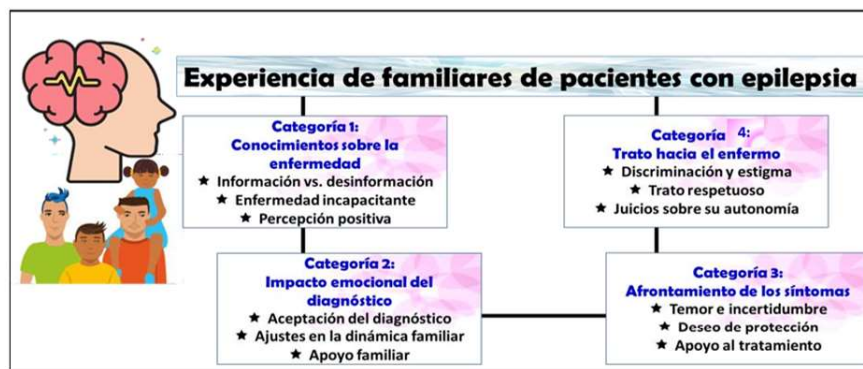
“...siempre estábamos con él para cuidarlo de sus crisis imprevistas...” (I3, L: 50-51).

“...si le van a dar un trabajo debe estar un familiar pendiente...” (I4, L: 59-60).

TEMA CENTRAL EXPERIENCIA DE FAMILIARES DE PACIENTES CON EPILEPSIA. Las personas que conviven de forma cotidiana con un familiar que ha sido diagnosticado con epilepsia, mostraron una posición de aceptación de su pariente, a pesar de las limitaciones que la enfermedad represente para él. Más allá de considerarlo como alguien enfermo y con poca independencia, se vuelve para ellos una experiencia enriquecedora, que requiere de ajustes en el entorno inmediato para ayudar a la adaptación y el mejor funcionamiento personal posible de quien padece la patología. De esta manera, pudieran existir vivencias gratas y otras menos positivas, cuestión que es esperable dentro de los grupos familiares; aunque en estos casos particulares aspectos como el tratamiento, la autonomía o dependencia del enfermo y el apoyo social recibido, tanto en lo individual como en el hogar, también influirían en la percepción de lo vivido. La Figura 5, resume las categorías y subcategorías que surgieron del proceso de análisis e interpretación de las narrativas.

Figura 5

Tema central experiencia de familiares de pacientes con epilepsia



Alrededor de la epilepsia suelen aparecer un conjunto de tabúes que parecen determinar lo que una persona vivencia cuando alguien cercano la padece. En este sentido, en el imaginario colectivo, especialmente en Latinoamérica y en Venezuela por extensión, como refieren Reyes et al (2016), tienden a predominar estigmas sociales, explicaciones mágicas o sobrenaturales sobre la enfermedad, que influyen en las concepciones particulares que se tienen sobre el padecimiento, con información que no siempre es cierta, pero se toman como tales porque forman parte de las creencias colectivas y, por lo tanto, pueden modular la experiencia de convivir con una persona diagnosticada con dicha patología.

Conforme a lo anterior y a lo reflejado por los informantes que participaron en la investigación, es posible que algunas creencias propias del imaginario colectivo aparezcan en los familiares de personas con epilepsia, especialmente al inicio del diagnóstico cuando no se han comprendido muchos aspectos de la enfermedad. Por ejemplo, al contemplar una definición de la patología fue común el referir que es algo complejo, que es hereditario o que la persona que la padece no es responsable de ello; lo que dejó ver que, de forma general, el conocimiento sobre lo qué es y por qué ocurre no forma parte del saber popular aun cuando se trata de la enfermedad neurológica más común en el mundo.

Esta desinformación es más recurrente de lo que se piensa, como refieren Reyes et al (2016), pues, por lo general, se aprecia poca documentación, quizá por el temor de contactar con quien padece la epilepsia, lo que fomentaría cierta ignorancia sobre el tratamiento y control de la misma y afectaría la calidad de vida de la persona diagnosticada. Para el caso de la investigación, los informantes presentaron percepciones contrapuestas sobre la enfermedad, que se pudieron relacionar con los conocimientos básicos que tenían sobre la misma, es decir, algunos la veían como una situación negativa e incapacitante; mientras que otros tenían percepciones más favorables.

Así, se pudo observar que algunos se refirieron a la epilepsia como una enfermedad incapacitante y limitante, por lo que las personas que la padecían no debían estar fuera de su hogar o realizar actividades de tipo estudiar o trabajar como si fueran personas “normales”, entendiendo bajo la perspectiva de los informantes que “normal” era aquel sujeto que no tenía ningún sufrimiento médico. Esta percepción parece denotar estigmas hacia el familiar, lo cual se ajusta a lo referido por la Comisión de Pediatría de la Liga Internacional contra la Epilepsia (1997), pues es común que el estigma comience a gestarse en el núcleo del hogar, de una forma sutil, que se encubre en la sobreprotección: padres, hermanos, tíos, abuelos y otros, piensan que por sufrir este “mal”, como lo suelen denominar, deben evitar que la persona intente trabajar, estudiar, tener relaciones sociales, pues no se tiene certeza cuando ocurre una crisis; por lo tanto, en los cuidados, disfrazan la descalificación que hacen del otro.

Por otro lado, en las percepciones positivas, se apreció la aceptación de la persona como alguien diferente: un individuo con capacidades y limitaciones como cualquier otro, que requería un control y tratamientos para vivir de modo adaptativo; por lo que no estaba incapacitado para hacer actividades de la cotidianidad como estudiar, trabajar, realizar oficios del hogar o participar en reuniones sociales. Esto se relaciona con lo expuesto por Domínguez (2012), cuando explica la importancia de favorecer la salud mental y calidad de vida del paciente con el apoyo familiar necesario, pues le permite al individuo ser productivo e integrarse en sus grupos sociales; mientras que a la familia le da la posibilidad de ayudar con las herramientas necesarias para ofrecer cuidados y una atención al otro, que no lo limite, sino que lo haga productivo.

En el orden de lo anterior, el diagnóstico trae consigo un impacto familiar considerable, lo cual era esperado según lo referido por Lechtenberg, 1989 (citado por Rivas, 2013), quien plantea que la epilepsia trastorna inevitablemente las relaciones familiares. Como se observó, los informantes indicaron que, al principio de la enfermedad, en especial durante las primeras crisis, se presentaron en ellos distintas reacciones como la agresividad, violencia, trastornos del sueño, ansiedad; ante las crisis y la incertidumbre de lo que sucedía.

Lo anterior es común cuando comienza la enfermedad epiléptica, como refiere Sell (2003), pues observar una crisis es una experiencia abrumadora y angustiante para los parientes, quienes no saben cómo reaccionar ante las mismas y, en muchos casos, tienden a alejarse de la persona mientras termina la convulsión; lo cual fue hecho por algunos de los informantes, quizá por temor; mientras que otros indicaron no dejar solo a su familiar pues consideraban necesaria su presencia para ayudarlo y atenderlo

en el referido momento. De esta manera, se puede apreciar que las posiciones suelen ser dispares, posiblemente porque los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad actúan como un mediador de la reacción.

Aunado a esto, Sell (2009), explica que la ansiedad y la agresividad aparecen para enmascarar la actitud de sobreprotección; por lo cual es posible que los informantes experimentaran estas reacciones como una forma de ocultar el deseo de proteger más al enfermo o, también, sus sentimientos de culpa por no saber qué hacer para ayudarlo. En este orden de ideas, el impacto emocional era esperable, incluso las reacciones que manifestaron los informantes, pues ninguna persona está preparada para afrontar este tipo de noticias, respecto a una patología que es crónica y que puede ser limitante si no se toman los controles necesarios y el tratamiento adecuado.

También en el ámbito familiar se produjeron ajustes, lo cual es normal de acuerdo con lo expuesto por Alarcón (2004), pues se trata de una situación nueva e inesperada que puede causar conflictos y problemas según la severidad de la enfermedad. Los informantes describieron los cambios familiares como profundos, pues todo se fue transformando a modo de hacer más llevadera la situación y darle comodidad a su pariente, para brindarle un entorno de aceptación que no lo limitara. En este sentido, se le trata como una persona más, quizá se pueden hacer excepciones por su condición, pero esto no funciona, en estas familias, como una razón para segregarlo o aislarlo del resto de los integrantes del hogar, o para consentir todo lo que desee hacer. Es un miembro más, con algunas deficiencias, pero que es capaz de ayudar y hacer tareas; porque no es distinto de los demás.

Conforme a lo expuesto, los familiares de personas con epilepsia llevan una vida normal y hacen lo posible porque el enfermo también lo haga, sin embargo, esto no los hace exentos de experimentar temor o incertidumbre por el otro: para ellos es una preocupación constante el no saber cuándo puede presentarse una crisis o si ésta será severa, el miedo de lo que le pueda pasar a su pariente es una latente; como lo explica Alarcón (2004), la ansiedad es recurrente por las consecuencias de las crisis y ello, probablemente, conlleve a un deseo de protección, de cuidados y atenciones para minimizar, en lo posible, la aparición de una convulsión o las secuelas de las mismas.

Por consiguiente, el familiar está al tanto de los tratamientos, de cómo se deben llevar a cabo, cuida al otro tanto como lo considere necesario; pues para ellos, hay una obligación implícita en el acompañamiento de su pariente: ir al médico, ayudar en la preparación de dietas, estar allí para apoyarlo en sus tareas cotidianas; sabiendo que la enfermedad puede agravarse y presentar síntomas severos. Al respecto de esto, contextualizando lo referido por Fejerman y Carballo (2006), se observa la reorganización de la familia, en la que se reparten responsabilidades y cada quien tiene un rol a cumplir, incluso la persona con epilepsia, para que la contribución sea equitativa y el paciente esté siempre bajo la atención de otro.

Se afirmaría entonces que la familia es una comunidad de pertenencia, los familiares de personas con epilepsia consideran al hogar como el primer núcleo de aceptación y aun cuando puede haber problemas, se trata de buscar consensos para que todos los que comparten el hogar vivan una vida productiva, adaptándose a la nueva realidad que impone el hecho de que uno de los miembros padezca la enfermedad neurológica mencionada. Surge en los más cercanos un sentimiento de protección, lo cual es indicativo, según expone Mendoza (2004), de que la familia, en este caso, ha comprendido que se trata de una patología de la cual nadie tiene culpa y que en la cohesión de su grupo estaría el basamento para contemplar acciones para una mejor calidad de vida de todos los integrantes.

No obstante, los ajustes familiares no son extensivos, porque el entorno externo de la persona con epilepsia no vive estos procesos tan de cerca y los prejuicios y estigmas que se han formado sobre la enfermedad pueden incidir en el trato que reciban cuando están fuera de casa. Para comprender lo anterior, se explica que cuando alguien sale de la norma, las reacciones de otros suelen ser desfavorables, como refieren Martino y Martino (2007), criticando, separándolo de los grupos habituales, discriminándolo por su condición.

Por ello, los familiares abogan por un trato respetuoso, el cual debe comenzar en casa y extenderse a otros ámbitos, pues la epilepsia es una enfermedad tratable y controlable, que no vuelve un extraño a quien la padece. De acuerdo con León (2009), las concepciones sociohistóricas y los juicios de valor suelen marcar al otro con una etiqueta de "extrañeza", porque es diferente del resto: la patología parece definirlos socialmente y por ello reciben tratos especiales, que no siempre son favorables.

Para ampliar esta idea, se explica que hay un estigma hacia la epilepsia, que también se da en el hogar, aunque aquí parece diluirse con el tiempo a medida que aumenta la comprensión sobre la enfermedad y la aceptación del otro; pero socialmente esto no ocurre de forma fácil porque se tiende a aislar al enfermo. Entonces, según lo expone Gaytán (2012), aparece una brecha que limita la reinserción de la persona con epilepsia y su normalización, que se va minimizando a medida que el entorno social cercano entiende la patología y erradica sus prejuicios respecto a la misma.

Ahora bien, para establecer algunas comparaciones, se tuvieron similitudes con Fabelo et al (2013), respecto al punto de inflexión en la dinámica familiar que representó la epilepsia en cuanto a los ajustes y adaptación a cuidados, tratamientos o citas médicas. También se presentaron coincidencias con los hallazgos de Claros y Luizaga (2006), en cuanto a los aspectos negativos como la vivencia de estigmas y discriminación hacia el pariente con epilepsia, tanto de ellos mismos en los inicios de la enfermedad, como de otros del entorno social.

Tales semejanzas permiten afirmar que el diagnóstico de epilepsia genera un impacto considerable en el ámbito familiar, que se debe reorganizar para ajustarse a su nueva realidad. Cada miembro de este grupo adopta nuevos roles, con sus obligaciones implícitas, siempre de cara al bienestar de aquel que ha sido diagnosticado. Si bien, se producen conflictos, especialmente al inicio o cuando ocurre una crisis, la familia parece funcionar como un escudo de protección para el enfermo, se adapta a sus necesidades, pero sin limitarlo como persona. En este último aspecto, los conocimientos y las ideas que se tienen sobre la patología pueden actuar como un determinante, porque algunos pueden considerar en aislar al otro, someterlo a una vida privada que mantenga en la intimidad del hogar lo que le sucede, quizá para evitar los estigmas y discriminaciones del entorno social; mientras que otros toman la situación como un evento transformador, que genera cambios, pero que no son limitantes, pues su pariente es un individuo con diferencias que tiene el derecho de desenvolverse en distintas actividades, siempre que no le resulten perjudiciales a su padecimiento.

CONCLUSIONES

Al responder a la pregunta de investigación ¿cómo es la experiencia de familiares de pacientes con epilepsia?, se tiene que esta, en un inicio, es decir, al momento de recibir el diagnóstico, se ve influenciado por los conocimientos e información que se tienen respecto a la enfermedad, en este sentido, algunos pueden tomarlo como una tragedia familiar, que incapacita y limita al diagnosticado a un punto tal que se debe mantener en el hogar, casi aislado, para evitar que algo le suceda. Sin embargo, esto no es un caso general, pues otros consideran que se trata de una persona normal, con una patología

que debe tratarse y controlarse para que quien la padece pueda realizar sus actividades cotidianas, como lo haría cualquier otro.

Para los familiares de una persona con epilepsia la experiencia marca un antes y un después en su vida, conforme a los cambios que se suscitan dentro del núcleo del hogar, hay aprendizajes y transformaciones porque se debe procurar la calidad de vida del otro, no limitarlo como persona; y esto se desea hacer extensivo al contexto social: su pariente no está incapacitado, no presenta deformidades, simplemente padece una enfermedad que no lo hace menos ni dependiente, aunque en ocasiones si requiera de la ayuda de otros.

Vivir con una persona diagnosticada con epilepsia requiere de un proceso de adaptación, en el cual se experimentan diversas emociones y la preocupación parece ser una constante, pues no hay certeza de cuándo puede ocurrir una crisis o sobre la severidad de la misma. Sin embargo, también aparecen aspectos positivos, como la cohesión del grupo familiar, una transformación que se vive en las bases para fortalecer las relaciones, la protección y los cuidados.

En otro orden de ideas, conviene recomendar a los familiares la terapia psicológica, tanto individual como familiar, pues se requiere de aprendizajes en cuanto a estrategias de afrontamiento para conllevar las situaciones inesperadas respecto al avance de la enfermedad, así como para el manejo de la discriminación o estigmatización de la que se pueda ser blanco.

A psicólogos, se recomienda ofrecer material de psicoeducación tanto a los familiares como al paciente, que sea de sencilla comprensión, con términos de fácil entendimiento, para aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, a modo que todos los implicados dentro del hogar manejen información verídica y actualizada respecto a la epilepsia, para así tener un afrontamiento adaptativo del proceso salud-enfermedad y del manejo de las distintas situaciones que se pueden presentar.

Se sugiere la realización de otras investigaciones, de tipo cuantitativo, para determinar el conocimiento que tienen sobre las epilepsias familiares de personas que la padecen, así como otros sujetos que no tengan contacto con alguien diagnosticado, con la finalidad de conocer si la convivencia puede incidir en los saberes sobre la enfermedad. Además, esto puede servir como base para la creación de programas psicoeducativos dirigidos a fomentar el conocimiento respecto a la patología.

REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2004). Impacto de la epilepsia en la familia. *Revista Chilena de Epilepsia*, 5(1), 1-7. https://www.revistachilenadeepilepsia.com/revistas/revista_a5_1_abril2004/a5_1_tr_impacto.pdf
- Claros, F. y Luizaga, C. (2006). Estructura familiar y epilepsia infantil. *Ajayu*, 4(2), 161-177. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v4n2/v4n2a1.pdf>
- Comisión de Pediatría de la Liga Internacional contra la Epilepsia. (1997). *Epilepsia*. http://www.sap.org.ar/publicaciones/correo/cor3_99/cor776.htm
- Domínguez, J. (2012). *Grupo de apoyo para pacientes y familiares con epilepsia "Caminemos juntos"*. S.L.P. Coordinación de Trabajo Social y Salud, DIF.

- Fabelo, J., Iglesias, S., Louro, I. y González, S. (2013). Afrontamiento familiar a la epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 450-461. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/7>
- Fejerman, N y Carballo, R. (2006). *Convivir con epilepsia*. Panamericana Edita.
- Fernández, P. (2011). *Epilepsy and behave*. JHVPress.
- Figueroa, A. y Campbell, O. (2004). Aspectos psicosociales de la epilepsia. *Archivos de Neurociencias*, 9(3). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-47052004000900004&script=sci_abstract
- García, R (2005). *Autocuidado del infante, niño y adolescente con alteración en los requisitos cardiovasculares*.
- Gaytán, A. (2012). Cuerpo, identidad y experiencia en las enfermedades crónico- degenerativas. En J. M. Villareal. (Eds.). *Dilemas, debates y perspectivas: Ciencias sociales y reflexividad* (pp. 379- 399). CIESAS.
- Giddens, A. (2006). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu.
- Giraldo, R., Tejero, M., Urdániga, J., Samalvides, F. y Guillén, G. (2013). Conocimientos y creencias acerca de epilepsia en los padres de familia usuarios habituales del centro de salud de Peralvillo – Huaral. *Revista de Neuropsiquiatría*, 76(1), 42-52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036943006>
- Guevara, B., González, B., García, B., Silvera, J., de Vivas, M., Vera, M. y Ballesteros, L. (2009). *La epilepsia en Venezuela: ¿dónde buscar ayuda?* https://www.researchgate.net/publication/274311751_LA_EPILEPSIA_EN_VENEZUELA_A_DONDE_BUSCAR_AYUDA_Liga_Venezolana_contra_la_Epilepsia_LIVECE_Bureau_Nacional_y_Grupo_de_Amigos_de_Personas_con_Epilepsia_GAPE/link/551ae2810cf251c35b502d0f/download
- La Cruz, M. (2015). *Epilepsia entre el mito, la creencia y la ciencia*. Una visual desde el “Mito y el Significado” de Lévi-Strauss. *Fermentum*, 73, 119-125. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/43061/articulo6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Larrosa, J. (2003). *Entre lenguas, lenguaje y educación después de Babel*. Laertes.
- León, E. (2009). *Los rostros del otro. Reconocimiento, invención y borramiento de la alteridad*. Anthropos.
- Martino, G. y Martino, R. (2007). *Manual de epilepsia*. Nobuko.
- Melich, J. (2002). *Experiencia en filosofía de la finitud*. Herder.
- Mendoza, C. (2004). *Cuerpos posibles... cuerpos modificados. Tatuajes y perforaciones en jóvenes urbanos*. Instituto Mexicano de la Juventud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Epilepsia*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/epilepsy#:~:text=La%20epilepsia%20es%20una%20enfermedad,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos.>

- Orozco, M. (2015). *La epilepsia en San Luis Potosí, S.L.P. Una mirada desde la experiencia*. (Tesis doctoral, El Colegio de San Luis A.C.). San Luis Potosí, México. <https://colsan.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1013/266/3/La%20epilepsia%20en%20San%20Luis%20Potos%C3%AD%2C%20S.L.P.%20Una%20mirada%20desde%20la%20experiencia.pdf>
- Reyes, I., Hernández, J., Chumaceiro, A. y Cadrazco, C. (2016). Epilepsia un abordaje social: Experiencia de sensibilización y concientización ciudadana. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 12(35), 58-76. <https://www.redalyc.org/pdf/709/70948484005.pdf>
- Rivas, A. (2013). *Conocimientos sobre epilepsia en los familiares de pacientes diagnosticados con la mencionada entidad clínica*. (Tesis de Grado, Universidad Rafael Landívar). La Asunción, Guatemala. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Rivas-Ana.pdf>
- Salado, V., López, F., Falcón, A., Rico, S., Gómez, A. y Casado, I. (2018). Valoración de la calidad de vida, estigma social y adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia del Área de Salud de Cáceres: estudio transversal. *Revista de Neurología*, 67(08), 281-286. <https://www.neurologia.com/articulo/2018073>
- Sell, F. (2003). *Epilepsia en la niñez*. Editorial Tecnológica de Costa Rica.
- Sell, F. (2009). Aspectos psicosociales de la epilepsia infantil. Actualizaciones en neurología infantil II. *Revista de Buenos Aires*, 69(1-1), 3-7. http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol6909/1_1/v69_n1_1_p3_7.pdf
- Thompson, E. (1981). *Miseria de la teoría*. Crítica.
- Villalobos, W. (2017 - octubre, 11). 1,7% de venezolanos conviven diariamente con la epilepsia. https://www.elnacional.com/sociedad/salud/venezolanos-conviven-diariamente-con-epilepsia_207198/

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Experiencia de familiares de pacientes con epilepsia, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL WORKING ALLIANCE INVENTORY EN TERAPEUTAS VENEZOLANOS (WAI-T)

*Psychometric Properties of the Working Alliance
Inventory in Venezuelan Therapists (WAI-T)*

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ-URDANETA
Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela
Email: majomrtinz@gmail.com

Admisión: 22-08-2023
Aceptación: 16-10-2023

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo realizar una revisión psicométrica del Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas, en el contexto venezolano, para así conocer cómo se comporta el instrumento en la población venezolana y brindar un acercamiento inicial al estudio de la magnitud de la de la relación terapéutica con exactitud, e inferir cómo se practica la psicoterapia en Venezuela, basada en la conceptualización de Bordin en 1976. El diseño de esta investigación es no experimental, con un nivel descriptivo. La muestra estuvo constituida por 200 terapeutas venezolanos quienes completaron el instrumento mediante un formulario digital. Se evidenció que la validez de constructo resultó en valores altos y la consistencia interna del instrumento exhibió valores aceptables, entre 0.676 y 0.791, por lo que se puede afirmar que la confiabilidad del instrumento es adecuada.

PALABRAS CLAVE: Alianza terapéutica, validez, confiabilidad, terapeuta, propiedades psicométricas

ABSTRACT

The objective of the following research is to carry out a psychometric review of the Working Alliance Inventory in Venezuela in its version for therapists, in order to how the instrument's behavior in the Venezuelan population and thus be able to know the magnitude of the therapeutic relationship with accuracy and infer how psychotherapy is practiced in Venezuela, based on Bordin's study on 1976. This research is psychometric and descriptive level, with a non-experimental design. The sample consisted of 200 Venezuelan therapists who completed the instrument using a form. Its construct validity resulted in high values and the internal consistency of the instrument exhibited acceptable values, between 0.676 and 0.791.

KEY WORDS: Working Alliance, Validity, Reliability, Therapist, Psychometric Properties

COMO CITAR: Martinez-Urdaneta, M. (2024). Propiedades Psicométricas del Working Alliance Inventory en terapeutas venezolanos (WAI-T). *Sistemas Humanos*, 4(1), 103-114 pp

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se entiende la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica intersubjetivo que promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación del entorno, la salud física, psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar psicosocial de personas o grupos, que presenta algún tipo de sufrimiento o desadaptación (Santibáñez et al. 2009). La práctica de la psicoterapia incluye el tratamiento de los trastornos psíquicos, con el objetivo de generar un cambio saludable en el paciente y su definición de la psicoterapia lleva implícito un encuentro entre dos personas con roles distintos, implicadas en el acto (Campo-Redondo et al. 2019).

Dentro de la psicoterapia, suele darse lo que se conoce como alianza terapéutica, que actualmente es considerado como un factor importante en el éxito del proceso terapéutico. La alianza terapéutica, se entiende como el encuentro entre dos personas, una que busca ayuda y la otra que proporciona la ayuda, en el cual se establece un vínculo, importante y necesario, para abordar el proceso del paciente. Se origina en la corriente psicoanalítica, cuando Freud (1913) remarca la importancia de esa relación como posibilitadora del cambio. A lo largo de los años, este concepto ha sido estudiado ampliamente, algunos autores afirman que el éxito del proceso terapéutico depende en su mayor parte del paciente, otros afirman que depende del terapeuta, mientras que hay autores que establecen que es un trabajo de ambos, paciente y terapeuta.

Safran y Muran (2000) en una amplia revisión del concepto de psicoterapia y un planteamiento de la resolución del conflicto o impasse en la psicoterapia, explican que la alianza es parte fundamental del proceso de cambio, debido a que cuando los pacientes se sienten suficientemente respetados por sus terapeutas y confían en ellos para comenzar a reconocer las partes inaceptables de sí mismos, comienza el cambio; el terapeuta también debe reconocer y cultivar la aceptación de esas partes de sí para reconocer sus propias contribuciones a la interacción y a desenredarse de la matriz relacional del paciente.

Como lo sugiere Ávila-Espada (2005), al señalar que el terapeuta en la “relación de trabajo” opera con una sutil mezcla de los aspectos en los que se está implicado de manera profunda con su propia subjetividad a pesar que se utilicen conocimientos y prácticas de saberes técnicos para intentar operacionalizar el proceso. De igual manera, Corbella y Botella (2003) consideran que la alianza terapéutica es una construcción entre paciente y terapeuta, donde la relación establecida y la visión del otro es relevante para el establecimiento de la alianza.

En este sentido, para efectos de esta investigación, destaca la conceptualización de Bordin (1976) acerca de lo que es la alianza terapéutica, entendida como una relación consciente entre dos personas, terapeuta y paciente, que involucra acuerdos y colaboración entre ellos. Señala tres aspectos fundamentales que componen la alianza terapéutica y que la combinación de ellas define la calidad y fuerza de la alianza: a) acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la terapia, es decir, qué es lo que se pretende lograr con la intervención; b) acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas para conseguir los objetivos propuestos; y c) vínculo entre terapeuta y paciente, que incluye la mutua confianza y aceptación, la calidad del vínculo determina el tono emocional de la experiencia del paciente e influye en su colaboración en el proceso.

Ahora bien, el estudio cualitativo de estos procesos intersubjetivos y del vínculo entre el paciente y terapeuta es importante y ha sido ampliamente revisado, sin embargo, el estudio cuantitativo no ha sido revisado de manera tan exhaustiva; es bien conocido que la psicoterapia se beneficia de la cuantificación, y debido a que el terapeuta es responsable de dirigir el proceso, es necesario hacerlo con técnicas objetivas. Arguelles en 2017, estudió cómo es la relación de trabajo entre el paciente y su terapeuta, en el cual concluyó que los pacientes involucrados en el proceso terapéutico logran establecer

una alianza adecuada con su terapeuta, lo que implica que el vínculo entre ellos se forma en menor tiempo, su constancia en las sesiones logra que las metas establecidas sean alcanzadas.

En Venezuela, el cómo aparece y desarrolla la alianza terapéutica ha sido poco estudiado, por lo que es importante ampliar la línea de investigación de medición en psicoterapia, al hacerlo, se pueden analizar las variables que intervienen en el desempeño del terapeuta y los aspectos que influyen en el proceso terapéutico, de modo que puedan adaptarse y mejorarse los tratamientos aplicados a la población venezolana; además contribuye a desarrollar un modelo de supervisión de psicoterapeutas adaptado a las necesidades del venezolano, que permita la optimización de la efectividad y experiencia en psicoterapia, de ahí la importancia de un instrumento válido y confiable en nuestra población.

Debido a lo expuesto anteriormente, en esta investigación, se pretende realizar una revisión psicométrica del Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T) en el contexto venezolano. El Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T) consta de 36 ítems organizados en tres sub-escalas, Vínculo, Metas y Tareas, conformadas por 12 reactivos de respuesta cada una, para responderla se utiliza una escala de Likert de siete (7) puntos que va desde la opción “nunca” (1) a “siempre” (7). El tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 20 minutos. Respecto a su interpretación, se entiende que mientras mayor cantidad de puntos se obtenga, la alianza es fuerte, pero mientras menos sea la cantidad de puntos, la alianza es débil.

Para conocer cómo se comporta la medición de la variable en el contexto venezolano es necesario conocer sus propiedades psicométricas; se sabe que todo instrumento de medición debe reunir dos requisitos fundamentales, que son la validez y la confiabilidad, por ello se pretende hacer énfasis de dichas propiedades dentro del marco investigativo. En este sentido, Anastasi y Urbina (1998) explica que la validez tiene que ver con lo que mide el instrumento y qué tan bien lo hace, indican qué se puede inferir a partir de los resultados; se refleja la validez de contenido y la validez de constructo. La validez de contenido se refiere a la adecuación del muestreo del contenido del instrumento (Kerlinger, 2002), y es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido del constructo a medirse (Salkind, 1999). Por otra parte, la validez de constructo se refiere al grado en el que se mide una elaboración o rasgo teórico a través del test (Anastasi y Urbina, 1998); el interés está centrado en las propiedades que mide, es decir, en la interpretabilidad y significado de las puntuaciones (Kerlinger, 2002).

La confiabilidad en una escala de medición se relaciona con la precisión con la que el instrumento mide aquello que se desea (Kerlinger, 2002); pretende la consistencia de las puntuaciones obtenidas en distintas aplicaciones del test. Uno de los métodos para establecer la confiabilidad del instrumento es mediante el Alfa de Cronbach, este se basa en la consistencia de las respuestas de los sujetos a todos los elementos del test (Anastasi y Urbina 1998).

En el 2015 Andrade-González y Fernández-Liria adaptaron al español el Working Alliance Inventory (WAI), tanto su versión para terapeutas como para pacientes, utilizaron una muestra de 36 pacientes y 21 terapeutas. Los resultados de la investigación evidenciaron para ambas escalas una buena consistencia interna y una excelente validez convergente; es importante mencionar que la confiabilidad para la versión de terapeutas resultó en $\alpha = 0.97$ que corresponde con los resultados obtenidos en el instrumento original. Este inventario, creado por Horvarth (1981) basándose en la teoría de Bordin (1976), permite justamente establecer la fuerza de la alianza de trabajo entre terapeuta-paciente a través de la medición de tres dimensiones: vínculo, tarea y metas.

Igualmente, Moreno (2020) calculó las propiedades psicométricas de la versión para terapeutas del instrumento en Colombia en una muestra de 63 terapeutas de distintas corrientes teóricas, resultando una consistencia interna de $\alpha=.96$. Por su parte, Gómez (2019) determinó las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory (WAI) en su versión para terapeutas (WAI-T) y en su versión para pacientes (WAI-P) en Venezuela, utilizando una muestra de 50 pacientes y 50 terapeutas; los resultados arrojaron que la consistencia interna para la versión de pacientes fue alta ($\alpha=.82$) mientras que para la de terapeutas fue $\alpha=.66$; esta investigación fue un primer intento de establecer cómo se comporta el instrumento en la población venezolana, sin embargo, las limitantes del estudio no permitieron realizar un análisis exhaustivo de los instrumentos en la población, de allí el interés de esta investigación, obtener mejores datos de confiabilidad y validez para el instrumento en su versión para terapeutas.

Estas investigaciones coinciden en un importante hecho, y es que para que el proceso terapéutico sea exitoso debe existir compromiso tanto del terapeuta como del paciente, eso formará el vínculo que permitirá que las metas que el paciente lleva consigo para su proceso terapéutico puedan cumplirse, por eso es importante contar con una herramienta que permita su cuantificación. Investigaciones como las de Andrade-González y Fernández-Liria (2015), Gómez (2019) y Moreno (2020), permiten aproximarnos a saber la magnitud de la relación terapéutica con exactitud desde un punto de vista cuantitativo.

Si bien es cierto que el instrumento posee tanto una versión para terapeutas como para pacientes y ha sido estudiado en conjunto, ha sido en muestras pequeñas, lo que supone poca variabilidad en el estudio y los resultados en la población venezolana no han sido satisfactorios. De igual manera, es importante resaltar la importancia de comenzar el estudio con la versión para terapeutas debido a que éste es la persona que dirige el proceso y es necesario para la supervisión clínica y búsqueda de resolución de impases en el proceso terapéutico.

Su relevancia científico-práctica se sitúa en la importancia de tener un instrumento psicológico confiable, en la población venezolana para acercarnos a conocer cómo se forma el vínculo entre el terapeuta-paciente; y cómo el terapeuta, junto a su paciente, trazan las metas y tareas en el proceso terapéutico. Es necesario, por tanto, proveer a los terapeutas un instrumento válido y confiable que les permita establecer cómo es dada la alianza de trabajo en el contexto venezolano, conocer cuáles son los factores que intervienen en el proceso y cómo pueden mejorarse, así como evaluar el desempeño del terapeuta, la calidad y relación del vínculo desde su punto de vista.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T)? En consecuencia, el objetivo principal de esta investigación pretende responder al problema de investigación al identificar la validez y la confiabilidad del WAI-T en psicoterapeutas venezolanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo psicométrico, con un nivel descriptivo y un modelo de estudio de campo puesto que el propósito final de esta investigación revisar el Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas, establecer las propiedades psicométricas con datos recolectables directamente de los sujetos de investigación, en este caso, terapeutas venezolanos. Su diseño es no experimental, de tipo transeccional-descriptivo debido a que no hubo manipulación intencional de la variable y el instrumento, para medir la variable, fue aplicado en una sola ocasión. La población utilizada en la investigación son terapeutas venezolanos, sean o no actuales residentes del país, el muestreo es de tipo no probabilístico-bola de nieve ya que los terapeutas a utilizar como sujetos para completar el instrumento fueron aquellos referidos por otros psicoterapeutas.

Para la selección del tamaño de la muestra, se utilizó el método de proporción de personas por ítem (N/p), Gorsuch (1983) explica que el número mínimo de sujetos que se necesitan para un análisis es de tres a cinco sujetos por reactivo; con el fin de obtener factores confiables, indica una proporción de 5:1. El WAI-T posee 36 ítems, por cada ítem debe haber cincos sujetos, por lo que el tamaño de la muestra mínimo es 180 sujetos; para asegurar mejores resultados se utilizaron 200 sujetos, de los cuales 132 eran femeninos y 68 masculinos, en edades comprendidas entre 21 y 63 años, de distintas corrientes, siendo: 92 personas del enfoque Cognitivo Conductual, 36 de Psicoanálisis, 30 de Humanismo, 22 de Gestalt, 14 del enfoque Sistémico y 6 Conductistas.

El Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T), creado por Horvath y Greenberg (1986), y posteriormente traducido al español por Andrade-González y Fernández-Liria en 2005, consta de 36 ítems organizados en tres sub-escalas: vínculo, metas y tareas, conformadas por 12 reactivos de respuesta cada una, como se expresa en la Tabla 1; para responderla se utiliza una escala de Likert de siete (7) puntos que va desde la opción “nunca” (1) a “siempre” (7). Este instrumento fue creado con el objetivo de medir la alianza de trabajo entre paciente y terapeutas, por lo que crearon tres versiones auto-aplicables, una para pacientes, otra para terapeutas y una para observadores. El tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 20 minutos. Para su corrección deben invertirse los ítems negativos y realizar la suma dividida de las dimensiones y el total de la escala de respuesta, obteniendo un puntaje mínimo de 36 y un máximo de 252.

Tabla 1
Ítems del Working Alliance Inventory – Therapist Form (WAI-T)

Variable	Dimensión	Ítem
Alianza Terapéutica	Vínculo	1(-), 5(+), 8(+), 17(+), 19(+), 20(-), 21(+), 23(+), 26(+), 28(+), 29(-), 36(+)
	Objetivos	3(-), 6(+), 9(-), 10(-), 12(-), 14(+), 22(+), 25(+), 27(-), 30(+), 32(+), 34(-)
	Tarea	2(+), 4(+), 7(-), 11(-), 13(+), 15(-), 16(+), 18(+), 24(+), 31(-), 33(-), 35(+)

Fuente: Andrade-González y Fernández-Liria (2015)

En cuanto a las propiedades psicométricas, del instrumento original en inglés, Horvath y Greenberg (1986) encontraron que el coeficiente de confiabilidad basado en la consistencia interna fue de .87, de igual manera, encontraron una adecuada validez convergente y divergente en la versión original. Para su versión en español, Andrade-González y Fernández-Liria (2015) establecieron la validez de constructo y la correlación entre las sub-escalas fue de .81-.92 ($p < 0.1$) después de la tercera sesión de terapia y .75-.92 ($p < 0.1$) después de la décima sesión. Indicaron que, en ambas medidas y en el mismo período de tiempo, la correlación entre las sub-escalas Metas y Tareas fue mayor que la correlación entre Vínculo y Metas y que Vínculo y Tareas. Respecto a su confiabilidad, se encontró un Alfa de Cronbach para la escala total de la Alianza de 0.96; para sus sub-escalas se encontraron índices de 0.86, 0.93 y 0.90 para vínculo, metas y tareas respectivamente, luego de la tercera y décima sesión sin variar el alfa de la escala total, lo que significa que el instrumento es altamente confiable.

En esta investigación, se identificaron las propiedades psicométricas de acuerdo a los siguientes procedimientos: para establecer la validez de contenido, tres jueces expertos evaluaron la adecuación en la traducción de los ítems del Working Alliance Inventory - T (WAI-T) con el fin de encontrar posibles diferencias a nivel lingüístico y semántico. La validez de constructo fue establecida mediante el análisis factorial; la confiabilidad se estableció mediante el método de consistencia interna. Por último, se creó un baremo de interpretación del instrumento, tomando la frecuencia de los percentiles para realizarlo, así como se expresa en la Tabla 2 a continuación:

Tabla 2
Baremo de Interpretación WAI-T

Baja	Media	Alta
36-117	118-140	141-252

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El primer procedimiento realizado fue identificar la validez de contenido del instrumento, el cual fue determinado mediante el criterio de tres jueces expertos en el área, dos psicólogos clínicos con experiencia en psicoterapia y en el estudio de la alianza terapéutica, evaluaron la adecuación de los reactivos de la prueba con la teoría planteada por Bordin (1976); y un licenciado en idiomas para verificar la adecuación de la traducción realizada por Andrade-González y Fernández-Liria (2015). Se decidió conservar el sentido y contenido del instrumento original, al no encontrarse diferencias significativas en la traducción realizada por Andrade.

La validez de constructo se identificó a través del análisis factorial. Para ello, se realizó un análisis de componentes principales, en el cual las pruebas de adecuación muestral permitieron comprobar la adecuación de los datos para efectuar el análisis factorial, donde, como se expresa en la Tabla 3, el índice de KMO=0.912 indica que la relación entre las variables es alta puesto que los coeficientes se correlacionan mientras más cerca se encuentren de 1. Para la prueba de esfericidad de Bartlett, se obtuvo un chi-cuadrado = 3460,362 y una sig= .000 que indica que la relación entre las variables es alta y se puede aplicar el análisis factorial. Además, se observaron las comunalidades (Tabla 4) las cuales 33 de 36 ítems estuvieron por encima de 0,50 indicando así que los ítems están relacionados.

Tabla 3
Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,912
	Aprox. Chi-cuadrado	3460,362
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	630
	Sig.	,000

Tabla 4
Comunalidades

	Extracción
1. Me siento incómodo con mi paciente	,474
2. Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.	,639
3. Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones.	,676
4. Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.	,684
5. Creo que realmente entiendo a mi paciente.	,653
6. Mi paciente y yo estamos de acuerdo en cuanto a sus objetivos.	,666
7. Mi paciente no tiene claro qué es lo que estamos haciendo en terapia.	,684
8. Creo que a mi paciente le caigo bien.	,587
9. Tengo que aclarar con mi paciente el objetivo de nuestras sesiones.	,771
10. No estoy de acuerdo con mi paciente en los objetivos de estas sesiones.	,637
11. Creo que mi paciente y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos.	,438
12. Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.	,556
13. Soy claro y explícito con las responsabilidades de mi paciente en la terapia.	,672
14. Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi paciente.	,649
15. Creo que lo que mi paciente y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con sus preocupaciones.	,627
16. Estoy seguro de lo que hacemos en la terapia va a ayudar a mi paciente a conseguir los cambios que quiere.	,554
17. Realmente me importa el bienestar de mi paciente.	601
18. Tengo claro lo que espero que mi paciente haga en estas sesiones.	,592
19. Mi paciente y yo nos respetamos mutuamente.	,629
20. Creo que no soy totalmente sincero acerca de lo que siento hacia mi paciente.	,593
21. Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.	,552
22. Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.	,601
23. Aprecio a mi paciente como persona.	,577
24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.	,546
25. Gracias a estas sesiones mi paciente tiene más claro cómo puede cambiar.	,707
26. Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.	,664
27. Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.	,650
28. Nuestra relación es importante para mi paciente.	,594
29. Mi paciente teme que si dice o hace algo equivocado, dejaré de trabajar con él.	,616
30. Mi paciente y yo hemos colaborado para establecer los objetivos de estas sesiones.	,519
31. Mi paciente se frustra por lo que le pido que haga en la terapia.	,436
32. Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.	,615
33. Las cosas que hacemos en la terapia no tienen sentido para mi paciente.	,601
34. Mi paciente no sabe qué esperar de la terapia.	,580
35. Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.	,655
36. Respeto a mi paciente incluso cuando hace cosas que no me parecen bien.	,574

MÉTODO DE EXTRACCIÓN: ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Se procedió a realizar el análisis factorial en el cual se encontraron ocho factores que explicaron el 60,753% de la varianza total. El primer factor representa una carga factorial mayor, resultando en el 36,375% de la varianza total; la suma del segundo y tercer factor representa un total del 7,867% de la varianza total y el 16,512% la suma del resto de los factores. En un intento de dar explicación a los ocho

factores, se realizó la rotación de los ítems, sin embargo, con los resultados no se puede afirmar que, como lo indica la teoría de Bordin (1976), existen solamente tres dimensiones que en efecto interfieran en la alianza terapéutica, por lo que puede pensarse que existen más factores además del vínculo, las tareas y las metas dentro de la alianza terapéutica.

Al examinar las cargas factoriales de cada ítem, se verificó la matriz de componente para revisar cada uno de ellos, se encontró que los ítems poseen una correlación entre 0.404 a 0.729; de los cuales 32 de los 36 ítems que conforman el instrumento correlacionaron mejor con el primer factor, los ítems 4 y 27 correlacionaron mejor con el segundo factor, el ítem 9 correlacionó mejor con el tercer factor. El ítem 5 a pesar de tener correlación aceptable con el primer factor, tuvo mejor puntuación con el cuarto (Tabla 5).

Tabla 5
Matriz de componente WAI-T

1. Me siento incómodo con mi paciente	-,570 (F. 1)
2. Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.	,670 (F. 1)
3. Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones.	-,568 (F. 1)
4. Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.	,443 (F. 1)
	,470 (F. 2)
	,494 (F. 1)
5. Creo que realmente entiendo a mi paciente.	,566 (F. 4)
6. Mi paciente y yo estamos de acuerdo en cuanto a sus objetivos.	,714 (F. 1)
7. Mi paciente no tiene claro qué es lo que estamos haciendo en terapia.	-,528 (F. 1)
8. Creo que a mi paciente le caigo bien.	,571 (F. 1)
9. Tengo que aclarar con mi paciente el objetivo de nuestras sesiones.	,584 (F. 3)
10. No estoy de acuerdo con mi paciente en los objetivos de estas sesiones.	-,667 (F. 1)
11. Creo que mi paciente y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos.	-,496 (F. 1)
12. Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.	-,589 (F. 1)
13. Soy claro y explícito con las responsabilidades de mi paciente en la terapia.	,695 (F. 1)
14. Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi paciente.	,720 (F. 1)
15. Creo que lo que mi paciente y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con sus preocupaciones.	-,601 (F. 1)
16. Estoy seguro de lo que hacemos en la terapia va a ayudar a mi paciente a conseguir los cambios que quiere.	,580 (F. 1)
17. Realmente me importa el bienestar de mi paciente.	,724 (F. 1)
18. Tengo claro lo que espero que mi paciente haga en estas sesiones.	,534 (F. 1)
19. Mi paciente y yo nos respetamos mutuamente.	,729 (F. 1)
20. Creo que no soy totalmente sincero acerca de lo que siento hacia mi paciente.	-,453 (F. 1)
21. Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.	,639 (F. 1)
22. Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.	,724 (F. 1)
23. Aprecio a mi paciente como persona.	,605 (F. 1)
24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.	,627 (F. 1)
25. Gracias a estas sesiones mi paciente tiene más claro cómo puede cambiar.	,608 (F. 1)
26. Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.	,665 (F. 1)
27. Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.	-,509 (F. 2)
28. Nuestra relación es importante para mi paciente.	,603 (F. 1)
29. Mi paciente teme que si dice o hace algo equivocado, dejaré de trabajar con él.	-,664 (F. 1)
30. Mi paciente y yo hemos colaborado para establecer los objetivos de estas sesiones.	,518 (F. 1)

Cont. Tabla 5
Matriz de componente WAI-T

31. Mi paciente se frustra por lo que le pido que haga en la terapia.	-,527 (F. 1)
32. Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.	,615 (F. 1)
33. Las cosas que hacemos en la terapia no tienen sentido para mi paciente.	-,702 (F. 1)
34. Mi paciente no sabe qué esperar de la terapia.	-,663 (F. 1)
35. Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.	,661 (F. 1)
36. Respeto a mi paciente incluso cuando hace cosas que no me parecen bien.	,720 (F. 1)

MÉTODO DE EXTRACCIÓN: ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que el instrumento posee una buena validez de constructo, es decir, las dimensiones del instrumento están relacionadas entre sí, a pesar de que es difícil afirmar que el mismo pueda explicarse en tres factores, es probable que otros factores intervengan en la alianza, por ejemplo, la subjetividad del terapeuta va aunado al vínculo, pero según los resultados es posible que esos ítems que evalúan la subjetividad como parte del vínculo sea visto en el contexto venezolano como una sub-dimensión distinta.

Para efectos de la investigación, y porque la mayoría de los ítems se relacionaron mejor con el primer factor, el mismo se denominó "Alianza". Además, se observó que las correlaciones negativas corresponden a los ítems redactados de forma negativa. Es importante mencionar que el quinto ítem, perteneciente a la dimensión "Vínculo", correlaciona mejor con el cuarto factor, lo que supone tres cosas: a) la redacción del ítem es ambigua, b) supone una falta en la conceptualización del paciente por parte del terapeuta, lo que genera la pregunta: ¿qué tan bien conceptualizan los terapeutas venezolanos a sus pacientes? c) en el contexto venezolano, el ítem responde a una sub-dimensión distinta a la del vínculo, como lo puede ser la subjetividad del terapeuta que no necesariamente forma parte del vínculo, pero dicha sub-dimensión no ha sido identificada.

Se evidencia, además, como los ítems 4, 9 y 27, correspondientes a la dimensión "Objetivos", correlacionan mejor con un factor distinto al de Alianza, lo que genera la interrogante de ¿hasta qué punto el terapeuta venezolano respeta los objetivos del paciente?, ¿Realmente hay un acuerdo en las metas entre ambas partes?, ¿El enfoque que practica el terapeuta tiene tendencias muy directivas y no permite llegar a acuerdos con el paciente?

En este sentido, los resultados obtenidos no coinciden con los reportados por Gómez (2019), debido a que la varianza fue explicada por cinco factores, mientras que en esta ocasión se encontraron ocho factores que explican la varianza total del instrumento, a pesar que la mayor carga factorial se encuentre en los primeros cuatro factores. Es probable que estos resultados sean debido al tamaño de la muestra utilizada por Gómez, en la presente investigación se utilizó una muestra más grande, lo que representa más variabilidad en el análisis.

Por otra parte, respecto al análisis factorial, los resultados de esta investigación no pudieron ser contrastados directamente con la investigación realizada por Andrade-González y Fernández-Liria (2015), debido a que, por ser la muestra muy pequeña, no hicieron un análisis factorial, por lo que especificaron que no podían hablar de generalización, sin embargo, se cumplió con una de las recomendaciones al realizar el estudio en una muestra más grande, aunque en un contexto diferente.

Para estimar la confiabilidad del WAI-T, se determinó su homogeneidad mediante el método de consistencia interna, el procedimiento se realizó para la prueba total y sus tres dimensiones; los rangos de correlación encontrados indican una consistencia interna aceptable (Tabla 6), es decir, el WAI-T es

apropiado para medir el constructo de alianza terapéutica y sus dimensiones según la teoría planteada por Bordin (1976), sin embargo sería propicio realizar estudios posteriores respecto a los resultados, debido a que si bien los valores encontrados son aceptables, el puntaje es bajo.

Tabla 6

Coeficiente de Alfa de Cronbach del WAI-T

Total/Factor	No. ítem	Alfa de Cronbach
Total	36	0.785
Vínculo	12	0.676
Objetivo	12	0.791
Tarea	12	0.780

Los resultados arrojados en cuanto a la consistencia interna de la prueba son similares a los encontrados por Andrade-González y Fernández-Liria (2015), Gómez (2019) y Moreno (2020), lo que permite afirmar que en efecto el Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas mide el constructo de alianza terapéutica en sus tres dimensiones: acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo. Sin embargo, se recomienda replicar el estudio con una muestra mayor para constatar los resultados obtenidos en este estudio y dar respuesta a las interrogantes anteriormente planteadas.

CONCLUSIONES

Esta investigación pretendió realizar una revisión psicométrica a un instrumento que mide la Alianza Terapéutica en la población venezolana. La validez de contenido fue determinada mediante el acuerdo entre jueces para determinar la calidad de traducción de los ítems, decidiendo conservar el sentido y contenido de la traducción realizada por Andrade-González y Fernández-Liria en 2005, al no encontrarse diferencias significativas. Por consiguiente, la validez de constructo se determinó mediante un análisis factorial exploratorio, encontrando ocho factores en un total de 36 ítems que explican el 60,753% la varianza total del instrumento, siendo el primer factor explicado por el 36,375%, el cual se denominó Alianza.

Es importante resaltar que, el ítem 5, perteneciente a la dimensión “Vínculo”, correlaciona mejor con el cuarto factor, lo que supone tres cosas: a) la redacción del ítem es ambigua, b) supone una falta en la conceptualización del paciente por parte del terapeuta, lo que genera la pregunta: ¿qué tan bien conceptualizan los terapeutas venezolanos a sus pacientes? c) en el contexto venezolano, el ítem responde a una sub-dimensión distinta a la del vínculo, como lo puede ser la subjetividad del terapeuta que no necesariamente forma parte del vínculo, pero dicha sub-dimensión no ha sido identificada. Se evidencia, además, como los ítems 4, 9 y 27, correspondientes a la dimensión “Objetivos”, correlacionan mejor con un factor distinto al de Alianza, lo que genera interrogantes referentes a: 1) el alcance respecto a los objetivos del paciente, 2) la verdadera existencia de un acuerdo entre ambas partes, respecto a las metas de la terapia y, 3) si el enfoque practicado por el terapeuta es muy directivo y complica llegar a acuerdos con el paciente. Es pertinente explorar estas interrogantes en futuras investigaciones.

Se puede afirmar que el instrumento posee una validez de constructo aceptable, explicándose en su mayoría en un factor, siendo congruente en cierta medida con la teoría de Bordin (1976), donde la combinación de las tres dimensiones es lo que determina la fuerza de la Alianza, sin embargo, es preciso explorar si dentro del contexto venezolano influyen más factores que no permiten que los ítems se expliquen en tres factores sino en ocho. Por otra parte, no se pudo contrastar los resultados de esta

investigación con la realizada por Andrade-González y Fernández -Liria (2015), debido a que, por ser la muestra muy pequeña no hicieron un análisis factorial, por lo que especificaron que no podían hablar de generalización, sin embargo, se cumplió con una de las recomendaciones al realizar el estudio en una muestra más grande, aunque en un contexto diferente.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el método de consistencia interna, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, resultando en 0.785 el coeficiente total de la escala; también se determinó el coeficiente para cada una de sus dimensiones, resultado para vínculo $\alpha=0.676$, objetivo $\alpha=0.791$ y tarea $\alpha=0.780$. Se recomienda verificar la redacción de los ítems para la dimensión de vínculo, considerar eliminar alguno de los ítems que presenten correlaciones bajas en la dimensión, o aplicar el WAI en conjunto con otro instrumento para verificar si de esa forma aumenta la confiabilidad del instrumento, y en efecto se deben considerar otros factores para medir con precisión el constructo.

Debido a lo expuesto anteriormente, este instrumento es pertinente utilizarlo fundamentalmente para evaluar la relación terapéutica en la supervisión clínica, en este sentido, se puede dar respuesta a las interrogantes anteriormente planteadas y así conocer cómo se comporta el instrumento en la población venezolana, para posteriormente desarrollar un modelo de supervisión adaptado a las necesidades del venezolano, para optimizar la efectividad y experiencia en la psicoterapia.

Respecto a investigaciones anteriores, esta investigación fue la primera realizada con una muestra de 200 sujetos por lo que los resultados obtenidos presentaron algunas diferencias en cuanto al comportamiento del instrumento que solo había sido estudiado en muestras $n < 100$, especialmente en el análisis factorial. Finalmente, es importante realizar una revalidación del instrumento con una población mayor, también puede pensarse en realizarse en muestras estratificadas por corriente psicológica; al hacer una revisión con una muestra mayor se puede generar un análisis factorial más fiable ya que representa una mayor variabilidad en los datos y generar mejores resultados.

REFERENCIAS

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. Séptima Edición. Prentice Hall Pearson, México.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish adaptation of the working alliance Inventory (WAI): Psychometric properties of the patient and therapist form (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31, 524-533. Doi:[10.6018/anales.31.2.177961](https://doi.org/10.6018/anales.31.2.177961).
- Arguelles, L. (2017). *Alianza de trabajo de pacientes y terapeutas venezolanos*. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7 (2), 195-220.
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Campo-Redondo M., García, E. M. y Gamboa, L. (2019). ¿Cómo practican los psicólogos la psicoterapia? Estudio fenomenológico de profesionales venezolanos. *Clínica e Investigación Relacional*, 13 (2), 455-476. doi: [10.21110/19882939.2019.130209](https://doi.org/10.21110/19882939.2019.130209).
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.

- Freud, S. (1913). On the beginning of the treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans). *The standard edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 122-124). London: Hogarth Press.
- Gómez, K. (2019). *Propiedades psicométricas del working alliance inventory (WAI) en su versión para terapeuta y versión paciente (WAI-T y WAI-P), para la población venezolana (tesis de posgrado)*. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Gorsuch. (1983). *Factor Analysis*. L Erlbaum Associates. Hillsdale, New York.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: its measurement and relationship to therapy outcome* (tesis doctoral). University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En: L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 529-556). New York: Gullford Press.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. Cuarta Edición. McGrawHill, México.
- Moreno, N. (2020). *Estructura factorial del working alliance inventory –WAI– en terapeutas* (tesis de posgrado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guildford Press.
- Salkind, N. J. (1999). *Métodos de investigación*. Tercera Edición. Pretince Hall, México.
- Santibañez, F., Roman, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287.

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado Working Alliance Inventory en Terapeutas Venezolanos (WAI-T), presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTO DE INTERÉS

La autora indica que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

Sistemas Humanos
Fondo Editorial Universidad Rafael Urdaneta
Volumen 4, Número 1, 2024 Abril-Septiembre
Maracaibo, Venezuela.

