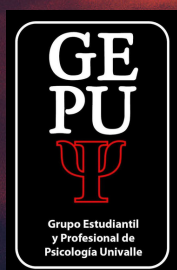


Revista de Psicología GEPU



Vol. 11 No. 1
Junio de 2020

Santiago de Cali - Colombia



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 11 No. 1 – Junio de 2020
ISSN 2145-6569



Editor

Andrey Velásquez Fernández
andrey.velasquez@correounivalle.edu.co

COMITÉ EDITORIAL

Cindy Carolina Valencia
Corporación Viviendo

Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali

Nicole Andrea Pérez
Universidad del Valle

María Alejandra Claros
Universidad del Valle

Dangelly Muñoz
Universidad del Valle

Diego Alejandro López González
Fundación Católica Lumen Gentium

Natalia Ramírez Moncada
Universidad del Valle

Diana Mildred Rodríguez
Universidad del Valle

Helena Rojas Garzón
Fundación Paz y Bien

Kanelalejandra Frieri
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

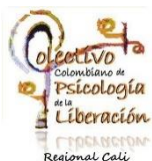
Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio D8, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 11 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-11-No-1.htm>



LA ESTRUCTURA DE LA IDENTIDAD FAMILIAR

THE STRUCTURE OF THE FAMILIAR IDENTIFY

Cruz García Lirios, Leticia María González Velázquez & María del Rosario
Molina González

Universidad Autónoma del Estado de México & Universidad de Sonora / México

Referencia Recomendada: García, C., González, L., & Molina, M. (2020). La estructura de la identidad familiar. *Revista de Psicología GEPU*, 11 (1), 113-122.

Resumen: Se estableció la validez y confiabilidad de una escala para medir la identidad familiar en torno a la salud de uno de sus integrantes enfermo. Se establecieron tres factores referidos al liderazgo familiar, la transición al liderazgo y la ausencia de liderazgo. Se elaboró un modelo de regresión lineal múltiple para demostrar la relación causal entre los tres factores sobre la identidad regional. Finalmente, a través de otro modelo estructural se infirió y discutió el efecto de otras variables perceptuales, valorativas, actitudinales, intencionales y conductuales no incluidas en el modelo.

Palabras clave: Identidad familiar, liderazgo familiar, transición al liderazgo y ausencia de liderazgo.

Abstract: One settled down the validity and trustworthiness of a scale to measure the familiar identity around the member health of one of its patient. Three factors referred to the familiar leadership settled down, the transition to the leadership and the absence of leadership. A model of multiple linear regression was elaborated to demonstrate the causal relation between the three factors on the regional identity. Finally, through another structural model the effect of other valuing, actitudinales, intentional and behavioral variables was inferred and discussed perceptual, not including in the model

Key Words: Familiar identify, familiar leadership, transition to the leadership and absence of leadership.

Recibido: 27 de Abril de 2020 / **Aprobado:** 30 de Junio de 2020

Autor de correspondencia:

Cruz García Lirios, Profesor Investigador, Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Huehuetoca, Academia de Trabajo Social. cgarciali@uaemex.mx <https://orcid.org/0000-0002-9364-6796>

Leticia María González Velázquez, Profesora Investigadora de Tiempo Completo, Universidad de Sonora, Unidad Regional Sur Navojoa, Departamento de Ciencias Económico Administrativas: leticia.gonzalez@unison.mx <https://orcid.org/0000-0003-4331-4782>

María del Rosario Molina González, Profesora Investigadora de Tiempo Completo, Universidad de Sonora, Unidad Regional Sur Navojoa, Departamento de Ciencias Sociales y Jurídicas: rosario.molina@unison.mx <https://orcid.org/0000-0001-6016-3889>

Introducción

Los estudios psicológicos de la identidad en torno a las familias que tienen enfermos en terapia intensiva han demostrado los procesos de consolidación, transición y reconstrucción de liderazgo al interior de los grupos humanos (Bayón, Roberts y Saravi, 1998). En muchos de los casos las familias que dependían de las decisiones y acciones de un líder han visto su decadencia de poder con el surgimiento de un enfermo (González, 2005). En la medida en que una enfermedad terminal avanza la influencia del líder disminuye y con ello la dependencia de su grupo (Jiménez, 1997). En otros casos, el líder es ayudado por otros integrantes de la familia y con ello se inicia un proceso de transición y sustitución de liderazgo (Jiménez, 2007a). En la medida en que una enfermedad es crónica la transición y sustitución del líder se prolonga y con ello surgen conflictos que sólo se restauran cuando emerge un nuevo líder o se consolida el anterior (Jiménez, 2007b).

Sin embargo, los estudios en torno a la ausencia de un líder son escasos. A pesar de que las familias de escasos recursos tienden a desplazarse buscando la atención especializada para curar a un integrante enfermo, las investigaciones no han reportado el impacto de una enfermedad terminal en la dinámica de las familias de escasos recursos y con ello han soslayado la ausencia de liderazgo como su principal característica (Minujin, 1998). Precisamente, el presente estudio se avoca a demostrar los tres tipos de efectos (liderazgo familiar, transición al liderazgo y ausencia de liderazgo) que subyacen en las familias cuando uno de sus integrantes se enferma.

Método

Procedimiento

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo en las instalaciones de Trabajo Social del Hospital General de Cuernavaca, Morelos (México). Se les informó a las personas encuestadas que tenían un enfermo en terapia intensiva sobre la investigación y se les pidió su participación en la encuesta. Una vez que terminaron de responder se revisaron las tendencias de las respuestas descartando aquellas que repetían la misma opción de respuesta o bien, aquellas que no habían sido respondidas. Respecto a los casos en que había más de una respuesta fueron descartados. Una vez terminada la supervisión breve se les agradeció a los participantes la sinceridad de sus respuestas.

Sujetos

Se seleccionaron intencionalmente a 100 integrantes de familias del Hospital General de Cuernavaca que tienen a un enfermo en terapia intensiva. El 40 por ciento tiene entre 30 y 40 años, el 36 por ciento tiene entre 22 y 29 años y el 23 por ciento tiene más de 40 años. 80 por ciento de las personas encuestadas son mujeres y 20 por ciento son hombres. El 60 por ciento vive en matrimonio, 20 por ciento en unión libre, 13 por ciento se han separado, 3 por ciento han perdido a su

cónyuge y 3 por ciento vive en soltería. El 50 por ciento está afiliado al seguro popular, 26 por ciento no esta asegurado y el 23 por ciento esta afiliada a otra institución. 43 por ciento gana menos de 2500 pesos al mes, 27 por ciento entre 2500 y 3500, el mismo porcentaje corresponde a los que tienen un ingreso superior a los 4000 pesos mensuales. El 27 por ciento cuenta con la primaria completa, el mismo porcentaje corresponde a quienes tienen la secundaria completa, el 13 por ciento han terminado el bachillerato y sólo el 3 por ciento tiene estudios universitarios. La ocupación principal corresponde a los servicios con un 46 por ciento, 40 por ciento al trabajo doméstico y sólo el 3 por ciento son profesionistas. 36 por ciento tiene dos hijos, 26 por ciento tres, 20 por ciento cuatro 13 por ciento uno y 3 por ciento más de cinco hijos.

Instrumentos

Escala de Identidad familiar

Incluye 32 reactivos que miden las decisiones y acciones en torno a la salud de un familiar enfermo atribuidas a un solo líder, más de uno o su ausencia. Incluye cuatro opciones de respuesta que van desde “nada probable” hasta “muy probable”.

La tabla muestra cuatro parámetros de distribución normal a partir de los cuales se han descartado dos reactivos (número 23 y 24) por superar el rango permitido de asimetría.

Tabla 1. La distribución normal de los reactivos

Número	Reactivo (s)	Media	Desviación	Sesgo	Asimetría
R1	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona aportaría el dinero para curarlo	2,17	1,05	,214	-1,300
R2	Si hay un enfermo en mi familia todos decidiríamos lo que se va a hacer	3,03	1,00	-,958	,075
R3	Si hay un enfermo en mi familia nadie sabría que hacer al con él	1,97	1,13	,839	-,698
R4	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona decidiría a donde llevarlo a curar	2,07	1,05	,629	-,741

R5	Si hay un enfermo en mi familia todos aportaríamos el dinero que se requiera	3,17	1,05	-1,114	,079
R6	Si hay un enfermo en mi familia nadie faltaría a sus trabajos para ocuparse de curarlo	1,73	,94	1,108	,275
R7	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona atendería sus necesidades	2,10	1,09	,467	-1,136
R8	Si hay un enfermo en mi familia todos le dedicaríamos la atención que requiera	3,17	,99	-1,051	,189
R9	Si hay un enfermo en mi familia nadie sabría que decir al respecto	1,67	,76	,660	-,911
R10	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona le daría consejos	2,10	1,12	,726	-,805
R11	Si hay un enfermo en mi familia todos estaríamos al pendiente de los gastos	3,20	,96	-1,178	,645
R12	Si hay un enfermo en mi familia nadie se haría responsable	1,47	,68	1,179	,229
R13	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona ayudaría con sus pendientes	1,97	1,03	,874	-,277
R14	Si hay un enfermo en mi familia todos nos endeudaríamos para curarlo	2,97	1,16	-,501	-1,365

R15	Si hay un enfermo en mi familia nadie lo visitaría en el hospital	1,37	,56	1,216	,623
R16	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona velaría por él	1,83	1,02	1,192	,456
R17	Si hay un enfermo en mi familia todos tendríamos que hacer un esfuerzo económico	3,47	,94	-1,917	2,879
R18	Si hay un enfermo en mi familia nadie faltaría a sus trabajos por estar al pendiente	1,93	1,11	,784	-,819
R19	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona pediría permiso de faltar a su trabajo	2,10	1,03	,399	-1,049
R20	Si hay un enfermo en mi familia todos resultaríamos afectados emocionalmente	3,33	,96	-1,499	1,456
R21	Si hay un enfermo en mi familia nadie extrañaría su presencia	1,57	,94	1,825	2,618
R23	Si hay un enfermo en mi familia todos tomaríamos precauciones	3,30	,79	-1,052	,925
R25	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona rezaría	1,63	,67	,586	-,589
R26	Si hay un enfermo en mi familia todos nos ayudaríamos con las labores domésticas	3,23	,94	-1,316	1,199

R27	Si hay un enfermo en mi familia nadie acudiría a verlo	1,27	,45	1,112	-,824
R28	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona conocería el hospital idóneo para llevarlo	1,87	,97	1,004	,182
R29	Si hay un enfermo en mi familia todos nos preocuparíamos	3,07	,91	-,731	-,124
R30	Si hay un enfermo en mi familia nadie se desesperaría	1,70	,95	1,432	1,342
R31	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona se endeudaría para curarlo	2,30	1,26	,266	-1,634

Fuente: Elaborada con los datos del estudio.

En este sentido, los demás reactivos cumplen con los requerimientos básicos para posteriores análisis estadísticos. Respecto a la validez del instrumento que mide la identidad familiar. Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para configurar los factores considerando los coeficientes de adecuación y la correlación entre los reactivos y los factores (peso factorial superior a .300).

El primer factor referido al liderazgo familiar tuvo una adecuación ($KMO = .744$; $X^2 = 168.638$; 45 grados de libertad; nivel de significancia = .000) y explica el 29 por ciento de la varianza. El segundo factor alude a la transición al liderazgo tuvo una adecuación ($KMO = .459$; $X^2 = 116.477$; 45 grados de libertad; nivel de significancia menor a .000) explicando el 22 por ciento de la varianza. El tercer factor referido a la ausencia de liderazgos tuvo una adecuación ($KMO = .570$; $X^2 = 124.687$; 55 grados de libertad; nivel de significancia = .000) explica el 13 por ciento de la varianza.

Tabla 2. La validez convergente de la identidad familiar

No	Reactivo (s)	Factor 1	Factor 2	Factor 3
R4	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona decidiría a donde llevarlo a curar	-,484		

R25	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona rezaría	,720		
R5	Si hay un enfermo en mi familia todos aportaríamos el dinero que se requiera		-,384	
R26	Si hay un enfermo en mi familia todos nos ayudaríamos con las labores domésticas		,439	
R8	Si hay un enfermo en mi familia todos le dedicaríamos la atención que requiera		-,453	
R23	Si hay un enfermo en mi familia todos tomaríamos precauciones		,517	
R29	Si hay un enfermo en mi familia todos nos preocuparíamos		,637	
R3	Si hay un enfermo en mi familia nadie sabría que hacer con él			,379
R18	Si hay un enfermo en mi familia nadie faltaría a sus trabajos para ocuparse de curarlo			,651
R12	Si hay un enfermo en mi familia nadie se haría responsable			,745
R9	Si hay un enfermo en mi familia nadie sabría que decir al respecto			,814

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

La tabla 2 muestra los pesos factoriales de los tres factores en torno a la identidad familiar. Tales factores son denominados de primer orden debido a que son configurados por reactivos a partir de sus correlaciones.

Posteriormente, se realizó un análisis de confiabilidad considerando el parámetro alfa de Crombach en el que se establece la correlación entre cada reactivo y las tres subescalas, entre cada reactivo y la escala. Puede observarse que cada subescala obtuvo una confiabilidad superior a .60 que es la requerida para posteriores análisis multivariantes. Los parámetros de confiabilidad obtenidos significan que el instrumento para medir la identidad familiar puede ser aplicable en contextos y muestras diferentes obteniéndose resultados similares.

Tabla 3. La confiabilidad de la escala y subescalas que miden la identidad familiar

Escala /sub-escala	Promedio	Desviación	Sesgo	Asimetría	Alfa
--------------------	----------	------------	-------	-----------	------

Liderazgo familiar	21,57	6,22	1,024	,843	,7794
Transición al liderazgo	31,93	6,40	-,908	,872	.8193
Ausencia de liderazgo	16,00	4,00	,152	-1,367	.6130

Resultados

Se realizó un análisis de correlaciones considerando el parámetro “r” de Pearson y un nivel de significancia menor a .05

Tabla 4. La correlación entre los factores

	F1	F2	F3	C
Liderazgo familiar (F1)	1,000			
Transición al liderazgo (F2)	-,722***	1,000		
Ausencia de liderazgo (F3)	,528**	-,683***	1,000	
Identidad familiar (C)	,684***	-,152	,536**	1,000

Fuente: Elaborada con los datos del estudio (** nivel de significancia menor a .01, *** nivel de significancia menor a 001)

Los resultados demuestran la asociación significativa entre la identidad familiar con el liderazgo familiar y con la ausencia de liderazgo. En la medida en que se incrementan los valores de la identidad familiar también se incrementan los valores del liderazgo familiar y al mismo instante aumentan los valores de la ausencia del liderazgo. Es decir, las decisiones y acciones en torno a la salud de un familiar enfermo atribuidas a un líder, varios líderes o ninguno tiene una relación directa, positiva y significativa con las atribuciones al líder y su ausencia. Cuando un integrante de la familia se enferma, las familias mexicanas se identifican con un líder y al mismo tiempo con su ausencia.

Se realizó un análisis de regresión en el que se tomo al parámetro “Beta” (β), R, R^2 , R^2 ajustada y el nivel de significancia menor a .05 para ponderar el efecto de los factores sobre la identidad familiar.

El liderazgo familiar es el determinante principal de la identidad familiar. En la medida en que los valores del liderazgo familiar se incrementan los valores de la identidad familiar también se incrementan. Cabe señalar que la asociación entre el liderazgo familiar y los liderazgos familiares es negativa, esto significa que cuando surge un enfermo, la familia se encuentra ante una disyuntiva comunicativa en la que atribuyen la solución a un líder, pero cuando este es descartado surgen candidatos que aspiran a ocupar su función. La familia entonces se encuentra en

una transición de poder en el que los liderazgos tratan de validar sus decisiones y acciones ante la familia por vía de la atribución.

En este sentido se consideró pertinente demostrar mediante un modelo estructural el proceso evidenciado en el modelo de regresión. A partir de los parámetros “Beta” (β) de regresión, “Phi” (Φ) de covarianza, “Zeta” (ζ) de disturbio y los pesos factoriales de correlación entre los reactivos y los factores se elaboró el modelo estructural.

Las correlaciones entre los reactivos seleccionados y los factores configurados tuvieron pesos factoriales superiores a .300. En el caso de las covarianzas se advierte que la influencia de otros factores no incluidos en el modelo es significativa sobre todo en la relación entre la transición al liderazgo con respecto al liderazgo familiar y su ausencia. Respecto a la relación causal del liderazgo familiar sobre la identidad familiar se advierte que este es el principal determinante. Finalmente, el valor del parámetro zeta muestra que existen otras variables que determinarían el 50 por ciento del disturbio.

Conclusión

En términos generales, los modelos evidencian la complejidad de la identidad familiar que parece orientarse a través de atribuciones a un líder, una transición o su ausencia dependiendo de las decisiones o acciones que se lleven en torno a la salud de un integrante enfermo.

En este sentido, la medición de otros factores asociados a la identidad tales como los valores, las percepciones, las creencias, las actitudes, las motivaciones, las competencias, las intenciones o las acciones permitirán una explicación más completa de las decisiones y acciones que se llevan a cabo al interior de una familia cuando uno de sus integrantes esta enfermo

Referencias

- Bayón, M., Roberts, B. y Saravi, G. (1998). Ciudadanía social y sector informal en América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*. 13, 73-111
- González, M. (2005). El conflicto sociocognitivo como generador del cambio social. *Iztapalapa*. 59 15-28
- Jiménez, G. (1997). Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte*. 18, 9-28
- Jiménez, G. (2007a). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. México: Cenart

Jiménez, G. (2007b). *Formas de discriminación en el marco de la lucha por el reconocimiento social*. En O. Gall (coord.). Racismo, mestizaje y modernidad: visiones desde latitudes diversas. (pp. 37-61). México: UNAM

Minujin, A. (1998). *Vulnerabilidad y exclusión en América Latina*. En E. Bostelo (coord.). Todos entran. Propuestas para sociedades incluyentes. (pp. 161-205). Bogotá: UNICEF