

Identidad familiar en la era Covid-19

Cruz García Lirios

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.

Keywords: familiar identity, familiar leadership, transition to the leadership and absence of leadership.

Introducción

Hasta julio de 2021, la pandemia ha cobrado la vida de cuatro millones en el mundo y de alrededor de 750 mil en México (García, 2021). Las familias de los conta-

giados, enfermos y muertos han sido fundamentales para la adhesión al tratamiento y el autocuidado preventivo, aunque también el estigma es una respuesta usual ante la crisis sanitaria.

Desde el enfoque de la adhesión al tratamiento, la familia alrededor de contagiados o enfermos es considerado un soporte o apoyo social que determina la decisión de llevar a cabo las recomendaciones médicas, la ingesta de medicamentos, o bien, el distanciamiento y confinamiento como herramientas preventivas de la infección (Molina et al, 2021). De este modo, la adhesión al tratamiento sugiere que los grupos, entre ellos las familias, son factor determinante de las decisiones y acciones orientadas a la prevención de la Covid-19, aunque también explican el surgimiento del estigma como disposición negativa a la portación del virus.

Los estudios del estigma social y laboral han demostrado que los trabajadores de bajos ingresos desarrollan climas de relaciones en los que la imagen, la reputación y el prestigio de la organización determinan la calidad de vida y el bienestar laboral (Hernández et al., 2021). Un detrimento de las condiciones sanitarias predice conflictos entre líderes y empleados, así como entre pares. Se trata de atribuciones de causalidad inherentes a las condiciones socioculturales o socioeconómicas que afectan la dinámica familiar e incrementan el sesgo de grupo (Quiroz & García, 2021). Es decir, ante la proliferación de contagios, las familias se tornan en un grupo cerrado a la comunicación con otros grupos, atribuyendo las enfermedades a factores externos y no al autocuidado de los enfermos.

Incluso las diferencias entre los tipos de familia determinan la adhesión a tratamiento y el autocuidado como ejes preventivos del coronavirus SARS CoV-2 (García et al., 2021). Las familias con una estructura de ascendientes y descendientes inciden en mayor medida en contagiados o enfermos con conflictos de pareja. De hecho, las familias tradicionales definen las decisiones de las personas que consideran transitar por una relación informal de pareja.

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).

De este modo, la identidad, de acuerdo con la revisión de la literatura es entendida como eje central de la agenda sanitaria en materia de prevención: autocuidado y adhesión al tratamiento de enfermedades (Martínez et al., 2021). Ante una crisis sanitaria y económica es una respuesta grupal en donde las víctimas potenciales de contagio, enfermedad y muerte se apoyan y recuperan su estándar de salud, pero también es una disposición negativa o positiva hacia otros casos de infección, enfermedad y muerte. Es el caso del estigma el cual determina la propensión a favorecer un enfermo que pertenece a una familia y a desacreditar otro caso externo a la familia.

Sin embargo, los estudios de la identidad familiar no han considerado al liderazgo como eje rector de las decisiones y acciones preventivas de contagio, enfermedad o muerte (González et al., 2021). De este modo, el liderazgo se ha observado en familias emprendedoras e innovadoras ante crisis sanitarias y económicas, pero desligadas a su responsabilidad de gestión de la salud. Por consiguiente, el abordaje de esta variable de liderazgo, considerando los estilos como el tradicional, transformativo y situacional.

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.

¿Existen diferencias significativas entre las dimensiones teóricas del liderazgo familiar con respecto a las observaciones realizadas en el presente estudio?

Las premisas que guían el presente trabajo advierten que el liderazgo familiar es cada vez más fundamentado desde la perspectiva de los recursos y bienes comunes (Bustos et al., 2021). La salud considerada como bien privado o público delega en el individuo la responsabilidad de autocuidado, pero si la salud es asumida como bien común, entonces el sistema de gestión de la salud será también referenciado como recurso compartido. De este modo, la crisis sanitaria es asumida como un eje rector de la agenda común y por consiguiente, una herramienta de liderazgo gestor de la salud (Quintero et al., 2021). En México, las jefas de familia

lideran el 60% de los hogares y por consiguiente, deciden las estrategias de autocuidado, pero orientadas a la cooperación económica más que a la prevención de accidentes y enfermedades.

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 afiliada al seguro popular, 26 por ciento no está asegurado y el 23 por ciento está afiliado 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”.

Resultados y discusión

La Tabla 1 muestra 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).

Tabla 1. La distribución normal de los reactivos

R	Item	M	DE	S	A	C	α	F1	F2	F3	F4
r1	Si hay un enfermo en mi familia nadie lo visitaría en el hospital	1,37	,56	1,216	,623	,421	,702	,320			
r2	Si hay un enfermo en mi familia nadie faltaría a sus trabajos por estar al pendiente	1,93	1,11	,784	-,819	,654	-,783	-	,484		
r3	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona velaría por él	1,83	1,02	1,192	,456	,320	,742	,504			
r4	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona decidiría a donde llevarlo a curar	2,07	1,05	,629	-,741	,412	,770	,591			
r5	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona le daría consejos	2,10	1,12	,726	-,805	,476	,793	,671			
r6	Si hay un enfermo en mi familia nadie sabría que decir al respecto	1,67	,76	,660	-,911	,354	,791	-	,384		
r7	Si hay un enfermo en mi familia nadie se haría responsable	1,47	,68	1,179	,229	,460	,772	,439			
r8	Si hay un enfermo en mi familia nadie sabría que hacer al con él	1,97	1,13	,839	-,698	,564	,703	-	,453		
r9	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona atendería sus necesidades	2,10	1,09	,467	-	,320	,783	,517			
r10	Si hay un enfermo en mi familia solo una persona aportaría el dinero para curarlo	2,17	1,05	,214	-	,436	,793	,637			
r11	Si hay un enfermo en mi familia sólo una persona pediría permiso de faltar a su trabajo	2,10	1,03	,399	-	,409	,751	,561			
r12	Si hay un enfermo en mi familia nadie extrañaría su presencia	1,57	,94	1,825	2,618	,538	,771		,379		
r13	Si hay un enfermo en mi familia nadie faltaría a sus trabajos para ocuparse de curarlo	1,73	,94	1,108	,275	,521	,704		,445		
r14	Si hay un enfermo en mi familia nadie acudiría a verlo	1,27	,45	1,112	-,824	,540	,701		,614		
r15	Si hay un enfermo en mi familia nadie se desesperaría	1,70	,95	1,432	1,342	,476	,732		,651		
r16	Si hay un enfermo en mi familia todos le dedicaríamos la atención que requiera	3,17	,99	-	1,051	,189	,498	,737		,309	
r17	Si hay un enfermo en mi familia todos nos ayudaríamos con las labores domésticas	3,23	,94	-	1,316	1,199	,534	,703		,320	
r18	Si hay un enfermo en mi familia todos nos preocuparíamos	3,07	,91	-,731	-,124	,541	,734		,404		
r19	Si hay un enfermo en mi familia todos estaríamos al pendiente de los gastos	3,20	,96	-	1,178	,645	,308	,754		,421	
r20	Si hay un enfermo en mi familia todos decidiríamos lo que se va a hacer	3,03	1,00	-,958	,075	,435	,792		,430		

Fuente: Elaborada con los datos del estudio, R = Reactivo, M = Media, DE = Desviación Estándar, S = Sesgo, C = Curtosis, A = Asimetría. α = Alfa de Crombach quitando el valor del ítem. Adecuación (KMO = ,786), Esfericidad [$\chi^2 = 14.21$ (34 gl) $p > .05$]. Método: Ejes principales, Rotación: Promax. F1 = Liderazgo Familiar (29 % de la varianza total explicada y alfa de ,780), F2 = Transición al Liderazgo (22% de la varianza total explicada y alfa de ,756), F3 = Ausencia de Liderazgo (13% de la varianza total explicada y alfa de ,752), F4 = Liderazgo Situacional (7% de la varianza total explicada y alfa de ,750). Todos los ítems se responden con cinco opciones de respuesta que van desde "nada probable" hasta 5 = "bastante probable".

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. El cuarto factor de liderazgo situacional (KMO = ,437; $\chi^2 = 23.45$ (23 gl) $p > .05$) explicó el 7% de la varianza total.

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.

Se realizó un análisis de correlaciones considerando el parámetro "r" de Pearson y un nivel de significancia menor a ,05

Tabla 2. Correlaciones y Covarianzas entre los factores

	M	DE	S	C	A	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
F 1	23.2 4	12.3 4	1.2 3	1.3 2	1.5 4	1,000				1.86 7	.542	.543	.547
F 2	25.4 6	14.3 5	1.4 3	1.3 4	1.3 2	- ,722** *	1,000				1.62 1	.623	.409
F 3	22.3 1	10.2 1	1.8 9	1.2 1	1.5 4	,528**	- ,683** *	1,000				1.43 5	.671
F 4	27.6 4	16.5 7	1.4 5	1.0 9	1.8 9	,684** *	-,152	,536*	1,00				1.70 4

Fuente: Elaborada con los datos del estudio. M = Media, DE = Desviación estándar, S = Sesgo, C = Curtosis, A = Asimetría, F1 = Liderazgo Familiar, F2 = Transición al Liderazgo, F3 = Ausencia de Liderazgo, F4 = Liderazgo Situacional. * p < .01; ** p < .001; *** p < .0001

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 tomó al parámetro “Beta” (β), R, R², R² 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 (véase Figura 1).

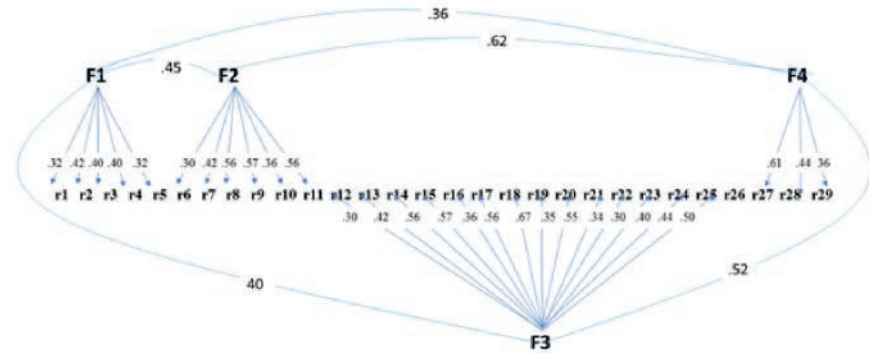


Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales

Nota: Elaborado con los datos del estudio. R = Reactivo, F1 = Liderazgo Familiar, F2 = Transición al Liderazgo, F3 = Liderazgo Ausente, F4 = Liderazgo Situacional. E = Error de Medida del Reactivo, d = Disturbio de Medida del Factor

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.

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 está enfermo.

Referencias

- Bayón, M., Roberts, B. y Saravi, G. (1998). Ciudadanía social y sector informal en América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 13, 73-111
- Bustos, J. M., López, S. & García, C. (2021). Modelling self-care in the Covid-19 era. *European Journal of Investigation in Health Psychology & Education*, 11 (1), 1-16
- García, C. (2021). Modelamiento del compromiso laboral ante la Covid-19 en un hospital público del centro de México. *Gaceta Médica Boliviana*, 44 (1), 34-39
- García, C., Quintero, M. L., Molina, M. R. (2021). Modelling reproductive choice in the Covid-19 era. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (1), 1-5
- González, L. M., Sánchez, A., Carreón, J., García, C., Espinoza, F. & Hernández, J. (2021). Discursive collaborative networks in a coffee growing town. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, 12 (6), 4765-4771
- González, M. (2005). El conflicto sociocognitivo como generador del cambio social. *Iztapalapa*. 59 15-28
- Hernández, T. J., Carreón, J. & García, C. (2021). Factor structure of the determinants of entrepreneurship in the of biosafety in the face of Covid-19. *Academy of Strategic Management Journal*, 20 (2), 1-8
- Jiménez, G. (1997). *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. *Frontera Norte*. 18, 9-28
- Jiménez, G. (2007^a). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. México: Cenart
- Jiménez, G. (2007^b). Formas de discriminación en el marco de la lucha por el reconocimiento social. En O. Gall (oord.). *Racismo, mestizaje y modernidad: visiones desde latitudes diversas*. (pp. 37-61). México: UNAM
- Martínez, E., Espinoza, F., Sánchez, A., Carreón, J. & García, C. (2021). Modelling the dimensions of the leadership in the literature from 2019 to 2021. *Turkish Journal of Computer, Mathematics & Education*, 12 (13), 5518-5526
- Minujin, A. (1998). Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. En E, Bostelo

(Coord.). Todos entran. Propuestas para sociedades incluyentes. (pp. 161-205). Bogota: UNICEF

Molina, M. R., Carreón, J. & García, C. (2021). Modelling of feminity and masculinity literature in the Covid-19 era. *Journal of Legal, Ethica and Regulatory Issues*, 25 (6), 1-13

Quintero, M. L., González, L. M., Carreón, J., Hernández, J., Sánchez, A., Espinoza, F., Garza, J. A., García, C. & Bermudez, G. (2021). Modelling perception entrepreneurship in the Covid-19 era. *Academic of Strategic Management Journal*, 4 (1), 1-18

Quiroz, C. Y. & García, C. (2021). Redes de formación profesional, gestión, administración y emprendimiento del conocimiento. *Estrategia Organizacional*, 10 (1), 20-34