



La recursividad como una herramienta para el proceso de conceptualización

Recursion as a proposal for the process of conceptualization

Carolina Mora Huerta

Resumen

En el presente trabajo se propone el uso de la recursividad, basada en la teoría de sistemas y la teoría de la complejidad, para la conceptualización. Se realiza además un ejercicio con la conceptualización del término Calidad De Vida, en un primer momento con los aportes de diversos autores, y posterior a esto se analiza desde las particularidades de una población específica: las familias con un miembro con una enfermedad degenerativa y discapacitante. De este modo se reconocen posibilidades de definición a través de las relaciones que la conceptualización supone. Se observa la importancia de considerar aspectos subjetivos para el estudio de la calidad de vida, pero también de problemas intersubjetivos que ocurren en la interacción: la condición sociocultural, el estrato socioeconómico y las políticas públicas son algunos de estos aspectos. La recursividad se descubre como una valiosa herramienta para la comprensión de los fenómenos en vista de su complejidad.

Palabras clave: Recursividad; Conceptualización; Teoría de sistemas; Complejidad; Calidad de vida.

Abstract

This paper proposes the recursion, based on systems theory and complexity theory, for conceptualization. An exercise is also performed with the conceptualization of quality of life, initially with contributions from various authors, and then this is analyzed from the particularities of a specific population: families with a member with a degenerative and disabling disease. In this way possibilities of definition are recognized through the relationships that conceptualization implies. It's clear the importance of considering subjective aspects for the study of quality of life, but also of the intersubjective problems that occur in the interaction: the sociocultural condition, the socioeconomic stratum and the public policies are some of these aspects. Recursion is discovered as a valuable support tool for the understanding of phenomena in view of their complexity.

Keywords: Recursion; Conceptualization; Systems theory; Complexity; Quality of life.

1. Introducción

Un estudio puede empezar con una pregunta o con la hipótesis que responde de manera tentativa a este cuestionamiento. Independiente de la manera en cómo se inicia o se concluye el trabajo, los investigadores tendrán que pasar por la tarea de la definición de los elementos que conforman su planteamiento. Debido a ello es necesario enfatizar el modo en que dichos componentes serán abordados con el fin de tener conceptos precisos. En este sentido, Binimelis (2003) muestra cómo la descripción y organización del material bibliográfico, así como la construcción del esquema conceptual, son fases de suma importancia en un programa de investigación.¹ Para Gobato (2013) los conceptos deben además, tener referencia, extensión y sentido, con relación a la parte de la realidad que describen.

El presente trabajo nace de las reflexiones asociadas a la problematización de un proceso de investigación acerca de la calidad de vida (CDV), entre otros aspectos, en las familias que tienen un hijo con una enfermedad degenerativa y discapacitante. Para lograr comprender este fenómeno, se debe definir con exactitud lo que se entiende por cada uno de los elementos. En este artículo se aborda: I) la propuesta de la utilización de la recursividad para la conceptualización basado en la teoría de sistemas y la teoría de la complejidad; II) se realiza un ejercicio con la definición de la CDV desde la óptica de diversos autores; III) se revisan las particularidades de las familias con un hijo enfermo y se propone un concepto desde el análisis recursivo.

2. La recursividad como herramienta del investigador

El proceso de construcción de conceptos para una investigación puede darse a través de un procedimiento recursivo. ¿Por qué desde la recursividad? Esto es debido a que se busca leer la complejidad de los fenómenos sociales. Este camino proporciona una lectura esquematizada y ordenada de las relaciones contextuales establecidas en el objeto de estudio.

Por recursividad se entiende aquello que “está compuesto de partes con características tales que son a su vez objetos sinérgicos” (Johansen, 2013: 44). Un objeto es sinérgico cuando la suma de las partes es inferior al todo o cuando una parte no explica el todo. Para Niklas Luhmann (2014) la recursividad es uno de los conceptos pensados para el sujeto, pero que también puede referir a características específicas de los sistemas sociales. Un sistema es “la *diferencia* que resulta de la *diferencia* entre sistema y entorno” (Luhmann, 2014: 78); por lo tanto, podemos entender al sistema como una diferencia.

El que los sistemas formen parte de sistemas más grandes, no representa una jerarquización de la realidad de los objetos mismos, pero sí una serie de diferenciaciones sistema/entorno. A pesar de que los fenómenos están insertos en otros más grandes o que abarcan otras realidades, esta sería una lectura reduccionista. Es más adecuado considerar que, la relación entre sistemas y subsistemas, traza diferentes niveles lógicos. Para Keeney (1991), esto supone distinguir en el espacio los niveles distintos en los que se demarcan órdenes entre sistema y subsistema. Esto quiere decir, que la reflexividad refiere a las relaciones que complejizan el análisis y en este sentido, extienden la comprensión de los fenómenos de manera constante.

La recursividad “se presenta en torno a ciertas características particulares de diferentes elementos o totalidades de diferentes grados de complejidad” (Johansen, 2013: 46). Cuando, por ejemplo, se emprende un viaje al extranjero, se empieza a conocer los lugares en su dimensión geográfica, pero también las costumbres e idiosincrasia; se descubre la arquitectura, pero con ella su relación con la historia y la cultura; se encuentran las prácticas, y al mismo tiempo sus objetos y relaciones con el poder.

De este modo, para Morín, Ciurana y Mota (2003: 40) “[l]a recursividad constituye un proceso cuyos productos son necesarios para la propia producción del proceso”. Es decir, los “niveles” señalados más arriba, influyen unos sobre otros para la construcción de la realidad. Por

¹ En su artículo “*La experiencia personal y el diálogo teórico como insumos para el desarrollo de un problema de investigación social*” (2003) relata cómo el proceso de investigación acerca del software libre tuvo que pasar por una serie cambios del objeto, debido a lo encontrado en las definiciones sociopolíticas.

ejemplo, la percepción del individuo sobre su propia condición de vida se ve influida por la percepción de su familia, y esta a su vez por las características socioculturales en las que viven. Y este mismo proceso también funciona a la inversa. De este modo los “niveles” producen significados necesarios para la elaboración de los conceptos sobre la realidad. Los significados se van creando con referencia a los significados internos, en la misma medida en que se crean en el sistema/entorno. Por ello, se puede hablar de autopoiesis, en la definición de Maturana y Varela (1980), con respecto a los significados que se construyen de la realidad.

Así, la recursividad se convierte en una herramienta para la conceptualización, con la cual el investigador puede situarse con respecto a su objeto de estudio, debido a que, con esta lectura, las formulaciones teóricas se pueden estructurar de acuerdo con un marco de referencia y un encuadre específico para analizar la realidad. Es necesario tener claro en dónde se ubica el investigador con respecto a los discursos que intervienen, debido a que situarse de manera adecuada ayuda a organizar el pensamiento para sustentar, de manera más precisa, el orden en que el objeto es conceptualizado. Un ejemplo puede ayudar a explicar mejor este punto: si se quisiera trabajar la migración, se realizaría un mapa de las relaciones encontradas entre los sistemas y subsistemas, es decir, entre la globalización, la economía, las naciones o la ciudadanía. Después, se procedería a delimitar qué parte del mapa utilizaría el estudioso y desde qué perspectiva: si decide trabajar la ciudadanía en el contexto de la globalización, o la economía y su relación con las fronteras entre las naciones que tienen altos niveles de migración. Esto es posible debido a lo que se señalaba antes desde la perspectiva de Keeney (1991): la capacidad de marcar una distinción espacial para los distintos niveles entre sistema y subsistema.

Una visión desde la recursividad puede ser de importancia, debido a que los fenómenos complejos no pueden comprenderse analizando únicamente una sección de éste (Wittezacle y García, 1994). Volviendo al ejemplo, la migración no es un suceso que puede entenderse desde uno sólo de sus elementos, sino en la relación con los demás y el todo. El investigador, como parte del sistema, interpreta con base en sus estructuras preestablecidas, en una acción de significación y objetivación. Su visión forma parte también de la realidad en toda su complejidad, multidimensionalidad, interacción y diversidad (Carrizo, Espina y Klein, 2004).

Hasta este momento se ha hecho referencia a los conceptos, explicándolos como sistemas, sin embargo ¿se pueden considerar como objetos y/o sistemas? Los seres humanos construyen su mundo y los conceptos a través de representaciones. Por lo tanto, los conceptos describen la realidad en la que se vive para ser ordenada como objetos o sistemas. “El mundo de la vida cotidiana no solo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por estos” (Berger y Luckmann, 2001: 35). Por lo tanto, si bien los conceptos no son objetos de la realidad, sí lo son en la medida en que la representan. Cuando en una investigación se intenta llegar a ellos, una alternativa es acercarse de manera recursiva para comprender sus relaciones complejas. Para Johansen, es pertinente analizar desde esta perspectiva las ideas o abstracciones:

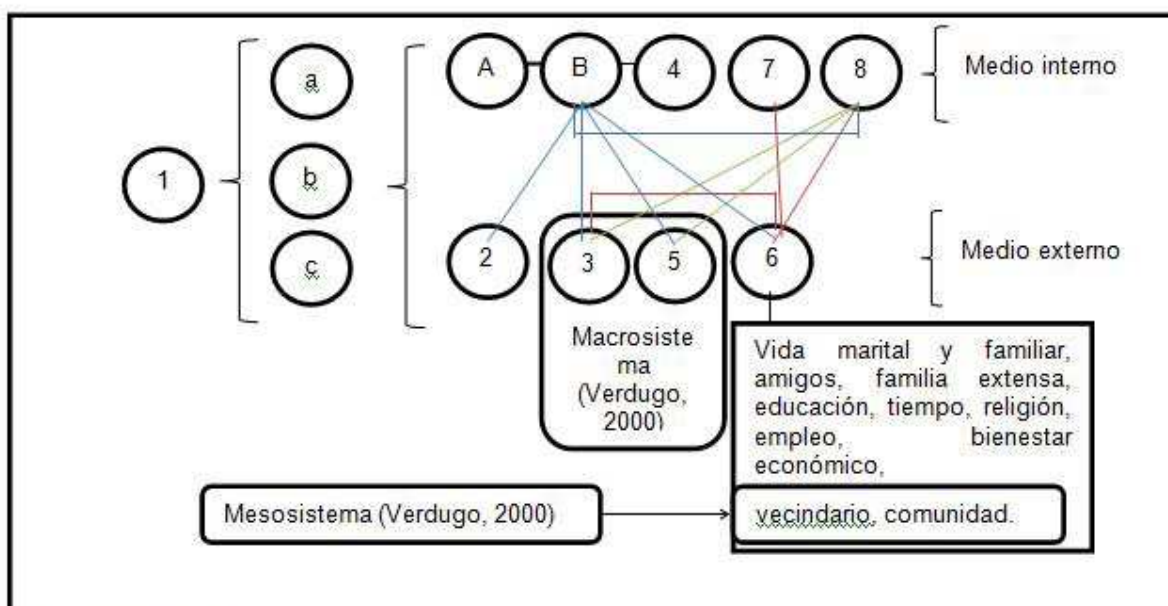
En un grupo social, el contacto, la comunicación entre los miembros del grupo es ‘algo’, que no cae dentro de la categoría de objeto. Los pensamientos también son intangibles. No ocupan un lugar en el espacio y, sin embargo, existen. Más aún, existen sistemas abstractos, conceptos que están en la mente y que explican algún aspecto de la realidad. Tampoco son objetos. No obstante, nuestra intención es incluirlos en esta categoría. Podemos hacerlo si al espacio tridimensional le agregamos la cuarta dimensión, el tiempo. De este modo (para nuestros efectos) un objeto es todo aquello que ocupa un lugar en el espacio y/o en el tiempo. Así llegamos a una idea de objetos que abarca todo, lo tangible y lo intangible. (Johansen, 2013: 38).

En resumen, en una investigación, es conveniente el acercamiento a los conceptos de los elementos a estudiar tomando en cuenta la naturaleza recursiva de los fenómenos sociales. En función a estos, el proceso de definición sigue la misma lógica en la búsqueda por delimitar de manera clara la complejidad multidimensional de los problemas que se abordan. Dentro de dicha complejidad se encuentran insertas las subjetividades y la construcción de la realidad tanto del actor social, como del observador mismo.

3. La calidad de vida en una lectura recursiva

En función de lo que se entiende por CDV, se describe una guía para la definición del problema y una posible metodología de trabajo. En la conceptualización de CDV, la percepción de los sujetos con respecto a su realidad inmediata se relaciona con la percepción de su familia y de la comunidad en la que viven. A su vez, las percepciones de esta comunidad se relacionan con sistemas más amplios: sociales, culturales, naturales, etc. Para la aplicación de la recursividad se utiliza un esquema que indica las relaciones en los distintos niveles de relación (Figura 1).

Figura 1: Ejercicio de recursividad con las relaciones encontradas para CDV



Fuente: Elaboración propia.

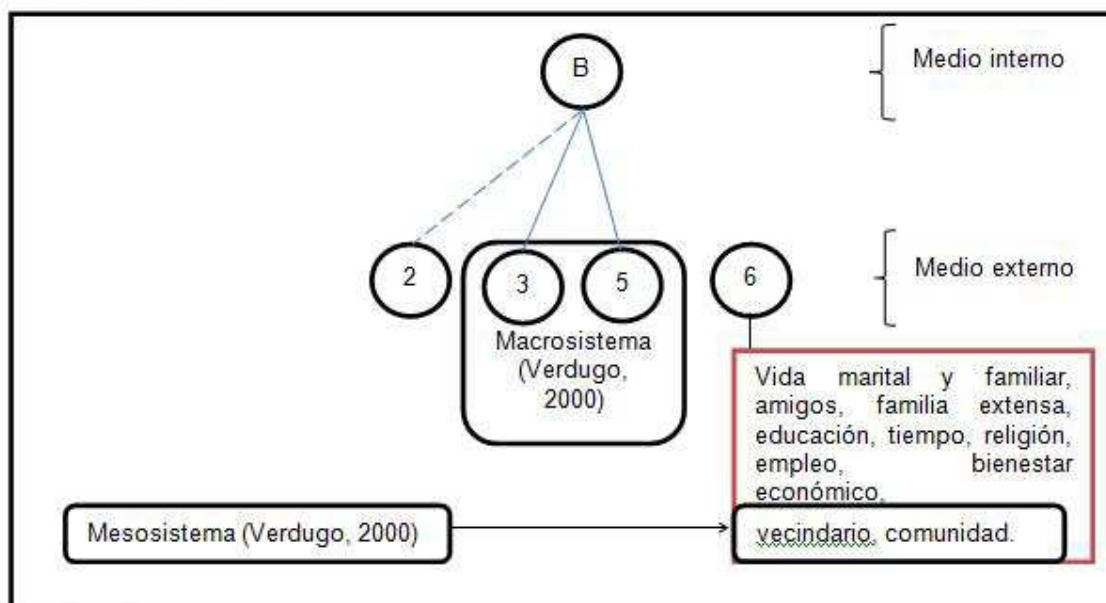
Nota: 1 = Desarrollo histórico; a = Economía; b = Sociología; c = Medicina; 2 = Nivel socioeconómico (Ochoa, 2011); 3 = Cultura, normas y valores sociales (Tapia y García, 2011); 4 = Necesidades personales (Verdugo, 2009); 5 = Política pública (Verdugo, 2009; Grimaldo, 2010); 6 = Socialización (Andrews y Whitney, en Grimaldo, 2010); 7 = Familia (Verdugo, Jenaro y Schallock, 2009; Tumbull y Summers, en Verdugo, 2000; Díaz Guerrero, 1986); 8 = Salud (OMS, 2002; Casas, 1996; Ochoa, 2011); A = Enfermedad degenerativa y discapacitante; B = Percepción subjetiva de bienestar.

El término CDV surgió en los sesentas y ha cambiado con el tiempo. Desde la disciplina de la economía, se utilizó el término para referirse al ingreso y su distribución en la población. Posteriormente la sociología se interesó en la CDV al abordar estudios sobre aspectos materiales, para más tarde incluir aspectos psicosociales como: afecto, escuela, familia, grupos, etc. En la época de los ochentas el concepto se centraba en la igualdad y en la posibilidad de la satisfacción con las condiciones de vida (Henaó y Gil, 2009). Todavía en la década pasada había autores que definían CDV, con base en aspectos más de orden médico que psicológico, sistémico o ecológico. Por ejemplo, Lawton en 1982, la describía como una serie de competencias y habilidades a nivel sensorial, comportamental y cognitiva que se desarrollan en un entorno determinado. Esta definición excluía a todas aquellas personas con una enfermedad o condición física o mental que le impidiera actuar sobre su medio ambiente, lo que suponía para estas, la imposibilidad de alcanzar satisfacción vital. Este tipo de definiciones se veían influidas por el momento histórico, en el que la cuestión de una enfermedad degenerativa y la discapacidad resultante no era un elemento a considerar. Actualmente son muchas las disciplinas que trabajan con el concepto de CDV, desde la sociología hasta la medicina (Tapia y García, 2011).

A pesar de que una de las dimensiones que se considera para evaluar la CDV es el nivel socioeconómico, Ochoa (2011) observa que el aumento en la economía no incrementa el nivel de

satisfacción, pero sí se relaciona positivamente con el grado en que la sociedad cubre las necesidades básicas y da la oportunidad a los sujetos de lograr objetivos personales (Figura 2).

Figura 2: Ejercicio de recursividad basado en la importancia de las políticas públicas y las normas y valores sociales



Fuente: Elaboración propia

Nota: Se observa que, aunque el nivel económico (2) no se relaciona directamente con la percepción de bienestar subjetivo (B), el que la sociedad cubra las necesidades básicas ayuda a alcanzar este estado, por lo que es importante destacar que los programas de política pública (5), así como las normas y valores (3) ayudan a conseguir objetivos personales y a través de ellos se da la satisfacción y bienestar.

Si bien uno de los aspectos a los que atiende la CDV es el bienestar subjetivo, estas apreciaciones están relacionadas con “los intereses, la cultura, las prioridades, las normas, los valores y la autoacumulación de evaluaciones positivas y negativas de sus experiencias de vida” (Tapia y García, 2011: 152). Es decir, la percepción del sujeto con respecto a su CDV, se encuentra mediada de manera recursiva con los elementos de la cultura, las normas y valores sociales (Figura 2).

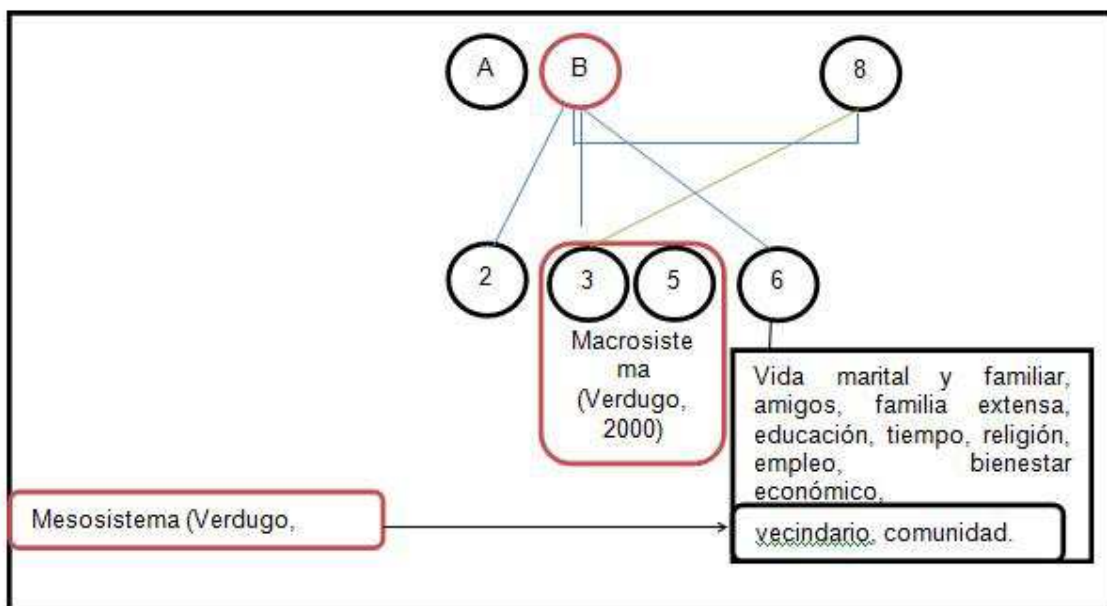
De igual modo, para Verdugo (2009), la CDV es un concepto que abarca una multitud de dimensiones entre las necesidades personales y los avances en los apoyos en la política pública. Dichos apoyos pueden ayudar a lograr la autorrealización del sujeto. De nuevo se observan dos puntos importantes: primero, el alcance de los aspectos subjetivos, ahora relacionados con el sistema de políticas públicas que abre la posibilidad de perseguir el objetivo individual; segundo, que la satisfacción en aspectos vitales tiene relación con sistemas más grandes, como lo son las políticas públicas (Figura 2).

Rutt Veenhoven (citado en Ochoa, 2011) propone una teoría para evaluar la CDV, basada en las oportunidades de vida y sus resultados, tanto en relación con el medio externo como en el interno. Para Andrews y Whitney (citados en Grimaldo, 2010), los dominios a través de los que se valora la CDV son: vida marital y familiar; amigos; familia extensa; educación; tiempo; religión; empleo; bienestar económico; vecindario y comunidad. Estos aspectos pueden ser delimitados por lo que culturalmente se entiende por un buen estándar en estas dimensiones (Figura 2).

En este sentido, en estudios transculturales se señala la importancia de tomar en cuenta las diferencias propias del entorno en la evaluación de la CDV. Por ejemplo, Verdugo, Jenaro y Schalock (2009) revisaron este aspecto en personas con discapacidad, en poblaciones latinoamericanas. Las dimensiones más significativas para las personas con discapacidad fueron el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material y físico y los derechos.

En cuanto al bienestar emocional mencionan la alegría, el autoconcepto y la ausencia de estrés. Mientras que en las relaciones interpersonales hablan de interacciones, relaciones de amistad y apoyos. En lo que se refiere al bienestar material señalan el estado financiero, el empleo y la vivienda como factores definitorios. En cuanto al bienestar físico mencionan la atención sanitaria, el estado de salud, las actividades de la vida diaria y el ocio. Por último, en el tema de los derechos, se habla de la dignidad y el respeto. Para los familiares de estos sujetos las dimensiones de mayor importancia fueron el bienestar emocional, el bienestar físico y los derechos, con los mismos contenidos que para las personas con discapacidad (Figura 3).

Figura 3: Ejercicio de recursividad con base en la relación entre el bienestar subjetivo y la socialización



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se observa que en gran medida las definiciones de CDV analizadas abarcan dos elementos principales: el bienestar subjetivo (B) y la socialización (6). En el esquema se observan relaciones establecidas entre el nivel socioeconómico (2), las políticas públicas (5), la socialización (6) y la salud (8).

Para Verdugo (2000) entender la CDV desde la perspectiva de sistemas, supone tomar en cuenta los ambientes sociales inmediatos, el mesosistema y el macrosistema. El primero conformado por el vecindario, la comunidad y las organizaciones; el segundo por patrones sociopolíticos y culturales (Figura 3). En cuanto a los patrones sociopolíticos y culturales, Rogelio Díaz Guerrero (1986) realizó un estudio sobre la percepción de la CDV en familias mexicanas, que radicaban tanto en la ciudad de Monterrey, como en Estados Unidos de Norteamérica. En este estudio encontró los siguientes elementos como los más importantes:

- 1) Grey sostén: familia, compadrazgo, amigos.
- 2) Actividades: rezar el rosario, cantar canciones mexicanas.
- 3) Objetos: medallas, escapularios.
- 4) Eventos: días festivos y ceremoniales.
- 5) Símbolos: cultura mexicana con expresiones literarias y elementos relacionados como santos y vírgenes (Figura 3).²

Hasta aquí, se ha considerado CDV en términos generales, pero ¿es posible hablar, por ejemplo, de CDV familiar en un intento por delimitar un nivel en la recursividad? Para Turnbull y Summers (citados en Verdugo, 2000) las familias se sienten más satisfechas con la vida cuando sus necesidades son cubiertas, pasan tiempo juntos y pueden perseguir metas significativas.

² Los aspectos mencionados refieren a los ítems del instrumento de recolección de datos utilizado.

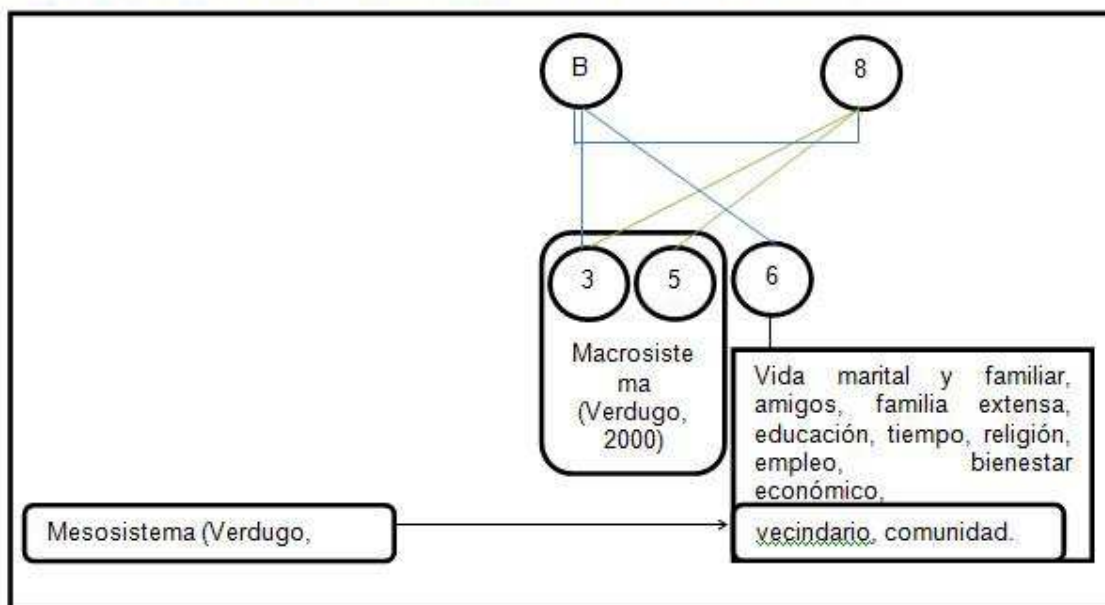
Según el estudio realizado por Díaz Guerrero (1986), la CDV para las familias mexicanas se relaciona con aspectos de importancia enumerados anteriormente. Y de esta manera, se puede ver que la definición de CDV para una familia guarda una relación estrecha con la socialización (Figura 3). Si se observan las relaciones que se desprenden, se aprecia la mediación de la cultura, las normas y los valores sociales con la percepción subjetiva de la satisfacción. Es decir, la definición de CVD que se utiliza, depende de lo amplio o estrecho que se complejice la definición. Por ejemplo, si se toman las relaciones 7-6-3 (Ver Figura 1), se puede decir que la CDV familiar es el cumplimiento de la socialización dentro de una cultura, sus normas y valores sociales.

Por otro lado, la OMS (2002) da a la percepción el papel principal para la CDV:

La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno. (OMS, 2002: 78)

De igual forma, para Casas (1996) hay que considerar la evaluación del sujeto con respecto a su condición; agrega que hay que profundizar en cuanto a la percepción, las evaluaciones y las aspiraciones, incluyendo la visión que se tiene acerca de la propia salud. Tomando en cuenta que dicha evaluación tiene más valor que el entorno material o aquellas cosas que son esenciales para los expertos (Figura 4).

Figura 4: Ejercicio de recursividad donde el centro es el concepto de salud



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se observa una estrecha relación entre la salud (8) y la percepción de bienestar subjetivo (B), ambas relacionadas nuevamente con la socialización (6) y la cultura (3). Por ello es tan importante resaltar estas relaciones en cuanto a la situación de las enfermedades degenerativas y discapacitantes. Se agrega la relación entre política pública (5) y salud (8).

Es importante notar que en México los índices de CDV se evalúan mayormente por aspectos objetivos, mientras que son pocos los estudios que atienden a la subjetividad (Ochoa, 2011). Si bien, las definiciones basadas en aspectos subjetivos reciben críticas debido a que los sujetos se adaptan a las condiciones de vida y entonces se sienten satisfechos (Ochoa, 2011), esto no pasa en el aspecto de la salud (Figura 4). La percepción que tienen de la situación es de gran importancia para las personas con una enfermedad degenerativa y sus familias. La satisfacción en las condiciones de vida y de salud, dependen de la evaluación que hacen de su condición. Debe

considerarse que esto depende también de su contexto. Un ejemplo es el que refiere Dan Brock (2004) donde las personas pueden tener desventajas socioculturales claras y, sin embargo, valorar su vida como preciosa (Figura 4).

Del mismo modo, para las personas que no tienen ninguna circunstancia en la que su mente o su cuerpo se encuentran comprometidos por una enfermedad y/o discapacidad, un elemento básico para poder definir la CDV es la satisfacción experimentada por la vida que se tiene, en cuanto a la integración a su medio ambiente social y familiar, actividades de recreación, espacio personal, expresión de sentimientos o desarrollo de actividades de su agrado. En el otro extremo se encuentran quienes no pueden comunicar si están satisfechos con la manera en que viven debido a un estado de inconsciencia “total”, como en los casos de los pacientes en coma. ¿Existen entonces elementos básicos para hablar de este tema? El cuerpo necesita de ciertos cuidados para mantenerse en un funcionamiento adecuado: la alimentación, el aseo, el movimiento, el descanso. Que el paciente no pueda percibir su propia condición, no implica que no haya CDV, sino que no puede evaluarla como tal. Por tanto, quien debe hacer la evaluación es su familia o cuidador.

Schalock y Verdugo (2009), proponen una definición con la que trabajan en varios estudios sobre discapacidad. Ellos entienden CDV como un concepto multidimensional que tiene los mismos componentes para todas las personas, mediado por factores personales, ambientales y de interacción, de carácter objetivo y subjetivo, cuyas dimensiones son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Según Ochoa: “si la salud objetiva se deteriora, la felicidad disminuye y esta disminución es mayor si se trata de enfermedades inmovilizantes” (Ochoa, 2011: 31). En un estudio publicado en el 2012 se entrevistó a 11 familias de niños con parálisis cerebral infantil, inscritos en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Aguascalientes y provenientes de diferentes estados de la República Mexicana. Principalmente mencionaron la convivencia con la familia y con su medio sociocultural; de igual modo, para el hijo con discapacidad, los padres buscan sobre todo la integración, el afecto, el bienestar y las necesidades básicas (Mora, 2012). En este mismo sentido Verdugo señala que “la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidades tiene sentido y debe orientarse principalmente a un contexto de vida en la comunidad” (Verdugo, 2009: 8) (Figura 4).

4. Los alcances del concepto de calidad de vida

La recursividad ayuda a organizar los conceptos que señalan los autores, pero también abre la posibilidad de crear otras conceptualizaciones e hipótesis, además de poder observar nuevos caminos de interés. Si se trabaja la CDV para las familias con un hijo con una enfermedad degenerativa y discapacitante, con base en el esquema de la figura 1, se pueden tomar los siguientes rumbos de análisis:

Si se relacionan A con 2, es decir, la situación de la enfermedad degenerativa con el nivel socioeconómico, el análisis debe considerar las necesidades específicas de dicha población: cuando un individuo presenta una enfermedad degenerativa, con el avance del padecimiento, necesita de más apoyo, por lo que cada vez más dependiente. Esto quiere decir que poco a poco aumenta su necesidad de cuidados, atención médica y apoyos sociales.

En cuanto a los cuidados de hijos enfermos, hay que tomar en cuenta que, con el tiempo, los niños crecen, al mismo tiempo que pierden habilidades. A la larga se les tiene que ayudar con todas las actividades de la vida diaria, tales como bañarse, comer, vestirse, ir al baño, etc. Por su parte, los padres envejecen, y necesitan ayuda de otros miembros de la familia o deben contratar los servicios de enfermeros o cuidadores formales.

Los gastos en la atención médica también aumentan. En la gran mayoría de los casos los tratamientos de mantenimiento son muy costosos. En ocasiones se requiere de cirugías correctivas, aparatos, máscaras respiratorias, tanques de oxígeno, sillas de ruedas, etc. Por ello, es de suma importancia contar con un seguro médico o algún tipo de seguridad social a través del cual las familias puedan cubrir los gastos.

En cuanto a la escuela, se puede llegar a recomendar que los niños con estas características se integren a institutos privados, donde se cuente con grupos pequeños, y los profesores y directivos tengan la posibilidad de controlar las interacciones entre los estudiantes. De este modo se busca apoyar la adaptación de un niño que no requiere ir a una escuela especial, pues su capacidad de aprendizaje no se ha visto comprometida con el avance de su enfermedad. Sin embargo, estas instituciones suelen tener costos altos y se requiere de material especial y adaptaciones para el niño.

Con todos estos factores, la percepción que tenga la familia de la enfermedad se verá afectada de manera inevitable. Por ello el nivel socioeconómico es uno de los elementos indispensables para hablar de CDV, pero sin olvidar factores como la edad del hijo enfermo y sus padres y/o cuidadores, su condición física y los apoyos que requiere. Ciertamente es que, cuando se evalúa la CDV percibida, esto puede no afectar la satisfacción de los familiares, y sin embargo para quien padece la enfermedad son elementos importantes, ya que se dan cuenta de las dificultades que tienen los demás para sacarlos adelante. Debido a ello, para las familias con un hijo con una enfermedad degenerativa, es preferible valorar la CDV desde elementos subjetivos y objetivos conjuntamente para tener un panorama más completo del fenómeno.

Por otro lado, ¿qué particularidades se encuentran en cuanto a la relación A-3? ¿Qué elementos de la cultura, los valores y las normas están relacionados a la enfermedad degenerativa e influyen en la CVD? El ser humano se desenvuelve en un marco donde la idea del cuerpo, la salud y la enfermedad tienen definiciones y preceptos propios del grupo al que pertenece. En el mundo occidental, la idea que se pueda tener con respecto al cuerpo enfermo depende de la condición que se padezca y de las características que esta conlleva (Lupton, 2012). En una sociedad donde el cuerpo se convierte en un producto que debe cumplir con ciertos criterios, las personas con cuerpos enfermos y/o en deterioro, entran en un conflicto que deben resolver en un nivel emocional, cognitivo, social y cultural. Por otro lado, cuando el cuerpo cambia debido a una enfermedad, la idea que la persona tiene de sí misma se ve alterada, su identidad se vuelve incierta y, en muchas ocasiones, pasan por situaciones dolorosas en la búsqueda de reestructurar quienes son. La familia acompaña al individuo en este escenario, ya que también para ellos cambia la idea que tienen de sí mismos: como grupo se dan cuenta de sus diferencias. La familia sabe que uno de sus integrantes, con el que tienen una relación de cercanía emocional, tiene un cuerpo distinto, que está enfermo y sufre por ello. Un ejemplo, es una madre que relata su experiencia en la escuela primaria:

Entraba otro grupo de primero y pues, lógico, otra vez. O algún otro niño de otro grupo que lo veían y preguntaban: '¿qué le pasó?', y '¿qué tiene?, ¿y le duele?' (...) Mi niño también al principio como que se enojaba. Yo le decía: 'hijo pues es que ellos quieren saber'. Yo les respondía además: 'pues mira está enfermito de sus piernas y no puede caminar'. Pero yo, así como muy normal, entonces el verme a mí así, mi hijo ya lo veía como normal. Entonces yo lo trataba de manejar todo para mis hijas y para él, todo normal, o sea, no le he ocultado nada, o sea de que le pueda dar un paro respiratorio, de que puede morir, de que puede quedar en cama, todo eso él lo sabe, porque a mis hijos no les he ocultado nada. Todo eso al explicarle a la gente... (EE1, comunicación personal, 16 de febrero de 2015).

Por otro lado, muchas veces las enfermedades conllevan estigmas debido a cómo fueron contraídas (Lupton, 2012). Un ejemplo es la Distrofia Muscular de Duchenne, cuyos componentes genéticos, en muchos casos, produce una reprobación social hacia los padres, debido a la decisión de tener hijos, aun cuando hay una alta predisposición a que la enfermedad se presente.

Estos elementos, que llevan al individuo a evaluarse a sí mismo en su condición de enfermo, en una sociedad determinada, también influyen en el modo en que evalúan su CDV. Del mismo modo la familia se ve a sí misma como miembro de una sociedad no diseñada para sus particularidades. Si el sujeto y su familia logran crear una narrativa en la que se sientan cómodos e integrados, probablemente continuarán creyendo que su nivel de vida es bueno, de lo contrario no será así. Ejemplo de que pueden concebirse con bienestar es el siguiente fragmento de entrevista, donde se expresa el padre de un niño con parálisis cerebral:

“Pues yo pienso que nosotros tenemos una vida bien, vaya, porque estamos unidos todos, nos apoyamos en todo, es lo principal, nos queremos.” (EXVIII, comunicación personal, 21 de agosto de 2013).

Entonces, se puede decir hasta aquí, que una conceptualización de CDV debe incluir aspectos objetivos y subjetivos, que tomen en cuenta el estrato socioeconómico, las características de la enfermedad, la edad del sujeto y sus padres y/o cuidadores, los apoyos requeridos, su nivel de integración, la manera en que se concibe la enfermedad en la familia y en el medio en donde se desenvuelven.

Cuando se habla de necesidades personales, para abordar la relación A-4 ¿a qué se está haciendo referencia? Verdugo (2009) se refiere a las necesidades de autorrealización, las cuales dependen no únicamente del individuo y su subjetividad, sino también de las oportunidades que se le puedan presentar en el entorno. Una persona con una enfermedad degenerativa generalmente ajusta, de forma continua, las metas y objetivos alcanzables de acuerdo a su condición física. Se observa, por ejemplo, en ciertas enfermedades, la posibilidad de tener nietos, como una preocupación habitual de los progenitores de hijos con discapacidad o con una condición médica que ponga en riesgo la maternidad o paternidad, y sin embargo en muchas ocasiones estos objetivos deben ser abandonados, procesados y modificados. En el caso de las enfermedades degenerativas el continuo ajuste de las expectativas crea, en las personas enfermas y en sus familias, la sensación de pérdidas continuas que terminan en situaciones de desesperanza. En algunos casos, las personas que no pueden procrear dedican el tiempo de vida a sus estudios o a dejar un testimonio de su proceso de enfermedad. Ambas cosas con la ayuda de los padres y/o familiares, para los cuales este proceso puede ser también alentador en el sentido de trascendencia.

En este sentido, para los familiares también es necesario ajustar sus expectativas, pues mientras esperaban que el hijo enfermo cumpliera con ciertas tareas propias de la edad, que estudiara ciertas carreras o realizara determinados trabajos, la pérdida de funciones modifica estos planes. Para Luhmann (2009) los seres humanos se mueven acorde a sus expectativas, de cómo debe ser el mundo por sus determinaciones, cuando se da la decepción de expectativas (enfermedad, muerte, cambios erráticos de comportamiento), el individuo se encuentra ante la indeterminabilidad de los sucesos y de la acción futura. Si la expectativa se encuentra generalizada, es decir, que se relaciona con muchos aspectos de la experiencia, otras situaciones se afectan de la misma manera. En estos casos la incertidumbre o la inseguridad extrema pueden aparecer: “En la medida en que las decepciones son anticipadas como posibilidades pero no pueden ser previstas, producen *incertidumbre*. En la medida en que de hecho suceden de vez en cuando, producen *inseguridad* respecto de la validez de las expectativas concretamente decepcionadas.” (Luhmann, 2009: 125).

Ya sea la incertidumbre o la inseguridad, la religión puede explicar y absorber estas decepciones. Las “religiones son las estructuras culturales con esta referencia funcional precisa. La función de la religión se refiere a la determinabilidad del mundo” (Luhmann, 2009: 82). En una familia cuya expectativa es la salud de sus miembros, la llegada de la enfermedad y la muerte en uno o más hijos, produce la incertidumbre con respecto a su visión de sí mismos y del mundo en el que viven, debido a que la vida misma se vuelve indeterminable. Entonces, se puede decir, que algunas necesidades personales que también influyen en la visión de estas personas sobre la CDV y la vivencia de su enfermedad son: expectativas, autorrealización y trascendencia.

En cuanto a la relación A-5, es decir, las políticas públicas y la enfermedad degenerativa, se encuentra que muchas veces las disposiciones de los gobiernos de los estados con respecto a las leyes, prestaciones, apoyos o derechos de las personas con padecimientos degenerativos y discapacitantes, contribuye en la posibilidad de que estas personas aprecien su vida como algo bueno. Ejemplo de esto son las familias que viven en los Estados Unidos y tienen hijos con discapacidad. En Texas, por ejemplo, se les apoya para que tengan un enfermero que ayude con sus terapias en casa, además de que el gobierno otorga un subsidio mensual para que las familias puedan atender al niño sin necesidad de trabajar, además de contar con un lugar seguro en una escuela donde se les ayudará a integrarse. El diseño y gestión de estos apoyos hacen que las personas tengan una visión muy diferente de su situación. En México, ninguno de estos apoyos se otorga, y se descuidan aspectos de políticas públicas necesarias para la población a la que hace

referencia este texto. Por ello, es posible advertir que el cuidado de la salud, la creación de espacios con adecuaciones para la recreación de las personas con discapacidad, los programas para ampliar la oferta de empleo para estas personas o sus familias, el desarrollo de programas de prevención y/o seguridad, y los apoyos para mejorar y adecuar el medio ambiente, son elementos que habría que atender, ya que favorecen las necesidades personales y/o de autorrealización de las que se hablaba más arriba.

La relación A-6 también tiene sus características distintivas. En cuanto a la socialización, es importante comprender que se trata de una necesidad humana. La interacción y la socialización para las personas con discapacidad son de suma importancia, ya que ello les permite replantear su posición frente a los demás, construir nuevas formas de verse a sí mismos como familia y crear una línea hacia el futuro (Mora, 2008, 2012, 2013).³ Se observa por ejemplo un padre que expresa lo siguiente:

Casi no tiene, bueno en el kínder tiene uno que si es su amigo. De hecho, su amigo está cieguito y siempre andan juntos, siempre el niño anda agarrado del andador y andan juntos. Y ahí por donde vivimos no lo dejo salir, no acostumbro a dejarlo, porque los niños de ahí son muy... no lo juntan porque anda con su andador, entonces ¿para qué lo voy a dejar salir si no lo juntan? Y nada más hay dos niños que van por él, y con ellos sí, y se anda con ellos, pero nada más ahí enfrente. Es bueno para hacer amigos, pero no lo dejo salir mucho porque no lo juntan y luego se siente mal. Quiere jugar con los otros y no puede por su andador, mejor yo juego con él y ya. (E1, comunicación personal, 15 de junio de 2011).

En este extracto de entrevista, se observa que la familia ha optado por una posición de aislamiento frente a los otros. Tanto el niño como la familia prefieren convivir únicamente al interior del grupo y se alejan de los demás, ante la imposibilidad de una integración como ellos la conocen. Del mismo modo, algunas otras familias optan por no llevar a la escuela a sus hijos, aunque esta sea una fuente de socialización importante para ellos.

De acuerdo al esquema que se realiza con base en la recursividad para la conceptualización, se pueden observar conexiones que ayuden a esclarecer lo que se entiende por CDV. Las particularidades de la población apuntan a que, para determinar el concepto de CDV para las personas con una enfermedad degenerativa y/o discapacitante, así como para sus familias, se debe tomar en cuenta: los elementos objetivos y subjetivos, las edades, la condición en la que se encuentra la persona enferma, su cuerpo y las relaciones que se desarrollan con él, los apoyos requeridos, el nivel de integración, la concepción de la enfermedad tanto de la familia como del entorno en que se desenvuelven, las expectativas cumplidas/incumplidas, las necesidades personales, la autorrealización y la trascendencia.

De vuelta al esquema de la Figura 1, ¿qué elementos se pueden proponer? ¿Habría algo que los autores no hayan tomado en cuenta para valorar la CDV? De acuerdo a lo que se quiera conceptualizar, seguramente se pueden visualizar nuevas rutas o hipótesis. Para la población y el término a los que se refiere este trabajo se pueden encontrar cuatro elementos principales: la diferenciación, el pronóstico, las emociones y las creencias religiosas.

Cuando una persona crece en continua dependencia de una o más personas, cada uno de los miembros en esta relación pueden experimentar dificultad para trazar límites emocionales y/o cognitivos entre ellos. El cuidador/a, no hace consciente que las vivencias del otro no son las propias y puede llegar a desarrollarse relaciones con patrones de dependencia y ansiedad. Esto repercute en la persona enferma, quien ya no se comprende a sí mismo como un ser independiente, sino en una continua necesidad de simbiosis con el otro. Ambos se encuentran en dificultades para lograr la diferenciación. Por ello es necesario revisar las relaciones al interior de la familia, ya que el vínculo cuidador-hijo enfermo, incide en todas las relaciones con los demás miembros del grupo (Mora, 2012).

³ En los años 2008, 2012 y 2013 se realizan investigaciones sobre CDV en niños con parálisis cerebral y sus familias. Son tres estudios transversales, con muestras y objetivos independientes de 10, 11 y 54 participantes, respectivamente. Los trabajos se desarrollan en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Aguascalientes (una asociación civil con presencia en Estados Unidos y México), con familias de Texas, EU y de diferentes estados de México.

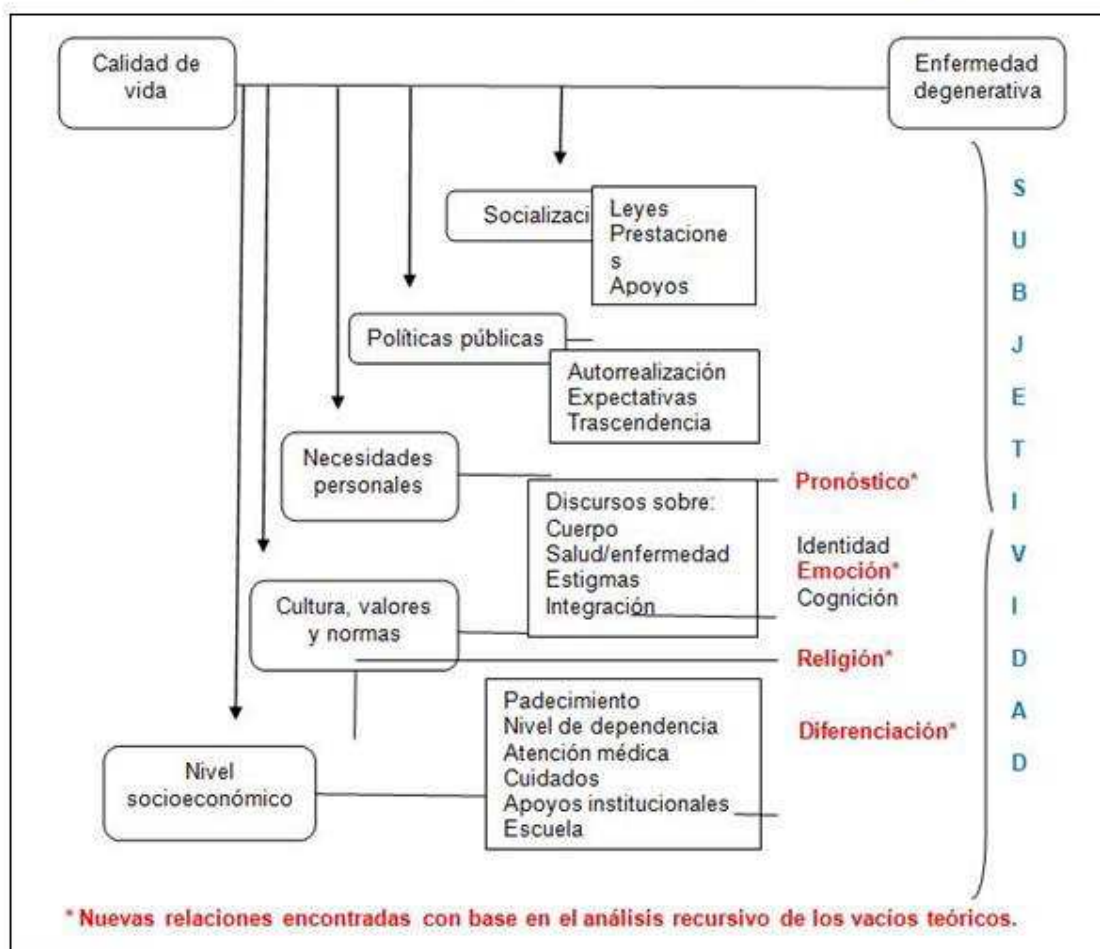
En cuanto al pronóstico (que en última instancia lleva a la persona al fallecimiento) es una experiencia única donde la persona se enfrenta a uno de los miedos primordiales: la muerte. El encuentro cercano con ésta, como un futuro certero, lleva al sujeto y a la familia a replantearse el modo en que han vivido, pero también a realizar un profundo juicio de la manera en que ocurren las cosas en el presente. En este punto las emociones tienen un papel predominante en cómo se concibe la vida:

Las muertes cercanas pueden producir distintas reacciones y confrontar al sujeto con aspectos básicos de su existencia. La pérdida de los padres nos hace sentir vulnerables y sin salvación, poniéndonos entre nuestros hijos y la muerte. El fallecimiento de nuestra pareja nos regresa a la soledad básica, recordándonos que por más que queramos nadie nos va a acompañar siempre en nuestro camino; y por último, la muerte de un hijo no solo nos confronta con nuestra propia muerte, sino que, es el símbolo del fracaso de nuestros planes de inmortalidad. (Yalom, en Lara y Osorio, 2014: 55).

Uno de los aspectos que resaltan en el trabajo realizado en el 2013 sobre CDV -y que no formaba parte de la estructura de la entrevista- es la religión (Mora, 2013): algunas familias describen la manera en que estos elementos estructuran su experiencia de vida y la manera en que se adaptan a ella. Esto no es difícil observar en familias con un miembro enfermo y/o con discapacidad, es decir, no es privativo para el diagnóstico de parálisis cerebral. Hechos que son más habituales de lo que se esperaría en las familias con un hijo con una enfermedad degenerativa y/o discapacitante son por ejemplo: familias que aprenden a sobrellevar la discapacidad de su hijo cuando la conciben como voluntad de Dios, o bien, madres que por el contrario creen que es un castigo divino por errores cometidos por ella u otro miembro de la familia; se encuentran grupos de padres de familia que llegan a la conclusión de que los niños en realidad son ángeles que vienen a la tierra para ser cuidados por ellos, y de esta manera, son puestos a prueba para asegurarse un lugar en el paraíso; otras familias se acercan a buscar la ayuda de un curandero para que sane a su hijo de la brujería, y quizá acudan con hechiceras para quitarles el mal de ojo y así, ayudar a que la marcha o la salud vuelva a sus niños. Todas estas creencias y acciones parten de una búsqueda de explicaciones, del alivio al dolor por la condición y el mal pronóstico al que se enfrentan, y se convierten en características definitorias que influyen en la vida cotidiana de estos grupos.

Si se toman en cuenta todos los niveles revisados con base en la recursividad, la CDV podría conceptualizarse como: los elementos objetivos y subjetivos que medien en la evaluación cognitiva y emocional de la persona y su grupo, ligados a las creencias y las vivencias con respecto a la concepción de la enfermedad, tanto de la familia como de las personas que conforman el entorno en el que se desenvuelven, a la condición del cuerpo y la relación con él, a sus creencias y prácticas religiosas, a los apoyos requeridos y cubiertos, al nivel de integración social, a las expectativas cumplidas/incumplidas y a las necesidades personales de diferenciación, autorrealización y trascendencia. Un mapa conceptual de lo revisado en este apartado sería el siguiente (Figura 5).

Figura 5: Mapa conceptual desarrollado a partir del ejercicio de ejemplificación del análisis recursivo con base en la relación entre la calidad de vida y la enfermedad degenerativa



Fuente: Elaboración propia.

Como se ha ejemplificado, se puede aplicar esta herramienta para conceptualizar los elementos de una investigación. Es decir, se puede seguir el mismo camino para trabajar otros conceptos que formen parte de cualquier estudio, cuya finalidad sea realizar un concepto claro y profundo de lo que se quiere conocer, en concordancia con las particularidades y posibilidades que presenta como objeto de estudio.

5. Conclusión

La relación de los aspectos que componen un fenómeno, nos marca una pauta para proponer un concepto que contemple los elementos de la investigación que se plantee. Las percepciones personales se vinculan de manera bidireccional con sistemas mayores, tales como la familia, el entorno, las condiciones sociopolíticas o la cultura. Por este motivo, no se puede hablar de una relación única si se quieren realizar conceptos que atiendan a la complejidad de los fenómenos. En esto consiste la aplicación de la recursividad como herramienta para la conceptualización en investigación: atender a las relaciones de los sistemas y subsistemas que forman parte de los fenómenos de la realidad, por lo que prescindir de alguno de ellos dejaría el análisis incompleto.

El procedimiento se lleva a cabo, en primer lugar, con la obtención de la información de manera exhaustiva con respecto a lo que se quiere conceptualizar. En seguida, realizar con base en esa información un esquema que presente las relaciones de recursividad de los elementos

encontrados. Posteriormente tomar una postura crítica para buscar nuevas conexiones, dudas o hipótesis. De este modo se puede llegar un concepto complejo y profundo. Además, puede ayudar a cuestionar el tema o las preguntas de investigación o bien, a encontrar huecos en las aportaciones de otros teóricos.

Debido a lo anterior, la realización de un esquema desde una visión recursiva permite que el investigador perciba las relaciones en su objeto de estudio, se cuestione sobre posibles conexiones entre los objetos, se realicen nuevas hipótesis sobre el tema en concreto y se elabore un análisis complejo de los elementos a estudiar.

6. Bibliografía

BERGER, Peter L. y LUCKMANN, Thomas (2001 [1967]) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

BINIMELIS, Hugo (2003) "La experiencia personal y el diálogo teórico como insumos para el desarrollo de un problema de investigación social", en: Julio Aibar, Fernando Cortés, Liliana Martínez y Gisela Zaremborg (coord.), *El helicoide de la investigación: metodología en tesis de ciencias sociales*. México: FLACSO. pp. 59-79.

BROCK, Dan (2004) "Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica", en: Martha Nassbaum y Amartya Sen (comps.), *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 135-181.

CARRIZO, Luis; ESPINA, Mayra y KLEIN, Julie (2004) *Transdisciplinariedad y complejidad en el análisis social*. París: UNESCO.

CASAS, Ferran (1996) *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.

DÍAZ GUERRERO, Rogelio (1986) *El ecosistema sociocultural y la calidad de vida*. México D.F.: Trillas.

GOBATO, Federico (2013) "Los giros del helicoide. Los avances en la construcción dialéctica de un tema y un problema de investigación", en: Julio Aibar, Fernando Cortés, Liliana Martínez y Gisela Zaremborg (coords.), *El helicoide de la investigación: metodología en tesis de ciencias sociales*. México: FLACSO. pp. 81-105.

GRIMALDO, M. (2010) "Adaptación de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes para profesionales de la salud." *Revista Cultura* N° 24, p. 1-20.

HENAO, C. y GIL, L. (2009) "Calidad de vida y situación de discapacidad." *Revista Hacia la Promoción de la Salud* N° 14, p. 112-125.

JOHANSEN, Oscar (2013) *Introducción a la teoría general de sistemas*. México D.F.: Limusa.

KEENEY, Bradford P. (1991) *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

LARA, G. y OSORIO, C. (2014) "Contribute from existential psychology to death confrontation." *Revista Tesis psicológica* N° 1, p. 50-63.

LAWTON, Powel (1982) "A multidimensional view of quality of life in frail elders", en: James Birren, James Lubben, James Lubben, Janice Cichowlas y Donna Deutchman (eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press. pp. 2-27.

LUHMANN, Niklas (2009 [1977]) *Sociología de la religión*. México D.F.: Herder.

_____ (2014 [1996]) *Introducción a la teoría de sistemas*. México D.F.: Universidad Iberoamericana.

LUPTON, Deborah (2012) *Medicine as culture*. Gran Bretaña: SAGE.

MATURANA, Humberto R. y VARELA, Francisco J. (1980) *Autopiesis and cognition. The realization of living*. Boston: Reidal Publishing Co.

MORA, Carolina. (2008, Agosto). "Proceso de autonomía en los pacientes con parálisis cerebral severa: hacia una conquista de la independencia". Póster presentado en el VII Congreso de la Organización Internacional de Teletones. Ciudad de México, México.

_____ (2012) "Familias de pacientes con parálisis cerebral severa; sus indicadores de calidad de vida." *Revista Investigación y ciencia* N° 55, p. 33-41.

_____ (2013). "Calidad de vida en familias de niños con parálisis cerebral". Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Aguascalientes. Aguascalientes, Ags. México.

MORIN, Edgar. CIURANA, Emilio., y MOTTA, Raúl. (2003) *Educación en la era planetaria*. Barcelona: Gedisa.

OCHOA, Sara (2011) "Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México", en: José de Jesús García y Francisco Sales (coords.), *Bienestar y calidad de vida en México*. México: UDEM. pp. 15-68.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) "Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político." *Revista Española Geriátrica y Gerontología* N° 37(S2), p. 74-105.

SCHALOCK, Robert y VERDUGO, Miguel Ángel (2009) "Revisión Actualizada del Concepto de Calidad de Vida", en: Miguel Ángel Verdugo (comp.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de valoración*. Salamanca: Amarú. pp. 29-42.

TAPIA, Alejandro y GARCÍA, José de Jesús (2011) "Un índice de calidad de vida realista. Sin optimismo ni pesimismo", en: José de Jesús García y Francisco Sales (coords.), *Bienestar y calidad de vida en México*. México D.F.: UDEM. pp. 147-166.

VERDUGO, Miguel Ángel (2000) "Calidad de vida en las familias con hijos con discapacidad intelectual", en: Miguel Ángel Verdugo (comp.), *Familias y discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS.

_____ (2009) "Calidad de vida, I+D+i y políticas Sociales." *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* N° 40, p. 5-21.

VERDUGO, Miguel Ángel; JENARO, Cristina y SCHALOCK, Robert (2009) "Estudio transcultural de la calidad de vida", en: Verdugo, Miguel Ángel (comp.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de valoración*. Salamanca: Amarú. pp. 251-272.

WITTEZACLE, Jean-Jacques y GARCÍA, Teresa (1994) *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

Autora.

Carolina Mora Huerta.

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

Psicóloga con Maestría en Terapia Familiar Sistémica. Doctoranda en Estudios Socioculturales, Universidad Autónoma de Aguascalientes.

E-mail: carolina_mh@yahoo.com.mx

Citado.

MORA HUERTA, Carolina (2017). "La recursividad como una herramienta para el proceso de conceptualización". *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social - ReLMIS*. N°14. Año 7. Octubre 2017- Marzo 2018. Argentina. Estudios Sociológicos Editora. ISSN 1853-6190. Pp. 8-24. Disponible en: <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/172>

Plazos.

Recibido: 31/03/2016. Aceptado: 12/09/2016.