



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**APROXIMACIÓN EPISTEMOLÓGICA AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS
ANORRECTALES Y SU VINCULACIÓN CON LA PSICOLOGÍA**

Tutora

Purificación Prieto

Autoras:

Méndez, Fabiola.

Pinedo, María.

Caracas, 2017



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**APROXIMACIÓN EPISTEMOLÓGICA AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS
ANORRECTALES Y SU VINCULACIÓN CON LA PSICOLOGÍA**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como requisito parcial para optar al título de Licenciadas en Psicología.)

Tutora

Purificación Prieto³

Autoras:

Méndez, Fabiola¹

Pinedo, María²

Caracas, 2017

¹Fabiola Méndez, Departamento de Psicología, Clínica Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela fabiolamendez5@gmail.com

²María Pinedo, Departamento de Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela mariaandreinapinedogamez@gmail.com

³Purificación Prieto, Jefe de Departamento de Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela Pmprieto@gmail.com

Agradecimientos

“Cuando la gratitud es tan absoluta las palabras sobran”

Álvaro Mutis.

La gratitud, capacidad que compromete a los seres humanos; por ello expresamos reconocimiento a quienes han colaborado con la construcción de esta investigación así como a aquellas personas e instituciones que sin intervenir directamente ejercieron apoyo a nivel moral, económico, afectivo y académico. Agradecemos a:

Nuestra gratitud a la Profa. Purificación Prieto por recibarnos en su línea de investigación con el entusiasmo que la caracteriza, por invitarnos a ir más allá del método y orientar nuestro recorrido por el mundo de la investigación científica. Por ser la fuente inagotable de recursos e informaciones, y ser nuestra auxiliar a la hora de corregir la sintaxis y semántica en la redacción. A ella, nuestra tutora y especial mentora.

A todos y cada uno de los profesores que formaron parte de nuestra formación académica, por la transmisión de conocimientos base para el desarrollo y comprensión de los diferentes términos que figuran el presente estudio.

A nuestros padres y hermanos, por ser esa fuente inagotable de cariño y apoyo. A Dios que da vida y moviliza nuestra capacidad creadora.

A la Universidad Central de Venezuela, especialmente al Departamento de Psicología Clínica. Por ofrecer educación de calidad y promover la realización de propuestas de investigación alternativas, por no limitar el conocimiento a los márgenes de un método y por ser el espacio en donde esta investigación se hizo posible.

A todos, muchas gracias.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar, empleando los criterios epistemológicos sugeridos por Samaja (1994), las investigaciones de los trastornos anorrectales realizadas desde el año 2005 por miembros del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela. Se realizó una investigación analítica con un diseño transaccional retrospectivo documental unieventual (Hurtado, 2010). El evento a analizar, estuvo conformado por tres trabajos de investigación realizados en la línea, los cuales se contrastaron con la matriz de datos propuesta por Samaja (1994). Para el análisis se construyó un flujograma que permitió identificar y reconfigurar los datos presentes en las investigaciones. Entre los resultados encontrados se tiene que la línea de investigación se encuentra en un problema epistemológico debido a que el objeto de estudio es confuso, además, entre los componentes que debería presentar todo dato científico, se evidencian inconvenientes en la Unidad de Análisis, Indicador, Valor y Variable. Dado estos inconvenientes, se presenta una sugerencia de cómo podría ser la matriz de datos de una investigación que busque vincular factores psicológicos y *trastornos anorrectales*, basado en un modelo transdisciplinario.

Palabras claves: *Investigación analítica, evento a analizar, criterio de análisis, matriz de datos, Unidad de Análisis, Indicador, Variable, Valor, transdisciplina, epistemología.*

Epistemological Approach to the Study of Anorectal Disorders and its Relationship with Psychology

Abstract

This research has as goal to analyze the approaching of anus-rectum diseases on the Venezuelan Central University's Clinical Psychology department, through the epistemological criteria of Samaja (1994), line created in 2005. It's based on an analytic investigation criterion using an only event documental retrospective transactional analytic design (Hurtado, 2010). The analyzed event was composed by three investigation projects of the line, which were contrasted with the selected analysis criteria, to know: the data matrix proposed by Samaja (1994). For the analysis, a flow chart was made (see figure X) which allowed to identify and reconfigure the current data on the investigations. Among the found results, it shows that the investigation line is in an epistemological problem, because of the non-clear study object; also, among the components that every scientific data shows, the investigations keep showing problems on the Analytical Unit, Indicator, Variable and Value. Due to these problems, a suggestion is shown of how can the data matrix investigations be, which searches to bond psychological factors with anus-rectum pathologies, based on a transdisciplinary model.

Key Words: *Analytical investigation, To Be Analyzed event, Analysis criteria, Data matrix, Analysis Unit, Indicator, Value, Variable, Transdiscipline, Epistemology.*

Índice De Contenido

Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	1
Capítulo I: Contextualización de la temática	5
1.1 Descripción general del área	5
1.2 Psicología y trastornos anorrectales	8
1.3 Planteamiento del enunciado holopráxico: La actualidad en la línea de investigación y propósito del estudio.	12
1.4 Objetivos de la investigación	20
1.4.1 Objetivo general	20
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
Capítulo II: Sintagma Gnoseológico	20
2.1 Sobre el evento a analizar	21
2.2 Sobre el criterio de análisis	25
2.2.1 Justificación de la elección del criterio de análisis.	26
2.2.2 Epistemología de la Salud.....	27
Capítulo III: Criterios Metodológicos	30
3.1 Justificación de la investigación analítica	30
3.2 Tipo de investigación	31
3.3 Diseño de investigación o modalidad	31
3.4 Unidad de estudio	32
3.5 Matriz de Análisis	32
3.5.1 Uso de la matriz de análisis	37
Capítulo IV: Análisis y Discusión	40
4.1 Análisis	40
4.2 Discusión	47
Conclusiones y Recomendaciones	54
Glosario	59
Referencias	69

Índice De Figuras

Figura 1. Diagrama de los componentes del dato científico según Samaja (1994).....	37
Figura 2. Función de la matriz de datos, Samaja (1994).....	38
Figura 3. Flujograma de aplicación de la matriz para análisis de los eventos.....	39
Figura 4. Componentes del dato seleccionado para el estudio.....	42
Figura 5. Propuesta de los componentes del dato científico: Las personas con trastornos anorrectales tienen una (buena/mala) calidad de relaciones sexuales.....	47

Introducción

El lugar que ha ocupado la Psicología en lo que respecta al área de la salud física ha estado marcado por diferentes hechos históricos, dando como resultado su evolutiva inclusión. El primer hecho es el reconocimiento del modelo bio-psico-socio-histórico-cultural de salud, en contraposición al modelo biomédico. Por muchos años la salud ha sido reducida a lo biológico, es decir, cualquier alteración solo era explicada por un funcionamiento inadecuado a nivel fisiológico. Esto se debe al predominio de la *concepción cartesiana*, donde se entendía a la mente y al cuerpo como entidades separadas e independientes. Es decir, una no podía influir sobre la otra. Esto conforma dos de los principios del modelo biomédico, que poco a poco ha sido dejado a un lado para darle mayor relevancia al modelo bio-psico-socio-histórico-cultural, donde no solo es importante el papel de lo biológico en la aparición y mantenimiento de alguna enfermedad, sino que reconoce el papel que juegan factores psicológicos, sociales, históricos y culturales. En contraposición con la *concepción cartesiana*, predomina una interdependencia entre los 5 factores y no una separación entre ellos, (Leon, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Otro de los hechos que marca el reconocimiento de la Psicología en los problemas de salud es la actualización en la conceptualización del proceso de salud-enfermedad, donde es reemplazada la definición de “ausencia de enfermedad” por un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 1998 c.p Oblitas, 2006). Esta última definición considera tanto a la Psicología como a otras disciplinas en el abordaje de la salud física, pues se concibe al ser humano como un *ser bio-psico-socio-histórico-cultural*, en donde estar sano es más que no estar enfermo.

Una de las ramas de la medicina que se ha abierto a la comprensión de sus alteraciones incluyendo el enfoque psicológico ha sido la de los *trastornos anorrectales*. Justamente, en esta área se circunscribe la presente investigación, más específicamente, en la línea de investigación de la vinculación de los *trastornos anorrectales* y la Psicología. Línea creada en el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela con el apoyo de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.

La línea de investigación surge en el año 2005 con la creación de la primera investigación por Moreno y Ochoa (2005), donde se buscaba detectar los *factores psicológicos* que pudiesen estar influyendo en la presentación y/o recurrencia de los *trastornos anorrectales*, para ello construyeron un instrumento llamado *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Trastornos Anorrectales* (a partir de ahora se hará referencia a este instrumento como *Guía de Entrevista*). Seguido de esta investigación, Briceño y Contreras (2006) realizaron modificaciones a la *Guía de Entrevista* con la finalidad de describir las variables psicológicas relacionadas con los *trastornos anorrectales*. Por último, (Lastra, Moreno, Prieto y Sardiñas, 2011) realizan la última investigación en el área, donde se proponen aplicar la Guía de Entrevista a dos grupos: uno de personas con alguna *alteración anorrectal*, y otro de personas sanas.

La línea de investigación se detiene a nivel investigativo debido a que, en este último trabajo realizado, se encontró que la Guía de Entrevista no era sensible de discriminar entre pacientes sanos y pacientes con alguna *alteración anorrectal*. Este hallazgo condujo a las siguientes preguntas: ¿a qué se debe la no correspondencia entre lo medido y lo que se esperaba obtener?, ¿está clara la Unidad de Análisis? Se estableció entonces que la línea se encontraba en un problema epistemológico, donde el avanzar a nivel tecnológico o metodológico no aportaría mucho cuando aún el objeto de estudio no está delimitado.

Es por esto que surge la presente investigación, donde se pretende analizar las aproximaciones realizadas en el estudio de *trastornos anorrectales* en el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela a partir de los criterios epistemológicos de Samaja (1994). El estudio se inspiró en el modelo de investigación analítica de la propuesta holística de Hurtado (2010) ya que busca identificar los aspectos menos evidentes de los eventos analizados mediante la contrastación entre eventos. El evento a analizar está compuesto por las tres investigaciones realizadas en la línea, mientras que, el evento criterio o matriz de análisis, con el cual se contrastarán las investigaciones, será la matriz de datos propuesta por Samaja (1994).

La propuesta de Samaja (1994) parte de que el conocimiento científico se desarrolla mediante un movimiento de “*ir y venir*” entre la experiencia y la teoría dando como producto un *dato científico*. Este dato es definido como un arreglo complejo que está conformado por una estructura interna e invariante, es decir, que mantiene sus mismos componentes en independencia de la disciplina o tipo de investigación científica; a esta estructura interna del dato se le denomina “matriz de datos”. Todo dato está compuesto por cuatro elementos, por lo que lo denomina como una *estructura cuatripartita*. Estos cuatro elementos son: Unidad de Análisis (UA), Variable (V), Valor (R) e Indicador (I), los cuales serán desarrollados en el cuerpo del trabajo.

Con la finalidad de identificar y reconfigurar los datos presentes en las investigaciones a analizar, se construyó un flujograma (ver figura 3), que contiene la propuesta de una serie de pasos para poder contrastar la *matriz de dato de las investigaciones* con la *matriz de dato referente* (ver figura 1) propuesta por Samaja (1994).

El análisis de los trabajos de la línea de investigación del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, derivó en una propuesta de cómo investigar. Para Samaja (1994) el proceso de investigación es una traducción del objeto de investigación a un sistema de matrices de datos y luego a una unidad de un modelo que reproduzca el comportamiento del objeto real. Es por esto que se insta a los investigadores a construir, llenar, procesar e interpretar sistema de matrices de datos, según sea el nivel de la investigación, con la finalidad de llegar a una comprensión más adecuada del objeto de estudio, de lo contrario cualquier aporte en el área no sería de provecho.

A modo de cierre, el incorporar esta forma de investigar trae consigo una serie de beneficios para todo investigador, entre estos, la posibilidad de trabajar de manera transdisciplinaria, al erradicar las barreras de conocimiento entre diferentes disciplinas y llegar a la construcción de un objeto común.

Para abordar la temática, este trabajo de investigación se estructuró en cuatro (4) capítulos, los cuales son:

Capítulo I: Conceptualización de la temática, donde se hace una descripción general del área y se presenta el enunciado holopráxico o planteamiento del problema acompañado de una descripción de la actualidad en la línea de investigación.

Capítulo II: Sintagma Gnoseológico, donde se presentan los componentes del evento a analizar, el contexto, las bases teóricas y la conceptualización del criterio de análisis seleccionado.

Capítulo III: Criterios Metodológicos, conlleva el tipo de investigación, la justificación de la elección, el diseño, la unidad de estudio y la matriz de análisis.

Capítulo IV: Análisis y Discusión, en este capítulo se hace uso de la matriz con la finalidad de analizar los eventos. Concluyendo con una discusión general de la temática.

Capítulo I: Contextualización de la temática

1.1 Descripción general del área

La Psicología como disciplina y como profesión ha venido tomando campo en lo que respecta al área de la salud física y las alteraciones de la misma. Sin embargo –a pesar de los avances que se han desarrollado en el área- todavía el hablar de Psicología en el abordaje de la salud física despierta interrogantes en quienes sostienen una concepción de salud que alude a “la ausencia de una enfermedad” (Organización Mundial de la Salud c.p Oblitas, 2006). Esta definición, además de ser binaria (se padece o no una enfermedad), ignora que los seres humanos son más que seres meramente biológicos, anulando determinantes de tipo social, psicológico, histórico y cultural.

Para ilustrar de qué manera el concepto de salud citado anteriormente continúa creando resistencias a una consideración de la salud menos *biologicista* se expondrá el siguiente ejemplo: si se escogen tres personas de forma aleatoria en algún sitio público (plaza, centro comercial, abasto) y se les pregunta: “¿está usted enfermo?”, seguramente –si se encuentran asintomáticos o sin un diagnóstico de alguna enfermedad, aunque la padezcan- responderán que no, así tengan problemas a nivel social y/o psicológico.

El ejemplo citado demuestra cómo todavía se sigue vinculando a la salud/enfermedad a elementos biológicos a pesar de que en la concepción actual de salud se incluyan aspectos de otra naturaleza. Para 1998, la OMS definió a la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Oblitas, 2006). En revisiones más recientes del concepto se incluye “lo cultural” y lo “histórico” a esta concepción (Frumento, 1972). Con esta definición se considera tanto a la Psicología como a otras disciplinas en el abordaje de la salud física, pues se concibe al ser humano como un *ser bio-psico-social-cultural-histórico*, en donde estar sano es más que no estar enfermo.

Ahora bien, se reconoce la importancia de la Psicología como parte de la salud en general, sin embargo, cómo interactúa esta disciplina con determinados problemas de salud física, ha sido foco de múltiples posturas teóricas. A continuación algunas referencias al respecto.

Los seres vivos están formados de materia en distintos niveles de complejidad; el nivel más inferior es el químico, el cual comprende los átomos de diferentes elementos químicos que en conjunto forman las moléculas, por ejemplo: el dióxido de carbono. El siguiente nivel es el celular, la célula es la unidad mínima de la materia viva y está formada por la unión de varias moléculas. Por su parte, el nivel tisular comprende los tejidos y órganos en los que un grupo de células cumplen determinada función. Este nivel incluye tanto los tejidos que conforman a los órganos, como a los sistemas que están compuestos por un grupo de órganos, por ejemplo: el sistema digestivo. El nivel de organismo está compuesto por los seres vivos como plantas, animales, humanos; es un nivel superior en el cual células, tejidos, órganos y sistemas, funcionan en conjunto formando al organismo, (Lasso y Vide, 1984 y Oñate, 2010).

Partiendo de la distinción de esos niveles, han surgido posturas que clasifican a los problemas de salud física en anatómicas y funcionales. La Medicina tradicional, por ejemplo, clasifica una alteración como orgánica cuando tiene una causa biológica específica, y como funcional cuando no tiene una causa orgánica determinada (Lastra, Moreno, Prieto y Sardiñas, 2010). Mientras la postura anatómica alude al impacto en un órgano, es decir, una lesión visible a nivel tisular, la postura funcional se refiere a la alteración exclusivamente en un organismo.

Existen otras propuestas, por ejemplo la de Paucar (1999) que considera innecesaria la separación de trastornos “funcionales” y “orgánicos” pues, al decir que los trastornos orgánicos solo son explicados por causas de tipo anatómico o bioquímico se deja de reconocer la importancia de factores psicológicos en la aparición y mantenimiento de estos trastornos. El autor considera inconveniente tal clasificación pues no existe en ningún proceso patológico una alteración que no intervenga en la función de algún órgano. Esto indica que sería arbitrario identificar a un trastorno como funcional porque no se observen causas anatómicas y/o

bioquímicas, pues el hecho de que estas no se hayan identificado no significa que no tengan un sustrato en otros niveles de la materia, algunos de estos: celular, molecular o atómico.

El planteamiento que realiza Paucar (1999) se ajusta a una visión integral del ser humano, en el que el funcionamiento del organismo está mediado por la influencia de factores biológicos, físicos, químicos, psicológicos, sociales y culturales; los cuales intervienen de manera conjunta tanto en la adquisición como en el mantenimiento de una enfermedad. A diferencia de la propuesta tradicional, que se enmarca en una perspectiva dualista en la que una enfermedad es causada por un componente orgánico o funcional, descartando una causalidad que los englobe a ambos.

A pesar de las críticas que realiza Paucar (1999) en cuanto a la inconveniencia de establecer una diferenciación entre funcional y anatómico, se trata de una clasificación que sigue siendo utilizada por profesionales dedicados al estudio y abordaje de alteraciones de la salud física en general, en donde lo psicológico solo se considera al momento de comprender, explicar o intervenir trastornos funcionales, descartando su pertinencia en el abordaje de trastornos orgánicos.

Partir de que lo psicológico es exclusivo de los trastornos funcionales, es decir, de una alteración única a nivel del organismo, sería negar la posibilidad de que pueda haber alteraciones en niveles inferiores de la materia, como a nivel químico o a nivel celular. Esto indica que el hecho de que un problema de salud física no manifieste un impacto a nivel de un tejido, un órgano o un sistema, no quiere decir que esta deba catalogarse como funcional, ya que aun cuando no se tenga acceso al comportamiento a niveles inferiores de la materia, no quiere decir que no existan. De hecho, actualmente hay avances tecnológicos, como la nanotecnología, campo dedicado al control y manipulación de la materia a nivel de átomos y moléculas, que en el área de la medicina ha logrado identificar y combatir, a escala molecular, enfermedades como el cáncer y la diabetes (Poole y Owens, 2007).

En síntesis, sería errado atribuir la causa de una patología a elementos pertenecientes a un solo nivel cuando se desconoce el comportamiento de la misma en otros niveles. Se considera

poco útil la clasificación de trastornos funcionales y anatómicos, pues, se parte que el ser humano es la síntesis de su comportamiento en los diferentes niveles de la materia y por ende, el mismo ha de ser explicado en función de cada uno de los elementos que los configuran y no tomando uno solo uno de ellos para su estudio (nivel de organismo). Se trata de individuos integrales que se comportan en su totalidad y no de manera aislada, en donde lo psicológico y lo biológico interactúan entre sí de la misma forma con la que interactúan con otros sistemas como el cultural, el social y el espiritual (Galviz, 2016).

1.2 Psicología y trastornos anorrectales

Dado el interés por el estudio de la relación entre la Psicología y alteraciones orgánicas, la presente investigación se enmarca en el área de las *enfermedades anorrectales*, más específicamente, se circunscribe a la línea de investigación del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y los trabajos orientados a determinar dicha relación. A partir de ahora se desarrollarán las ideas en torno a esta área de investigación.

Antes de abordar cómo se ha intentado establecer la relación entre la Psicología y los *trastornos anorrectales*, es preciso definir estos últimos. Según Cardozo y Sardiñas (2012) son patologías que afectan la zona final del *intestino grueso*, conformado por el *recto* y el *conducto anal*. Estas alteraciones pueden tener origen congénito como por ejemplo, el *ano imperforado*; o pueden suscitarse a lo largo de la vida por diferentes causas, tal como sucede con el *estreñimiento*, las *fisuras anales* y el *dolor anal*.

Ahora bien, desde la Psicología se han generado diversos modelos que han abordado la vinculación de esta disciplina con los *trastornos anorrectales*. Esta precisión se hace porque tal relación ha sido difusa, es decir, se han realizado aportes pero desde diferentes construcciones de lo psicológico, y por ende, han centrado el foco en distintos aspectos de tal relación: eventos *psicofisiológicos*, *conflictos inconscientes*, *comportamiento*, entre otros.

Desde la *Psicofisiología* anorrectal, Simón (1996) indica que se han realizado numerosas investigaciones que dan cuenta de la relación entre eventos fisiológicos, eventos ambientales,

experiencia emocional, hábitos conductuales y respuestas gastrointestinales en cuanto al tracto anorrectal como tal. La *incontinencia fecal* y el *estreñimiento* han sido de las *enfermedades anorrectales* más estudiadas.

Otro de los modelos que ha intentado estudiar los *trastornos anorrectales* desde la Psicología ha sido la Medicina Psicosomática, la cual es definida como la disciplina que intenta comprender la relación entre procesos psicológicos y funcionamiento somático; desde esta perspectiva se establece que los *conflictos inconscientes* son los precursores de las enfermedades (Cardozo y Rondón, 2014).

Uno de los estudios desde esta disciplina ha sido sobre el *estreñimiento* crónico funcional, que es catalogado según Jiménez (2003) como un *trastorno psicosomático*, donde se observa un funcionamiento particular en los niños y sus madres. La investigación apunta a que el entrenamiento temprano de los hábitos de autocuidado alude a una dificultad en la madre para comprender cuáles son las necesidades propias del niño en un momento dado; la autora indica que esta dificultad genera una manipulación “corporal–afectiva-mental” que conduce a *trastornos de tipo psicosomático*, donde en el niño se genera “una angustia” que es manifestada desde el orden biológico, acompañado igualmente de otros síntomas como: el temor al orinal, dolor físico, terrores nocturnos, enuresis, encopresis, (pag. 58).

Desde el Modelo Conductual se han hecho esfuerzos por ampliar el campo de acción del psicólogo abordando los aspectos conductuales de las patologías biológicas. La aparición de este modelo aportó novedades a la conceptualización de la salud y la enfermedad ya que por primera vez se mencionó la necesidad de estudiar el comportamiento y el contexto social del individuo como parte de la etiología de la enfermedad (Arroyo, Becerra, Fuentes, Lugo, Pérez, Reséndiz, Rivera y Reynoso, 2014).

La *Medicina Conductual* es un modelo que surge del paradigma conductual y se define como un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en “el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –la terapia del comportamiento y la modificación de la conducta- para la evaluación, la prevención y el

tratamiento de la enfermedad física o de la disfunción fisiológica” (Pomerleau y Brady, 1979 p. xii).

El *biofeedback* o retroalimentación biológica es una técnica que se deriva de la *Medicina Conductual*, y ha sido empleada en muchas ocasiones para el tratamiento de *alteraciones anorrectales*. Wald (2016) ha realizado múltiples investigaciones sobre esta técnica, indicando que pacientes que no responden a medidas conservadoras, demuestran resultados efectivos en *manometría* o *electromiografía* asistida por la terapia de biorretroalimentación. En contraste con los ejercicios de Kegel (1948), que se dirigen solo hacia el fortalecimiento del *esfínter anal externo* y el *músculo puborrectal*. El biofeedback utiliza un *balón rectal* con *manometría anal* o un dispositivo de *electromiografía* de superficie. El tratamiento se dirige hacia el reentrenamiento del *esfínter anal externo* cuando se percibe la distensión del globo, usando retroalimentación visual de la *presión anal* para guiar el proceso.

Otra de las investigaciones que sustentan la efectividad del Biofeedback es la de Ko, Tong, Lehman, Shelton, Schrock y Welton (1997) quienes realizaron una investigación que tenía como propósito definir el papel de la biorretroalimentación en la *incontinencia fecal* y el *estreñimiento*. Su muestra estuvo compuesta por diferentes casos de pacientes con *incontinencia fecal* o *estreñimiento* con *disfunción del suelo pélvico*. Los resultados indican que la biorretroalimentación es efectiva en pacientes con *incontinencia fecal* y *estreñimiento* con *disfunción del suelo pélvico*, sin embargo, no hubo diferencias significativas en los datos del electromiograma desde la primera hasta la última sesión.

Vale la pena acotar que el Biofeedback es una técnica que no solo se utiliza en el área de estudio, ha sido aplicada a diversos problemas clínicos, como las arritmias cardíacas, cefaleas y epilepsias. (Naranjo, García y Companioni, 1999). Por lo que su aplicación es muy amplia, y los resultados son variados. Sin embargo, para fines del presente trabajo, se hará mención de tal técnica específicamente en el tratamiento de determinadas *enfermedades anorrectales*.

Sumando a los aportes mencionados anteriormente, para abordar los *trastornos anorrectales* desde la Psicología, en Venezuela, específicamente en el Departamento de

Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, desde el año 2005 se han venido desarrollando una serie de trabajos cuyo objetivo fundamental es la construcción de una línea de investigación orientada a la propuesta de un modelo explicativo que permita el esclarecimiento, no solo de la aparición de los *trastornos anorrectales*, sino también que pueda contextualizar la prevalencia de los aspectos psicológicos en los mismos y que contribuya en definitiva con la generación de una propuesta de intervención eficaz (Lastra y cols. 2010)

Diferentes estudios se han realizado en el área; el primero de ellos fue realizado por Moreno y Ochoa (2005) tenía como objetivo la detección de *factores psicológicos* que pudiesen estar influyendo en la presentación y/o recurrencia de los *trastornos anorrectales*. Para ello, diseñaron un instrumento denominado *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual de Trastornos Anorrectales*. Esta primera aproximación a la vinculación de factores psicológicos y *trastornos anorrectales* dio como resultado la identificación de déficit conductuales en los pacientes con alguna patología, en *áreas* como *laboral, social, emocional, sexual, hábitos de alimentación* y de *eliminación*.

En el año (2006) Briceño y Contreras, continuando con la línea de investigación, realizaron su trabajo con el objetivo de describir las variables psicológicas relacionadas con los *trastornos anorrectales*, empleando una versión modificada de la Guía de Entrevista mencionada anteriormente, elaborada por Moreno y Ochoa (2005), la cual denominaron *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC* (Adaptación Briceño- Contreras 2006). Los resultados arrojaron una influencia de *los patrones conductuales* en la aparición y mantenimiento de los *trastornos anorrectales*, dicha relación se estableció principalmente con los *hábitos de eliminación, de alimentación*, así como con las *áreas social y emocional*, mediante la alteración directa o indirecta de ciertas funciones biológicas del anorrecto.

El último trabajo realizado en la línea de investigación fue el desarrollado por Lastra, Moreno, Prieto y Sardiñas (2011) que tuvo como objetivo analizar la relación entre los *repertorios conductuales* y las *alteraciones anorrectales*, fundamentándose en los Modelos del Análisis Conductual y de la Salud Biológica de Ribes (1990). Utilizaron la Guía de

Entrevista, con la finalidad de comparar los *repertorios conductuales* de pacientes con *alteraciones anorrectales* y pacientes sin *alteraciones anorrectales*. De acuerdo al modelo, se esperaba que las personas con *alteraciones anorrectales* ejecutaran conductas inadecuadas o de riesgo que conformarían los *factores desencadenantes* de esta patología y que las mismas no estarían presentes en las personas sin alteraciones. Los resultados obtenidos, con los sujetos que participaron en el estudio, apuntan a que no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las áreas evaluadas.

Tal como se ha señalado, muchos han sido los modelos, aportes y estudios que se han hecho en tanto la vinculación de la psicología con las *enfermedades anorrectales*. Más, independientemente del lente con el que se mire, todas las posturas señaladas reconocen que existe una vinculación entre ambas, en donde lo psicológico es considerado, no solo al momento de intervenir este tipo de enfermedades, sino también para su estudio, comprensión y en algunos casos, para su prevención.

Dando continuidad al estudio de la relación hasta ahora descrita entre la *Psicología y trastornos anorrectales*, a continuación se describirá cómo se ha estudiado dicha vinculación en la línea de investigación en la que se circunscribe el presente estudio.

1.3 Planteamiento del enunciado holopráxico: La actualidad en la línea de investigación y propósito del estudio.

La Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC) es un centro asistencial y docente que ha dedicado esfuerzos al avance de la línea de investigación de los *trastornos anorrectales* y su vinculación con la Psicología desde una visión transdisciplinaria, en colaboración con el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, línea en la cual se circunscribe la presente investigación.

Antes de describir las pretensiones actuales de la línea de investigación, conviene desarrollar el concepto de transdisciplina, pues, este es uno de los principales focos del presente estudio. Algunas de las aproximaciones que se han hecho en el área presentan dificultades al

momento de trasladar la transdisciplina como concepto al ejercicio clínico, confundándose muchas veces con las nociones de multidisciplina o de interdisciplina. Para evitar tales inconvenientes se desarrollarán dichos conceptos a continuación, partiendo de las definiciones establecidas por Ribes (2005).

La disciplina se caracteriza por tener un objeto de conocimiento específico, como afirma Ribes (2005), este objeto puede identificarse como “una abstracción de las relaciones, propiedades y dimensiones de entidades y acontecimientos de la realidad” (p.6). Por su parte, el mismo autor refiere que la multidisciplina reúne dos o más disciplinas con el fin de examinar problemas que sean relevantes a nivel teórico para una de las disciplinas que la configuran, para ello van a incluir el objeto del conocimiento así como las metodologías para su análisis desde cada una de las disciplinas.

Por otro lado, Ribes (2005) indica que la interdisciplina, a diferencia de la disciplina y la multidisciplina se configura a partir de un encargo social o problemas prácticos derivados de la sociedad. Tales encargos se realizan a partir de una integración del conocimiento proveniente de diversas disciplinas científicas, del conocimiento práctico y de las distintas tecnologías. (p.6).

En lo que respecta a la transdisciplina, esta comprende “lenguajes que pueden ser compartidos por las disciplinas empíricas pero no son cuerpos de conocimiento empíricos en sí mismas” (Ribes, 2005, p. 6). Conviene aclarar que no se trata de la sumatoria de disciplinas, se trata de la integración de saberes en donde se apunta a “la construcción de un mismo objeto y al manejo de un lenguaje común entre diferentes disciplinas” (Lanz, 2010).

Como se ha mencionado anteriormente, la línea de investigación en la que se enmarca la presente investigación posee una visión transdisciplinaria en donde se apunta al estudio de un objeto que ha de ser construido por profesionales de diversas disciplinas, en éste caso coloproctólogos, psicólogos, entre otros. Esto sugiere una evaluación del ser humano diferente de la visión fragmentada que practican los enfoques multidisciplinarios, en donde cada profesional interviene el área de su experticia. En su lugar, se parte del estudio del ser humano

en su totalidad, de integrar saberes para su adecuada comprensión, análisis e intervención creándose un saber nuevo.

Con la noción de la transdisciplina como visión, la línea de investigación inicia sus investigaciones en el año 2005, viéndose en la situación de detener sus estudios en el área para el año 2011. Este y otros hallazgos se identificaron de una primera aproximación al área que estuvo compuesta por entrevistas con expertos y consultas a fuentes bibliográficas sugeridas, que fueron motivando a una exploración aún más detallada cuyos resultados serán descritos a continuación.

Para el momento, las investigaciones en la línea apuntaban a realizar comparaciones entre dos técnicas utilizadas en el abordaje de alteraciones anorrectales, a saber: El Biofeedback y La estimulación del Nervio Sural (o Tibial Posterior). La primera de estas consiste en una actividad fisiológica monitoreada, que parte de suministrarle información al paciente, ya sea auditiva o visual, sobre determinada función del cuerpo, así el mismo pueda aprender a controlarla voluntariamente, de modo que el grado de control aprendido sea suficiente para producir efectos clínicamente importantes (Naranjo, García y Companioni, 1999).

Por otro lado, la Estimulación del Nervio Sural, se basa en la estimulación eléctrica del punto tibial posterior mediante un electrodo de aguja, y alternativamente un electrodo de superficie, y un electrodo de superficie que es el electrodo tierra, el cual se ubica a nivel del calcáneo. Como este nervio es una raíz del plexo sacro con origen en S2 - S4, su estimulación logra que en forma retrógrada se estimulen las raíces del plexo sacro que están relacionadas con el control visceral y muscular del piso pélvico. (Manríquez, Sandoval, Lecannelier, Naser, Guzmán, Valdevenito y Abedrapo, p.61).

Se pretendía establecer una comparación entre ambos procedimientos, considerando criterios de efectividad, eficacia y eficiencia. Entendiéndose por eficacia a “la capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada, que sean claramente superiores a los de la no intervención, a los de otros tratamientos estándar disponibles o incluso a los de algunos de sus componentes aislados” (Ferro y Vives, 2004,

p.98). Este concepto hace alusión a la *validez interna* de un procedimiento, es decir, que realmente los resultados obtenidos sean causados por el empleo de la técnica. Por su parte, la efectividad se refiere al grado de satisfacción que obtiene el paciente luego de la aplicación de determinada técnica, es decir, se limita a si da resultados positivos o no. A diferencia de la eficacia, la efectividad se podría ver como la *validez externa*, en el sentido de que un procedimiento produce “efectos medibles en poblaciones y ámbitos clínicos” (p.98). El último criterio es la eficiencia, definida por Pérez y García (1998) como la relación coste/beneficio de la propia intervención.

Tomando en cuenta los tres criterios mencionados, efectividad, eficacia y eficiencia, al valorar las dos técnicas (Biofeedback y Estimulación del Nervio Sural), fueron seleccionados otros criterios tales como: el nivel de afectación de la calidad de vida del paciente, el tiempo de aplicación de la técnica y la estandarización del procedimiento, esto es que la técnica sea sensible a ser utilizada por diferentes personas y se obtengan resultados similares.

Dentro de los hallazgos ofrecidos por las investigaciones orientadas a la valoración de los efectos por la Estimulación del Nervio Sural, se encontró que es una técnica que no cuenta con un amplio desarrollo a nivel bibliográfico (Se consultó con diferentes revistas especializadas, utilizando palabras claves como “Nervio Sural” “Nervio Tibial Posterior” en el tratamiento de alteraciones anorrectales).

El biofeedback, por su parte es una técnica que arroja resultados altamente efectivos en el tratamiento de enfermedades como *incontinencia fecal, estreñimiento, úlcera rectal solitaria, hiposensibilidad rectal, anismus y defecación obstruida* (Fernández, 2005). Sin embargo, un aspecto a señalar es que los artículos que reportan información sobre su efectividad son redactados por Médicos o profesionales del área de la Medicina; este es un dato relevante si se considera que el Biofeedback es una técnica que deviene de los principios del Bioconductismo, siendo este último un modelo que deriva del Paradigma operante.

Las consideraciones en cuanto al análisis, tanto de los procedimientos empleados en la estimulación del nervio sural y el biofeedback, como de los resultados de las investigaciones

realizadas, conducen al planteamiento interrogantes entre ellas: ¿cómo el biofeedback asegura que los resultados obtenidos se deben a su efectividad y no a otros factores no considerados en el proceso, cuando quienes realizan el análisis de los mismo carecen de los criterios propios de la formación inherente a los especialistas en el área de la psicología?, ¿es conveniente continuar comparando y valorando, sobre los criterios de efectividad, eficacia y eficiencia, técnicas aplicadas, desconociendo las bases teóricas que sustentan los procedimientos que las conforman?. Dado lo poco preciso y el escaso consenso por parte de los expertos que participaron en las investigaciones ya citadas y la imposibilidad de cumplir con los criterios de análisis referentes al nivel de afectación de la calidad de vida del paciente, el tiempo de aplicación de la técnica y la estandarización del procedimiento acerca de los resultados, procedimientos y bases teóricas subyacentes; no fue posible llevar a cabo la valoración de ambas técnicas como procedimientos equiparables.

Los cuestionamientos señalados y los hallazgos encontrados en la búsqueda de criterios que permitieran el análisis comparativo de ambas técnicas determinaron la necesidad de indagar y ampliar aspectos de corte teórico iniciando con la necesidad de clarificar desde el ámbito epistemológico, la conceptualización del *objeto de estudio* sobre el que se desarrollaron las investigaciones aplicadas, paso necesario para iniciar de manera coherente con la visión transdisciplinaria del área de enlace entre la coloproctología y la psicología. Difícilmente se puede avanzar en la consolidación de una propuesta transdisciplinaria cuando los aspectos contemplados para el desarrollo de las investigaciones que buscan generar conocimiento válido se corresponden con miradas parciales del evento en estudio.

Es por esto que se decidió realizar una revisión de las investigaciones publicadas hasta el momento en la línea en cuestión, desde la concepción del objeto o presupuestos teóricos subyacentes, el nivel de la investigación realizada y la solidez en los resultados obtenidos con miras a diseñar replicas sistemáticas y directas de los estudios y comprobar su confiabilidad. Aspectos que destacaron desde una mirada preliminar fueron que la mayoría de estas no alcanzaban un *nivel explicativo* que diera cuenta de la vinculación concluyente entre los *patrones de comportamiento* y las *enfermedades anorrectales*, esto quiere decir, que no aportaban información ni desarrollo teórico que permitiera ofrecer una explicación orientada a

describir las posibles razones y el tipo de relación (“por qué” y “cómo”) entre ambos eventos. Por el contrario, ofrecían un desarrollo a *nivel descriptivo*, que permitía únicamente identificar elementos característicos o frecuentes presentes (Hurtado, 2010, p.133). El problema en relación a este hecho es que, en cuanto a los alcances de las exploraciones que estaban orientando la *línea de investigación*, se pretendía que los resultados permitieran *explicar* las relaciones entre los trastornos anorrectales y los aspectos psicológicos de los individuos que los padecían, y en realidad solo aportaban datos que permitían *describir* algunos aspectos o características de ambos elementos.

Los planteamientos de Hurtado (2010) en su propuesta metodológica de investigación holística, en la que establece que las investigaciones son un proceso global, evolutivo, integrador y organizado, cuyo funcionamiento espiral (ciclo holístico) en el que el proceso de investigación de un determinado evento o de la búsqueda de relaciones entre eventos puede culminar en un nivel cuando el investigador lo decida, y ser retomado en el mismo nivel por otros autores a partir de las conclusiones de la investigación previa con cierta secuencialidad en los avances es decir, no se trata de niveles rígidos que una vez superados no se puede volver a ellos, se trata de consolidar los hallazgos en cuanto a *identificar, caracterizar, describir* para posteriormente establecer relaciones dinámicas entre los diferentes valores de las dimensiones en estudio, e identificar las *sinergias* presentes entre los datos que se orienten a *explicar* las relaciones entre los eventos. (Hurtado, 2010).

Señala además, que los objetivos deben ser enunciados en cuatro niveles en los cuales se organizan los diferentes tipos de investigación, estos son: *perceptual, aprehensivo, comprensivo e integrativo*. El primero de ellos comprende la primera aproximación al evento, en donde se destacan *investigaciones exploratorias* (conocer la situación) y *descriptivas* (realizar un diagnóstico de los eventos de estudio). Seguidamente, se plantea que una vez *percibido el evento* (explorado y descrito), se procede a su *aprehensión*, lo que consiste en una aproximación más profunda que se orienta a identificar relaciones en la estructura interna del evento, de cara a este objetivo se destacan las *investigaciones comparativas* (cómo se presentan los eventos de estudios en diversas situaciones) y *analíticas* (identificar los elementos que intervienen en la situación) (p. 133 y 134). De la misma forma ocurre con los últimos dos

niveles: *comprendivo* e *integrativo*, para poder alcanzar a *comprender* un evento ha de ser *percibido* y *aprehendido* previamente, pues el mismo supone el estudio de la relación de ese evento con otros, en donde se destacan *investigaciones explicativas* (comprender por qué ocurre la situación y que la origina), *predictivas* (prever lo que ocurrirá con el evento a modificarse de continuar determinadas acciones sobre el proceso causal) y *proyectivas* (proponer el cambio que se requiere para resolver la situación). Una vez cumplidos todos los niveles descritos, se llega a un *nivel integrativo* en donde se contemplan las acciones dirigidas a transformar o modificar el evento de estudio en algún aspecto o en su totalidad, en él se sitúan *investigaciones interactiva* (modificar situaciones concretas a partir de la realización de proyectos ya diseñados), *confirmatoria* (verificar hipótesis derivadas de teorías) y *evaluativa* (indagar el cumplimiento de los objetivos trazados en determinado proyecto y los factores asociados a ello), (Hurtado, 2010, p. 194).

Queda claro entonces que, siguiendo el modelo holístico de Hurtado (2010), antes de pretender alcanzar niveles de conocimiento más profundos, deben ser desarrollados niveles previos que los hagan factibles. Observar que las pretensiones de la línea no coincidían con el nivel de conocimiento que arrojaban las investigaciones que la conformaban condujo a redirigir los esfuerzos a establecer y verificar el nivel de conocimiento posible a partir de los aportes que se habían hecho en el campo estudiado. Por tanto se optó por la revisión de los avances existentes en la línea.

Las dos primeras investigaciones realizadas en el área (Moreno y Ochoa, 2005 y Briceño y Contreras, 2006), cumplieron con una exploración y síntesis de *patrones conductuales* vinculados a *enfermedades anorrectales*. Los resultados fueron utilizados para la creación de un instrumento cuyo objetivo era la *Exploración Conductual presente en Alteraciones Anorrectales*, sensible a identificar tales *patrones conductuales* en pacientes con determinada *patología anorrectal*. Por su parte, la última investigación realizada en el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, en el área en cuestión, publicada por Lastra y Moreno, Prieto y Sardiñas (2011), trató de la aplicación del instrumento construido y perfeccionado en los trabajos anteriores, a dos grupos de personas: con las condiciones de personas con alguna *alteración anorrectal* y *personas sanas*. La conclusión a la cual se llegó

con la última versión del instrumento fue que el mismo no era sensible a discriminar entre individuos sanos y con alguna *patología anorrectal*. Lo que lleva a otras interrogantes, que se suman a las generadas a partir de la comparación de los resultados obtenidos por el empleo de las dos técnicas (estimulación del nervio sural y biofeedback) señaladas anteriormente: ¿a qué se debe la no correspondencia entre lo medido y lo que se esperaba obtener?, ¿está clara la Unidad de Análisis?

Aunque estas interrogantes serán retomadas en capítulos posteriores cuando se plantee la necesidad de clarificación epistemológica que poseen las investigaciones en cuestión, es importante adelantar que la Unidad de Análisis se entenderá como un componente del sistema total que se quiere estudiar, es decir, dentro del universo que comprende el *objeto de estudio* de una investigación, hay diferentes individualidades que deben ser susceptibles de ser estudiadas y medidas, cada una de esas individualidad es lo que se conoce como Unidad de Análisis (Samaja, 1994). Entonces partiendo de esta definición, ¿qué tanto se ajusta la concepción de Unidad de Análisis sostenida en dichas investigaciones al concepto previamente presentado? Esto conduciría a otra pregunta, ¿cómo se puede pensar en una medida de “algo” que presenta tales inexactitudes?

En conclusión, se ha venido avanzando en un terreno difuso, se proponen diversas unidades de análisis y unidades de medida, con resultados imprecisos que no permiten establecer de manera clara la forma en la que ambas unidades (trastornos anorrectales y aspectos conductuales) se relacionan. Pareciera que se pretendió avanzar en lo metodológico sin haber clarificado el nivel epistemológico.

Se partirá de la posición de que la línea de investigación requiere, para poder consolidarse y avanzar, fijar parámetros claros para poder tener acceso al evento u objeto de estudio y comprender los resultados de las propuestas de investigaciones y exploraciones orientadas a la búsqueda de relaciones entre los diferentes elementos que se pretenden investigar. Por tanto es imperioso establecer elementos tales como la Unidad de análisis, la Unidad de medida, los Indicadores, las Variables y los Datos, entre otros. Lo que por supuesto permitiría consolidar un lenguaje que se haga común para las disciplinas que tengan interés de investigar en el área

de los trastornos anorrectales. Partiendo de esta necesidad, se pretendió dirigir los objetivos de este estudio al análisis de los datos presentes en cada una de las investigaciones realizadas en la línea en cuestión, tomando como base el concepto de la *matriz de datos* propuesta por Samaja (1994). Conceptos que serán detallados más adelante.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

1. Analizar mediante los criterios epistemológicos de Samaja (1994) las investigaciones realizadas sobre el estudio de los trastornos anorrectales y su relación con los aspectos conductuales por el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar los componentes que conforman los datos de las investigaciones realizadas.
2. Describir los componentes que conforman los datos de las investigaciones realizadas.
3. Reconstruir mediante los criterios epistemológicos los componentes que conforman los datos de las investigaciones analizadas.

Capítulo II: Sintagma Gnoseológico

2.1 Sobre el evento a analizar

En una investigación cuyo objetivo principal es analizar; la revisión documental se orienta de forma concreta a identificar y seleccionar información que permita conceptualizar el evento a analizar y el criterio de análisis (Hurtado, 2000). En esta investigación, el evento a analizar está compuesto por tres investigaciones realizadas en el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela, todos en la línea de investigación orientada a vincular la psicología con *los trastornos anorrectales*.

En el capítulo uno se puede encontrar una primera definición de cada una de las investigaciones, por lo que el objetivo de este capítulo es revisar a profundidad el contexto en el que fueron creadas, así como las teorías, definiciones y paradigmas bajo el cual se basan cada una de las propuestas.

En el año 2005 inicia formalmente la línea de investigación, producto de la necesidad de estudiar de manera sistemática los datos observados en los pacientes que asisten a la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC); se identificaron algunas características que presentaban los pacientes, en cuanto a comportamiento y patrones de personalidad, se asociaban con síntomas de *alteraciones anorrectales*, por ejemplo: la expresión del dolor, la recidiva de la enfermedad (sobre todo los casos de hemorroides), la escasa adherencia al tratamiento y *estilos interactivos* de confrontación e impulsividad.

Un dato obtenido a nivel histórico, como antecedente del inicio de la línea de investigación fue que desde la postura psicodinámica, existían artículos que abordaban la relación simbólica entre los *trastornos anorrectales* y algunas estructuras psicológicas. Estos hallazgos eran en el ámbito del manejo de casos y a nivel bibliográfico llevaron a formalizar un área de trabajo que después se consolidaría en una línea de investigación.

La primera investigación realizada en la línea desde el Departamento de Psicología Clínica fue, tal como se señaló, el trabajo realizado por Moreno y Ochoa (2005), titulado *Trastornos anorrectales: una aproximación desde el modelo conductual*, el cual pretendía, a partir de un instrumento construido ad hoc (para tal fin) levantar la *historia comportamental* del paciente con la finalidad de identificar las relaciones entre la historia propiamente dicha y el trastorno anorrectal. En el (2006), se realiza el segundo trabajo de investigación titulado *Patrones conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales*, realizado por Briceño y Contreras, que se encargó de continuar con el trabajo de perfeccionamiento y aplicación del instrumento llamado *Guía de Entrevista*. Fue en el año (2011) cuando se realiza la última investigación en el área titulada *Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales* por Lastra y cols. Que buscaba comparar los patrones conductuales de personas con *trastornos anorrectales* y personas sin *trastornos anorrectales*.

La última investigación de esa primera etapa, orientada a la búsqueda de la relación entre los *patrones conductuales* y los *trastornos anorrectales*, arrojó como resultado que el instrumento (Guía de entrevista) no era sensible a discriminar entre pacientes sanos y pacientes con la alteración; motivo que dio pie a detener la línea de investigación y reconsiderar el enfoque bajo el cual se estaba trabajando y la forma en que se había venido levantando los datos.

Sin embargo, en el año 2009 Brando y Silva, realizaron otro trabajo en el área, esta vez con una variante al tratar de estudiar la efectividad de dos técnicas derivadas de la Medicina Conductual, entre ellas la técnica del Biofeedback y en el tratamiento de las *alteraciones anorrectales*, el objetivo fundamental era contribuir con una propuesta tecnológica derivada desde la Psicología a satisfacer la necesidad de una terapéutica que contribuyera al bienestar de las personas que padecían los trastornos; gracias a esta contribución se crea el cargo de psicólogo en UNICOPROC-HUC, lo que deja ver que a nivel profesional se estaba cumpliendo con el encargo social del momento pero a nivel de investigación aún no se tenía claro la relación entre lo psicológico y los *trastornos anorrectales*; tal como señala Ribes (1982), a partir del encargo social, se contribuye al desarrollo una profesión como la Psicología aunque no contempla un objeto preciso de estudio, por tanto, Este último hallazgo ratifica que

se estaba avanzando a nivel clínico y tecnológico y no a nivel de investigación. (Purificación Prieto, comunicación personal, 15 de Marzo de 2017).

Una vez presentado el contexto en el cual surge cada uno de los trabajos de investigación y cómo se conforma la línea, es fundamental conocer el modelo teórico en el cual se basan. El paradigma conductual es común en los tres trabajos de investigación, este paradigma se inserta en la tradición filosófica del empirismo, donde el conocimiento es considerado una copia de la realidad (Hernández-Pozo, 1997).

Dentro del paradigma conductual, se resalta el aspecto «operante» del comportamiento humano, que reside en la propiedad del mismo de introducir cambios en el entorno, cambios que a su vez habrán de influir sobre el comportamiento que los produjo (Campos, 2005). En palabras de Skinner (1981, p. 11), “Los hombres actúan sobre el mundo y lo cambian, y a su vez son cambiados por las consecuencias de sus actos”. La Unidad de Análisis de este modelo es la conducta del individuo, y la unidad de medida es la tasa de ocurrencia como una aproximación probabilística de ocurrencias futuras (Skinner, 1950).

Desde el paradigma conductual, más específicamente desde el modelo de la medicina conductual, las investigaciones buscaban vincular *variables psicológicas* y las *alteraciones anorrectales*. para alcanzar este propósito optaron por construir su unidad de análisis y de medida, desde la *Guía de exploración conductual de trastornos anorrectales* (Moreno y Ochoa, 2005 y Briceño y Contreras, 2006). Buscaban detectar la presencia de *patrones conductuales* característicos de personas con alguna *patología anorrectal*, así como el momento de la ocurrencia de dichos patrones.

Es importante destacar que la concepción teórica de la Medicina Conductual deviene de los principios del Análisis Experimental de la Conducta (AEC). El AEC es el sistema psicológico derivado de los trabajos de Skinner; es la ciencia de la conducta, que consiste en un conjunto de métodos, hallazgos empíricos y teorías que se han venido construyendo en el transcurso del tiempo sobre la conducta (Ardila, 1995; Peña, 2006).

Teniendo claro que las investigaciones parten de los principios del AEC, resulta confuso encontrar elementos pertenecientes al paradigma interconductual, entre cuyas propuesta de abordaje del área salud tiene expresión el Modelo Psicológico de la Salud Biológica de Ribes. Dicho modelo tiene como supuesto que “la prevención, la curación, la rehabilitación o el inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando” (Ribes, 1990 p. 20). En el se concibe como Unidad de Análisis a la *interconducta*, destacando el carácter activo de la relación sujeto-ambiente y los diferentes componentes que forman esa relación, mientras que. El modelo operante considera como Unidad de Análisis la *conducta*, entendida como la interacción entre un organismo *como un todo* y los objetos del ambiente, dejando a un lado: **a.** las propiedades de los objetos respecto de las cuales se establece la actividad individual, y el hecho de que **b.** las funciones psicológicas son sistemas de relaciones y no solo una relación funcional, (Ribes y Lopez, 1985).

Se encuentran también, términos como *patrones de conducta*, donde solo se realiza una categorización de los diferentes tipos de patrones que existen, asumiendo que son congruentes con el paradigma bajo el cual están trabajando. Los *patrones de conducta* son definidos por Price (1982, citado en Bustos 2016) como la predisposición de determinadas personas respecto de sus actitudes y el modo de afrontar situaciones. Así, el patrón de conducta de una persona reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica. Resulta confuso el haber considerado a los patrones de conducta en estas investigaciones debido a que en su definición se utilizan constructos como *personalidad* que no son congruentes con los principios expuestos por el AEC.

Lo mencionado anteriormente pone en evidencia que no hay consenso al momento de definir un paradigma único y congruente bajo el cual se hayan realizado las investigaciones. A pesar de que indican haber trabajado bajo el modelo operante, toman criterios de análisis de diferentes modelos como el Modelo Psicológico de la Salud Biológica de Ribes. Esto dificulta aún más el establecer una relación clara entre un modelo particular de la psicología y los *trastornos anorrectales*.

Si bien la finalidad de este apartado era exponer de manera detallada las bases teóricas de los trabajos de investigación, esto no resulta posible mientras no haya coherencia entre el *modelo epistémico*, la Unidad de Análisis y de medida y el método seleccionado. Es por esto, que los hallazgos expuestos en este capítulo serán retomados en el Cap. IV donde se contrastarán los eventos a analizar, compuesto por los trabajos de investigación, con el criterio de análisis, a saber: la matriz de datos expuesta por Samaja (1994).

2.2 Sobre el criterio de análisis

Para poder identificar aquella estructura que permita describir los elementos que componen el evento a analizar, tal como se señaló, resulta importante seleccionar –o construir- un criterio que permita dirigir el análisis. Para tal fin, se seleccionó como matriz de análisis lo que Samaja (1994) denomina “matriz de datos”, concepto que se desarrollará a lo largo de este apartado.

Cuando un investigador se encuentra ante un evento, situación o aspecto de la realidad y la misma capta su atención a tal punto que decide estudiarla, no basta tomar esa información de la realidad concreta y describirla. La realidad es compleja, y no se puede pasar de la percepción común y el comportamiento práctico a la visión teórica y científica; para esto se requiere una reelaboración de la experiencia espontánea, que no es más que la medida en la que se traducen los hechos de la realidad a hechos configurados de cara a un modelo (Samaja, 1994). Destaca que la forma en la que se desarrolla el conocimiento científico es mediante un movimiento de “ir y venir” entre la experiencia y la teoría; dinámica de la cual resulta la explicación científica. En otras palabras, para poder describir de manera científica esa realidad se debe operar sobre la misma: explicar cómo es fragmentada y enunciándola mediante categorías lingüísticas (p. 159).

Del proceso de traducción de la experiencia espontánea a la descripción científica va a resultar lo que Samaja (1994) denomina “el dato” siendo este un arreglo complejo que está conformado por una estructura interna e invariante, es decir, que mantiene sus mismos componentes en independencia de la disciplina o tipo de investigación científica; a esta estructura interna del dato la denomina “matriz de datos”.

Es importante destacar que en toda investigación científica existe más de un dato, lo que resulta en múltiples matrices de datos en diferentes niveles. Asimismo, la matriz de datos es una estructura que puede aplicarse a cualquier objeto (s) que sea (n) parte de una investigación científica, es decir, esta puede utilizarse como un método en general (Samaja, 1994).

2.2.1 Justificación de la elección del criterio de análisis.

Los hallazgos encontrados en la aproximación a la línea concluyen en la urgencia por fijar parámetros claros que den cuenta de la estructura que compone al objeto estudio. Es por esto que, antes de sugerir una serie de pasos que orienten las investigaciones futuras que se realicen en el área, se quiere invitar a la consideración de los elementos que configuran el dato científico al momento de construir un objeto que se haga común para cualquier disciplina que decida abordar el evento de estudio partiendo de una visión transdisciplinaria.

Utilizar la matriz de datos como criterio de análisis facilitará la identificación de la estructura interna de las investigaciones a analizar (componentes que configuran los datos) y de esta manera conformar un lenguaje que se haga común para todas las disciplinas, pues se parte de objetos que son construidos de cara a los mismos elementos. Este aspecto resulta aún más conveniente si se recuerda que la visión de la línea de investigación es transdisciplinaria y la misma busca partir de la construcción de un objeto común que facilite la integración de saberes de las diferentes disciplinas que aborden el evento de estudio.

Los planteamientos que desarrolló Samaja (1994) más concretamente, los conceptos de dato y de matriz de dato, fueron tomados como criterio de análisis para la presente investigación por varias razones, la primera de ellas es la más notoria de todas, es la descripción detallada que ofrece el autor de los elementos que componen al dato científico. Este es un aspecto importante ya que tal como se señaló uno de los principales inconvenientes identificados en la línea de investigación fue la incongruencia y el poco consenso observado entre las diferentes investigaciones que se han desarrollado en el área, al referirse a los elementos que componen al dato y lo incompatible que resultan las diferentes propuestas teóricas y tecnológicas, por las diversas formas de construir el objeto de estudio.

Por otra parte, el autor destaca un abordaje epistemológico y metodológico válido universalmente ya que puede incluirse en cualquier investigación científica independientemente de la disciplina. Además, uno de los aspectos que resulta de mayor interés es que ha expandido su propuesta al área de la salud, teniendo un amplio desarrollo en la misma; lo que hace pertinente su consideración, una vez conocidas las características del área en el que se enmarca la presente investigación.

Finalmente, el tomar tales planteamientos de Samaja (1994) como criterio de análisis, permitiría la inclusión de la perspectiva integradora del autor en tanto las ciencias de la salud, elemento que da cuenta de la visión de la línea de investigación en cuestión, la integración de saberes y la consideración del objeto único para todas las ciencias de la salud y demás disciplinas que se ajustan a la visión transdisciplinaria que ha adoptado como visión la línea de investigación estudiada.

2.2.2 Epistemología de la Salud

La propuesta que realiza Samaja (2004) en este contexto se basa en los problemas que se originan de la integración de diferentes disciplinas y enfoques metodológicos en el área de la salud. Insiste en el diseño de una forma de abordaje de la salud que considere todas las partes que conforman al ser humano sin limitarlo o reducirlo a un segmento del mismo.

El planteamiento de Samaja (2004) destaca cómo disciplinas que configuran el área de “las ciencias de la salud” divergen entre sí en cuanto a su forma de construir su(s) objeto(s) de estudio y las consecuencias que derivan de ello. No obstante, se debe reconocer que las ciencias de la salud cuentan también con elementos comunes; Servillo (s/f), destaca que los elementos nucleares de estas ciencias son los siguientes: a) salud (normalidad), b) enfermedad (patología), c) curación (terapéutica) y d) preservación (prevención).

Se parte de un núcleo básico de significantes y significados que derivan en la noción única que “la salud es un bien”, sin embargo, sobre esos elementos comunes hay diferentes cuerpos teóricos, modelos y prácticas que resultan antagónicas y contradictorias. Esta contraposición

es lo que enrarece y pone en cuestionamiento el carácter “científico” de toda disciplina que entre dentro de las ciencias de la salud.

Samaja (2004) se basa en esta misma discusión para destacar la pertinencia de su modelo integral de la salud, el cual se orienta a romper con la visión reduccionista y fragmentada de la *concepción cartesiana* de los procesos humanos. Insertando una conceptualización de la salud que incluye los problemas que denomina de “la reproducción social”; ampliando la concepción de “salud” hacia una noción más “ecológica” que incluye elementos políticos, sociológicos, económicos, entre otros. (Samaja, 2004).

Aunado a esto, Servillo (s/f) ofrece un concepto de Ciencia como “saber con unidad de objeto y métodos” sobre el cual destaca que este es un concepto que no es practicado en las disciplinas que conforman el rótulo de “ciencias de la salud” y que por esta razón, debería hablarse de “un préstamo de conocimientos” por parte de dichas disciplinas en lugar de denominarlas “ciencias”.

En líneas generales, los planteamientos de Samaja (1994) y Servillo (s/f) derivan en que independientemente de los elementos comunes de las disciplinas de la salud, se hace necesaria la construcción de un objeto común para poder adscribirse al concepto de Ciencia previamente introducido. En relación a esto se cree conveniente exponer el reto epistemológico que esto representa según Servillo (s/f).

El desafío epistemológico es, pues, elaborar una perspectiva capaz de sintetizar la comprensión de las grandes regiones ontológicas: naturaleza-cultura y realidad-discurso, y poder demostrar que si hay Ciencia de la Salud, ya que ésta es un objeto del mundo de los hechos reales y no algo meramente imaginario. Se trata de producir, en situaciones determinadas, enunciados válidos y aceptables sobre la salud y la enfermedad, sobre lo normal y lo patológico y averiguar si esas reglas profundas permiten sostener o no las dicotomías entre lo natural y lo social; entre lo real y lo discursivo (p. 5).

La pretensión expuesta por Servillo (s/f) se ajusta a lo que persiguen los objetivos de la presente investigación; los hallazgos previamente reportados dan cuenta de la falta de acuerdo

y consenso en cuanto a cómo se construye el objeto, a qué llamamos unidad de análisis y unidad de medida, cómo se configura el dato científico, entre otros elementos que para entonces urgen ser aclarados. Parece ser entonces, un problema que no solo atañe a la línea o área en cuestión sino que involucra al campo de las ciencias de la salud en general.

La presentación de una matriz que analice los datos de las investigaciones realizadas de cara a su estructura interna, sin dudas aporta un grano de arena al desafío planteado. La construcción de un objeto común entre todas las disciplinas que configuran las ciencias de la salud y disciplinas en general. Se apunta al propósito de cada uno de estos planteamientos y es llegar a ese “saber con unidad de objeto y método”, es adoptar una visión genuinamente transdisciplinaria.

En la presente investigación se expondrá una aproximación de los elementos que han de ser considerados a la hora de configurar una matriz de datos y la forma en la cual han de ser organizados para poder hablar de una misma Unidad de Análisis entre diferentes enfoques, disciplinas y perspectivas. La forma en la cual se abordará tal alcance se desarrollará con mayor detalle en el capítulo tres.

Capítulo III: Criterios Metodológicos

3.1 Justificación de la investigación analítica

Lo que caracteriza el primer paso al momento de realizar una investigación es determinar el *modelo epistémico* del cual se parte. Tal como lo indica Hurtado (2010) a lo largo de la historia cada *modelo epistémico* ha desarrollado una definición de investigación coherente con su concepción acerca del conocimiento, sus fuentes y sus criterios de investigación. Es por esto, que es de vital importancia delimitar bajo qué *modelo epistémico* se está basando la presente investigación.

La investigación busca interpretar un conjunto de relaciones, es por esto que el modelo que más se ajusta es el estructuralista, el cual desarrolla sus procesos investigativos al tratar de explicar las relaciones sistemáticas y constantes que existen en el comportamiento humano, personal y social. A tales relaciones se les da el nombre de "estructuras" (Hurtado, 2010).

Bajo el *modelo epistémico* estructuralista, se va a trabajar con una definición de investigación analítica, principalmente porque se busca analizar un evento y comprenderlo en términos de sus aspectos menos evidentes. Analizar, tal como lo indica Hurtado (2000), implica detectar las características fundamentales que configuran al evento de estudio.

El tipo de investigación analítica se sitúa en un nivel aprehensivo, que tal como lo define Hurtado (2000), se trata de una aproximación profunda para descubrir aspectos de un evento que se manifiestan en pautas de relaciones internas. Como mencionado anteriormente en el enunciado holopráxico, este nivel aprehensivo se logra luego de haber superado el nivel perceptual, el cual engloba investigaciones exploratorias y descriptivas; por lo que toda investigación analítica requiere de una descripción, y por ende, de una exploración previa sobre lo cual se hace el análisis. En síntesis, toda investigación analítica requiere del conocimiento de la situación y el diagnóstico de los eventos de estudio para poder identificar los elementos que configuran la estructura interna de los mismos (Hurtado, 2010, p. 133).

Es conveniente aclarar que la metodología de la presente investigación se inspira en la propuesta de investigación analítica que realiza Hurtado (2000) más sería inadecuado afirmar que se trata de una investigación analítica pura a criterios de la autora. A pesar de cumplir con el esquema propuesto en su modelo holístico de investigación, sus aportes, permitieron dar cuerpo y orden a los hallazgos obtenidos de las diferentes aproximaciones al área, más los criterios que definen una investigación analítica según Hurtado (2000) no fueron cumplidos en su totalidad por la naturaleza de los datos del presente estudio.

3.2 Tipo de investigación

Se trata de una investigación analítica ya que se pretende identificar los aspectos menos evidentes de los eventos analizados a partir de una contrastación de un evento con otro (Hurtado, 2000). Se busca precisar en qué medida se ajusta un evento a los criterios establecidos, a palabras de Hurtado (2007) “cómo se ajusta un ser con el deber ser”

Las investigaciones analíticas, según la comprensión holista de Hurtado (2000), consisten en identificar y reorganizar las partes de un evento basándose en patrones de relación implícitos que forman unidades de menor magnitud que la unidad total.

Analizar consiste en identificar y reorganizar más que en “descomponer en partes” Hurtado (2000), lo cual visto en los fines últimos de esta investigación pudiera exponerse de la siguiente forma: a) Identificar los elementos que componen el dato científico en las investigaciones realizadas en el área de los *trastornos anorrectales* del Departamento de Psicología Clínica de la UCV, para b) reorganizar – a partir de los criterios epistemológicos de Samaja (1994) – los mismos. Obteniendo así una comprensión más profunda del evento a analizar.

3.3 Diseño de investigación o modalidad

Hurtado (2000) refiere que los diseños de las investigaciones analíticas deben cumplir con los siguientes aspectos: amplitud del foco, perspectiva de temporalidad y fuentes de recolección de datos. La amplitud del foco se basa en el número de eventos que se van a

investigar, si es unieventual (un evento) o multieventual (dos o más eventos). En cuanto a la perspectiva temporal, se parte de que un diseño puede estar dirigido a trabajar y/o reconstruir hechos pasados o a obtener información de un evento actual, el primero de estos se denominaría (histórico o retrospectivo) y el segundo (contemporáneo). Finalmente, las fuentes de recolección de datos, tienen que ver con el tipo de fuentes, si son fuentes vivas (diseño de campo), si son creadas en un ambiente artificial (diseño de laboratorio, si son documentos o restos (diseño documental). Si hay una combinación entre algunas (diseño mixto).

Tomando en cuenta los criterios expuestos anteriormente, se puede decir que para la presente investigación se realizó un diseño analítico transaccional retrospectivo documental unieventual. Es analítico transaccional debido a que se analiza la unidad de estudio como totalidad en un momento único; unieventual, porque se seleccionó una (1) unidad de estudio, retrospectivo debido a que se seleccionan eventos realizados en un momento del pasado, utilizando fuentes documentales para la recolección de datos (Investigaciones desarrolladas en la línea de investigación), cuyo contenido se pretende analizar en función del evento a analizar. (Hurtado, 2000).

3.4 Unidad de estudio

Dado que el diseño de investigación es analítico transaccional retrospectivo documental, la unidad de estudio de la investigación son documentos, trabajos de investigación realizadas en la línea de investigación del Departamento de Psicológica Clínica de la Universidad Central de Venezuela. Tituladas, según el orden de publicación desde la más antigua a la más actual, “*Trastornos anorrectales: una aproximación desde el modelo conductual*”, “*Patrones conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales*” y “*Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales*”.

3.5 Matriz de Análisis

En las Matemáticas, el concepto de matriz hace alusión a un “conjunto de números o símbolos colocados en líneas horizontales y verticales y dispuestos en forma de rectángulo”,

mientras que el término análisis se refiere al “estudio detallado de algo” (Real Academia Española, 2001). Se podría decir entonces que una matriz de análisis es una estructura que permite el estudio de diferentes datos. En palabras de Tamayo (1991, p.98) “es un instrumento que nos permite ordenar y clasificar los datos consultados”.

Como se mencionó en el capítulo II, toda investigación científica organiza los hechos bajo estudio de una manera comprensible a través de un esquema que sirve de puente entre la teoría y la experiencia, al que denominamos “dato”. La matriz vendría siendo la forma de ordenar los datos de manera que sea visible su estructura interna, es la manera sistemática y estructurada de comprender la realidad con la teoría para hacerla inteligible. Es así como la matriz para el análisis de los trabajos de investigación, se toma del concepto de *matriz de datos* expuesto por Samaja (1994) en su libro *Epistemología y Metodología*.

Entre los postulados propuestos por Samaja (1994) se tiene que todos los datos de todas las investigaciones científicas de todas las disciplinas poseen una estructura invariante que se puede llamar matriz de datos. La estructura del dato científico tiene 4 componentes, por lo que se conoce como *estructura cuatripartita*; estos componentes son: Unidad de Análisis (UA), Variables (V), Valores (R) e Indicadores (I).

La Unidad de Análisis (UA) en un investigación es el objeto de estudio, aquel capaz de ser observado y medido. Samaja (1994) indica que la misma puede ser concebida de dos formas: **a.** como un universo que tiene partes, o como **b.** la parte de un universo. Esto hace alusión a la dicotomía “individuo/colectivo”, que más que considerarse como una relación cuantitativa “uno/muchos”, es concebida como una relación de subordinación o supraordinación entre sistemas. Desde esta perspectiva, un “individuo” también puede ser considerado como un “colectivo”, y sus rasgos subyacentes pueden ser también inferidos a partir de la distribución de frecuencia de sus comportamientos singulares; esto último se refiere a la estructura latente de la (UA) De una forma práctica, se puede determinar la (UA) de una investigación, al preguntarse, ¿qué estoy observando o qué estoy midiendo?

El segundo componente del dato científico es la Variable (V); toda investigación científica “comienza por presuponer un objeto cuyo perfil está dado por la selección que hace de Variables relevantes o de manifestaciones relevantes” (Samaja, 1994 p. 177). La noción de Variable se refiere a los rasgos que permiten conocer el perfil de la Unidad de Análisis a investigar, son atributos o características de las unidades de análisis que pueden variar asumiendo distintas cualidades o valores. En cualquier momento que inicie la investigación, siempre hereda resultados de procesos previos, es decir, decisiones previas acerca de qué tipo de entidades pueblan ese universo, esas entidades son las Variables. Existen tres tipos de (V) a saber: Variables absolutas (propias de cada unidad de análisis), Variables relacionales (emergentes de una cierta relación con otra u otras unidades) y Variables contextuales (emergentes de las características del o de los contextos), (Samaja, 1994 p.178).

El Valor (R) es el tercer componente presentado por Samaja (1994). Este hace alusión a los varios estados posibles que pueden presentar las Variables. El Valor se puede expresar cualitativamente, a través de una clasificación por ausencia y presencia, por jerarquía u orden, o cuantitativamente, a través de magnitudes (números). Para conocer el (R) de una Variable se deben construir Indicadores, los cuales se explicarán a continuación.

Los Indicadores (I) hacen referencia a cómo se puede tratar cada Variable de una unidad de estudio, es decir, es algún tipo de Procedimiento que se aplica a alguna Dimensión de la Variable, para establecer qué Valor de ella le corresponde a una Unidad de Análisis determinada. En párrafos anteriores se vio la dicotomía individuo/colectivo, la cual recubre otra dicotomía, según Samaja (1994): individualidad empírica o analizable/individualidad sintética o especulativa. “La individualidad empírica se refiere al mismo individuo solo que pensado desde la posibilidad de ser analizado para construir un esquema indicador que permita inferir el comportamiento de sus Variables” (Samaja, 1994 p. 179).

Dicho esto, es preciso indicar que existen tres esquemas de indicadores para el estudio de las Variables: **a.** el primer Procedimiento involucra un esquema indicador analítico donde se trata a la variable como una probabilidad (una recurrencia o promedio), **b.** el segundo, un esquema indicador estructural, en el cual se destaca una red de vínculos entre sus partes y **c.**

un esquema indicador global donde se trata a la Variable como una estructura jerárquica, con algún componente predominante (Samaja, 1994). Estos tipos de esquemas hacen alusión al modo en que las Variables serán medidas en la investigación.

El autor ejemplifica los tres tipos de esquemas de la siguiente manera: si se quieren estudiar las características de los comportamientos de un grupo, se estará ante las siguientes alternativas: **a.** se caracteriza al comportamiento de cada individuo y luego se obtienen tasas o promedios con los que se califica al grupo (esquema analítico) **b.** se estudia la red de relaciones que se observan entre los miembros del grupo y se caracteriza al grupo según las características de la red (esquema estructural) y **c.** se supone que las pautas de interacción tiene una estructura y que en ella, la interacción con el líder constituye un plano privilegiado para predecir el comportamiento del grupo, a partir de estas características de su líder (esquema global), (Samaja, 1994 p. 180). Estos esquemas dan cuenta de la naturaleza del Procedimiento que se empleará para el estudio de las Dimensiones de una Variable.

El término Indicador en la estructura del dato se define como Procedimiento + Dimensión. Los Procedimientos (P) van desde el empleo de un indicio perceptivo simple como la observación, hasta la construcción de escalas. Estos Procedimientos son aplicados a las Dimensiones (D) de la Variable. Por su parte, la Dimensión se refiere a esas *sub-variables* que se encuentran en una Variable cuando esta es compleja, este proceso se llama *dimensionar*, (Samaja, 1994). Una Variable puede tener múltiples dimensiones, por ejemplo: si se tiene la Variable calidad del restaurante X, puede que las personas se pregunten a qué se refieren con calidad, puede ser atención de mesoneros, calidad de la comida, tiempo de entrega, ambiente, entre otros. Esto pone en evidencia que hay Variables complejas, que a diferencia de otras Variables, estas no pueden ser medidas directamente, sino que necesitan de Dimensiones. Es importante resaltar, tal como lo indica Samaja (1994 p. 195) que “no es necesario que toda Variable sea dimensionada. Debe serlo si la naturaleza de la investigación lo exige”.

Una vez explicados los cuatro componentes que presenta el dato científico, se presentan a continuación estas nociones representadas en un diagrama que advierte el carácter jerárquico de algunas de las relaciones que se dan entre los elementos de la estructura:

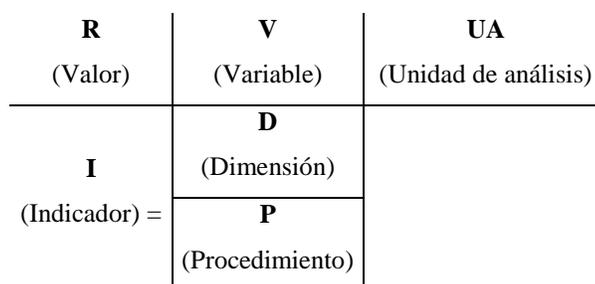


Figura 1: Diagrama de los componentes del dato científico según Samaja (1994)

En este diagrama, se puede observar que debajo del símbolo del Valor (R), figura el símbolo del Indicador (I), que está en relación de igualdad con la Dimensión y el Procedimiento, cuyos símbolos (D) y (P) están inmediatamente por debajo de la Variable (V). Esta ubicación en el diagrama busca sugerir la relación de subordinación que existe entre las dimensiones y la Variable de la cual son aspectos, (Samaja, 1994, p.162).

El diagrama presentado es lo que se conoce como la matriz de un dato científico, y Samaja (1994) indica que toda investigación debe determinar como mínimo tres matrices de datos, a saber: una *matriz central*, una *matriz supraunitaria* y una *matriz subunitaria*. Su denominación deja ver la relación jerárquica que existe entre las tres. La *matriz central* es también llamada de anclaje, debido a que justo en ese nivel es que se desarrolla el objetivo de la investigación. La *matriz supraunitaria* está constituida por los contextos de las unidades de análisis de la matriz central. Por último, la *matriz subunitaria* está constituida por los componentes o partes de las unidades de análisis del nivel de anclaje (Samaja, 1994 p.166).

La consideración de mínimo tres matrices de dato en una investigación se hace por lo complejo del objeto de estudio cuando este es tomado de la realidad. Algunas de las relaciones lógico-metodológicas que se dan entre los tres niveles son: **a.** las Variables del nivel inferior o subunitario pueden funcionar como Dimensiones para construir Indicadores que permitan conocer el Valor de Variables del nivel superior, **b.** Las Unidades de Análisis del nivel inferior pueden ser componentes cuyos comportamientos se expresan como Variables del nivel superior, y **c.** las Unidades de Análisis del nivel supraunitario pueden recubrir el carácter de contextos relevantes de los niveles inferiores, (Samaja, 1994, p.168).

La primera acción de la matriz está dirigida a identificar y reconfigurar los datos que se analizarán en las investigaciones en cuestión. Esta figuraría como punto de comparación con el que se contrastarán los diferentes elementos que componen el evento a analizar, es por esta razón que para esta acción la matriz será referida como matriz referente. Para ejemplificar esta función, se construyó un flujograma que se presenta en la Figura 3, con el fin de exponer los pasos a seguir al momento de hacer uso de la matriz de datos para el análisis de los eventos.

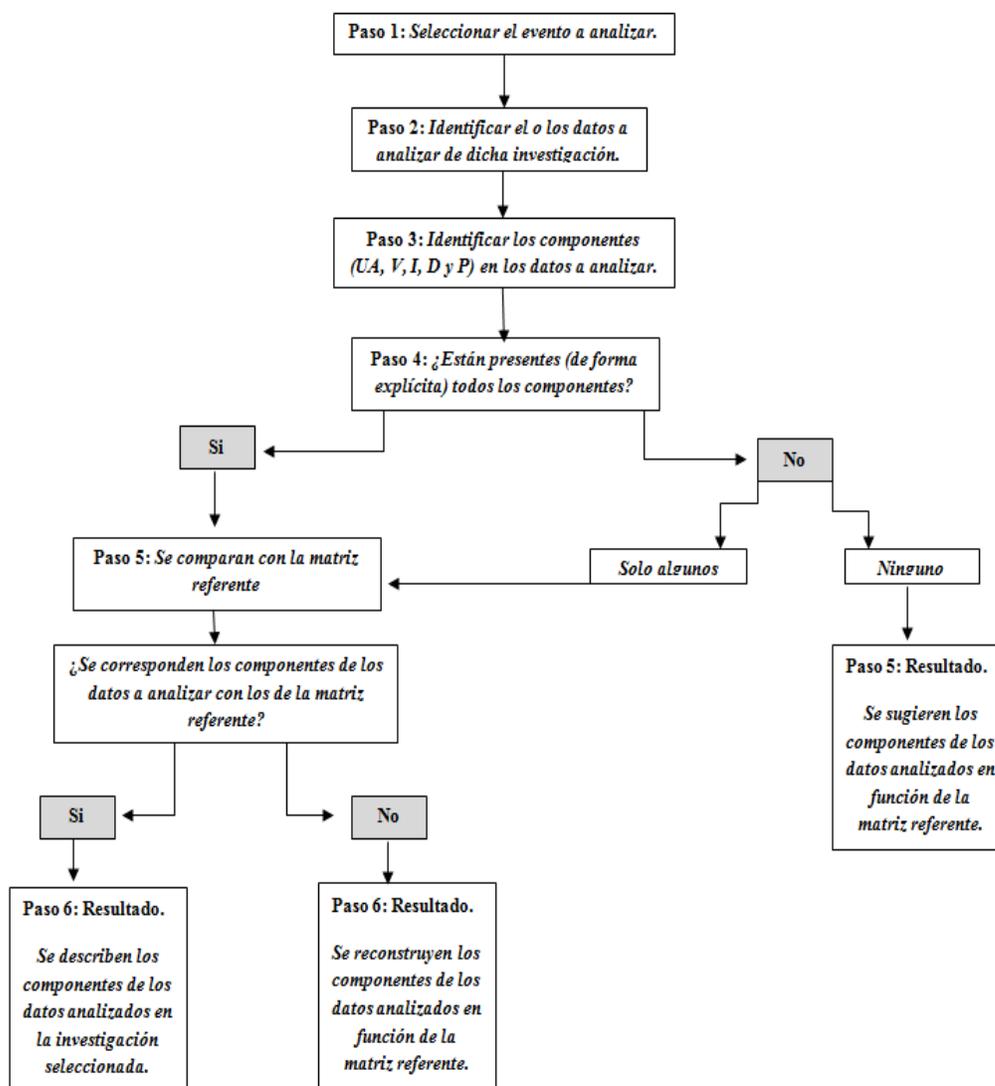


Figura 3. Flujograma de aplicación de la matriz para análisis de eventos.

Para la realización del análisis usando la matriz seleccionada (matriz referente) se debe primero identificar en la investigación a analizar el -o los- datos a estudiar; luego, se procede a identificar cada uno de los componentes (Unidad de Análisis, Variable, Indicador,

Procedimiento y Dimensión) presentes en la investigación; comparando cada uno con su referente en la matriz de análisis. De tal comparación derivarán varios resultados: a) Se identificará si la investigación concibe cada uno de los mismos, si lo hace, b) la fidelidad de dichos elementos con el referente propuesto. En el caso de que en la investigación no se identifiquen ninguno de los componentes del dato, se procederá a sugerirlos y describirlos a partir de lo establecido en la matriz referente. De haberse considerado solo algunos, estos se compararan con el referente repitiéndose la secuencia narrada inicialmente, los que fueron omitidos, se sugerirán y describirán del mismo modo.

Una segunda acción que realizará la matriz, es ofrecer una forma de investigar que permita la construcción de un objeto común; para esto es necesario que se utilice la misma como la propone Samaja (1994), en donde va a comportarse como un filtro que obliga al investigador a identificar cada elemento que configuran los datos que componen su investigación antes de circunscribirlo a un modelo con principios y términos que pueden conducir a un camino difuso y muy poco fiel a la realidad. Tal función es similar a la ilustrada en la Figura 2, en donde la misma se sitúa entre el *dato bruto* y la producción científica. Conviene aclarar que este modo de acción de la matriz es la que se sugiere consideren las nuevas investigaciones que se desarrollen en la línea de investigación estudiada.

Hasta el momento se ha descrito el evento a analizar y el criterio de análisis; en este capítulo se desarrolló cómo se va a dar cuenta de los objetivos establecidos en la investigación y de qué manera se hará uso de la matriz de análisis, qué criterios se considerarán y cuáles serán los resultados que se derivarán de su aplicación. Queda ver su aplicación de cara a los eventos y los resultados que deriven de tal aplicación, aspectos que se desarrollarán en el siguiente capítulo.

Capítulo IV: Análisis y Discusión

4.1 Análisis

En este capítulo se pretende hacer uso del Flujograma presentado en el Capítulo III (ver figura 3), con la finalidad de contrastar los elementos que componen el evento a analizar con la matriz de análisis. Siguiendo los pasos presentes en el flujograma, se hace preciso, en primer lugar, **seleccionar el evento a analizar**, el cual está compuesto por los tres trabajos de investigación desarrollados en la línea. Las dos primeras investigaciones buscaban alcanzar el mismo objetivo, a saber: identificar los patrones conductuales asociados a los *trastornos anorrectales*, mediante el uso de la Guía de Entrevista. La tercera investigación también hizo uso de tal instrumento, realizando algunos cambios en lo que respecta a la forma de procesar los resultados con la finalidad de realizar una comparación entre los *repertorios conductuales* de pacientes con *trastornos anorrectales* y pacientes sin *trastornos anorrectales*; estos cambios se evidenciarán más adelante al momento de aplicar la matriz.

Una vez especificados los eventos a analizar, se **identifican los datos** presentes en las investigaciones. Para fines de este trabajo, los datos seleccionados se van a circunscribir a las áreas evaluadas por la Guía de Entrevista (laboral, sexual, social, emocional, antecedentes de la enfermedad, hábitos alimentarios y de eliminación), debido a que con la evaluación de estas áreas, las autoras buscaban derivar cuáles eran los patrones de conducta presentes o característicos de los *trastornos anorrectales*. En este caso, un ejemplo de un dato sería: **Las personas con el área sexual afectada pueden presentar una alteración anorrectal.**

Siguiendo la línea del ejemplo anterior, se procederá a **identificar los componentes que configuran el dato** haciendo uso de la matriz de análisis (ver figura 1), para lo cual se tomará como dato el presentado previamente (*área sexual*); es conveniente aclarar que para todos los datos que componen las investigaciones a analizar las autoras identifican como unidad de análisis (UA) y de medida (P) a la Guía de Entrevista; introduciendo variantes para el resto de los componentes. Se identifica como Variable (V) al *área sexual*, la cual es medida por dimensiones (D) tales como: nivel de satisfacción, intensidad, frecuencia, duración y

morfología. Como Valor (R) se establecen dos categorías: repertorio adecuado e inadecuado, el cual se determina en función de un Indicador (I) que no es especificado en las investigaciones. Una vez consideradas las respuestas como repertorio adecuado o inadecuado se les asigna un puntaje que va del 0 al 5 en donde 0 significa repertorio inadecuado y 5 repertorio adecuado, no se especifican los Valores para los puntajes intermedios. Para observar gráficamente tales componentes, se presentarán los mismos ubicados en la matriz de análisis en la Figura 4.

R Repertorio adecuado/inadecuado	V <i>Área Sexual</i>	UA <i>Guía de entrevista</i>
I <i>No se especifica</i>	D <i>Nivel de satisfacción.</i> <i>Intensidad.</i> <i>Frecuencia..</i>	
	P <i>Guía de entrevista</i>	

Figura 4. Componentes del dato seleccionado para el estudio.

Ya identificados los componentes del dato a estudiar se **contrastará con la matriz referente**, proceso del cual se decidirá si tales componentes se describen o reconstruyen. Para fines del análisis, se observaron inconvenientes en casi todos los componentes (Variable, Indicador, Valor y en la Unidad de Análisis) por lo que se partirá de una descripción del problema y sus consecuencias para posteriormente proceder a proponer una forma de construcción del dato más adecuada. Se iniciará el análisis con la Variable, que tal como se señaló, en dichas investigaciones se toman como Variables a las áreas de la Guía de Entrevista; el problema que conlleva esto es que son Variables muy amplias que abarcan diferentes tipos de comportamiento, entendiendo a estos últimos como las dimensiones –o *sub-variables*- a través de las cuales se van a medir esas Variables. Por ejemplo, en el caso del *área sexual*, la misma reúne varias Dimensiones en ella (frecuencia Intensidad, morfología, entre otras) que son valoradas en conjunto a la hora de asignar un Valor a la Variable; el inconveniente es que por ser una Variable compleja, algunas de las Dimensiones que la componen pueden estar

afectadas como otras no, y la afectación de una de ellas conduciría a hablar de **afectación del área sexual** dato que no resulta del todo preciso y que llevaría a una conclusión arriesgada en cuanto su vinculación con los *trastornos anorrectales*.

En cuanto al Indicador, se destaca que para la Variable estudiada (*área sexual*), como en la mayoría de las que componen la guía, este no se especifica. En la matriz referente, el Indicador permite la estimación del Valor de la Variable en conjunto con las Dimensiones y el Procedimiento. En el caso del dato analizado esto se presenta de una manera diferente, en donde una vez obtenidas las respuestas del entrevistado se decide bajo un criterio no especificado el Valor de cada respuesta (repertorio adecuado/inadecuado) y en función de esos Valores se les asigna una puntuación. No se especifica el Valor que se le atribuye a puntajes intermedios.

De lo mencionado anteriormente, se pueden identificar problemas derivados de la poca especificación del Indicador y del uso inadecuado del mismo. La omisión de este componente conlleva a consecuencias que comprometen las propiedades del instrumento, a saber, la estandarización, haciendo sensible este componente a la subjetividad del entrevistado. Por otro lado, se dice que el Indicador es utilizado inadecuadamente porque el mismo debería ser utilizado para determinar el Valor de la Variable y no para cada respuesta, por lo que se miden los Valores de las respuestas y no de la Variable seleccionada.

Queda claro entonces que cuando se identifican problemas en el Indicador, estos afectan inevitablemente al Valor, ya que como se puede observar en la Figura 4, uno depende de otro, el Indicador se sitúa por debajo de dicho componente, pues en conjunto con la Dimensión y el Procedimiento se encargarán de estimar el Valor de la Variable.

En líneas anteriores se hizo mención a Valor de la respuesta en lugar de Valor de la variable como es descrito este componente en la matriz referente, esto es debido a que en las investigaciones estudiadas no se reporta la existencia de un Valor de la variable: *área sexual*, así como tampoco de un Indicador que permita estimarlo, de lo contrario se reporta la existencia de un Indicador que permite la asignación de un Valor (repertorio

adecuado/inadecuado) para cada respuesta. Esto resulta inconveniente al momento de utilizar una Variable como “*área sexual*” cuyo Valor resultará pertinente para determinar el tipo de relación que tiene la misma con la Unidad de Análisis, pues, como solo se tienen valores de las respuestas y no de la Variable, los resultados solo podrán ser considerados a la luz de cada respuesta por separado y la Dimensión a la cual estas correspondan.

Es conveniente aclarar que con exponer lo anterior como un problema no se invalida la pertinencia de asignar un Valor para cada respuesta en determinadas investigaciones, lo que se cuestiona es la función de una Variable como “*área sexual*” cuando los Valores que se utilizarán para estudio son los derivados de cada respuesta y no de dicha Variable.

Al realizar una lectura de los resultados obtenidos de la aplicación de la Guía de Entrevista, se puede observar que las autoras reportaban los datos descomponiendo la Variable en sus respectivas Dimensiones, por ejemplo, se habla que el 57% de las personas entrevistadas considera su vida sexual satisfactoria, en lugar de hablar del Valor de la Variable en general, ya que este no se especifica. Esta forma de utilizar los datos también redirige el análisis a lo ya expuesto en líneas anteriores cuando se hablaba de los inconvenientes de la Variable, **¿Para qué utilizar una Variable tan general si los resultados son reportados en función de sus sub-variables y no de la Variable en sí?** Todo lo expuesto apunta a que cada uno de estos componentes puede ser construido de una manera más adecuada para la obtención de un dato más específico.

Finalmente, en relación a los inconvenientes de la Unidad de Análisis, se puede observar que la *Guía de Entrevista* cumple dos funciones en las investigaciones: la de Unidad de Análisis y la de Procedimiento o Unidad de Medida. Esto denota una poca comprensión de los conceptos explicados anteriormente, debido a que si se parte que la Unidad de Análisis es el “objeto de estudio” de una investigación, **¿cómo es que esta será la misma que el Procedimiento para medir sus variables o atributos?** No es posible entonces, que dentro de la matriz, los elementos que componen al dato puedan repetirse, ya que cada uno cumple una función específica, y a pesar de que muchas veces no están clarificados en el discurso

científico, implícitamente están presentes todos los lugares de la matriz de datos, (Samaja, 1994).

Lo anterior no solo apunta un error conceptual, sino también un problema metodológico. No se puede tener como Unidad de Análisis la Guía de Entrevista si lo que se quiere conocer o estudiar son los patrones de conducta característicos de personas con *trastornos anorrectales*. Parece obvio este cuestionamiento, pero precisamente esta laguna es la que permite responder a las interrogantes presentadas en el capítulo I: **¿está clara la Unidad de Análisis?, ¿a qué se debe la no correspondencia entre lo medido y lo que se espera obtener?** Indudablemente, la Unidad de Análisis no está clara, y esta ambigüedad ha llevado a tomar datos brutos, derivados de la aplicación de la Guía de Entrevista, y convertirlos en datos científicos. Si se recuerda la figura 2, la matriz de análisis es necesaria para pasar aquello que los sentidos perciben de la realidad a conceptos o categorías que establezcan relaciones directas, en este caso entre patrones conductuales y *trastornos anorrectales*.

A pesar de los cuidados metodológicos que se tuvieron en la última investigación realizada en la línea, los resultados obtenidos apuntaron a no discriminar entre pacientes sanos y no sanos, o en su defecto, no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos. La utilización de un instrumento cuyos datos fueron construidos a la luz de una Unidad de Análisis inadecuada, hace que sean poco claros en su vinculación con las personas con *trastornos anorrectales*. Es aquí donde se invita a la línea a detenerse, pues, sus supuestos parten de premisas inadecuadas que de mantenerse de esa manera, continuarían generando tales inconvenientes.

Tomando en cuenta el cuestionamiento anterior, y siguiendo el paso seis (6) del flujograma, se presenta una propuesta para la caracterización de los componentes de la matriz de datos. Es preciso aclarar que lo que se expondrán a continuación es una sugerencia y queda como tarea del investigador la búsqueda bibliográfica relacionada a cada uno de los datos que desee construir a la luz de los objetos que desee estudiar.

A partir de los inconvenientes señalados, complejidad de la Variable, poca especificación del Indicador, Valor de la respuesta en lugar de valor de la Variable e inadecuación de la Unidad de Análisis, la primera recomendación apunta a determinar la Unidad de Análisis en función de lo que se quiere estudiar, en este caso son **los comportamientos de personas con trastornos anorrectales**. No se debe confundir a la Unidad de Análisis con el objeto total de la investigación, es decir, las personas con *trastornos anorrectales* son un universo, la totalidad que el investigador pretende conocer, sin embargo, ese universo se compone de partes. La Unidad de Análisis entonces debe buscarse entre los componentes de ese sistema complejo; siendo así el comportamiento aquél subsistema que en esencia se quiere conocer.

Partiendo entonces de esa Unidad de Análisis, se sugiere que las Variables o atributos se circunscriban a diferentes *áreas* en las que las personas con *trastornos anorrectales* desempeñan un determinado comportamiento (*área laboral, sexual, social, emocional, antecedentes de la enfermedad, hábitos alimentarios y de eliminación*). Como se mencionó en párrafos anteriores, estas áreas son Variables muy complejas, y necesitan ser estudiadas de forma más específicas para lograr establecer relación con los *trastornos anorrectales*, de lo contrario la vinculación podría ser general e inespecífica. Es por esto que se propone tomar un área y de ella un atributo que se quiera estudiar. Por ejemplo, del *área sexual*, **Calidad de las relaciones sexuales**.

Una vez seleccionada la Variable, se determinan las Dimensiones que se medirán de esa Variable. Para conocer si una Variable necesita ser *dimensionada* se puede realizar la siguiente pregunta **¿cuáles son los elementos implícitos en el concepto calidad de relaciones sexuales?** La respuesta se obtiene de una investigación exhaustiva por parte del investigador, en donde se consulte a fuentes bibliográficas, expertos en el área, o se tomen datos de campo con el fin de obtener información detallada y precisa. Para este caso, se podría sugerir que la frecuencia, la duración y la satisfacción son dimensiones importantes para determinar la calidad de una relación sexual. Esas dimensiones pueden ser medidas por cualquier Procedimiento específico, sea instrumento, entrevista cerrada o cualquier otro método que mida directamente dicha Variable.

Respecto al Indicador, se debe crear previamente un baremo, con el que se van a contrastar los resultados obtenidos por las personas. Si la persona que tiene pareja sexual, cumple con el mínimo de relaciones sexuales a la semana, una duración óptima y encuentra placer en esos encuentros se puede catalogar como buena calidad de relaciones sexuales. Este sería entonces el Valor de la Variable; buena o mala calidad de relaciones sexuales. A continuación se presenta la matriz con la propuesta de los componentes del dato científico.

R <i>Buena /Mala Calidad de relaciones sexuales</i>	V Calidad de relaciones sexuales	UA <i>Comportamiento de personas con Tx. Anorrectales</i>
I <i>Frecuencia: de 0-20 veces p/s</i> <i>Duración: de 1 min a 60 min.</i> <i>Satisfacción: de muy satisfecho a poco satisfecho</i>	D <i>Frecuencia, duración y satisfacción</i>	
	P <i>Guía de entrevista u otro instrumento</i>	

Figura 5. Propuesta de los componentes del dato científico: Las personas con trastornos anorrectales tienen una (buena/mala) calidad de relaciones sexuales.

Muchos de los errores cometidos en los trabajos de investigación analizados radican en que se quiere establecer una relación directa entre el comportamiento de una persona en un área y la aparición y/o mantenimiento de *trastornos anorrectales*, aun cuando las Variables se están tratando de forma tan general. Es por esto, que se sugiere tal como lo indica Samaja (1994), tener como mínimo tres matrices de datos, una a nivel central donde se va a realizar en concreto la investigación, una a nivel supraunitario que va a permitir comprender el contexto en el cual se da la relación del nivel central y una a nivel subunitario nivel inferior, donde se pueden estudiar de forma más específicas las áreas, tratándolas como Unidades de Análisis, y dicho producto sea utilizado en la matriz central como Variable. El contemplar en una investigación tres matrices de datos, en niveles diferentes, permite que el estudio sea minucioso y que por ende, la relación que se busque establecer responda realmente a lo que se estaba midiendo.

4.2 Discusión

En el capítulo anterior se pudo observar la forma en la que se empleó la Matriz de datos propuesta por Samaja (1994) para el análisis de los eventos de estudio, compuesto por las investigaciones realizadas en la línea de investigación que busca vincular los *trastornos anorrectales* con la Psicología. Uno de los principales hallazgos fue que la mayoría de los inconvenientes presentados en las investigaciones estudiadas se debían a la forma en que los datos fueron recolectados inicialmente. Esto se refiere a cómo fue construido el instrumento y a la manera en la que fue utilizado para conocer los patrones de conductas de personas con *trastornos anorrectales*.

Si se recuerda, las dos primeras investigaciones (Briceño y Contreras, 2005 y Moreno y Ochoa, 2006) se enfocaron en la construcción de la Guía de Entrevista, partiendo del interés de la línea por identificar los factores psicológicos presentes en un grupo de personas con *enfermedades anorrectales*. Este mismo instrumento fue aplicado en la última investigación (Lastra, Moreno, Prieto y Sardiñas, 2011), pero esta vez a dos grupos: uno de personas con *enfermedades anorrectales* y el otro de personas sin alguna de estas patologías.

Las primeras investigaciones realizadas en la línea permitieron obtener información que sirve como un primer paso para la identificación de datos más específicos a la hora de establecer relaciones entre factores psicológicos asociados a las *enfermedades anorrectales*. Sin embargo, se continuó haciendo uso del instrumento como medida directa de los patrones conductuales en las personas con *trastornos anorrectales*, siendo esto una medida no válida por la forma en la que se tomaron los datos. A razón de los inconvenientes presentados, la línea de investigación decide detenerse hasta no tener una forma alternativa de llevar a cabo sus investigaciones de manera que los datos sean construidos de manera adecuada para que sus instrumentos de medida sean *válidos y confiables*. Esto es, instrumentos que midan lo que esperan medir y que haya consistencia en sus respuestas.

La presente investigación permite identificar fallas en lo que respecta a la construcción del dato, así, como propone formas alternativas de dirigir la investigación. En relación a lo segundo, si bien no se plantea establecer un paso a paso de lo que se debe hacer en las próximas

investigaciones que se desarrollen en la línea, si se quiere insistir que a partir de ahora, se haga uso de la matriz al momento de investigar científicamente, tal y como se expresa en el Capítulo 3 cuando se habla de las dos acciones que tendrá la matriz en lo que concierne al presente estudio.

Partiendo entonces de esta pretensión y de la crítica que se realiza sobre la forma en la que fueron construidos los datos de las investigaciones, se puede sugerir lo siguiente, cuando se inicia una línea de investigación lo primero que habrá que definir es: ¿qué es lo que se va a estudiar de un universo determinado?, una vez seleccionado el fenómeno se deberá conocer el mismo, para lo cual es necesario explorarlo y definirlo, llegando a desarrollar *definiciones operacionales* del objeto de estudio, construyendo los diferentes componentes que configurarán la estructura interna de sus datos (ver Figura 5). Una vez descrito el fenómeno, entra la acción de la matriz en tanto al tránsito entre los hechos reales y las ideas (Samaja, 1994).

Samaja (1994) describe el proceso entre el momento empírico (descriptivo) y el momento teórico (tautológico) como un movimiento de ir y venir en donde la formación social y la experiencia del investigador se ubican entre ambas. El investigador extraerá “analogías familiares” con los que irá aproximándose a los hechos, aportando modelos que se traducen a pautas de observación y enunciados teóricos. A partir de tales analogías, el investigador continúa en la construcción de sistemas teóricos de mayor nivel de rigor, generalidad y formalización. Estos sistemas se van haciendo manipulables a medida que su construcción avanza permitiendo una caracterización exacta que facilita descomponerlos en operaciones elementales, (p.159).

Este proceso de descripción científica en donde el científico no deja de “devolverse” a la realidad para contrastar sus *sistemas formales* constituye, una primera reelaboración de la experiencia espontánea, pues se traducen los hechos a “hechos que se recortan a la luz de estos modelos” (Samaja, 1994).

Los hechos de la experiencia espontánea están, por así decirlo, sumergidos en la obiedad de lo cotidiano, y no proporcionan orientación definida acerca de cuáles rasgos resultarán

relevantes para descubrir los nexos que determinan su comportamiento. El científico procede entonces a una re-descripción, con la que orienta la búsqueda en el sentido de algunas hipótesis sobre los posibles rasgos esenciales y las posibles claves de su funcionamiento. (Samaja, 1994, p. 160)

En medio de este proceso, las matrices de datos serán una forma para que los sistemas formales puedan ser aplicados al mundo real. Estas reúnen un conjunto estructurado de Procedimientos que permiten la identificación de elementos y relaciones entre los mismos que vendrán a ser parte del fundamento empírico de la investigación. Estas funcionan como guía del proceso de investigación científica (Samaja, 1994).

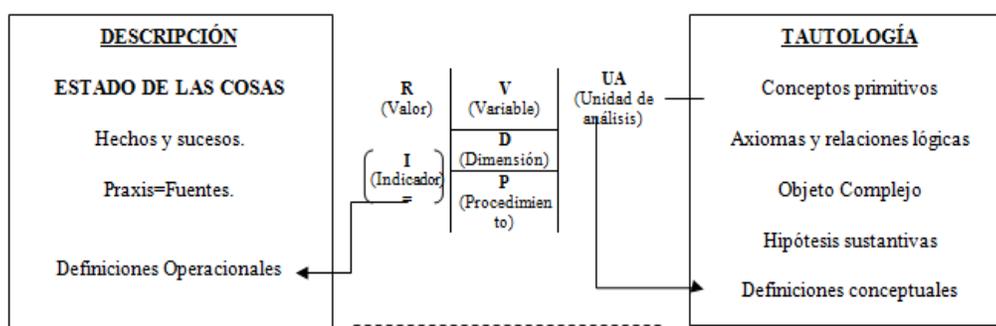


Figura 2. Función de la matriz de datos, Samaja (1994).

Conjuntamente con lo que se ha venido señalando, se considera conveniente al momento de realizar algún tipo de investigación, identificar el nivel de conocimiento en el que se encuentre la línea a la que se circunscriba la investigación en cuestión. En el caso de las investigaciones realizadas en la línea, se observa cómo se hace énfasis en querer abarcar un nivel de conocimiento cuando el objeto no termina de ser completamente definido. Se pretendía perfeccionar una medida de un dato que no estaba del todo claro, lo que según Hurtado (2000) significaría que se estaba pretendiendo alcanzar niveles superiores de conocimiento, tales como comprensivo (explicar, predecir, proponer) e integrativo (modificar, confirmar, evaluar) sin haber salido completamente de un nivel de conocimiento primario como lo es el perceptual (explorar y describir).

En relación a lo que se ha venido desarrollando en este apartado, se pueden ver estos niveles de conocimiento y su vinculación con las matrices de datos de la siguiente forma: a cada nivel

de conocimiento le corresponde una tarea específica en el proceso de investigación. En el nivel exploratorio se identifica el sistema de matrices de datos para el objeto de estudio, esto es, **construir matrices**. En el nivel descriptivo se produce la información de las matrices de datos, es decir, **llenar matrices**. El nivel analítico se encarga de **procesar matrices**. Y por último, en el nivel expositivo se van a **interpretar matrices**, estableciendo las relaciones entre ellas (Samaja, 1994). Es por esto que se sugiere a futuras investigaciones identificar el nivel de conocimiento en el que se encuentre la línea en la que se inserta la investigación que se pretenda realizar, para aprovechar de una manera eficaz esfuerzos previos, así como para evitar partir de premisas inadecuadas o pretender construir una medida para un dato cuyos componentes son inadecuados.

La consideración de esta forma de investigar no solo ofrece la obtención de datos precisos, además, propone una forma de construir un objeto de estudio que sea independiente de una disciplina particular. Este aspecto puede verse en la Unidad de Análisis que se sugiere para la línea de investigación: comportamientos de las personas con *trastornos anorrectales*. Ya que la misma incluye diferentes elementos que son aplicables a cualquier disciplina que desee abordar tal fenómeno. Retomando lo explicado sobre los niveles de la materia, el centrarse en el comportamiento de personas con determinada alteración (lo psicológico), permite que otras disciplinas como la biología, la sociología, la nutrición, atiendan tanto a las prácticas que desempeñan estas personas en un contexto determinado, como procesos inferiores como el comportamiento de determinadas células.

En lugar de tomar como objeto de estudio a las personas con *trastornos anorrectales* se toma en cuenta el comportamiento de las mismas en relación a la enfermedad. Se va a entender por comportamiento a la “práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales” (Ribes, 2008 p. 15). Esta concepción incluye la consideración de un contexto específico, entre otros factores que permiten la explicación del mismo. Además, la inclusión, de diferentes disciplinas para aproximarse al fenómeno.

Es por esto que al establecer como (UA) el comportamiento de las personas con *trastornos anorrectales*, se parte de la consideración que son personas que interactúan con la enfermedad

en función de los arreglos contingenciales de una situación específica, su historia, las características de la enfermedad, el significado que se le atribuya, entre otros factores. Esto se corresponde con el concepto antes mencionado de comportamiento en tanto no se considera al individuo con su enfermedad de forma aislada, sino que aun cuando haya algún problema de salud física que se dé a través de procesos biológicos y fisicoquímicos, estos procesos nocivos operan también a través de las prácticas sociales, las creencias, y la cultura, (Ribes, 2008).

De considerar como UA únicamente a las personas con *trastornos anorrectales*, se estaría asumiendo que todas las personas que padecen este tipo de enfermedades se comportarán de igual modo y cada enfermedad de esta naturaleza se manifiesta de manera similar en todas las personas que las padezcan, cuando se reconoce que cada persona es un universo de conductas las cuales deberán estudiarse en atención a una situación particular.

Se parte de una concepción de ser humano en la que es percibido como el resultado de su actividad en cada uno de los niveles en los que se comporta: Espiritual, Cultural, Social, Psicológico, Biológico, Químico y Físico (Galviz, 2016). Es decir, los individuos son producto de una cultura y de una sociedad, cuya identidad estará construida a partir de los procesos de socialización y los elementos de carácter ideológicos de terminada sociedad. Asimismo, su comportamiento es causado por las interacciones que el mismo va teniendo con su entorno, así como de su actividad biológica (filogenia y ontogenia). Esta concepción invita a la consideración de estos elementos a la hora de utilizar como Unidad de Análisis a personas, pues, su comportamiento es explicado en función de múltiples factores.

El contemplar todos estos niveles en los que se desenvuelve el ser humano es lo que va a permitir la construcción de un objeto común para las diferentes disciplinas. Partiendo de ese consenso es que se apunta a integrar diversos saberes para lograr el manejo de un lenguaje común que busque derribar las barreras metodológicas producto del desconocimiento del objeto. El objeto no debe ser construido desde cada parcela de conocimiento, sino más bien desde la integración de paradigmas que provienen de las diferentes áreas de conocimiento; de eso se trata la transdisciplinariedad (Carmona, 2004).

Los problemas que se han venido presentando no se basan solo en la forma en que se ha construido el objeto, sino también en la forma de investigar. Se ha reducido la investigación científica al manejo de técnicas específicas para conocer, dejando a un lado la inspiración creadora. El proceso de investigación va más allá de los preceptos metodológicos, de lo contrario se estaría limitando la capacidad del investigador de crear y conocer. Esto sucede por ejemplo, cuando una investigación se realiza en función del paso a paso que dicta la metodología y cuando estos pasos no se cumplen, se sacrifica la investigación por hacer que calce en un modelo metodológico aceptado.

Lo anterior deja ver que la metodología se ha utilizado como una especie de receta científica y se ha dejado a un lado la discusión de los conocimientos disponibles sobre el proceso de investigación y el ejercicio de una reflexión epistemológica, (Samaja, 1994). Este problema no solo se limita a la línea de investigación, sino a todas las disciplinas que se han ocupado de estudiar a los *trastornos anorrectales*.

La tentación de convertir los criterios metodológicos en recetas o en un paso a paso para investigar es justamente lo que Bourdieu, Chamborendo y Passeron (1975) buscaban erradicar con la llamada “vigilancia epistemológica” la cual busca proscribir cualquier aplicación irreflexiva de procedimientos, siendo más bien, “aquella practica regular que se produce dentro de un proceso de investigación con el fin de vencer los obstáculos epistemológicos y exigir que toda operación, no importa cuán rutinaria sea, deba repensarse a sí misma” (p.16).

Otras de las falsas creencias que se han asumido, es el confundir a la *epistemología* con la metodología, debido a la idea que se ha estado gestando donde se le da más importancia al hacer que al ser (Samaja, 1994). Y parte de este problema ha traído como resultado el deseo de avanzar a nivel tecnológico, de obtener nuevos métodos, de innovar, dejando a un lado “el ser de la ciencia”. Si se recuerda, en el Capítulo I se problematizaba acerca del uso que se ha estado dando a la técnica del *Biofeedback*. Este es un ejemplo de cómo la aplicación mecánica de procedimientos conlleva a un quiebre en el estado de conocimiento de las cosas, estancando la línea de investigación. El avance tecnológico debe ir acompañado de la comprensión de la naturaleza del objeto; solo esta comprensión es la que va a permitir que técnicas como el

biofeedback sea respetada desde sus bases teóricas y aplicadas por el profesional formado para la disciplina.

En conclusión, la línea de investigación se encuentra en un punto donde es necesario replantearse no solo hacia dónde va, sino también definirse ella misma en función de la construcción de su objeto de estudio. El enfoque transdisciplinario se inicia desde el momento cuando el sujeto comienza a interpretar la realidad y a construir lo que va a conocer (Guadilla, 1998). Es por esto que se invita a los futuros investigadores a adentrarse al proceso de investigar científicamente, dejando a un lado los preceptos que limitan la capacidad de crear y de unirse con otras disciplinas

Conclusiones y Recomendaciones

Todo proceso de investigación requiere en un punto de un nivel analítico que permita la identificación de las relaciones entre los elementos que componen la estructura interna del evento de estudio, lo cual es posible una vez explorado y definido el mismo (Hurtado, 2010). Este tipo de investigación se hace aún más pertinente cuando la línea en la que se realiza el estudio sugiere la necesidad de examinar la manera en la cual se han venido manejando los datos en las investigaciones hasta el momento realizadas a razón de resultados difusos y/o no esperados en las mismas.

La realización de una investigación analítica permite estudiar los datos hasta el momento seleccionados de una forma más “profunda” o específica, con un nivel de complejidad mayor (Hurtado, 2000). La identificación de las relaciones entre los diferentes componentes de los datos del evento de estudio sirve de guía a futuros investigadores para partir de los mismos y avanzar a niveles de conocimiento superiores: explicar, estimar, proponer, modificar, confirmar y evaluar.

Más concretamente en la línea de investigación en la que se suscribe el presente estudio, denominada trastornos anorrectales y su vinculación con la Psicología, los resultados del análisis permiten visualizar la forma en la cual se han construido los datos y cómo los mismos se comportan en relación a un criterio (matriz de análisis). Esta contrastación con la matriz de análisis permitió identificar los componentes de los datos en las investigaciones así como determinar los posibles errores en su construcción; además, hizo posible sugerir formas alternativas de construcción y organización de los datos para evitar continuar partiendo de premisas erróneas en la línea de investigación.

En cuanto a la metodología empleada para el desarrollo del análisis de los eventos de estudio (investigaciones realizadas en la línea e investigación), se hizo uso del Flujograma presentado en el Capítulo 3 (Ver Figura 3), el cual se construyó para los fines de los objetivos planteados a partir de los criterios epistemológicos que realiza Samaja (1994). Como se ha señalado, las investigaciones de este tipo según Hurtado (2000) parten de la selección de un

evento a analizar y de un criterio de análisis, este último puede ser construido por el investigador o tomado de otros autores. Siguiendo este supuesto, se utilizó la matriz de datos propuesta por Samaja (1994) como matriz de análisis, cuya función fue ser el referente de contrastación de los componentes analizados. Esta forma de uso de la matriz de datos de Samaja (1994) como criterio de análisis puede servir a futuras investigaciones que deseen analizar la estructura interna de los datos que las componen.

Los resultados obtenidos con el análisis realizado permiten responder a las interrogantes expuestas en el enunciado holopráxico: **¿será conveniente antes de comparar y valorar técnicas alternativas dedicar esfuerzos a darle soporte teórico a lo que ya existe?, ¿A qué se debe la no correspondencia entre lo medido y lo que se esperaba obtener?, ¿Está clara la Unidad de Análisis?, ¿Qué tanto se ajusta la concepción de unidad de análisis sostenida en dichas investigaciones al concepto previamente presentado?, ¿Cómo se puede pensar en una medida de “algo” que presenta tales inexactitudes?.**

En relación a tales interrogantes se concluye que antes de comparar técnicas, cuyo objetivo se enmarca en niveles de conocimiento superior al hasta ahora alcanzado, habrá primero que identificar la dinámica interna de los datos en las investigaciones analizadas y de esa forma llegar a conclusiones como las expresadas en el análisis, en síntesis: la Unidad de Análisis identificada es inadecuada y no se ajusta a la concepción planteada por Samaja (1994), lo cual conlleva a inconsistencias en la construcción de los demás componentes que están subordinados a la UA: Variable, Dimensión, Procedimiento, Indicador y Valor; resultando en datos poco precisos en cuanto a la vinculación de los *trastornos anorrectales* y la Psicología.

Lo productivo de esta investigación, es que sus resultados no solo dieron respuesta a las interrogantes inicialmente planteadas, también sugieren cambios importantes en la forma en la que se ha venido investigando en la línea en cuestión, aspecto que favorece al avance de las investigaciones que, hasta el momento, no se habían continuado. Asimismo, promueve a futuros investigadores a continuar expandiendo el conocimiento que se tiene en el área de los *trastornos anorrectales* en general.

Considerando la forma de investigar propuesta en este estudio, se realizarán recomendaciones de dos tipos: 1.- Unas dirigidas específicamente a futuros investigadores en la línea de investigación y otras 2.- cuyo fin es orientar a autores de que decidan investigar, en cualquier otra área, tomando en cuenta las consideraciones hasta el momento realizadas.

En relación al primer punto, aunque en el análisis se dedicó un segmento a sugerir formas alternativas de construcción de los datos, se destacarán algunas recomendaciones que potenciarán la efectividad de lo sugerido. En primer lugar, se cree importante realizar investigaciones en donde se identifiquen Variables más específicas de la Unidad de Análisis que se pretende estudiar (comportamientos de personas con *trastornos anorrectales*), por ejemplo, a partir de los datos obtenidos hasta el momento, se pudieran seleccionar aspectos más específicos de cada área para compararlos o correlacionarlos con la adquisición o mantenimiento de una *enfermedad anorrectal* en un grupo de personas (Calidad de relaciones sexuales y *disinergia anal*).

Este último punto conlleva a una segunda recomendación relacionada a la selección de una *patología anorrectal* concreta, lo cual permitiría establecer relaciones más directas y específicas entre determinados elementos psicológicos con una alteración de este tipo. Se parte de que estas, a pesar de formar parte de un grupo de patologías que reúnen algunos componentes comunes, difieren en su forma de presentación, síntomas, modos de intervención, etiología, entre otros. Por lo que se debe precisar el tipo de enfermedad con la que ciertos eventos aguardan relación.

Se recomienda que el investigador parta de los inconvenientes señalados y las formas propuestas para construir los datos de las investigaciones para que desarrolle estudios orientados a la confirmación de la viabilidad de lo establecido en el análisis. Se apunta a que cada vez los datos sean tratados de un modo más específico hasta llegar a desarrollar instrumentos de medida que sean sensibles a identificar elementos psicológicos característicos de las personas con una *patología anorrectal*.

Seguido al punto anterior, los datos de las investigaciones hasta el momento realizadas en la línea de investigación pueden ser tomados para extraer información más precisa que permita desarrollar investigaciones que hagan factible un sistema de medida menos general que una Guía de Entrevista y más específico a determinados elementos psicológicos y *enfermedades anorrectales* concretas.

A partir de este punto, las recomendaciones se dirigirán a cualquier autor que desee valerse de las conclusiones de este estudio para inspirar su “capacidad creadora” como refiere Samaja (1994) al momento de desarrollar una investigación. Se va a partir de un elemento que se ha venido desarrollando a lo largo de los capítulos y tiene que ver con la identificación del nivel de conocimiento en el que se encuentre la línea de la investigación que se desea desarrollar, como visto, muchas veces se pretende alcanzar niveles superiores como querer **modificar** eventos cuando los mismos no se han descrito en su totalidad. Es por esto que se sugiere a los futuros investigadores, determinar en qué nivel se encuentra la línea a la que se sumará su investigación y a partir de las conclusiones de los trabajos previos seleccionar el nivel al que se suscribirá. Una vez conocido el nivel en el que se encuentra la línea, será más fácil seleccionar el tipo de investigación y los pasos a seguir al momento de investigar.

Se quiere insistir que la posición que se sostiene en este estudio es que se debe evitar permitir que la metodología limite el proceso de investigación. La matriz que se sugiere al momento de investigar no debe ser tomada como un paso a paso de lo que hay que hacer al momento de investigar, es un camino que posibilita llevar los datos brutos a datos científicos, organizar y estructurar adecuadamente los componentes que componen una investigación, entre otros usos.

A veces las investigaciones empiezan a construirse antes de pensar siquiera en la metodología que mejor se ajustará a sus objetivos, “*Los métodos tienen vida propia: son producto de las circunstancias, se modifican progresivamente y su adecuación se hace tarea necesaria*” (Barrera, 2010). Es por esto que se quiere cerrar recomendando a todo investigador a que no sea el método lo que oriente únicamente su estudio. Investigar científicamente –como dice Samaja (1994)- además de incluir un estudio sistemático, se compone de elementos como

el talento y la experiencia del investigador, de lo que denomina su “creatividad” e inspiración creadora.

Glosario

Alteraciones anorrectales (Enfermedades anorrectales, Trastornos anorrectales): Para la presentación, se utilizaron estos términos haciendo alusión al mismo concepto, entendiéndose estas como un conjunto de enfermedades que afectan al ano, recto y las estructuras que los componen, dentro de los síntomas más comunes se destacan dolor continuo o discontinuo, hemorragia, tenesmo, secreción, entre otras. Siendo algunas de estas enfermedades: *Hemorroides* (diferentes grados), *Fistulas anorrectales*, *Fisura anal*, *Absesos* y *Prolapso rectal*.

Anismus (Anismo): Es también conocida como disinergia anal durante la deposición, la cual que consiste en una contracción paradójica de los músculos del suelo pélvico durante la defecación. (Garrigues, Mas, Mora Y Mínguez, 2013, p. 6).

Ano imperforado: Obstrucción completa o parcial del ano. Es un defecto congénito que se debe a un fallo en el desarrollo embrionario normal del ano (Diccionario de medicina: Oxford-Complutense, 2001).

Área Emocional: Para Briceño y Contreras (2006), esta área está compuesta por estados de ánimo y modos de afrontamiento, que el individuo evidencia a partir de su funcionamiento individual y social.

Área Laboral: Para esta dimensión no se ofrece una definición propiamente dicha; se refiere que por medio de la misma se explorará el comportamiento de la persona dentro de un ambiente laboral y con esto conocer la incidencia de este sobre la enfermedad y la influencia de la enfermedad en el comportamiento de la persona en esta área. (Briceño y Contreras, 2006).

Área sexual: Esta última alude a la preferencia sexual, frecuencia, topografía y grado de satisfacción en la actividad sexual (Briceño y Contreras, 2006).

Área Social: Definida por Briceño y Contreras (2006), como el comportamiento del individuo con las otras personas, el cual se encontrará mediado por el ambiente, la situación, los intereses propios y las respuestas del otro.

Balón Rectal: Es un dispositivo de látex de aproximadamente 4 centímetros de longitud utilizado en los estudios de sensibilidad rectal, (Awad, 1994).

Biologicista (Enfoque biologicista de la salud): Enfoque que otorga predominancia al aspecto biológico de la persona enferma, separándolo del análisis de las condiciones de vida en que ese individuo desarrolla su existencia, (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

Cartografiado: Samaja (1994) lo utiliza como metáfora, para referir una especie de mapeado de la descripción sobre la teoría, ha sido empleada por eminentes epistemólogos como Bateson y Pagels.

Concepción Cartesiana: Hace referencia al dualismo radical entre mente y cuerpo. Para Descartes, además de la substancia divina que es única e infinita, hay dos tipos de substancias finitas. Por un lado, las substancias pensantes o mentes y, por otro lado, las substancias extensas o cuerpos. Las mentes están caracterizadas por el pensamiento, que es inextenso y sin partes, en cambio los cuerpos están caracterizados por la extensión, que no piensa y se divide en partes (Martínez, 1995).

Conducto anal: Según Szereszwski (2009), se trata de una continuación del recto inferior de dirección oblicua hacia abajo y atrás formando con el recto un ángulo posterior de 80°. Existe un conducto anal **anatómico** y uno **quirúrgico**, el primero se extiende desde la línea pectínea o de Morgagni hasta el margen anal y mide aproximadamente 3 cm., este último reparo no tiene precisión absoluta, se lo sitúa a nivel de la zona perineal donde la piel pierde bruscamente sus pelos y glándulas sebáceas alrededor del orificio anal. El conducto anal **quirúrgico** se extiende por encima del anatómico hasta el plano del anillo ano-rectal (zona de confluencia de los haces musculares pertenecientes al músculo elevador con los bordes superiores del esfínter externo e interno), teniendo hasta el margen anal una longitud de aproximadamente 7 cm (p.4).

Confiabilidad: Es el grado en que con el cual un instrumento prueba su consistencia, por los resultados que produce al aplicarlo repetidamente al objeto de estudio, (Landeau 2007 p.81)

Conflicto Psíquico: En psicoanálisis se habla de conflicto cuando, en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter, etc. El psicoanálisis considera el conflicto como constitutivo del ser humano y desde diversos puntos de vista: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico, en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido. (Laplanche y Pontalis, 1967, p.77).

Dato bruto: Se refiere a aquellos datos que son obtenidos por procedimientos simples y directos; en el caso de una investigación, es lo contrario al dato científico. Cuando se recoge información de la realidad y antes de pasar por el proceso de traducir esa realidad, se encuentra el dato bruto, (Samaja, 1994).

Defecación obstructiva: El síndrome de defecación obstructiva se define como la asociación de lesiones a nivel pélvico que ocasionan estreñimiento de salida. Las lesiones típicas que se asocian en este síndrome son el rectocele, enterocele y prolapso rectal interno, (Rozman, 2016).

Dimensionar: Consiste en deslindar interpretaciones fragmentarias de las Variables o de encontrar sub-variables de la Variable de estudio, (Samaja, 1994 p. 195).

Dimensiones Conductuales: Son las características observables y medibles de una conducta, según Fernández-Ballesteros y Carroble (1983) son: **a.** frecuencia, o número de ocasiones de aparición de la conducta, **b.** latencia, o tiempo que tarda en aparecer una conducta desde que se produjo la causa que la originó, **c.** ritmo, o frecuencia de aparición por unidad de tiempo, **d.** intensidad, o esfuerzo en la ejecución de la conducta y **e.** duración, o tiempo en que se mantiene un determinado elemento de conducta, (p. 229).

Disfunción del suelo pélvico: El suelo pélvico o periné es un conjunto de músculos que sustentan la porción abdominal inferior y sirven de apoyo a la vejiga, el útero y una porción del intestino. (Pena, Rodríguez, Villodres, Mármol y Lozano, 2007, p. 719).

Dolor anal (Proctalgia): El ano es una de las zonas del cuerpo humano dotadas de una sensibilidad dolorosa mayor, y por tanto, las molestias anales son a menudo muy intensas. El dolor anal puede ser a consecuencia de diferentes alteraciones, lo más común es que las molestias anales sean atribuidas a hemorroides, en general cuando estas se complican por una trombosis o aparición de un coágulo en las mismas. Sin embargo hay otras causas más frecuentes de dolor anal o proctalgia, tales como la fisura de ano, una herida que produce por lo general un dolor como de desgarró muy intenso tras la evacuación, que puede durar minutos u horas. También producen dolor los abscesos, o cúmulos de pus alrededor del ano, que originan un dolor constante, a veces como pulsátil por la tensión del pus que no puede salir. (Roig y García, s/f, p.1).

Electromiografía: Ibarra, Pérez y Fernández (2005), la describen como una técnica que permite el estudio de los potenciales de acción del músculo. Aporta información sobre el estado en que se encuentran los diferentes componentes de la unidad motora (UM). La exploración electromiográfica no es una técnica estándar, sino que debe ser dirigida por el especialista, después de realizada una historia y exploración clínicas, en función de la sintomatología que refiera el paciente y de los hallazgos que se vayan obteniendo (p.1).

Epistemología: el término es proveniente de la raíz griega *episteme*, que se refiere al tipo de conocimiento que es socializado, sistematizado y fundamentado teóricamente. Se va a entender por Epistemología al estudio de aquel tipo de conocimiento que es altamente sistematizado y socializado, lo que muchos llaman "Conocimiento Científico" (Padrón, 2014, p. 1 y 2).

Esfínter Anal Externo (EAE): Está compuesto por musculo estriado que se contrae tónicamente la mayor parte del tiempo y también puede contraerse de forma voluntaria El EAE funciona como una unidad con la porción puborectal del musculo elevador del ano. Este

esfínter ejerce la mayor parte de la presión máxima de contracción, (Baggish y Karram, 2009 p.971).

Estilos Interactivos: Un estilo interactivo es la tendencia a interactuar de cierta manera como resultado de la biografía particular de cada individuo (Ribes, 2009), existen 8 tipos de estilos interactivos, a saber: tolerancia a la ambigüedad, curiosidad, persistencia al logro, tendencia al riesgo, dependencia de señales, toma de decisiones, tolerancia a la frustración, reducción de conflicto.

Estreñimiento: La Organización Mundial de Gastroenterología (2010) define el estreñimiento (o constipación) como un trastorno caracterizado por una dificultad persistente para defecar o una sensación de que la episte es aparentemente incompleta y/o movimientos intestinales infrecuentes (cada 3–4 días o con menor frecuencia) en ausencia de síntomas de alarma o causas secundarias. Las diferencias en la definición médica y las variaciones entre los síntomas relatados dificultan la obtención de datos epidemiológicos confiables. (p.5).

Estructura Cuatripartita: Hace referencia a la estructura invariable de un dato científico el cual está compuesto por cuatro elementos según (Samaja, 1994), a saber: Unidad de Análisis, Variable, Valor e Indicador.

Factores Desencadenantes: Son determinados elementos que pueden contribuir a la adquisición o recaída de una enfermedad. Los factores desencadenantes pueden ser tanto físicos o biológicos como psicológicos.

Fisura anal: Pérdida de continuidad de los tejidos en el borde anal. Cuando, además, haya pérdida de tejido, se denomina úlcera anal, (García y Villasana, 2008).

Hábitos Alimentarios: Briceño y Contreras (2006), los describen como conductas repetitivas orientadas a la ingesta de alimentos por parte del individuo de acuerdo a su experiencia y necesidades, relacionadas con el tipo de alimento, horario y frecuencia de consumo, situación y topografía.

Hábitos de Eliminación: Son descritas como las conductas repetitivas diferentes a las respuestas reflejas que le permiten a las personas poseer un control sobre la retención y eliminación de sus heces. Briceño y Contreras (2006).

Hiposensibilidad rectal (Sensibilidad anorrectal): Según Remes y Rao (2006), la percepción de estímulos sensoriales en la pared rectal, el piso pélvico y el canal anal son esenciales para la defecación. Las personas ancianas, los individuos con deficiencia mental y los niños con Incontinencia Fecal (IF), con frecuencia tienen una sensibilidad rectal disminuida. Esta hiposensibilidad lleva a una excesiva acumulación de heces causando impacto fecal, megarrecto e IF por rebosamiento. Los factores asociados a hiposensibilidad rectal son daño neurológico central, neuropatía periférica, lesiones medulares, y el consumo de algunos medicamentos (p. 499 y 500).

Historia comportamental: Para Campuzano (2006) se trata de eventos que constituyen la historia de interacciones entre el organismo y el objeto estímulo. Probabilidad de contacto funcional entre el objeto estímulo y la respuesta disponible frente a esas condiciones de estímulo.

Incontinencia fecal: Pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente a expulsión de gases y materias fecales, (Charúa y Navarrete, 2006).

Interconducta: Campuzano (2006) la describe como la interacción del individuo con los objetos estímulo, que se hace posible por medio de los contactos previos del individuo con el objeto.

Intestino grueso: Lopez (2013) define al intestino grueso como un órgano en forma de tubo, de aproximadamente un metro y medio de largo, que forma parte del sistema digestivo. Consta de varias partes llamadas ciego; colon, en donde se diferencia colon ascendente, transversal, descendente y sigmoide; recto y ano. Sus paredes están cubiertas por un epitelio simple cilíndrico, que no presenta pliegues ni vellosidades y, que forma numerosas glándulas mucosas tubulares llamadas criptas Lieberkühn, en donde se encuentran enterocitos, células

calciformes y células enteroendocrinas. Esto le confiere la capacidad de reabsorber agua y electrolitos del proceso digestivo y de secretar moco para favorecer el tránsito de los desechos semisólidos no digeridos. (p.1).

Manometría ano-rectal: Técnica que, mediante el registro simultáneo a diferentes niveles de los cambios presivos intraluminares, permite el estudio de la actividad motora ano-rectal, tanto en reposo como simulando diferentes situaciones fisiológicas. (Suárez, s/f, p. 9 y10).

Modelo epistémico: Se denomina modelo epistémico al “modelo representacional” que tiene cada investigador. En donde el conocimiento y la precisión dada a cada modelo facilita la integración de los distintos temas de investigación a un área del conocimiento, y posibilita distintas maneras de entender el evento de investigación en toda su complejidad. (Barrera, 2004; c.p Guánchez, 2005).

Modelo operante: Enfoque desarrollado por Skinner, cuyo objeto de estudio lo constituyen las consecuencias medioambientales de la conducta operante; es decir, la conducta de los organismos se “esculpe y moldea” a partir de las consecuencias que éstas tienen sobre su medio. Aquellas conductas que favorecen la adaptación y supervivencia del organismo en el medio ambiente, tienden a aumentar en frecuencia; por el contrario, aquellas que tienen efectos nocivos para el sujeto tienden a desaparecer. Así pues, desde este punto de vista, el comportamiento de los organismos se puede entender como un proceso de selección por consecuencias, análogo al desarrollo de nuevas especies por mecanismos de selección natural. Los repertorios conductuales adaptativos permanecen y aquéllos que tienen efectos nocivos sobre el sujeto desaparecen. (Ferster & Skinner, 1957).

Modulación Eléctrica: La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, conocida por el acrónimo TENS, del inglés Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, consiste en la aplicación, mediante electrodos de superficie, de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica, (Amer-Cuenca 2010, p. 272).

Músculo Puborrectal: La musculatura estriada anorrectal está constituida por dos grupos musculares; los músculos elevadores del ano y el esfínter externo que producen una contracción involuntaria. El músculo elevador del ano está conformado por cuatro músculos estriados con simetría lateral; el íleooccígeo, el pubococcígeo, el isqueococcígeo y el puborrectal. El músculo puborrectal es el componente más importante del elevador del ano. Se inserta en la cara posterior del pubis, y discurre en contacto con las paredes laterales de la vagina en la mujer y de la próstata en el hombre, hasta rodear la unión anorrectal por detrás. (Fernández, 2005, p.9 y 10).

Patrones conductuales/patrones comportamentales: Forma constante que tiene una persona, de pensar, sentir reaccionar y actuar en determinada situación. (González, s/f, p.1).

Presión Anal (residual): Es un parámetro manométrico que se define como la presión mínima del conducto anal que queda durante la maniobra de Valsalva, efectuada durante el intento de defecar, (Enríquez, Rodríguez y Schneider, 2010 p. 108).

Psicofisiológico (Psicofisiología): Disciplina científica que se deriva de la psicología y la fisiología. Forma parte de un grupo de disciplinas que se reúnen bajo el nombre de 'Neurociencias' y tiene como propósito entender cómo se interrelacionan los diferentes elementos del sistema nervioso para originar el comportamiento. Incluye el estudio del sistema nervioso desde el punto de vista estructural, químico, fisiológico y patológico. (Paladines, 2011, p. 15).

Recto: Porción del tracto intestinal que se extiende desde el colon sigmoide hasta el canal anal (Real Academia Española, 2014).

Repertorio Conductual: El conjunto de respuestas que un organismo es capaz de efectuar, junto con sus respectivas probabilidades, (Catania y Reynolds, 1968).

Ser (ente) biopsicosocial: Para entender este concepto se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación desarrollados por Gurrola (2011). El

hombre es un *ente*, porque existe y su componente *bio* se refiere a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza. Su componente *psico* se refiere a que además de ser un organismo vivo interactúa y busca ajustarse a un medio. El hombre es un ente social porque recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad (constituida por semejantes a él) que lo rodea y con el medioambiente físico, en el cual lleva a cabo su vida. Por lo tanto, se establecen interrelaciones complejas de los seres humanos con los seres humanos y con su entorno, dando como resultado que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema

Ser: Cosa creada, especialmente las dotadas de vida. *Seres orgánicos. Seres vivos.* (DRAE, 2017).

Sub-variable: Una sub-variable es entendida como los segmentos que componen una Variable cuando esta es compleja y su enunciado podría abarcar más de una interpretación. Dimensión sería un sinónimo de sub-variable (Samaja, 1994, p.195).

Trastornos psicossomáticos: Las enfermedades o trastornos psicossomáticos son procesos patológicos caracterizados por síntomas físicos de causas múltiples, pero cuya aparición y desarrollo se ven influidos en buena medida por variables psicológicas, (Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély, 2011).

Úlcera Rectal Solitaria: Es un trastorno crónico benigno caracterizado por una combinación de síntomas, hallazgos endoscópicos y alteraciones histopatológicas. Los síntomas más frecuentes son la rectorragia y el dolor anal, (Crespo, Moreira, Redondo, López y Milicua 2007, p.663).

Validez Externa: Se refiere al grado en que se pueden generalizar los resultados obtenidos en un experimento a otros sujetos distintos a los que han participado en él, y a otras situaciones diferentes a las que se lleva a cabo (Campbell y Stanley, 1963).

Validez interna: Se refiere al grado en que un experimento excluye las explicaciones alternativas de los resultados, es decir, al grado en que ciertamente la manipulación de la V.I. es responsable de los cambios en la V.D. Cualquier factor o fuente que no sea la V.I. y que pudiera explicar los resultados es una amenaza para la validez interna. De esta forma, la validez interna es un mínimo básico sin el cual un experimento está abierto a múltiples explicaciones alternativas. (Ramírez, s/f, p. 2).

Validez: Grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones de los tests relacionada con un uso específico (AERA, APA y NCME, 1999).

Referencias Bibliográficas

- Amer-Cuenca, J. (2010). Programación y aplicación de la estimulación nerviosa eléctrica Transcutánea (TENS): guía de práctica clínica basada en la evidencia. *Fisioterapia* 32(6), 271-278.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Ardila, R. (1997). Análisis Experimental del Comportamiento y Psicología de la Salud. *Psicología Conductual*, 5(3), 435-443.
- Arroyo, C., Becerra, A. Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera G., Rivera L. y Reynoso, L. (2014). El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual. En *Tendencias Actuales en Aprendizaje y Memoria: Memorias de la 1ª Reunión Satélite de Aprendizaje y Memoria*. Sánchez-Carrasco, L. y Nieto, J. (Eds). pág. 146-173.
- Awad, R. (1994). Retroalimentación biológica y su aplicación clínica. *Revista Médica del Hospital General de México* 52(2), 54-59.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C. y Gély, M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud* 21(2), 227-237.
- Baggish, M. y Karram, M. (2009). *Atlas de Anatomía de la Pelvis y Cirugía Ginecológica*. Ed. Médica Panamericana.

- Barrera, F. (15 de Enero de 2010). Sobre cómo precisar el método. En Barrera, F (Presidencia), Segundo ciclo de conferencias sobre ciencia de la investigación. El método para crear métodos. Ciea-Sypal, Conferencia llevada a cabo en Caracas, Venezuela.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. y Passeron, J. (1975) El oficio de sociólogo, Buenos Aires, Siglo XXI. .
- Brando Estefanía y Silva Milagros (2009) *Evaluación de la efectividad de dos técnicas de la medicina conductual sobre la modificación del hábito y respuesta esfinteriana anal*. Trabajo especial de grado (no publicado) para obtener el Título de Licenciadas en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.
- Briceño, D. y Contreras, L. (2006). Patrones conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Bustos, E. (2016). *¿Es posible evitar el estrés?: Motivos y estrategias para pasar de lo urgente a lo importante*, Buenos Aires, Argentina. Sb editorial.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. Chicago, IL: Rand McNally.
- Campos, M. (2005). Una reevaluación del conductismo radical. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 11*, 5-17.
- Campuzano, L. (2006). *Análisis Contingencial. Un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. México D.F: Iztacala.
- Cardozo, I. y Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 17*(3), 1079-1107.

- Cardozo, I. y Sardiñas, C. (2012). Variables psicológicas asociadas al dolor anal crónico. Efecto de una intervención psicológica. *Psicología*, 31(1), 121-136.
- Carmona, M. (2004). Transdisciplinariedad: Una propuesta para la Educación Superior en Venezuela. *Revista de Pedagogía* 25(73), 59-70.
- Catania, A. y Reynolds, G. (1968). A Quantitative Analysis of the Responding Maintained by Interval Schedules of Reinforcement, *Journal of the Experimental Analysis Behavior*, 11(3).
- Charúa, L. Navarrete, T. (2006). Incontinencia Fecal. *Revista Médica del Hospital General de México*, 69(1), 36-45.
- Crespo, L., Moreira, V., Redondo, C., Lopez, A. y Milicua, J. (2007). “Enfermedad de las tres mentiras”: síndrome de la úlcera rectal solitaria. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 99(11), 663-666.
- Diccionario de Medicina. (2001). Diccionarios Oxford-Complutense, editorial Complutense.
- Enríquez, H., Rodríguez, T. y Schneider, R. (2010). Síndrome de Intestino Irritable y otros Trastornos Relacionados. Ed. Médica Panamericana. México.
- Fernández, X. (2005). *Fisiopatología Anorrectal* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobbles, J. (1983). *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Ferro, R. y Vives, M. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *MedTrad*, 5(16), 97-99.

- Ferster, C. & Skinner, B. (1957). *Schedules of reinforcement*. Boston: PrenticeHall.
- Frumento, A. (1972). *Biofísica*. Intermédica S.A.I.C.I: Buenos Aires, Argentina.
- Gálviz, Kenduar. “Paradigma Interconductual: Planteamientos epistemológicos y metodológicos. Diferencias entre el Conductismo de Skinner y el Interconductismo de Kantor.” *Teoría de los tratamientos psicológicos*. Universidad Central de Venezuela. 4 de Octubre de 2016.
- García, A. y Villasana, L. (2008). Fisura anal. Definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugía*, 47(1).
- Garrigues, V., Mas, P., Mora, F. Y Mínguez, M. (2013). *Guía Práctica de Actuación Diagnóstico-Terapéutica en Estreñimiento Crónico*. Valencia, España: FEAD.
- González, M. (s/f). Origen de los patrones de comportamiento constructivos y destructivos. *ECD*. Recuperado el 20 de Abril de 2017 en: <http://www.elcampamentodedios.com/28sep10b.pdf>.
- Guadilla, C. (1998). La educación superior en Venezuela: una perspectiva comparada en el contexto de la transición hacia la sociedad del conocimiento. *15(35)*. Caracas: CENDES.
- Guánchez, M. (2005). Modelos epistémicos en investigación. *ScieLo*. Recuperado el 20 de Abril de 2017 en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext.
- Gurrola, J. (2011). El Ser Biopsicosocial. [Mensaje en un blog]. *Psicología 1*. Recuperado el 23 de Abril de 2017 en <http://mijarespsicologia1repe.blogspot.com/2011/06/el-ser-biopsicosocial.html>.

- Hernández-Pozo, M. (2010). Análisis de modelos conceptuales empleados en Medicina Conductual: a partir de un lenguaje contingencial. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 13-20.
- Hurtado, J., (2000). *Metodología de la investigación holística*. IUTP. Sypal. Caracas.
- Hurtado, J., (2007). *El proyecto de Investigación*. Quinta edición. Caracas. Ediciones Quirón-Sypal.
- Hurtado de Barrera, J. (2010). *Guía para la Comprensión Holística de la Ciencia*. Tercera Edición, Fundación Sypal: Caracas. (Parte II Capítulo 3 y 4).
- Ibarra, J., Pérez, E. y Fernández, C. (2005). Electromiografía clínica. *ELSEVIER*. Recuperado el 24 de Abril de 2017 en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-electromiografia-clinica-13082198>.
- Jiménez, A. (2003). Estreñimiento Crónico Funcional: Caracterización Psicológica. *Revista Gastrohnutp*, 5(1), 57-63.
- Kim, J. y Ban, D. (2005). Prevalence of irritable bowel syndrome influence of lifestyle factors and bowel habits in Korean college students. *Int J Nurs Stud*. 42(3), 247-254.
- Ko, C., Tong, J., Lehman, R., Shelton, A., Schrock, T. y Welton, M. (1997). Biofeedback is effective therapy for fecal incontinence and constipation. *Arch Surg*, 132(1), 829-834.
- Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación: a propósito de la falla tectónica de la Revolución Bolivariana*. Editorial Alfa: Venezuela.
- Lanz, R. (2010). *Diez preguntas sobre transdisciplina*. Revista de estudios transdisciplinarios. 2 (1): pp. 11-21. Caracas, Venezuela.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina: Ediciones Paidós.

Lasso, L. y Vide, M. (1984). *Ciencias de la Naturaleza*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: Madrid.

Lastra, C., Moreno, Z., Prieto, P. y Sardiñas, C. (2010). Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales. *Psicología*. 29(1), 99-119.

León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2014). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Editorial UOC: Barcelona.

López, G. (2003). Monografía sobre el Intestino Grueso: *Enfermedades Inflammatorias Intestinales*. España: Universidad de Cantabria.

Martínez, P. (1995). *La nueva filosofía de la mente*, Gedisa, Barcelona, (reimpresión: 2002), p. 25-30.

Medina, D. (1998). *Relación entre factores psicosociales con la frecuencia y severidad de alteraciones gastrointerológicas*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Moreno, R. y Ochoa, M. (2005). *Trastornos Anorrectales: Una aproximación desde el modelo conductual*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Naranjo, D., García, I., y Companioni, S. (1999). Biorretroalimentación como método terapéutico. Informe preliminar. Instituto Nacional de Gastroenterología. *Revista Cubana Med*, 1, 7-12. Cuba.

Oñate, L. (2010). *Biología 1, Volumen 1*. Cengage Learning Editores: México.

Organización Mundial de Gastroenterología (2010). Estreñimiento: una perspectiva mundial. *Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología*.

Recuperado el 23 de Abril de 2017 en:
<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-spanish-2010.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud. (1994). *Lo Biológico y lo Social*. Washington, D.C.

Padrón, J. (2014). Qué es la Epistemología. *Entretemas*. Recuperado el 23 de Abril de 2017 en <http://padron.entretemas.com.ve/QueEsLaEpistemologia.pdf>.

Paladines, F. (2011). *Curso básico de Psicofisiología*. Cuenca, Ecuador: Editorial Universitaria Abya-Yala.

Paucar, H (1999). *Crítica a la clasificación de problemas médicos en funcionales y orgánicos*. Rev. Situa (14). Perú.

Pena, J., Rodríguez, A., Villodres, A., Mármol, S. y Lozano, J. (2007). Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*. Recuperado el 24 de Abril de 2017 en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v31n7/v31n7a04.pdf>.

Peña, T. (2016). El destino del Análisis de la Conducta. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 24(2), 155-168.

Pérez, M., García, J. (1998). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo I (eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide; 2003.

Pomerleau, O. y Brady, J. (1979). *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore, MD: William and Wilkins.

Poole, C y Owens, F. (2007). *Introducción a la nanotecnología*. Reverté: Barcelona.

Ramírez, E. (s/f). Introducción a la psicología: Validez interna y externa. *Universidad de Jaén*. Recuperado el 24 de Abril de 2017 en <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema7>.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>.

Remes, J. y Rao, S. (25 de Octubre de 2006). Novedades en la fisiopatología. Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia fecal. *Elsevier*. Recuperado el 20 de Abril de 2017 en http://Downloads/X037509060623767X_S300_es.pdf.

Ribes- Iñesta, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 145-161.

Ribes, E. (1982). *El Conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.

Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Ribes, E. (2005). *Reflexiones sobre la Eficacia Profesional del Psicólogo*. *Revista Mexicana de Psicología*. 22 (1): pp. 5 -14. México.

Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas

Roig, J. y García, J. (s/f). Dolor Anal o Rectal. *Centro Europeo Cirugía Colorrectal*. Recuperado el 23 de Abril de 2017 en: <http://ucpvalencia.es/wp-content/uploads/2013/10/Dolor-anal-o-rectal1.pdf>

Rozman, C. (2016). *Medicina Interna*. Elsevier: España.

Samaja, J. (1994). *Epistemología y Metodología (Elementos para una Teoría de la Investigación científica.)* Editorial EUDEBA, Buenos Aires.

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* Lugar: Buenos Aires

Samaja, J. (sf). *El proceso de la ciencia.* [PDF] Recuperado de: <http://www.fcs.uner.edu.ar/libros/archivos/ebooks/Otros/Samaja/LaCiencia.pdf>

Servillo, A. (s/f). *Una mirada epistemológica sobre la salud.* Universidad de la república, Facultad de Psicología: Uruguay.

Simón, M.A. (1996). Evaluación en trastornos gastrointestinales. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud.* Madrid.

Skinner, B. F. (1950). Are theories of learning necessary? *Psychological Review*, 57, 193-216. Recuperado de <http://psychclassics.yorku.ca/Skinner/Theories/>

Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal.* México: Trillas.

Suárez, J. (1999). Manometría y biofeedback ano-rectal. *Rev And Pat Digest.* Recuperado el 24 de Abril de 2017 en: <http://funcionales.es/funcionales/wpcontent/uploads/downloads/2012/08/Manometria-anorrectal-y-Biofeedback.pdf>.

Szerezswski, J. (2009). Anatomía del recto, conducto anal y aparato esfinteriano. *Cirugía Digestiva III-360.* Recuperado el 23 de Abril de 2017 en [http:// www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar).

Tamayo, M. (1991). *Metodología, formal de investigación, científica.* México.

Wald, A. (2016). Update on the Management of Fecal Incontinence for the Gastroenterologist.
Gastroenterol Hepatololy, 12(3), 155–164.