

AcPI

Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa

- .Factores Parentales y Desarrollo de la Autorregulación
 - . Refugiados en Chile
- .Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)
- .Educación de Sordos
- .Violencia Conyugal en Bolivia
- .Autismo: Rehabilitación desde una Mirada Integrativa
- .Abuso Sexual Infantil
- .Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático
- .EIS: Actualizaciones Relevantes

INSTITUTO
CHILENO
de
PSICOTERAPIA
INTEGRATIVA

VOLUMEN N°2

DICIEMBRE 2010

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Con mucha satisfacción el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), comparte el Volumen 2 de nuestra revista *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa AcPI*. Se cumple así con el compromiso, adquirido el año anterior, de mantener su publicación periódica; y, con ello, dar a conocer los desarrollos, aplicaciones y propuestas del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.).

De especial satisfacción es la incorporación de los primeros trabajos extranjeros. Dos artículos de colegas, que forman parte de los primeros psicoterapeutas integrativos, formados por ICPSI en Bolivia; representando una muestra del desarrollo del EIS en Latinoamérica.

En este número, el lector se encontrará con diversos trabajos interesantes y aportativos, pudiendo constatar la variedad de ámbitos donde el EIS y la Psicoterapia Integrativa del EIS, se han venido aplicando. Destacamos aquí los aportes de colegas, formados en ICPSI, que han llevado sus conocimientos y experiencia a sus distintos campos laborales y/o de interés. Es así, que nos ofrecen una mirada seria y comprometida en ámbitos, clínicos, educacionales, interculturales y sociales.

En esta publicación se entrega una síntesis de la Investigación realizada desde el EIS, a modo de compartir con la colectividad profesional el trabajo realizado y el conocimiento que se ha venido decantando a partir de esta investigación. Además, con el fin de aportar al conocimiento de nuestra Ficha de Evaluación Clínica Integral FECl, se presenta un artículo que sintetiza las características principales de las escalas contenidas en la Ficha.

Finalmente, como una forma de compartir los desarrollos y actualizaciones del EIS, se presenta en este número una entrevista, que se nos realizó este año, sobre el estado actual del EIS y de nuestro Instituto.

Agradeciendo a todos aquellos que nos han colaborado en esta edición, les invitamos a la lectura del Volumen 2 de AcPI, ya que estamos ciertos que les será de interés y aporte

Verónica L. Bagladi L.

Directora

INDICE

| | |
|--|-----|
| Editorial..... | 5 |
| Factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en preescolares. Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático | |
| <i>Andrea Cardemil R.</i> | 7 |
| Una intervención psicosocial: Refugiados en Chile. | |
| <i>Mónica Fuentes C., M^a José León, Ramiro Ramírez S.</i> | 27 |
| Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas. | |
| <i>Texia Bejer T.</i> | 38 |
| Aportes desde el EIS a la Educación de Sordos en Chile | |
| <i>Nicolás Díaz O.</i> | 53 |
| Análisis de la Violencia Conyugal en Bolivia desde el Supraparadigma Integrativo | |
| <i>Alicia Torres L.</i> | 73 |
| El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa | |
| <i>Gisela Ioffka.</i> | 89 |
| Abuso Sexual Infantil: un rostro que nadie quisiera ver y menos vivir | |
| <i>Mabel Serrano O.</i> | 120 |
| Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E. I. S.) | |
| <i>Verónica Bagladi L.</i> | 142 |
| Enfoque integrativo Supraparadigmático (E.I.S.): Actualizaciones Relevantes | |
| <i>Mónica Fuentes C.</i> | 178 |

Factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en preescolares.

Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Ps. Mg© Andrea Cardemil Ricke¹

Summary

This article involves about the development of self-regulation in preschoolers, specifically parental factors, that enhance the skill development from the framework of the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). Aiming at these goals, the author conducted an exploratory study divided in two parts: a literature review and interviews with experts in the field.

Keywords: self-regulation, preschool, brain development, temperament, attachment Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS).

Resumen

El presente artículo se centra en el desarrollo de la autorregulación en niños preescolares, específicamente en los factores parentales que potencian el desarrollo de dicha habilidad desde la mirada del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.). Para lo anterior, se realizó un estudio exploratorio dividido constituyó en dos partes: una revisión bibliográfica y entrevistas a expertos en el tema.

Palabras claves: Autorregulación, preescolar, desarrollo cerebral, temperamento, apego y Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

¹ Psicóloga Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez.

Magíster (c) en Psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez.

Diplomado en Terapia de Juego, Violet Oaklander.

Diplomado en Manejo Interdisciplinario del Escolar, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Contacto: andreacardemil@hotmail.com

Introducción

Actualmente la autorregulación es un concepto central en el campo de las Neurociencias, especialmente en el estudio de la psicología del desarrollo y de la psicopatología. Las principales estructuras que sustentan esta habilidad, tienen un período crítico de desarrollo los primeros años de vida. Este desarrollo depende de factores biológicos y ambientales, siendo el temperamento y el apego los más importantes respectivamente.

Concepto de autorregulación

Se entenderá por **autorregulación**, la capacidad un individuo para regular sus propios sistemas (fisiológicos, afectivos, cognitivos y conductuales) en virtud de responder de manera flexible y adaptativa, ante las distintas demandas que se le presenten (Cardemil, 2011).

Actualmente existen dos grandes aproximaciones teóricas al concepto de autorregulación: la primera destaca el rol de la regulación de las emociones, especialmente de aquellas que son más primitivas; y la segunda el rol de la regulación de los procesos cognitivos, especialmente de los atencionales. A estas aproximaciones también se les conoce como **bottom-up** y **top-down** respectivamente (F. Lecannelier, entrevista personal, 2009).

Estos nombres simbólicamente dan cuenta el origen de los procesos regulatorios. Bottom-up refiere que la regulación comienza por las emociones y que ésta permite la regulación de las cogniciones. En otras palabras, que la regulación de las zonas subcorticales permite el adecuado funcionamiento de las zonas corticales. A la base de este postulado se encuentra la tesis de que las emociones integran y organizan la actividad cerebral, por lo que al regularlas, se regula al organismo como totalidad.

“La modulación emocional es la forma a través de la cual la mente regula la energía y el procesamiento de la información². Y desde esta perspectiva, la regulación emocional puede ser vista como el centro de la autorregulación de la mente” (Siegel, 1999, p. 245).

La aproximación top-down plantea exactamente lo contrario: la regulación comienza por lo cognitivo, ya que la regulación cortical es la que permite un adecuado funcionamiento de las zonas subcorticales. Los autores a favor de esta postura, coinciden en que la autorregulación se relaciona preferentemente con las redes atencionales, específicamente con la atención voluntaria o ejecutiva. Rothbart y Posner señalan que una de las funciones atencionales más influyentes en la

² Siegel plantea que la emoción dirige el flujo de activación (energía) y establece el significado de las representaciones (procesamiento de la información).

autorregulación, es el **control ejecutivo**. El control ejecutivo, conocido también como **control esforzado**, alude a la capacidad de un individuo para suprimir una respuesta dominante, en orden de ejecutar una subdominante (Korchanska, 2000 citado en Lynn, 2003). Gerardi-Caulton (2000) se dieron cuenta que los niños entre 27 y 36 meses que mostraron un adecuado desarrollo de la capacidad de control esforzado, eran descritos por sus padres como menos impulsivos y menos propensos a frustrarse. Ayduk et al. (2000) encontró que la capacidad para postergar una conducta en la etapa preescolar, predice la capacidad para autorregularse y para trabajar en base a un propósito a los comienzos de los 30 años (citados en Rothbart, Ellis & Posner, 2004).

Rothbart y Posner plantean que el control esforzado corresponde a la dimensión de control voluntario del temperamento, y que por lo tanto, la autorregulación sería una variable temperamental. Esto queda claro en la definición que hacen de temperamento: “diferencias individuales en la reactividad motora y emocional, y en la autorregulación” (2000, p.434).

Desarrollo de la autorregulación

El desarrollo de la autorregulación consiste en la transición de una regulación externa (dirigida mayormente por los padres) a una regulación interna (ejercida por el propio individuo) (Grolnick, Kurowski, & McMenamy, 1999 citado en Ato, Salinas & Carranza,

2004). Esta transición corresponde a un proceso paulatino, que comienza en el nacimiento y termina a finales de la adolescencia, siendo los años preescolares un período sensible³ del desarrollo (Siegel, 1999).

“Durante la infancia y años preescolares, se observan desarrollos dramáticos en términos de habilidades y capacidades en la regulación emocional. En términos generales, este proceso puede ser descrito como el paso de un neonato relativamente pasivo y reactivo, a un niño capaz de utilizar conductas auto-iniciadas para regularse” (Calkins, 1994; Kopp, 1982; Sroufe, 1996, citados en Calkins & Brownell, 2007, p. 268).

El adecuado desarrollo de la autorregulación depende tanto de factores endógenos (biológicos) como exógenos (ambientales) (Ato, González & Carranza, 2004). Los principales factores endógenos son el **temperamento**⁴, entendido como “diferencias individuales en las tendencias a expresar y experimentar las emociones y el arousal, así como en la capacidad para regular tales tendencias” (Rothbart, 1998 citada en Ato, González & Carranza, 2003, p. 76) y la **maduración cerebral**, especialmente de las funciones ejecutivas. Por su parte, el factor

³ Un **período sensible** corresponde a un momento único durante el desarrollo, en el cual el cerebro está más abierto que nunca a la acción formativa del medio y en sus mejores condiciones para desarrollar una determinada habilidad o estructura (Céspedes, 2007a)

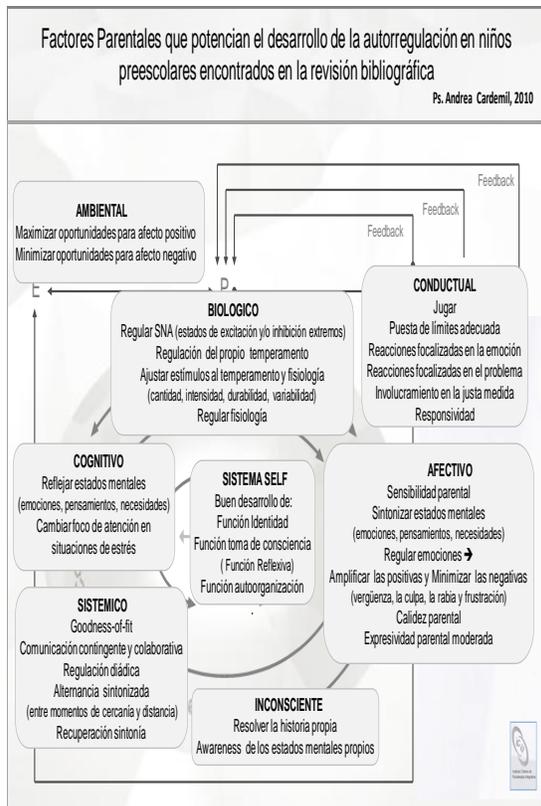
⁴ Investigaciones en este tema sostienen que la autorregulación (especialmente la regulación de las emociones), emerge de la interacción de dos poderosas influencias temperamentales: de la **reactividad** y de los **procesos de control** (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Derryberry & Rothbart, 1997; Davidson & Fox, 1989; Davidson et al., 2002; Fox, 1994; Posner & Rothbart, 2000, citados en Dennis, 2006).

endógeno más importante son las **conductas parentales** (Siegel, 1999; Posner & Rothbart, 1998, 2000; Schore, 2003; Lecannelier, 2006; Dennis, 2006; Tronick, 2007). Los autores bottom-up señalan que el **apego** engloba las principales conductas parentales que influyen en los procesos de regulación, por lo que el factor parentales el más significativo. “Las relaciones de apego son formativas porque facilitan el desarrollo de los mecanismos cerebrales de autorregulación más importantes” (Fonagy, 2002, p. 257).

Resultados

A continuación se exponen los resultados de la revisión bibliográfica, de las entrevistas a profesionales y de ambas fuentes de datos.

Resultados de la revisión bibliográfica

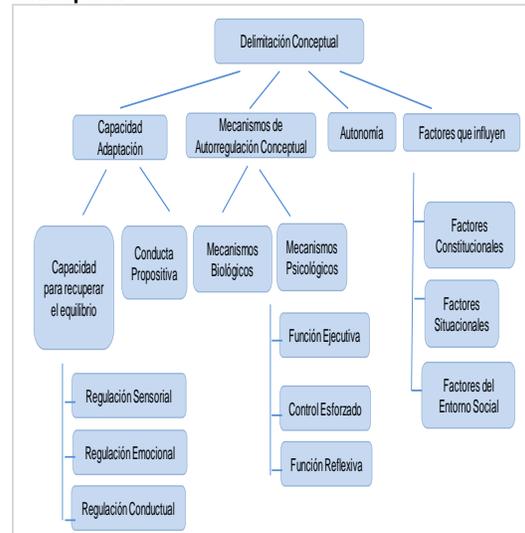


Resultados de las entrevistas a profesionales

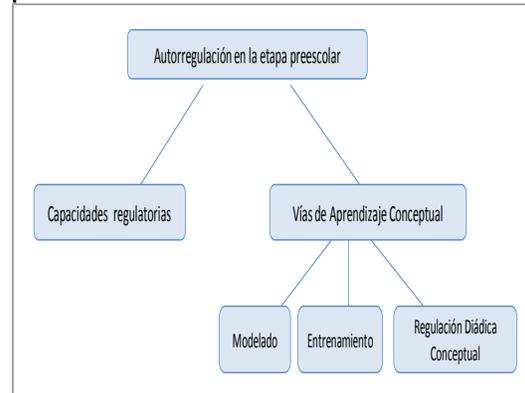
Tras el análisis de las entrevistas⁵, se construyeron tres estructuras de análisis, cada una de ella con categorías y subcategorías.

Éstas fueron: (a) concepto de autorregulación, (b) autorregulación preescolar y (c) características parentales potenciadoras.

Primera estructura de análisis: Delimitación conceptual

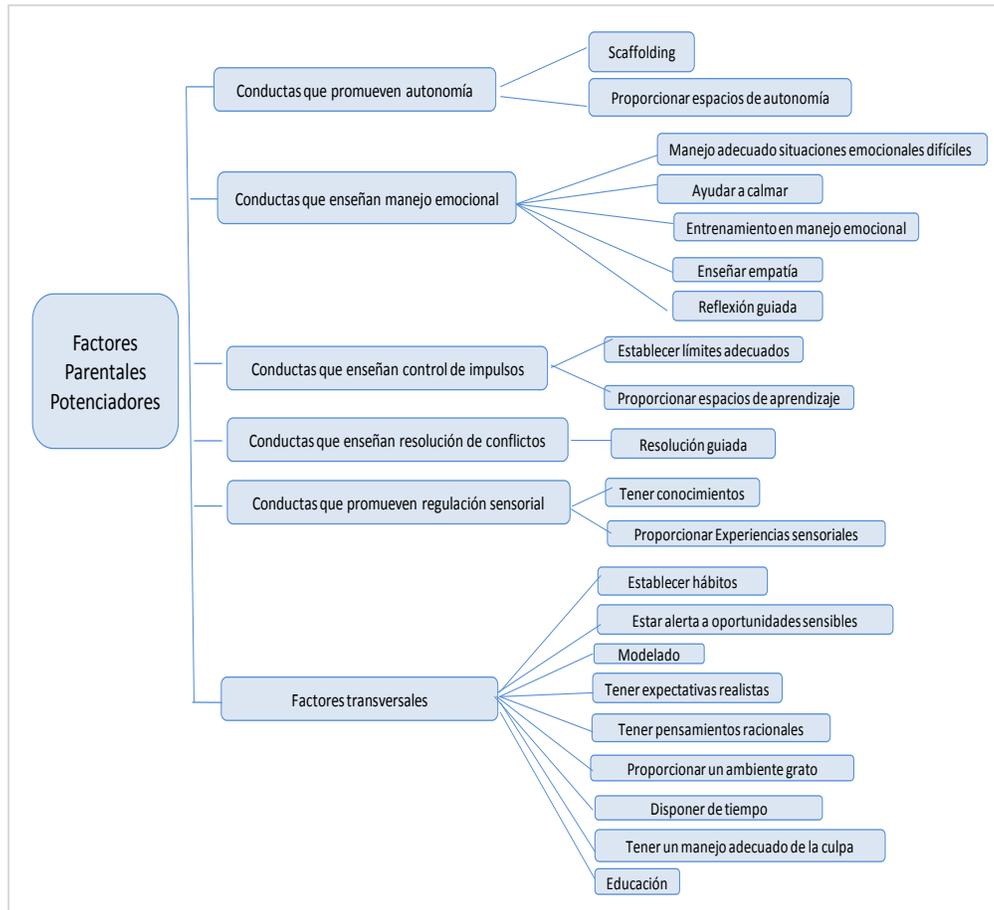


Segunda estructura de análisis: Autorregulación preescolar



⁵ Se siguieron los pasos para el análisis e interpretación de datos cualitativos descritos por Briones (2001).

Tercera estructura de análisis: Factores potenciadores



Resultados de ambas fuentes de datos integrados en el Modelo Integrativo Supraparadigmático

Tras La revisión bibliográfica y el análisis de las entrevistas, se sistematizaron los resultados obtenidos, en relación a los factores parentales que aparecen como potenciadores del desarrollo de la autorregulación en niños preescolares, dentro del Modelo Integrativo

Supraparadigmático, como se muestra a continuación.



Discusión y conclusiones

A continuación se discuten los hallazgos encontrados en ambas fuentes de datos. La discusión se va ordenar desde los tres objetivos de trabajo de la investigación.

Primer objetivo de trabajo: Realizar una conceptualización teórica de la capacidad de autorregulación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Con respecto a la delimitación conceptual, en las entrevistas no aparece clara y explícitamente la **dicotomía bottom-up y top-down** encontrada en la revisión bibliográfica. Hubo un solo autor que hizo referencia directamente a este tema, pero sin tomar partido de ninguna de estas posiciones. Todo lo contrario, plantea que debería existir un punto medio:

“... primero están estos modelos que se llaman bottom-up... bottom es como fondo, bottom-up es del fondo para arriba, que plantean en el fondo lo que importa es el componente emocional... componente emocional determina el componente autorregulación. Y hay otros autores que son lo que se llama top-down, top-down que plantean que no, que la verdad era autorregulación está en las cosas ejecutivas, y que las cosas ejecutivas, plantean, regulan la reactividad. Y el modelo más equilibrado obviamente, Y el modelo más equilibrado obviamente, que lo más probable, que la autorregulación se produce en la relación dinámica y equilibrada entre factores reactivos y factores ejecutivos, y la autorregulación es la unión de estos dos procesos...” (Lecannelier, entrevista personal, 2009).

Es probable, que esta dicotomía no aparezca en las entrevistas, en tanto corresponde a un conocimiento técnico acerca de la autorregulación, que la mayoría de los entrevistados no tenía.

Propongo resolver esta dicotomía en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Dadas las características del modelo, no necesitamos abanderarnos por un proceso regulatorio en desmedro del otro, menos si ambos han encontrado sustento científico.

Dado que ambas regulaciones son distintas (y por tanto cumplen con funciones distintas), *la pregunta no debería ser cuál es más importante, sino cuál es más efectiva para un*

individuo en un momento dado o cómo funcionan ambas regulaciones en conjunto.

Tanto en la revisión bibliográfica como en las entrevistas, se encontró que el fin de la autorregulación es la **adaptación del individuo a su medio**. Esta idea por tanto, corresponde a un *nexo importante entre las distintas fuentes de datos*.

Relacionado a esto último, muchos entrevistados plantearon que un individuo se adapta a su medio cuando logra adecuar sus características internas (temperamento, necesidades, etc.) con las externas (normas, demandas, etc.). En otras palabras, cuando logra una **integración de sus características con las características del medio**. Junto con esto, plantearon que esta integración se lograría en función de alguna meta o valor, por lo que la autorregulación se relacionaría a su vez con la **conducta propositiva**. Estas ideas también fueron mencionadas por los autores teóricos, por lo que *también constituyen un punto de encuentro entre ambas fuentes de datos*.

Existen diferencias (aunque sutiles) en los procesos regulatorios destacados como esenciales para lograr esta adaptación. La Terapeuta Ocupacional Marivi Raffo (Entrevista personal, 2009) por ejemplo, plantea que la autorregulación se relaciona con la **capacidad para autocalmarse** ante una situación sensorio-motora intensa, y así poder responder adaptativamente al medio. Llama a este proceso **regulación sensorial**.

El teórico norteamericano Daniel Siegel (1999) plantea que el individuo logra adaptarse a su ambiente cuando su cerebro funciona de manera flexible y coherente, y que para eso es indispensable la **regulación de las emociones**. Por su parte, Michael Posner (Entrevista personal, 2009) en la entrevista destaca como proceso esencial la selección de cogniciones y emociones en competencia, proceso que llama **control esforzado**.

Si analizamos lo expuesto hasta ahora, se puede decir que *la capacidad de autorregulación se relaciona significativamente con las distintas funciones del Sistema Self:*

- Tanto el control esforzado, como la capacidad de adaptación y la conducta propositiva, guardan una estrecha relación con la función **conducción de vida**. Y en consideración de que la adaptación se da con el objetivo de alcanzar alguna meta o valor, se podría decir que la capacidad de autorregulación se ve profundamente enriquecida con el desarrollo de la función **búsqueda de sentido**.
- La capacidad de autocalmarse planteada por Marivi Raffo, se relaciona con la función de **autoorganización**.
- La regulación emocional planteada por Daniel Siegel también se relacionaría con la función de autoorganización y además con la **toma de consciencia**, ya que plantea que para regular las emociones es necesario identificarlas y ponerlas en la memoria de trabajo (1999).

Los tres doctores entrevistados (T. Lomakin, 2009; H. Montenegro, 2009; T. Mesa, 2009) hablaron de una **autorregulación involuntaria** (comandada por el sistema nervioso vegetativo) y de una posterior **regulación voluntaria** (comandada por la corteza cerebral). Esto es similar a los planteamientos de los teóricos Posner y Rothbart, quienes también hacen la distinción entre procesos regulatorios voluntarios e involuntarios. Pero a diferencia de los doctores, sólo mencionan aquellos que tienen que ver con el **temperamento** (por ejemplo aproximación/huída).

Por su parte, los teóricos defensores de la regulación emocional o de los procesos bottom-up, también hacen referencia a este tema, pero plantean que la regulación involuntaria es aquella comandada por el hemisferio derecho y que depende en grandes medidas de la **relación de apego** establecida entre la madre y el infante en los primeros dos años de vida. Para estos autores, la regulación voluntaria comenzaría su desarrollo alrededor del segundo año de vida, con la maduración del hemisferio izquierdo y la adquisición del lenguaje.

Como se puede apreciar, *las grandes diferencias se encuentran en la regulación involuntaria más que en la voluntaria: ¿Se nace con ella o se adquiere? ¿En qué consiste? ¿Qué procesos la conforman? ¿Cuál es su importancia?*

Dependiendo del entrevistado o teórico, estas preguntas obtienen respuestas notablemente distintas. Esto en una ciencia como la psicología es tremendamente desconcertante. ¿Cuál de todas las posturas es la correcta? Una vez más, el Enfoque Integrativo entra en juego y resuelve el conflicto: La regulación involuntaria está conformada por distintos aspectos, y cada uno de los autores ha estudiado o mencionan sólo uno. *Entonces en vez de discutir y pelear por superioridad, las distintas posturas se podrían integrar y enriquecer de esta forma, el conocimiento actual acerca de la regulación involuntaria.* Efectivamente existe una regulación involuntaria comandada por el sistema nervioso vegetativo y se nace con ella. Pero también existen procesos de regulación involuntarios temperamentales (control reactivo) y procesos de regulación diádicos que van quedando guardados en la biología del bebé, producto del apego, específicamente de la regulación diádica. Todos estos procesos regulatorios involuntarios están interrelacionados entre sí: la regulación del sistema nervioso vegetativo, permite que haya un estado basal que facilita la regulación de las predisposiciones temperamentales. Ambas regulaciones en conjunto, permiten que la regulación diádica sea más rápida y efectiva. Por ejemplo, si un niño es tímido y no ha dormido bien, más se le activaran los procesos de control reactivo y más costara regularlo y sacarlo del estado de inhibición extremo. De ahí entonces la importancia de considerar todas las regulaciones involuntarias en conjunto. *El*

Enfoque Integrativo Supraparadigmático no sólo nos permite considerarlas en conjunto, sino que al integrarlas permite también potenciar su efecto

Segundo objetivo de trabajo: Describir el desarrollo de la autorregulación en niños preescolares desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

En cuanto al desarrollo de la autorregulación, todos parecen estar de acuerdo que el desarrollo de la autorregulación es progresivo y depende tanto de factores biológicos (constitucionales) como externos (entorno social). Las diferencias se dan en otros puntos, como la edad en que comienza a desarrollarse la autorregulación, si existen o no procesos de regulación involuntarios precedentes a la voluntarios, y qué factores biológicos y externos son los más importantes.

Los tres doctores entrevistados (T. Lomakin, 2009; H. Montenegro, 2009; T. Mesa, 2009) señalaron que la **autorregulación involuntaria** tiene que ver con el sistema nervioso vegetativo y que por lo tanto, se nace con ella. Aunque ninguno lo menciona directamente, se deduce que los padres no cumplen ningún rol en su desarrollo y que no precede a la regulación voluntaria.

Los teóricos bottom-up plantearon algo completamente distinto y casi opuesto acerca de la regulación involuntaria. Veamos algunos ejemplos:

El teórico Allan Schore (1994, 2003) postula que la autorregulación se desarrolla significativamente durante los primeros tres años de vida y su adecuado desarrollo depende casi por completo de la relación de apego establecida entre el infante y su madre. Junto con esto, señala que es implícita (en otras palabras, involuntaria) y que determina el desarrollo y funcionamiento de los procesos regulatorios posteriores. Para este autor por lo tanto, *los procesos de regulación involuntarios, no sólo son precedentes de los voluntarios, sino también determinantes.* Ningún entrevistado mencionó algo similar a este autor (solo algunos teóricos bottom-up como veremos a continuación).

Daniel Siegel (1999) comparte en parte los postulados de Schore, ya que no lateraliza la autorregulación en el hemisferio derecho. Esto le permite darle mayor importancia y protagonismo a los procesos regulatorios voluntarios que comienzan a desarrollarse a partir de los dos años de vida. Por lo que a pesar de ser un teórico bottom-up, *estable puntos de conexión con los otros autores y entrevistados.*

Hasta ahora podemos decir que *todos los autores y entrevistados reconocen la existencia de procesos regulatorios involuntarios previos a los voluntarios, independiente del grado de importancia que les atribuyen y si los consideran como precedentes o no.*

A diferencia de los teóricos a favor de la regulación emocional, ningún entrevistado (a excepción de Felipe Lecannelier) mencionó **el apego** como determinante de la capacidad de autorregulación. Tampoco lo hicieron los teóricos del lado contrario. *Todos hablaron y reconocieron la importancia de las conductas parentales, pero ninguno hizo alusión directa al tema.* Describieron conductas propias de la relación de apego seguro (como la sintonización y la regulación emocional) pero sin ponerles los nombres técnicos. Por lo que independiente del vocabulario utilizado, se puede decir que *el apego constituye un punto de encuentro entre ambas posturas (bottom-up y top-down) y fuentes de datos (teóricos y entrevistados). De alguna u otra manera, todos hablan de lo mismo, pero con distintos nombres y niveles de profundización.*

Esto tiende a ocurrir con bastante frecuencia en el campo de la psicología. No es algo bueno, en tanto obstaculiza el diálogo entre colegas y el entendimiento de la información. Este conflicto tiene solución en el marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Al integrar la información existente, no sólo la ordena y la hace más comprensible, sino que también permite que haya un lenguaje universal.

Directa o indirectamente, *todos estarían de acuerdo que la autorregulación voluntaria o consciente comenzaría a desarrollarse en la etapa preescolar, gracias a la maduración de la corteza cerebral y la adquisición del*

lenguaje. Como es de esperar, existen diferencias en la zona específica de la corteza que es destacada. Por ejemplo, mientras los teóricos Posner y Rothbart destacan la maduración de las redes atencionales ejecutivas, Siegel (1999) y Shore (1994; 2003) destacan el hemisferio izquierdo.

Independiente de las diferencias entre autores, entrevistados o fuentes de datos, se *plantea que en la etapa preescolar las bases biológicas para la regulación voluntaria están recién instaladas*.

“Los preescolares tienen la maduración motora, biológica y cognitiva necesaria para mostrar habilidades avanzadas de autorregulación. SE observa autorregulación en su habilidad para inhibir su conducta cuando se les pide. Y también han internalizado cuándo y cómo regular sus conductas sin la supervisión de un adulto” (Stifter, 2009).

En comparación con los otros autores y entrevistados, las palabras de Cinthia Stifter sobrevaloran la capacidad de los preescolares. En general, se planteó que *el niño preescolar tiene el material necesario para regularse, pero no siempre sabe cómo hacerlo*. “Tanto la regulación emocional y cognitiva está incompleta en preescolares” señala Michael Posner en su entrevista (2009). Por esta razón, aunque en ciertas situaciones logra regularse sin la supervisión

de un adulto, en otras aún necesita ser regulado desde el exterior. La antropóloga Diana Küshner (2009) en su entrevista refiere que la autorregulación preescolar es aún normativa (es decir, que necesita de normas y regulación externa).

Algunos entrevistados identificaron **hitos del desarrollo** que sustentan las incipientes habilidades de regulación. Algunos de ellos son reflejo de la maduración de la corteza cerebral, mientras que otros, conquistas de autonomía. Veamos algunos a modo de ejemplo:

- “La capacidad cognitiva preescolar les permite mantener muchas reglas en mente para cumplir con una meta” (Stifter, 2009).
- “Hacer cosas para lo cual está capacitado para hacer solo (...) ponerse los pantalones solo y no esperar que alguien se los ponga (...) dejar el chupete” (Edwards, 2009).
- “Los hábitos” (entendiendo que la responsabilidad está puesta en el niño y no en el adulto) (Edwards, 2009).

En general, *los entrevistados plantean que el predominio cortical recién instalado le permite a los preescolares inhibir una conducta, postergar una satisfacción inmediata, retener reglas, y tener conductas propositivas a corto plazo. No obstante, que el desarrollo de la autorregulación en esta etapa está incompleto y necesita de la acción del medio*. Teresa Quintana (2009) refiere al respecto: El niño va a seguir aprendiendo y

va a depender del entorno para que este aprendizaje de la autorregulación siga un curso óptimo”.

La mayoría de los autores planteó que el desarrollo de la autorregulación en la etapa preescolar va a depender finalmente de la **acción del medio** (especialmente de la crianza, como se verá más adelante). Pero lo autores bottom-up, aunque reconocen la importancia de la acción del medio en esta etapa, refieren que el desarrollo de la autorregulación preescolar va a depender en grandes medidas de lo que haya ocurrido en la etapa anterior (especialmente del estilo de apego establecido entre la madre y el infante en los primeros dos años de vida).

A partir de estas diferencias, se plantean nuevas interrogantes: *¿Qué aprendizaje es el más importante para el desarrollo de la autorregulación? ¿El que ocurre en los dos primeros años o el que ocurre en la etapa preescolar? ¿Cuál es el más determinante? ¿Cuándo los padres juegan un rol más activo?* De manera tentativa, intentaré responder estas preguntas.

Creo que el desarrollo de la autorregulación debe considerarse como un continuo. *Por lo tanto, todos los aprendizajes son igualmente importantes, ya que constituyen etapas evolutivas de un mismo proceso.* Por esta razón, si bien el aprendizaje en la etapa preescolar es más complejo que el que ocurre en los dos primeros años, no sería correcto considerarlo como más importante,

en tanto su desarrollo va a depender en grandes medidas de lo que haya ocurrido en la etapa anterior.

Durante los dos primeros años, la regulación más importante es la diádica. Si bien se ha visto que los bebés poseen ciertas conductas regulatorias innatas (como chuparse el dedo o desenganchar la mirada), necesitan constantemente de su figura de apego para regularse. Esta regulación que recibe el bebé queda grabada en su biología, específicamente en las estructuras cerebrales que se desarrollan y comandan en ese período (estructuras cerebrales inferiores y hemisferio derecho). Por ejemplo, si un niño nace con alta reactividad (hipersensibilidad), la regulación diádica puede aminorar la intensidad de la respuesta emocional, quedando de esta forma, grabado en la biología del bebé.

A partir de esto, se podría concluir que en **la primera etapa evolutiva del desarrollo de la autorregulación, el rol de los otros significativos es primordial, en tanto el aprendizaje se da en la relación entre el bebé y su cuidador a través de la regulación diádica.** En esta etapa, si bien se aprenden ciertas estrategias de regulación voluntarias básicas (como desviar la mirada del estímulo estresor), el principal aprendizaje queda plasmado en la biología del bebé (por lo tanto corresponde a procesos de regulación involuntarios).

Durante los años preescolares, los otros significativos siguen teniendo un rol primordial, pero distinto al de la etapa anterior. Ya no sólo tienen que regular la biología del infante, sino ayudarlo a adaptarse en un mundo con normas y personas en el cual no siempre pueden hacer lo que quieren. Este nuevo mundo, además de normativo, demanda mayor independencia. En esta **segunda etapa evolutiva de la autorregulación**, el aprendizaje más importante es la regulación voluntaria, donde el lenguaje comienza a jugar un rol esencial.

La regulación voluntaria (que tiene que ver con las funciones ejecutivas) tiene el poder suficiente para regular una biología complicada. Si una niña preescolar es ansiosa y sufre cuando su mamá se va, en esta etapa puede conscientemente tranquilizarse a sí misma a través de un autodiálogo, procesar la situación en un juego, o simplemente distraerse.

A partir de lo expuesto hasta ahora, podríamos mencionar las siguientes ideas:

- El primer aprendizaje instala las bases idóneas para que el segundo aprendizaje sea exitoso: mientras más tranquila sea la biología de un niño, más fácil le será aprender a regularse por sí mismo.
- A partir de lo anterior, también se puede decir, que la adecuada regulación implícita de las zonas inferiores, permiten un mejor

funcionamiento de las zonas superiores.

- Si un niño no fue adecuadamente regulado en los dos primeros años de vida, en la etapa preescolar igual podría aprender a regularse desde las estructuras superiores (aunque probablemente tenga una biología muy difícil y necesite mucha ayuda externa).
- Cuando una emoción es muy intensa, la regulación cortical puede regular aun cuando la regulación implícita haya fracasado.
- Ambos aprendizajes se complementan y se regulan mutuamente (la regulación implícita del arousal favorece la regulación cortical y ésta a su vez refuerza la regulación implícita).
- La regulación que el infante necesita recibir desde el medio, está determinada por las etapas de desarrollo del cerebro: la primera regulación es fisiológica (sueño, hambre, temperatura), la segunda emocional (ansiedad, miedo, tristeza) y la tercera ejecutiva (control de impulsos, control emocional, adaptación social).
- Los procesos de regulación se van complejizando en la medida que el cerebro se va desarrollando. Como refiere el principio de desarrollo cerebral, las nuevas estructuras llegan a regular a las existentes, permitiendo de esta manera,

alcanzar un funcionamiento cada vez más complejo y eficiente.

Entre ambas fuentes de datos, se encontraron 5 vías mediante las cuales los preescolares aprenden a regularse: **modelado** (T. Lomakin, entrevista personal, 2009), **ensayo y error** (D. Kushner, entrevista personal, 2009), **interacción de las características del niño y del entorno** (T. Mesa, entrevista personal, 2009; T. Quintana, entrevista personal, 2009), **entrenamiento** (T. Quintana), y **regulación diádica** (Siegel, 1999; Fonagy, 2004; Schore, 1994, 2003; Quintana, 1999; Lecannelier, 2006, 1999).

El mejor aprendizaje se daría “en caliente”, es decir cuando el preescolar se ve sumergido en una experiencia de estrés y necesita regularse. Se decidió llamar estas experiencias **oportunidades sensibles**.

Los entrevistados aludieron más a este tema que los teóricos, reconociendo tres oportunidades sensibles específicas en la etapa preescolar: manejo de las emociones, resolución de conflicto y relación con pares. Estas tres oportunidades sensibles son coherentes con las tareas del desarrollo de la etapa preescolar.

En lo que respecta al **manejo de las emociones**, refieren como importante, que *el preescolar aprenda a identificar sus emociones y a expresarlas de manera adecuada*. Marta Edwards refiere al respecto

“Los sentimientos se expresan, pero no como se me antojan y no en cualquier minuto. El aprender a expresar rabia, de manera apropiada, es una autorregulación... y a la vez, si el niño reconoce que está con rabia y reconoce que se está aguantando de meterle los dedos a los ojos a otro niño, es un progreso” (Entrevista personal, 2009). Los teóricos bottom-up plantean que los niños deben aprender a *manejar especialmente las emociones negativas* (como la rabia, la vergüenza, el miedo y la angustia). De hecho, el teórico Daniel Siegel (1999) relata extensamente lo importante que es el adecuado **manejo de la vergüenza** a los dos años de vida. La importancia de aprender a regular las emociones desagradables no fue mencionado directamente por ningún entrevistado (hablan sólo de regular las emociones). No obstante, se observó cierta tendencia a darle más importancia al aprendizaje del **manejo de la rabia**, más que de cualquier otra emoción. Otro punto que fue destacado por algunos autores como importante, fue la **empatía**.

Marta Edwards (Entrevista personal, 2009) habla acerca de la importancia de enseñarle a los preescolares a **resolver conflictos**. Señala que si el niño es capaz de hacer algo solo, hay que darle el espacio, sin dejarlo solo (acompañándolo). Esto tiene que ver con estimular la **autonomía**, que además de ser un potenciador de la autorregulación, es un aspecto importante de la etapa preescolar. Por su parte, Posner y Rothbart en sus investigaciones han comprobado que

la misma área cerebral que se activa al resolver un conflicto, se activa al regular las emociones (cíngulo anterior). A partir de esto, se podría plantear que *al enseñarle a un preescolar a resolver conflictos, indirectamente estamos estimulando el manejo de las emociones.*

La **relación con los pares** aparece en las entrevistas como una oportunidad sensible de aprendizaje, ya que constituye un escenario nuevo para ellos, en el cual surgen conflictos y se dan situaciones donde se pueden trabajar los otros puntos mencionados.

Tercer objetivo de trabajo: Identificar características parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en el niño preescolar desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Como es de esperar, los autores mencionan conductas que son coherentes con sus planteamientos teóricos acerca de la autorregulación y su desarrollo. Por ejemplo, aquellos que plantean que la autorregulación se desarrolla preferentemente en la relación de apego seguro, mencionan como importante la sintonización, regulación y reflejo de estados mentales, y la alternancia entre momentos de conexión y desconexión, entre otras conductas. Mientras que los que están a favor de la regulación voluntaria, destacan la adecuada puesta de límites, la promoción de autonomía y el aprendizaje de control de impulsos.

Quisiera comentar, que encontré muy pocas fuentes teóricas que hablaran directa y

explícitamente de conductas parentales potenciadoras de autorregulación. La mayoría trataba acerca de temas relacionados, como por ejemplo el apego. Ahora, como se sabe que el apego seguro es generador por excelencia de autorregulación, se deduce que aquellas conductas que favorecen un apego seguro, favorecen también el desarrollo de la autorregulación. Esta escasez en fuentes teóricas refuerza el sentido y la importancia de la presente investigación, junto con abrir espacios para nuevas investigaciones.

A partir de lo expuesto en ambas fuentes de datos, me atrevería a decir que el apego seguro engloba las conductas parentales potenciadoras más importantes.

En las entrevistas no hubo grandes diferencias en las respuestas. La mayoría habló que era importante el propio ejemplo, promover autonomía, establecer hábitos y enseñarles a los niños manejo emocional, control de impulsos y resolución de conflictos. Sólo dos personas plantearon cosas completamente distintas al grupo, enriqueciendo de esta forma, los resultados finales. La primera fue la Terapeuta Ocupacional Marivi Raffo (2009), quien habló acerca de la importancia de enseñarles a los niños regulación sensorial. El otro fue el Psiquiatra Hernán Montenegro (2009), que habló acerca de características de la familia como sistema.

Como ya se hizo mención anteriormente, *varios entrevistados mencionaron las mismas conductas que los teóricos, pero sin ponerles un nombre técnico*. Por ejemplo, Marta Edwards (2009) dijo que era importante estar alerta a lo que le pasa al niño, lo que se relaciona de manera significativa con la sintonización de estados mentales mencionada por Shore (1994, 2003), Siegel (1999) y Fonagy (2004).

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático aporta de manera significativa con este objetivo. Si bien cada una de las conductas identificadas potencian el desarrollo de la autorregulación preescolar, en conjunto e integradas en el modelo, se gana además sinergia de grupo. En otras palabras, *el Supraparadigma potencia el efecto de las conductas potenciadoras*.

A partir de lo investigado, puedo concluir algunas ideas acerca de la autorregulación preescolar y el rol de los otros significativos.

- Las conductas potenciadoras deben ser coherentes con la etapa evolutiva tanto del niño como de su autorregulación (por ejemplo, no se le puede pedir a un niño control de impulsos ni control esforzado antes del año y medio/dos años).
- El factor evolutivo, además de guiar la conducta parental, guía las expectativas que se deben tener acerca de lo que un niño es capaz de hacer.
- Las conductas potenciadoras

finalmente son coherentes con las estructuras cerebrales en desarrollo. En los primeros dos años se relacionan con el desarrollo del hemisferio derecho y las estructuras más inferiores (regulación involuntaria), y después de los dos años con la corteza cerebral (regulación voluntaria).

- Las conductas parentales potenciadoras no sólo deben ser coherentes con la etapa evolutiva en que se encuentra el niño, sino también con sus características idiosincráticas (especialmente en lo que refiere al temperamento).
- Los cuidadores de apego seguro sintonizan con los estados mentales de los niños y por tanto saben que es lo que el niño necesita en un momento dado. Por esta razón, las conductas de cuidadores de apego seguro, además de ser coherentes con la etapa evolutiva y las características idiosincráticas del niño, son coherentes con lo que le pasa al niño en ese momento. Esto convierte al apego seguro como la característica parental más importante, tanto en los dos primeros años como en los posteriores.
- Dado que la autorregulación se relaciona de manera significativa con el Sistema Self, el apego seguro también propicia el adecuado desarrollo de nuestro epicentro psicológico.

Todo esto me permite concluir que las conductas potenciadoras de los primeros dos años (principalmente relacionadas al apego seguro), deben seguir haciéndose, pero actualizadas a la etapa preescolar. El cuidador va a tener que sintonizar con las nuevas necesidades del niño, comandadas por la **situación** en que se encuentre, su **etapa de desarrollo, características idiosincráticas** (siendo el temperamento una de las más importantes), **historia de vida y desarrollo cerebral** (que en esta etapa, tiene que ver con la corteza cerebral y funciones ejecutivas).

Quisiera dar fin a este artículo con dos conceptos que reflejan lo discutido acerca de la conducta parental: **goodness-of-fit** y **sensibilidad parental**.

Stella Chess y Alexander Thomas, grandes teóricos e investigadores del temperamento, definen goodness of fit de la siguiente manera:

“Goodness of fit resulta cuando las propiedades del ambiente y sus expectativas y demandas están acorde a las capacidades, características y estilo de conducta propio de un organismo. Cuando se da esta consonancia entre el organismo y el ambiente, es posible un desarrollo óptimo en dirección progresiva. De manera contraria, poorness of fit implica discrepancias y disonancias entre las capacidades del organismo y

las oportunidades y demandas del ambiente, lo que genera un desarrollo distorsionado y un funcionamiento desadaptativo (Thomas & Chess, 1977, p. 11-12, citado en Thomas & Chess, 1999, p.3)”.

Desde el Modelo Supraparadigmático, este concepto alude al concepto movilizador **ambiente patosintónico y patodistónico**. Si mi hijo tiene un temperamento que facilita la desregulación, yo puedo sintonizar con esta dificultad y no ayudarlo a que desarrolle estrategias y recursos de regulación. Por ejemplo, cada vez que se irrita y hace pataletas, le doy en el gusto. Esta dinámica proporcionaría al niño un ambiente patosintónico, que en vez de aminorar el efecto de la biología, lo potencia. Otro ejemplo son los resultados de la investigación realizada por Eubin y Burgess (citados en Eisenberg et al., 2003) que dan cuenta que la reticencia en niños se exagera cuando los padres son cálidos y sobreprotectores, porque no les permiten oportunidades para desarrollar formas autónomas de manejarse con sus inhibiciones. A partir de esto, se podría plantear que el goodness of fit implica necesariamente la creación de un ambiente patodistónico.

Para que un padre pueda proporcionarle a su hijo un ambiente patodistónico, debe conocer sus características idiosincráticas y del desarrollo de su hijo, junto con ser

capaz de sintonizar con sus estados mentales. Esto le va a permitir saber qué hacer, cuánta regulación o ayuda brindarle, cuándo dejarlo solo cuando regularlo, etc. Esto introduce el otro concepto mencionado, sensibilidad parental, definida por Lynn (2003) de la siguiente forma:

“Puede ser que padres sensibles tienen la habilidad para darles a sus hijos la cantidad de regulación externa que necesitan, mientras que les siguen proveyendo situaciones en las cuales los niños pueden autónomamente aprender a usar estrategias de regulación. Esta reacción parental sensible a la cantidad de regulación externa que necesita el niño puede ser conceptualizado de manera similar a la zona proximal de Vygotsky (1962). El padre puede proveer de situaciones desafiantes en las cuales las estrategias requeridas están justo por sobre el nivel del niño, y a través de estas oportunidades, el niño puede progresivamente ir aprendiendo a internalizar estrategias que practican con otros (p. 22)”.

Todo esto me recuerda a otro concepto del Modelo Supraparadigmático, **el Self-Diádico**. Este Self, que comienza a construirse a partir de la gestación, puede favorecer o desfavorecer la relación. Por ejemplo, si tenemos una madre con un temperamento más ansioso y un bebé con un temperamento

más tranquilo, ésta en vez de regularlo podría desregularlo. Esto quedaría grabado en la biología del bebé y en las dinámicas del Self-Diádico. Al llegar a la etapa preescolar, podríamos tener un niño tremendamente ansioso o sobrecontrolado (para mantener el equilibrio en la relación), lo que no establece las bases adecuadas para los aprendizajes regulatorios de esta etapa. De hecho, varias investigaciones (Kochanska citado en Derryberry & Rothbart, 2001; Nachmias et al., 1996 citados en Lynn, 2003; Grolnick et al., 1998 citados en Lynn; Rubin & Burgess, 2002 citados en Eisenberg et al, 2003) han comprobado que el sobreinvolucramiento parental, no sólo aminora la capacidad de regulación del niño, sino que además puede aumentar los niveles de estrés.

Referencias

- Almonte, C. & García R. (2003).** *Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescente* En: Almonte, C.; Montt, M. & Correa, A. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Álvarez, M. (2006).** *Nadie nos enseña a ser padres*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Antivilo, A. y Castillo, D. (2004).** *Estudio del test de apercepción infantil CAT-A para la detección de delitos sexuales en menores entre 5 y 10 años, institucionalizados, víctimas y no víctimas de agresión sexual intrafamiliar*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
- Aretio, M.C., Müller, P. & Mateluna, X. (2003).** *Clínica Infanto-Juvenil. Herramientas para el Psicodiagnóstico y nociones de Psicoterapia*. Textos de Docencia Universitaria, Universidad Diego Portales. Santiago.
- Astington, J. (1998).** *El descubrimiento infantil de la mente*. Madrid: Morata.
- Ato, E.; González C. & Carranza, J. (2004).** Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20 (1), 69-79.
- Ausubel, D. & Sullivan, E. (1983).** *El desarrollo infantil: (II) El desarrollo de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Bagladi, V. (2003).** *Variables Inespecíficas en Psicoterapia y en Psicoterapia Integrativa*. Tesis de Doctorado para obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad de Nacional San Luis, Argentina.
- Ballesteros, S. & García, B. (2001).** *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: Universitas, S.A.
- Barroso, J.M. & León-Carrión, J. (2002).** *Funciones Ejecutivas: control, planificación y organización del conocimiento*. Rev. De Psicol. Gral. y Aplic., 2002, 55 (1), 27-44.
- Berk, L. (1999).** *Desarrollo del niño y de adolescente*. Cuarta edición. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Blakemore, S. & Frith, U. (2007).** *Cómo aprende el cerebro: Las claves para la educación*. Barcelona: Ariel.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003).** *El método Brazelton: La Disciplina*. Bogotá: Editorial Norma.
- Boeree, G. (1997).** *Teorías de la personalidad: Erik Erikson*. Extraído el 10 de marzo, 2008, de <http://webspaceship.edu/cgboer/eriksonesp.html>
- Bowlby, J. (1989).** *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Barcelona: Paidós.
- Briones, G. (2001).** *Metodología de la investigación Cualitativa*. Santiago: Centro Iberoamericano de Educación a distancia.
- Brownell, C. & Kopp, C. (2007).** *Socioemotional Development in the Toddler Years: Transitions and Transformations*. New York: Guilford Publications.
- Calkins, S. & Johnson, M. (1998).** *Toddler Regulation of Distress to Frustrating Events: Temperamental y Maternal Correlates*. Rev. Infant Behavior and Development, 21, 379-395.
- Cardemil, A. (2011).** *Factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en niños preescolares. Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Tesis de Magíster para la obtención del título de Magíster en Psicoterapia Integrativa, Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.
- Carver, C. & Sélner, M. (1997).** *Teorías de la personalidad*. México: Prentice Hall.
- Céspedes, A. (2007a).** *Cerebro, inteligencia y emoción*. Santiago: Fundación Mirame.
- Céspedes, A. (2007b).** *Niños con pataletas, adolescentes desafiantes*. Santiago: Vergara.
- Chess, S. & Thomas, A. (1999).** *Goodness of fit: Clinical applications, from infancy through adult life*. Philadelphia: Brunner Mazel
- Cloud, H. & Townsend, J. (2006).** *Límites*. Miami: Editorial Vida.
- Cloud, H. & Townsend, J. (1998).** *Límites para nuestros hijos*. Miami: Editorial Vida.
- Craig, G. (2001).** *Desarrollo Psicológico* (8ª ed.).3. México: Prentice Hall.
- Cyrułnik, B. (2005).** *Bajo el signo del vínculo: una historia natural del apego*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Dinkmeyer, D. & McKay, G. (1989).** *STEP: The Parent's Handbook*. Estados Unidos: Editorial AGS.
- Díaz, C. (2005).** *Funciones del Sistema Self en el Trastorno Límite de Personalidad. Una Aproximación desde el Modelo Supraparadigmático Integrativo*. Aportes en Psicología Clínica. Santiago: Universidad Adolfo Ibáñez.
- Dowshen, S. (2008).** *Las horas de sueños y los niños(as) preescolares*. Extraído el 19 de Septiembre, 2008 de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/sleep_preschool_esp.html
- EQUPI (2004).** *Manual de Capacitación en Educación Inicial para Asesores Pedagógicos y Maestras de Parvularia*. Extraído el 24 de Junio, 2008 de http://pdf.dec.org/pdf_docs/Pnadf056.pdf
- Erikson, E (2000).** *El ciclo vital completado*. Barcelona: Hurope
- Estivill, E. & Béjar, S. (2009).** *Duérmete niño*. Barcelona: Debolsillo.
- Flick, U. (2002).** *Semi-structured Interviews*. En U. Flick (Ed.) *An Introduction to Qualitative Research* (pp. 74-95). London:Sage.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004).** *Affect regulation, mentalization, and development of the self*. New York: Other Press.
- Fox, N. (1989).** *Psychophysiological correlatos of emotional reactivity in the first year of life*. Rev. Developmental Psychology, 19, 815-831.
- Gordon, T. (1994).** *P.E.T.: Padres Eficaz y Técnicamente preparados*. México: Editorial Diana.
- Goleman, D. (2002).** *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairos.
- Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. (2000).** Sitio Web del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Extraído el 16 de Septiembre, 2006 de <http://www.icpsi.cl>
- Johnson, M. (2008).** *Brain development in childhood: A literature review and synthesis for the Byron Review on the impact of new technologies in children*. Extraído el 01 de Septiembre, 2008 de <http://www.dcsf.gov.uk/byronreview/pdfs/Johnson%20Brain%20Development%20Literature%20Review%20for%20the%20Byron%20Review.pdf>
- Lecannelier, F. (2006).** *Apego e Intersubjetividad*. Santiago: Editorial LOM.

- León, D. & Sierra, H. (2008).** *Desarrollo de la comprensión de las consecuencias de las emociones.* Rev. Latinoamericana de Psicología, 2008, 40, (1), 35-45.
- Lyford, A.; Ciompi, M. & Soler, M. (2006).** *Hijos con personalidad, raíces y alas.* Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Lynn, A (2003).** *The development of effortful control: Links with parenting, infant emotion regulation and social competence in early childhood.* Tesis de Doctorado para obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de Notre Dame, Indiana, Estados Unidos.
- Martínez, J. (sin fecha).** Suplemento Clínico-farmacológico 2. Déficit Atencional Hiperactivo. Etiología del TDAH: Disfunción ejecutiva y genética. Santiago de Chile: Gaceta de Psiquiatría Universitaria.
- Milicic, N. (2006).** *Creo en ti: La construcción de la autoestima en el contexto escolar.* Santiago de Chile: Editorial LOM.
- Milicic, N. & López de Lérída, S. (2006).** *¿Quién dijo que era fácil se padres?* Santiago de Chile: Editorial Planeta.
- Norcross, J. & Goldfried, M. (2005).** *Handbook of Psychotherapy Integration.* Capítulo 1. Oxford University Press.
- Oberst, U. ().** *La aportación de Rudolf Dreikurs a la psicología Adleriana: Educación democrática versus educación tradicional.* Extraído el 07 de abril, 2008 del sitio Web:
<http://fpcee.blanquerna.url.edu/personaicomunitat/documents/dreikurs.pdf>
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago de Chile: ICPSI.
- Opazo, R. (2003, Julio 13).** *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los Tiempos? El Mercurio.* Extraído el 16 de Septiembre, 2006 del sitio Web del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa: <http://www.icpsi.cl/noticias21.asp?tra=51>
- Opazo, R. (2006).** *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los Tiempos?.* Material entregado en el Magíster de Psicología Clínica mención Psicoterapia Integrativa dictado por la Universidad Adolfo Ibáñez, 2006. Santiago, Chile.
- Palacios, J., Marchesi, A., & Coll, C. (1995).** *Desarrollo Psicológico y educacional.* Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza Editorial.
- Papalia, D. et al. (2005).** *Psicología del Desarrollo. Capítulo 9: Desarrollo Cognitivo en la niñez temprana.* México: Mc Graw Hill.
- Papazian, O., Alfonso, I. & Luzondo, R.J. (2006).** *Trastornos de las funciones ejecutivas.* Revista Neurológica, 2006, 42 (3), 45-50.
- Posner, M & Rothbart, M. (1998).** *Attention, self-regulation and consciousness.* Rev. Society, 353, 1915-1927.
- Posner, M & Rothbart, M. (2000).** *Developing mechanisms of self-regulation.* Development and Psychopathology, 2000, 12, 427-441.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978).** *Does the chimpanzee have theory of mind?* Behavioral and brain sciences, 1978, 1(4), 515-516.
- Rivière, A. & Núñez, M. (1996).** *La mirada mental.* Capital Federal: Aique Grupo Editor S.A.
- Ruffman, T. (2006).** *What Mothers say and what they do: The relation between parenting, theory of mind, language and conflict/cooperation.* British Journal of Developmental Psychology, 2006, 24, 105-124.
- Saarni, C. (1999).** *The Development of Emotional Competence.* Estados Unidos: The Guilford Press.
- Shaffer, D. (2000).** *El Yo físico: desarrollo cerebral, del cuerpo y habilidades motoras. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia, 5.* Thompson Learning Ibero.
- Schore, A. (1994).** *Affect Regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. (2003).** *Affect Regulation and the repair of the Self.* New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, D. (1999).** *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience.* New York: The Guilford Press.
- Silva, J. (2005).** *Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia.*
- Thomas, A. & Chess, S. (1999).** *Goodness of fit. Clinical applications from infancy through adult life.* Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Tronick, E. (2007).** *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children.* New York: W.W. Norton & Company.
- Vaughn, B. et al., (1992).** *Attachment Security and Temperament in Infancy and Early Childhood. Some Conceptual Clarifications.* Developmental Psychology, 1992, 28 (3), 463-473.
- Wellman, H. (1990).** *The child's theory of mind.* Cambridge: Bradford Books.

UNA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: REFUGIADOS EN CHILE

Ps. Mg© **Mónica Fuentes**⁶

Ps. Mg© **M^a José León**⁷

Ps. Mg© **Ramiro Ramírez**⁸

Summary

During 2009 the professionals the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy (ICPSI) had the opportunity of supporting very closely the, dependent teams that implemented the programs of resettlement of Palestinians in the towns of La Calera, San Felipe and communes of Ñuñoa and Recoleta district of the city of Santiago. From this work, and the other clinical experiences coming from work in the dispensaries ICPSI with refugees from other nationalities (in particular Colombians), this article brings a conceptualization of which appear as problematic keys facing refugee families and those who work directly with them.

Keywords: *Integrative Psychotherapy, Resettlement, Refugees, Acculturation.*

Resumen

El equipo de profesionales del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) tuvo durante el 2009 la oportunidad de apoyar de manera muy estrecha a los equipos a cargo de implementar los programas de reasentamiento de palestinos en las localidades de La Calera, San Felipe y en las comunas de Ñuñoa y Recoleta de la ciudad de Santiago. A partir de este trabajo, y de la experiencia acumulada en la labor clínica realizada en los Consultorios ICPSI con refugiados de otras nacionalidades (en especial colombianos), se presenta una conceptualización de las que aparecen como problemáticas claves que deben enfrentar las familias de refugiados y quienes trabajan de manera directa con ellos.

Palabras clave: *Psicoterapia Integrativa, Reasentamiento, refugiados, aculturación.*

⁶Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Marchantt Pereira 446,Providencia,Santiago, icpsi@icpsi.cl

⁷ Centro Integrado de Especialidades en Psicológicas. cieps@cieps.cl

⁸Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Marchantt Pereira 446,Providencia,Santiago, icpsi@icpsi.cl

1. “USTEDES ME TRAJERON”

Las familias refugiadas son, por definición, familias desterradas de manera forzosa; y trasladadas a países que, para disminuir el trauma que esa realidad conlleva y para hacer más esperanzador su futuro, prometen acogerlas solidariamente, velar por su seguridad y ofrecerles condiciones que favorecerán su reasentamiento.

Esta promesa, llena de buenas intenciones y de objetivos que se suponen compartidos por todos los involucrados, se instala de manera diferente en quienes llegan y en quienes reciben, y determina desde muy temprano y hasta muy tarde la relación que se llegará a establecer entre ambos.

No es raro que las naciones que acogen a familias de refugiados traduzcan dicha promesa en la implementación de esfuerzos orientados a entregar herramientas y garantizar derechos equivalentes a los que gozan los ciudadanos nativos del país chilenos, que vayan favoreciendo la integración de los refugiados y que les permitan avanzar hacia una creciente autonomía, fin último del trabajo de los equipos a cargo y principal logro al que aspiran sus intervenciones.

Sin embargo, sea por las diferencias culturales y semánticas que existen, sea por las expectativas implícitas que se manejan, sea por la poca claridad en las “reglas del juego” establecidas, lo cierto es que no pocos

refugiados interpretarán la promesa como una oportunidad de mejorar sustancialmente no sólo sus expectativas de vida, sino la calidad de ésta y el logro de sueños largamente postergados.

Y cuando ambas visiones -no contradictorias pero tampoco necesariamente coincidentes- se contrapongan, la sensación de fraude invadirá a los recién llegados, ya que nada parecerá ser lo que se esperaba ni nada se cumplirá como sienten que les fue prometido. No es raro, entonces que surja en ellos la necesidad de que les rindan cuentas que permita aclarar y superar el malentendido, y que cuando éstas no les satisfagan, implícita o explícitamente transmitirán el mensaje “ustedes me trajeron, háganse cargo de mí”.

Asimismo, los equipos responsables del proceso de reasentamiento, experimentarán “la desilusión de la ingratitud” y la impotencia del asistencialismo, y un genuino sentimiento de frustración amenazaré con invadir la relación entre ambas partes.

2. EL PROCESO DE DUELO

“Partir es morir un poco” versa sabiamente un dicho popular que se hace carne en los refugiados, quienes al partir de su tierra comienzan a vivir su propio proceso de duelo, es decir, emociones, experiencias, sentimientos, representaciones mentales y conductas ligados a una pérdida. Y, evidentemente, ellos han perdido la cercanía

con sus familias de origen, sus hogares, sus amigos, sus paisajes de niñez, los olores de la memoria, sus costumbres, sus recuerdos y sus sueños.

Todo proceso migratorio implica un componente de pérdida y otro de ganancia, inherentes al cambio que supone dejar el lugar habitual de residencia para trasladarse a otro más o menos lejano y diferente (Collazos et al, 2008), sin embargo las pérdidas suelen percibirse antes y de manera más rotunda que las ganancias.

La primera reacción vivida en una etapa de duelo es la negación, en donde la persona durante días, semanas y hasta meses niega la nueva realidad que está viviendo. Luego pasa a una fase más aguda en donde emergen los sentimientos más intensos y duraderos, dolor por la separación, rabia, frustración frente a la pérdida. Finalmente, y si es superada la etapa anterior, se comienza una fase de aceptación y adaptación a la nueva realidad, en donde se da una paulatina reconexión con la vida diaria y los quehaceres que ésta implica.

En el caso de los refugiados, estos viven múltiples duelos, acompañados por posibles síndromes de estrés post traumático, derivado de las dificultades que a nivel país estaban enfrentando y que fueron la causa de la emigración forzosa. A esto se suma la imperiosa necesidad de adaptación e integración social que es cruzada por el bajo interés que la mayor parte de refugiados

tiene en lograrlo, ya que si de ellos dependiera, no habrían cambiado de país.

Por lo tanto y en base a lo anterior el escenario de las personas refugiadas se ve cruzado por múltiples variables que complejiza más aún el proceso de adaptación e integración. Estos se ven más susceptibles a los olores, recuerdos y sutilezas que los ligan a su país de origen, comienzan las idealizaciones y comparaciones que lo único que favorecen es la no adaptación. Pero este es el método por el cual se mantienen unidos a su pasado dando cabida al pensamiento de que "todo tiempo pasado fue mejor"; método poco favorecedor para la integración, pero que es parte de un proceso de duelo que deben de vivir.

3. LA BARRERA DE LENGUAJE

La barrera del lenguaje es, quizás, una de las formas en que se materializan de manera más elocuente las diferencias culturales entre las naciones. A la diversidad de idiomas, se agregan diferencias idiosincrásicas en el léxico y en las formas que adquiere la expresividad verbal, y a éstos además se agregan discrepancias importantes en las significaciones asociadas a las jergas y lenguas, por similares que éstas parezcan.

Cuando los refugiados provienen desde países cuyos idiomas son distintos a los del país de acogida, los programas de reasentamiento consideran las dificultades de

comunicación como una de las primeras y más esenciales problemáticas a enfrentar. Para esto se habilitan equipos de intérpretes (destinados a subsanar las dificultades inmediatas) y profesores (destinados a asegurar la adquisición del idioma a futuro), los que se ponen a disposición de las familias de refugiados en diversas modalidades.

Sin duda, el contar con apoyo para la comunicación es esencial para la instalación de los refugiados en un mundo desconocido. Pero asimismo, esforzarse por manejar el idioma del país que acoge es la puerta de entrada para la autonomía. Hasta cuanto lo uno y desde cuando lo otro es un aspecto del proceso de adaptación que genera controversia.

Hay un número no menor de refugiados que desde su llegada al país se concentrará y disciplinará en la tarea de aprender el castellano, y por tanto logrará en un tiempo razonable adquirir la capacidad para expresarse y comunicarse de forma autónoma, sin necesidad de un intérprete que haga de su voz. Clave en este desafío será la asistencia a clases, el esfuerzo por restringir los espacios de conversación en su idioma nativo y los imperativos comunicacionales que el propio proceso de integración vaya generado. Esto, a su vez, les permitirá trabajar, hacer trámites de manera independiente, ir a sus citas con el médico, asistir a reuniones escolares, etc.

Por otra parte, hay personas refugiadas que tardan e incluso nunca llegan a familiarizarse

ni mínimamente con el nuevo idioma. Esto puede deberse a dificultades individuales en la tarea de apropiación de una nueva lengua, pero también es esperable que se produzca como resultados del proceso de adaptación que enfrenta la persona y que compromete sus funciones cognitivas hasta hacerlas ineficientes para esta tarea. Otra alternativa, es que las dificultades en la adquisición del lenguaje sea una forma de resistencia al cambio que se debe enfrentar (y por tanto, una forma de salvaguardar la propia identidad originaria) y que, además, les permite retrasar la tan ansiada autonomía por algunos y tan temida por ellos. Al estar frente a una situación de ambigüedad laboral, familiar, social, etc., donde el saber expresarse y hablar se puede considerar una amenaza a los ritmos íntimos del proceso de adaptación, algunos refugiados prefieren obstaculizar el aprendizaje para así dilatar el proceso de autonomía, dependiendo continuamente del apoyo de los intérpretes.

Aprender el idioma, por tanto, no es para todos los refugiados un desafío motivante. Al menos no “afectivamente motivante” porque muchos otros afectos (miedo, rabia, incertidumbre) estarán combatiendo desde las líneas enemigas y minando las reservas de energía. Aprender un idioma, es más bien, un “bien necesario” y, como tal, sólo puede promoverse desde la “motivación cognitiva”, (Opazo, 2001) mostrando –e idealmente ligando- a ganancias concretas de integración y estabilidad. Junto con esto, se debe transmitir que aprender una nueva

lengua no significa necesariamente renunciar a la de origen, ni tampoco implica desconocer los vínculos primigenios que nos unen con ésta o debilitar una de las bases centrales de la cohesión entre patriotas en tierras extrañas.

Cabe destacar que cada persona tiene un modo y una necesidad diferente de comunicar. Dependiendo de la cultura de la cual son originarios, los refugiados tienen necesidades más básicas y/o más complejas de comunicación. Hay personas que por costumbres les será necesario saber sólo lo básico de un idioma, ya que su contacto con el medio social será escaso y, en su gran mayoría, mediatizado por otros integrantes del grupo familiar. Así, por ejemplo, si nos basamos en la experiencia de los refugiados palestinos en Chile, dado su cultura, muchas mujeres no tienen la costumbre de salir de su casa, por lo que un programa de reasentamiento debiera considerar la evaluación de necesidades idiosincráticas para establecer parámetros de logros aportativos pero, a su vez, susceptibles de alcanzar.

4. LOS CHOQUES CULTURALES

El proceso de adaptación que viven los refugiados trae aparejado múltiples choques culturales que se experimentan diariamente y en los más variados ambientes. La piel, la ropa, las comidas, los modales, los roles de

género, la crianza de los niños, todo o casi todo será distinto para las familias que llegan y, por oposición, también lo será para las familias residentes que serán sus vecinos, co-apoderados en el colegio, compañeros de trabajo y amigos.

El peso de las diferencias culturales, sin embargo, será más intenso para quienes ya enfrentan altos montos de estrés aculturativo, o sea, los refugiados. Ellos deberán desenvolverse en un medio en que todos, o casi todos, lucirán y se comportarán de manera extraña y no es raro que esas extrañezas difíciles de descifrar los lleven a encerrarse en sus hogares, a reunirse con sus coterráneos e incluso a considerar inviable su permanencia en el nuevo país. Así, específicamente, las particularidades de los refugiados provenientes del Medio Oriente, con características religiosas y sociopolíticas profundamente arraigadas en su forma de ser muchas veces encontraron fuertes choques culturales con la cultura de recepción, en este caso, la sociedad chilena. Sumándose, a lo anterior, las resistencias a la integración que impone la condición de refugiado, diametralmente diferentes a la condición de inmigrante voluntario; y finalmente, las barreras idiomáticas, que dificultan aún más el proceso de incorporación y por lo tanto, el proceso de intervención por parte de los equipos interventores (Ramírez, en Prensa).

Las familias reasentadas frecuentemente se sienten observadas, juzgadas, e, incluso, ridiculizadas. La constatación permanente de

diferencias puede hacer que los refugiados perciban su nuevo entorno como más hostil de lo que es en realidad, y respondan hacia él con la misma hostilidad que experimentan. Su *conducta pulsante* (es decir, su capacidad de activar su ambiente para sacar lo bueno que éste pueda otorgarles) (Opazo, 2001) se verá entorpecida, y correrán el riesgo de cosechar rechazo donde simplemente puede haber existido una divergencia que subsanar.

Cuando las diferencias culturales son muy extremas, a los reasentados les puede incluso costar entender la legalidad nacional, basada en parámetros del bien y del mal que pueden no compartir. Asimismo, cuando la disconformidad con el nuevo país es muy grande, bastará sólo un gesto de discriminación social (o un gesto que para ellos tiene una connotación discriminatoria) para impactar negativamente la asimilación de la nueva cultura (y la evaluación valórica de sus costumbres y usanzas), de forma profunda y definitiva. Afortunadamente, esto tendrá también un efecto en la dirección contraria: cuando los diversos actores sociales son capaces de desplegar conductas de aceptación hacia los refugiados y sus particularidades (y que para ellos tienen esa connotación), éstas actúan como “estímulos efectivos” (Opazo, 2001) que aumentan las posibilidades de que los recién llegados se encuentren más y mejor dispuestos para su re-culturación.

5. CADA REFUGIADO ES DIFERENTE

En el trabajo con refugiados se suelen planificar las intervenciones en base a características generales y comunes por un grupo de personas, que comparten nacionalidad y han pasado por situaciones similares, respecto al cual se esperan ciertas conductas y hacia el cual se espera desplegar ciertas otras. Por esta razón, y sobretodo en los meses inmediatamente siguientes al arribo al nuevo país, no sólo se hablará de “los refugiados” sino que se intentará abordarlos como a un todo. Sin embargo, a poco andar, “los refugiados” comenzarán a diferenciarse unos de otros, y las generalizaciones evidenciarán su ineficacia a la hora de normar el trabajo con ellos.

Habrá refugiados altamente dispuestos y capaces de aprender el nuevo idioma, existirán aquellos que se resistan a aprenderlo, y habrá quienes desarrollen capacidad comprensiva pero no comunicativa; habrá familias abiertas a integrarse con su comunidad cercana, existirán familias introvertidas y herméticas hacia su entorno; se verán jefes de hogar capaces de convocar y guiar a sus familias en una dirección clara, pero también existirán familias sin jefes de hogar, o en las que los miembros se revelan contra el patriarca y cada uno toma su rumbo propio.

En fin, y aunque parezca de perogrullo decirlo, en el trabajo con refugiados es esencial entender que aunque éstos lleguen

en grupo, son diferentes entre sí y que diferentes estímulos impactarán de manera distintiva en cada uno de ellos, promoviendo conductas emprendedoras en algunos, despertando la desconfianza en otros e incluso desincentivando la superación personal en unos cuantos. Encontrar qué estímulo resulta efectivo para cada quién es parte esencial de la sabiduría que se requiere en los equipos a cargos, una sabiduría que muchas veces se desarrolla “en la cancha” y luego de que muchos ensayos hayan desembocado en errores.

Las diferencias idiosincráticas, además, tarde o temprano enfrentarán a los equipos a uno de los dilemas más frecuentes en el trabajo con refugiados: cómo establecer y mantener políticas equitativas y claras para todos y, a la vez, cómo adaptar las políticas y reglas para responder a las particularidades de cada familia y persona. No serán inocuas las decisiones que se tomen en una u otra dirección, porque los individuos esperarán –y en algunos casos, requerirán- que las políticas institucionales se adapten a sus requerimientos reales, pero a la vez, resentirán aquellos privilegios especiales que se les otorguen a otros, sobretodo si esos privilegios surgen como antídoto para las debilidades detectadas y no para recompensar los logros.

6. LOS NIÑOS, EL FOCO DE ATENCIÓN...

Llama la atención el desconocimiento o el desear desconocer la verdadera realidad que

sucede con la primera generación de refugiados. Las expectativas que presentan los equipos de trabajo frente a esta generación suelen ser elevadas e irrealistas, posiblemente basadas en desconocimiento o en la intensa vocación de ayuda que los mueve frente a las problemáticas que están viviendo los refugiados.

El estrés asociado a un proceso migratorio, basado en la dificultad de dejar el país de origen y todo lo que eso conlleva y de adaptarse al país de acogida lleva a que, para la primera generación de refugiados, sea tan difícil la adaptación al país que acoge. Siendo los porcentajes de adaptación (medidos por variables como trabajo, vivienda, dominio de la lengua y autonomía) en los refugiados tan bajos.

Es fundamental generar expectativas realistas en torno a la intervención que se lleva a cabo con los adultos y enfocarse a la generación de niños refugiados. Dado las características evolutivas propias de la infancia, los niños poseen una mayor capacidad de adaptación en todo ámbito de cosas.

El desarrollo cognitivo de los menores está en completo período de aprendizaje, sus estructuras cerebrales están hechas para que en este período de la vida puedan ir asimilando, adaptando e integrando nueva información a la antes poseída. Por lo que se facilita la adquisición del idioma, de las normas sociales, y conocimientos propios del nuevo país, incorporándolo de modo que no

pierden lo antes aprendido. Los adultos, en cambio, deben “desaprender” para lograr incorporar formas distintas de hacer y comportarse, lo que demora y complica su proceso.

Por su parte, en el desarrollo afectivo los niños comienzan aprender de los otros, a modo de modelaje, las claves que permiten leer las diferentes situaciones emocionales y sociales, facilitando también la adaptación a un nuevo entorno y haciéndose parte de éste de un modo más natural. Ver tele, asistir a clases, jugar fútbol con los vecinos, ir a comprar y un sinnúmero de actividades domésticas, tienen para los niños un valor incalculable en cuanto “vitrina” de conductas a imitar y actúan como aceleradores del aprendizaje.

Finalmente en el ámbito social, los niños al ingresar al sistema escolar comienzan a conformar sus grupos de amigos más estables, lo que les permite compartir, lograr autonomía y alcanzar un mayor desarrollo de la identidad personal, grupal y social. Los grupos de amigos son agentes socializadores, que favorecen el conocimiento de diferentes realidades de un modo paulatino y natural.

Todo lo anterior deja en evidencia que los niños son el *principal activo* en un proceso de reasentamiento, sobretudo si además se comprende que éstos jugarán un rol clave como mediadores en el proceso de asimilación cultural y de integración de sus propios progenitores. Son ellos quienes

“empujarán desde abajo”, acelerando y sinergizando -a partir de sus propias necesidades de educación, salud y socialización- el desenvolvimiento eficaz en el nuevo entorno de sus padres y cuidadores, el establecimiento de relaciones constructivas de éstos con el resto de actores sociales, y, por ende, el logro de una integración progresiva del grupo familiar en su globalidad.

7. UNA ORGANIZACIÓN COMPLEJA

El trabajo con refugiados se realiza bajo el amparo de una administración que, por lo general, depende a su vez de diferentes actores sociales (ACNUR, Gobierno de Chile y Vicarías de Pastoral Social y de los Trabajadores), situación que determina un escenario de alta complejidad organizacional y que exige –pero a la vez dificulta- la capacidad de dialogar, ponerse de acuerdo y actuar coordinadamente.

No es raro que la complejidad se traduzca en innumerables tensiones, desencuentros y “baches” comunicacionales entre los equipos de trabajo, “baches” que los propios refugiados identifican con incluso mayor rapidez que los propios involucrados y que hábilmente utilizan a su favor. Las principales víctimas, entonces, son los profesionales que representan a la institucionalidad en terreno, quienes no pocas veces quedan triangulados a mitad de los conflictos, y en su calidad de

“front office” reciben los reclamos y deben entregar explicaciones cuando muchas veces no las hay y/o no las manejan.

La complejidad organizacional propia del trabajo con refugiados no sólo se da a nivel de “gobierno corporativo”, sino que se reproduce también a nivel geográfico (dependiendo de donde se encuentren los distintos reasentamientos) y a nivel “oficina central” vs. “terreno”. Esto, una vez más, exige redoblar los esfuerzos de retroalimentación, discusión y gestión del conocimiento, para hacer más eficiente el trabajo cotidiano y, a la vez, generar doctrinas que aporten a alcanzar mayores niveles de madurez institucional.

Concretamente en la experiencia con reasentados palestinos en Chile, la condición “tripartita” y las diferencias existentes respecto a la posesión de un marco teórico común, que orientara técnicamente el proceso de reasentamiento, puede exacerbar las dificultades entre los distintos actores involucrados y los equipos de trabajo, llevando, incluso, a la reproducción isomórfica en la relación de trabajo con los propios refugiados. Estos, pueden encontrar en esta inconsistencia una oportunidad de manipulación, surgida probablemente de la intensa angustia que una situación como esta podría acarrearles. Este estado de inconsistencia también afecta a los equipos de trabajo, lo que acrecenta sus niveles de malestar y por tanto, interfiere significativamente su desempeño (Ramírez, en Prensa).

Especial relevancia debe ser otorgada a las características de los integrantes de los equipos de trabajo directo con la población de refugiados y reasentados. El trabajo con refugiados representa una alta demanda a las características personales, tanto a nivel personal como profesional, para desempeñarse adecuadamente en un trabajo de alta presión y demanda externa, en un contexto en el que se requiere de formación especializada. Muchas veces es posible encontrar disparidades en la formación y/o conocimiento de los aspectos o dimensiones de la realidad con la que se enfrentaran. Así, pueden darse escenarios de escasa formación en cuestiones específicas del trabajo con refugiados que supera el conocimiento de los equipos sobre las características culturales del grupo a intervenir o escenarios donde ocurre todo lo contrario, formación en refugio pero desconocimiento de las características culturales del grupo específico de refugiados.

La necesidad de responder rápidamente a las demandas provenientes desde los distintos niveles, junto con las exigencias de evitar problemas de mayor magnitud, puede posicionar a los equipos en un lugar intermedio, que derive en malestar personal, desgaste profesional y conflictos interpersonales (al interior de los equipos y entre los equipos). Lo anterior unido a la escasez de conocimiento e información específica en intervención psicosocial transcultural así como la desinformación en cuanto a procedimientos derivados de las

políticas de refugio, pueden incrementar aún más las dificultades, derivando en un alto nivel de desgaste profesional y de salud física, salud mental, estado emocional, conflictos sociales, familiares, interpersonales y económicos (Ramírez, en Prensa).

8. EL LOGRO DE LA AUTONOMÍA

Aún con todas las dificultades que plantea el trabajo con refugiados, muchos de ellos efectivamente encuentran en Chile un lugar para sembrar su futuro. Y cuando esto ocurre, la gratificación que sienten los propios individuos y quienes han trabajado codo a codo con ellos hace pensar que intervenciones psicosociales de esta envergadura deben seguir realizándose.

Una familia que gana en autonomía es una familia que ha logrado encontrar un espacio físico propio e íntimo, cuyos miembros manejan herramientas suficientes para su comunicación, realizan actividades remuneradas que les permiten autoabastecerse, y que pueden procurarse a sí mismos y a las generaciones venideras los servicios de salud, educación y recreación.

Una familia que gana en autonomía va requiriendo, y por ende “perdiendo”, cada vez menos apoyo institucional, porque ha desarrollado recursos propios para apoyarse a sí misma y continuar avanzando como cualquier familia chilena. Y esa es la promesa que se les hizo cuando llegaron,

aunque en el camino los involucrados no perciban este logro como una buena noticia.

Si en los procesos de reasentamiento ocurre lo mismo que en los procesos de psicoterapia, esto es, que las expectativas de las partes son predictoras del éxito que se alcanza (Bagladi, 2003), es esencial entonces (a) trabajar en el planteamiento de expectativas realistas al inicio de cualquier programa de estas características, (b) ajustarlas a tiempo con los propios refugiados, (c) explicitar las que vayan surgiendo durante el proceso y (d) distinguir con la mayor claridad posible entre aquellas que se asumirán como parte del programa (y cómo) y entre aquellas que deberán ser articuladas por otros actores (o las propias familias) a posteriori.

CONCLUSIONES

A partir de todo lo expuesto en la sistematización desarrollada, resulta evidente que la implementación de un Programa de Intervención Psicosocial para el Reasentamiento Humanitario es una tarea de alta complejidad y requiere de la adopción de varias medidas para optimizar y posibilitar esta labor de necesidad y relevancia social.

A nivel general contar con conocimiento específico y especializado en materias relativas al refugio en Chile, psicología transcultural, migración forzada, integración cultural y aculturación así como otros temas afines, que orienten las decisiones y las

intervenciones tanto de los equipos de trabajo como de los diversos organismos involucrados en un Programa de Reasentamiento Humanitario. A nivel específico conocer y sistematizar las experiencias nacionales, más allá de los lineamientos generales que puedan entregarse a nivel mundial, dado que el conocimiento y manejo de las características idiosincrásicas de la cultura receptora resultan esenciales para que el proceso de integración resulte de manera óptima.

Resulta también necesario contar, además de la asesoría especializada en materias afines al refugio y la migración, así como en psicología transcultural y social, con la supervisión constante de las distintas actividades realizadas tanto en terreno como en los lugares fijos de intervención, con la finalidad de apoyar técnicamente la labor concreta del trabajo cotidiano con población vulnerable. Queda claramente de manifiesto, además, la necesidad de formar, capacitar y entrenar anticipadamente a los miembros que pasarán a integrar la primera línea de intervención con los grupos de refugiados y reasentados.

Todo lo anterior hará posible la integración y el desarrollo de personas, generaciones, culturas, naciones e instituciones... la integración humana.

REFERENCIAS

- ACNUR. (1997). *La Salud Mental de los Refugiados*. Ed. ACNUR, OMS.
- Bagladi, V. (2003). *Variables Inespecíficas en psicoterapia y Psicoterapia Integrativa*. San Luis, Argentina: tesis de doctorado Universidad Nacional de San Luis.
- Berry, J.W., & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. In P.R. Dasen, J.W. Berry & N. Sarorius (Eds.), *Health and Cross-Cultural Psychology: Toward Applications* (pp. 207-236). Newbury Park, California: Sage.
- Collazos, F; Qureshi, A.; Antonín, M. y Tomás-Sábado, J. (2008) Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(3), pp. 307-31, Barcelona, España.
- Declaración de Cartagena sobre Refugiados. (1984, Noviembre).** *Coloquio sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios*.
- Declaración de México (2004, Noviembre).** Declaración y Plan de Acción de México para Fortalecer la Protección Internacional de los Refugiados en América Latina.
- Einsenbruch, M. (2004). Cross-cultural aspects of bereavement. II: ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. *Culture, Medicine and Psychiatry* (p. 315). University of Melbourne. Australia.
- Daneri, C. G. (29 de Enero de 2008). *El Refugio en Chile*. Recuperado el 09 de Mayo de 2010, de Departamento de Extranjería y Migración: <http://www.acnur.org/biblioteca>
- Kottow, M. & Bustos, R. (2005). *Antropología Médica*. Santiago: Mediterráneo Ed.
- Ley sobre Protección de Refugiados. (Nº 20.430. (2010, 15 de Abril).** *Diario Oficial de la República de Chile*, [Nº 39.636], Abril de 2010.
- Namihas, S. (2001). *Derecho Internacional de los Refugiados*. (I. d. Internacionales, Ed.) Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. Santiago Chile: Ediciones ICPSI.
- Pérez Sales, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural, Bases prácticas para la acción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ramírez, R. (en Prensa). *Proyecto de Diagnóstico e Intervención Psicosocial para el Programa de Reasentamiento Humanitario Palestino en Chile: Una Experiencia desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Santiago, Chile: Tesis para optar al grado de Magister UAI-ICPSI.
- Ward, C. (1996). "Acculturation". En Landis, D. & Baghat, R., *Handbook of Intercultural Training*. Thousands Oaks, California: Sage.

Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas

Ps.Mg. Texia Bejer Tajmich⁹

Summary

From the wide application and strong interest arisen at Integrative Clinical Integrative Questionair (Ficha de Evaluación Clínica Integral, FECl), developed by the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy, this article brings a description of the clinical scales whose result is expressed in scores. Likewise, information about the validity and reliability of these scales is delivered. In this directions, the goal is to contribute to the theoretical and methodological contextualization of this instrument, developed within the Supraparadigmatic Integrative Approach.

Keywords: *Clinical Integrative Evaluation Record (FECl), scales clinics, validity, reliability, Diagnosis, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS).*

Resumen

A raíz de la amplia aplicación y fuerte interés surgido en torno a la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl), desarrollada por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, en el presente artículo se realiza una descripción de las escalas clínicas de la ficha cuyo resultado se expresa en puntajes; así mismo, se entrega información acerca de la validez y confiabilidad de dichas escalas. De esta forma se espera aportar a la contextualización teórica y metodológica de este instrumento, central en el Psicodiagnóstico Integral planteado por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Palabras clave: *Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl), escalas clínicas, validez, confiabilidad, Psicodiagnóstico Integral, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS).*

⁹Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Marchantt Pereira 446, Providencia, Santiago, icpsi@icpsi.cl

Desde el marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) se decanta una modalidad de Psicoterapia Integrativa (Opazo en Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (ACPI), 2009). En la Psicoterapia Integrativa derivada desde el EIS, plantea una evaluación diagnóstica integral, cuya finalidad no es una mera categorización del paciente sino que concibe a la evaluación como algo dinámico que tiende a facilitar la intervención terapéutica, pues se considera que el sistema diagnóstico es valioso en la medida que aporte en predicción y probabilidad de éxito del proceso de psicoterapia. Es así, que una evaluación diagnóstica “sólo tendrá sentido si es capaz de precisar el pronóstico, esclarecer etiología y potenciar el cambio”. (Opazo, 1999)

Por lo anterior, dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático la evaluación diagnóstica pasa a ser un pilar para la planificación de las estrategias de intervención y en la construcción de los estímulos específicos. Así dentro de este marco en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) se construye un instrumento que permite una evaluación integral del sujeto y que busca dar luces en cada uno de los paradigmas que componen el modelo y en las funciones del Sistema Self. Dicho instrumento se denomina Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI). El FECI es un cuestionario de auto-reporte que responde el paciente en las primeras sesiones. En él, la persona se auto-describe, explicita su autoimagen, su autoestima y sus

expectativas de eficacia personal, describe sus formas de procesar información, sus modalidades de autocontrol y su administración conductual. El FECI integra escalas validadas a nivel internacional (E.P.Q. de Eysenk, Test de Asertividad de Rathus, Sub-Escala Gambrell y Ritchie, etc.) y otras escalas desarrolladas por el equipo de profesionales del ICPSI, a partir de la práctica clínica (Escalas de Síntomas, Depresión, Ansiedad, Autoimagen, Irracionalidad Cognitiva, Satisfacción de Necesidades, Repertorio de Conductas Sociales, Satisfacción de Pareja, Vulnerabilidad Biológica, Escala de Sentido de Vida, Perfeccionismo). En total contiene 19 escalas clínicas de puntaje cuantitativo.

El FECI posee las ventajas y desventajas de un auto-reporte; por ello se complementan los datos aportados por la ficha con la observación clínica. Una ventaja importante de este instrumento es que *obliga* a mirar cada uno de los sub-paradigmas contemplados en el Supraparadigma Integrativo, así como al sistema Self del paciente. Así, aporta a la facilitación de la relación diagnóstico – psicoterapia. El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos. (Opazo, 2001)

El aporte del FECI es cuantitativo en la medida que permite el acceso a puntajes de las diferentes escalas y es cualitativo en la medida que recoge descripciones y opiniones

del paciente en relación con sus diferentes características.

Dentro de los aportes cuantitativos encontramos las siguientes escalas clínicas:

1.- El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ): Este es un cuestionario de autorreporte construido por Hans Eysenck en el año 1970; es una ampliación del inventario de personalidad construido por el mismo autor (E.P.I.) confeccionado en 1967.

Este cuestionario incluye cuatro escalas que evalúan las dimensiones centrales de la personalidad, de acuerdo a los postulados teóricos de Eysenck: (N) Neuroticismo; (E) Extroversión; (P) Psicoticismo; y (L) Escala L. Así cada dimensión evalúa (desde la construcción del cuestionario y basado en la teoría de Eysenck):

- Escala de Neuroticismo: esta escala evalúa en un continuo el nivel de emocionalidad o labilidad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional y se relaciona con la intensidad y el control de reacciones y procesos emocionales (Bagladi, 2003). Dentro del ICPSI se entenderá como predisposición biológica a la inestabilidad emocional
- Escala de Extroversión – Introversión: esta escala hace referencia a una cualidad de la personalidad relacionada con la dimensión y/o medio ambiente,

evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente (Bagladi, 2003). Dentro del ICPSI, se utiliza como una medida de la forma en que el sujeto se ubica en el mundo entorno a los demás, es decir, en qué medida el sujeto está orientado hacia el mundo externo o hacia su propio mundo interno.

- Escala de Psicoticismo: esta escala evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentados por el sujeto (Bagladi, 2003). Así, dentro del ICPSI se hace utiliza como un indicador de impulsividad del sujeto.
- Escala de Mentira/Deseabilidad social: el grado de mentira o disimulo que el sujeto manifiesta, además de intentar ser cumplidor de todas las ordenes y promesas, de constantes buenos hábitos sociales y de aseo (Aguilar, 1990). Aunque la definición anterior es aplicable a muestra no clínica, se puede entender que la población que consulta para ser ayudada por medio de la psicoterapia está dispuesta a ser honesta y responder sin ánimo de engaño o disimulo, es así que cuando esta escala aparece alta puede apuntar más bien a la manifestación sintomatológica y/o problemáticas de consulta asociadas

a la necesidad del sujeto de mostrar pautas de conductas aprobadas o aceptadas socialmente. (Bagladi, 2002a)

Este es un cuestionario que contiene 101 ítem, los cuales deben ser respondidos afirmativamente (SI) o negativamente (NO), de acuerdo a lo que estime la persona evaluada.

El E.P.Q. ha sido investigado ampliamente y se ha constatado su capacidad para predecir comportamientos de una persona a partir de la evaluación de las dimensiones de su personalidad (Bagladi, 2003). En el año 1990 Aguilar, Tous y Pueyo realizan una validación del EPQ en España aplicando análisis factorial y mediciones test re-test, en esta última se obtienen que los coeficientes de correlación de Pearson son (N= 866; 201 varones y 665 mujeres): en Neuroticismo 0,9606 ($p < 0,00029$); Extroversión 0,9606 ($p < 0,00029$); Psicoticismo 0,8285 ($p < 0,00029$); y escala L 0,9176 ($p < 0,00029$). Como conclusión de dicho estudio los autores plantean "En primer lugar se destaca la fiabilidad interna de la versión en castellano del EPQ-R, obtenida a través de los coeficientes alfa del primer diseño, así como la consistencia de sus puntuaciones a través de los coeficientes de correlación test retest del segundo".(pp 113)Estudios realizados en Chile por ICPSI (Allende et al., 1988 y 1991, estudio no publicado) han encontrado una fuerte relación entre neuroticismo y aspectos de funcionamiento afectivo, así

como también con elementos psicopatológicos.

2.- La Escala de Autoimagen fue construida por los profesionales del CECIDEP¹⁰, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). Esta escala consta de 9 ítems que representan diversos rasgos en un continuo entre dos polos extremos: Físicamente atractivo- Físicamente poco atractivo; Honesto – Deshonesto; Seguro – Inseguro; Simpático – Antipático; Responsable – Irresponsable; Estable – Inestable; Inteligente – Poco inteligente; Trabajador – Flojo; y Exitoso – Fracasado.

La puntuación va de 2 – 1 – 0 – 1 – 2, donde 2 es marcada acentuación hacia el rasgo, 1 tendencia hacia ese rasgo y 0 que el sujeto se ubica entre ambos polos. El sujeto debe decidir en que rango se encuentra con respecto a los rasgos. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor autoimagen.

Esta escala daría cuenta de lo que Robins, Noren & Chekk (1999) llaman representaciones estables de la actividad reflexiva del sujeto sobre sí mismo o lo que Guidano (1994), denomina un todo estructural construido sobre la base cognitiva, en la diferenciación del sí mismo. En términos prácticos evaluaría la respuesta que el sujeto da frente a las preguntas ¿Cómo me veo?, ¿Cómo evalúo quien soy,

¹⁰ Centro Científico de Desarrollo Psicológico

en los diferentes aspectos? y/o ¿Qué creo sobre mi mismo? (Bejer, 2004)

El proceso de validación de esta escala se fue dando en el tiempo, en principio se considero con una validez de contenido, posteriormente, se realizo un proceso de validez de constructo y se encontró una confiabilidad, evaluada con α de Cronbach, de 0,71, lo que implica una confiabilidad buena. Por otro lado en relación a la validez, la escala presenta correlaciones moderadas (P se Pearson, en N= 1179, con significación $p < 0,01$)¹¹ con las escalas de autoestima y autoeficacia (en el sistema Self); con las escalas de Neuroticismo, extroversión y psicoticismo (en el paradigma biológico); con las escalas de irracionalidad cognitiva (en el paradigma cognitivo); con la variable de autoimagen emocional (en el paradigma afectivo); y con las variables de conducta pulsante y la conducta de hablar en público (paradigma ambiental conductual) (Bejer, 2004) Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación a la autoimagen (Bejer, 2004, pág. 45-48)

3.- La Escala de Autoestima fue construida por Rosemberg en el año 1973. Fue estandarizada en Estados Unidos en el año 1973 por este mismo autor.

¹¹ En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la autoimagen, las correlaciones no deben ser muy altas.

Es una escala de auto-reporte cuyo objetivo es medir el nivel de autoestima del sujeto. Consta de 10 ítems, frente a los cuales el sujeto debe marcar el número entre 1 y 5 que mejor representa el grado en que está de acuerdo con cada afirmación, donde 1 corresponde a poco acuerdo y 5 a mucho acuerdo con la afirmación.

Así, aunque el concepto de autoestima se puede relacionar con los componentes cognitivo (opiniones, ideas, percepciones e información sobre si mismo) y conductual (intención o decisión de actuar), en el FECL esta escala estaría evaluando la valoración positiva/negativa que cada persona tiene sobre si misma. Implicaría un sentimiento de gusto o disgusto, favorable o desfavorable, agradable o desagradable consigo mismo y el sentirse admirado o no admirado frente a su propia autovalía. El factor afectivo es el principal factor que potencia o despotencia la autoestima. (Alcántara, 1996)

Rosemberg refiere una confiabilidad de 72% y 92%. Utiliza criterios de validez externa y todos los estudios de validez y confiabilidad se encuentran en un nivel de significación de 0,0005 (Rosemberg, 1973). La escala también ha sido utilizada en una investigación nacional con 700 adolescentes chilenos y en un estudio de muestra clínica con 1200 pacientes (Alliende et al., 1988 y 1991). En ICPSI se utilizan normas de corrección utilizadas en la investigación nacional.

4.- La Escala de Autoeficacia fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). Esta escala consta de 5 ítems que abarcan las siguientes áreas: social, sexual, de relaciones de pareja, intelectual y laboral. Frente a cada ítem el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que se considera capaz de desempeñarse bien. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor autoeficacia. Así, la escala evaluaría el grado en que la persona se percibe a sí misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral.

En un principio la escala se incorporo por su validez de contenido, en el 2008, se realizo un proceso de validez de constructo y se obtuvieron los siguientes resultados. La confiabilidad de la escala evaluada con α de Cronbach es de 0,61, lo que implica una confiabilidad buena. Por otro lado en relación a la validez, la escala presenta correlaciones (P se Pearson, en N= 1179, con significación $p < 0,01$) moderadas¹² con las escalas de autoestima y autoeficacia (en el sistema Self); con las escalas de neuroticismo, extroversión y psicoticismo, con las variables rasgos de timidez y confianza (en le

¹² En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo, como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la autoefcacia, las correlaciones no deben ser muy altas.

paradigma biológico); con la escala de irracionalidad cognitiva (en el paradigma cognitivo); con las escalas de satisfacción de necesidades, satisfacción de pareja y discomfort emocional, y con las variables de satisfacción en el ámbito sexual: frecuencia, experiencias, desinhibición, placer; facilidad para sentir emociones y sentimientos negativos, autoimagen emocional, inestabilidad del animo (en el paradigma afectivo); con las escalas de conductas sociales y asertividad, con las variables presencia de castigos, padres con valores rígidos y fanáticos, éxito en el ámbito escolar y laboral, actitud social más tranquila, activa y desenvuelta (en el paradigma ambiental conductual); y con la escala de alexitimia (en el paradigma inconsciente). Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación a la autoeficacia. (Bejer, 2008)

5.- El Cuestionario de Asertividad de Rathus (IAR) fue elaborado por Rathus (1973) y comprende 30 ítems que presentan situaciones de la vida diaria que requieren de la realización de una conducta asertiva. Algunos de estos ítems considerados por Rathus se basan en las situaciones descritas en el cuestionario de Asertividad de Wolpe (1969), y de Wolpe y Lazarus (1966); otros son similares a algunos ítems de las Escalas de Allport (1928), y de Guilford y Zimmerman (1956). Estos ítems considerados en el IAR, fueron complementados con otros que Rathus extrajo de diarios personales de sus

estudiantes. En estos diarios ellos registraban comportamientos en los cuales hubiesen querido efectuar una conducta asertiva, pero no habían logrado hacerlo debido al miedo a las consecuencias sociales negativas y debido al temor a ser rechazados o marginados.

Frente a cada uno de los 30 ítems del IAR se le pide a la persona que responda con una puntuación que va desde + 3 a - 3, es decir, desde "muy característico" a "definitivamente no característico". Los sujetos que obtienen puntajes negativos son considerados no asertivos, a diferencia de los sujetos asertivos que obtienen puntajes positivos. Los puntajes máximos que se pueden obtener en esta escala, van de - 90, para un sujeto extremadamente no asertivo, a +90, para un sujeto extremadamente asertivo.

Así la escala evaluaría la capacidad con que el sujeto expresa lo que piensa y siente en el momento adecuado, a la persona correcta y de la forma adecuada; de defender con decisión y firmeza sus derechos sin atropellar los derechos de los demás. (Opazo, 2004)

La confiabilidad "test - retest" del IAR fue establecida por Rathus (1973) quien administró el instrumento a una muestra de 68 estudiantes universitarios de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre los 17 y 27 años, en dos períodos de tiempo diferentes, con dos meses de intervalo. Los resultados proporcionaron un coeficiente de correlación producto - momento de Pearson,

entre los puntajes pre y post test de 0,78, indicando una estabilidad entre moderada y alta. (Rathus, 1977)

La validez del IAR fue establecida por su autor en dos estudios publicados junto con el inventario (1973); Osgood, Succi y Tannenbaum (1957). Se obtuvo un coeficiente de correlación que varió entre 0,61 y 0,33 para los diferentes factores que componían la escala de los 17 ítems, lo que indica que los puntajes del IAR sirven como indicadores válidos de la asertividad (Rathus, 1973); y Rathus (1973) determinó la validez del IAR comparando los puntajes de 47 estudiantes universitarios mujeres en el Inventario con sus respuestas a cinco preguntas sobre el comportamiento que presentarían en situaciones en las cuales era conveniente comportarse asertivamente. Los resultados reportaron un coeficiente de correlación de 0,70, lo que indica que los puntajes del IAR son válidos. (Bejer, 2004)

6.- La Escala de Satisfacción de Pareja fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 12 ítems en que se evalúan diferentes aspectos de la vida en pareja (comunicación, amor mutuo, vida sexual, relación con las respectivas familias de origen, intereses comunes, capacidad para manejar dificultades y conflictos, procedimiento de toma de decisiones, manejo de dinero, capacidad para entretenerse juntos, vida social conjunta,

valores comunes, fidelidad); en esta escala el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado de satisfacción de estos ítems en la vida de pareja. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es "muy insatisfecho" y 5 es "muy satisfecho". En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor satisfacción matrimonial.

La escala evaluaría un índice individual general sobre la percepción que se tiene del estado de bienestar y realización en la pareja, en base a las necesidades de intimidad, compañía, proyección y desarrollo.

El proceso de validación de esta escala considero inicialmente validez de contenido y en el 2004, se realizo un proceso de validez de constructor y se obtuvieron los siguientes resultados. La confiabilidad de la escala evaluada con α de Cronbach es de 0,87, lo que implica una confiabilidad buena. Por otro lado en relación a la validez, la escala presenta correlaciones (P se Pearson, en N= 1179, con significación $p < 0,01$) moderadas¹³ con algunos rasgos de personalidad (Bejer 2004, Pág. 122), con la autoevaluación de rasgos de pareja (Bejer, 2004, Pág. 124) y las escalas de autoimagen y autoestima (en el sistema Self); con las escalas de síntomas de depresión (en el paradigma biológico); con las escalas de autoeficacia y la variable de

¹³ En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la satisfacción en pareja, las correlaciones no deben ser muy altas.

autoexigencia (en el paradigma cognitivo); con las variables emociones, sentimientos, autoimagen emocional y felicidad actual (en el paradigma afectivo); y con las variables conducta pulsante, grado de satisfacción de pareja, costo energético de la relación, tipo de relación (simétrica o complementaria), sincronización en la crianza de los hijos, historia social y formación y actividad sexual (en el paradigma ambiental conductual). Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación a la satisfacción en pareja (Bejer, 2004, pág. 48-58)

7.- La Escala de Satisfacción de Necesidades fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 10 ítems que explicitan necesidades de los seres humanos, en los cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que considera que dicha necesidad se encuentra satisfecha en ese momento de su vida. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es "muy insatisfecho" y 5 es "muy satisfecho". En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor satisfacción de necesidades.

La escala evaluaría un índice general satisfacción que la persona siente sobre diferentes niveles de necesidades humanas, tales como: necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de

prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor (en relación de pareja), necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas). (Navarrete, 2004)

Esta escala inicialmente se considero con una validez de contenido, en cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. Posteriormente, en el 2004, se realizo un proceso de validez de constructo y se obtuvieron los siguientes resultados: la confiabilidad de la escala evaluada con α de Cronbach es de 0.80, lo que implica una confiabilidad buena. Por otro lado en relación a la validez, la escala presenta correlaciones (P se Pearson, en N= 1179, con significación $p < 0,01$) moderadas¹⁴ con las escalas de autoeficacia y autoimagen (en el sistema Self); con las escalas de autoeficacia y la variable tendencia al crecimiento personal (en el paradigma cognitivo); con la variable felicidad actual (en el paradigma afectivo); y con las variables posibilidades ofrecidas por el ambiente, actividades que el sujeto realiza en su vida, desarrollo social , historia laboral , frecuencia de actividad sexual e importancia de las necesidades sexuales, grado de satisfacción

¹⁴ En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la satisfacción de necesidades, las correlaciones no deben ser muy altas.

con grupo familiar evaluación de historia de vida (en el paradigma ambiental conductual). Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación a la satisfacción de necesidades (Bejer, 2004, pág. 58-65)

8.- La Escala de síntomas de Ansiedad y la Escala de síntomas de Depresión fueron construidas por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escalas incluyeron inicialmente diversos ítems que evalúan los síntomas considerados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) como indicadores de depresión y ansiedad; posteriormente fue modificada de acuerdo al DSM – IV, por Opazo, Allende, Bagladi y Guajardo (Allende, 1992)

Entre los síntomas de ansiedad encontramos: problemas de atención y concentración, problemas de memoria, mareos, diarreas, transpiración de las manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, comer en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, fatiga fácil, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefaleas, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad.

La escala de síntomas de Depresión incluye: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual,

se fatiga fácilmente, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, desánimo, ideas de suicidio, baja en la capacidad para disfrutar, reacción a la frustración con tristeza, evaluación de poco feliz en el momento actual. En esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad.

9.- La Escala de Alexitimia Toronto (TAS), es una escala de auto-reporte construida por Taylor y su equipo el año 1985 (Taylor et al., 1985) en la universidad de Toronto, Canadá.

El concepto de alexitimia es planteado por Sifneos en el año 1973, en el año 1988 Taylor y col. desarrollan la escala Toronto Alexitimia TAS-26, con 26 ítems. Posteriormente en el año 1993 aparece la TAS-20, que es una escala revisada con 20 ítems. Así se considera que el constructo evaluaría a) Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la actividad emocional; b) Dificultad para describir los sentimientos de los demás; y c) Estilo de pensamiento orientado a lo externo (Paés et col, 1999)

En el FECI, la escala evaluaría el grado de dificultad que la persona tiene para contactarse con su mundo afectivo, como así mismo, para percibir y describir adecuadamente sentimientos, expresar emociones y tener fantasías. (Navarrete, 2004)

En Chile no existe estandarización ni adaptación de este test. Sí ha sido adaptado y estandarizado en Uruguay en el año 1988. De acuerdo a estos estudios, la escala contaría con confiabilidad (0,080 aprox. y $r = 0,83$ con $p < 0,0001$) y validez convergente y divergente. Esta información fue obtenida por medio de evaluaciones test – retest del T.A.S. en el transcurso de tres meses, y estudios correlacionales de éste con otros test validados (Escala de Hipocondriasis del MMPI, subescalas del CPI) (Rodrigo et al., 1988, en Bagladi, 2003).

10.- La Escala de Tolerancia a la Frustración fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suarez). La escala consta de 4 ítems, que apuntan a la reacción que el sujeto experimenta frente a las frustraciones (reacciona con tensión, reacciona con rabia, reacciona con tristeza, reacciona con desanimo y pena). El sujeto debe marcar el número que mejor representa sus reacciones frente a la frustración, la evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es “poco” y 5 es “mucho”. En esta escala el puntaje es inverso, es decir alto puntaje indica baja tolerancia a la frustración y bajo puntaje indica alta tolerancia a la frustración.

La escala evaluaría un índice general sobre la capacidad que reporta el sujeto para tolerar adecuadamente los fracasos o frustraciones, sin reaccionar con excesiva tensión, rabia o tristeza. (Bejer, 2004)

En un principio esta escala se considero con validez de contenido al relacionarse con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. En el 2004, se realizo un proceso de validez de constructo y se obtuvieron los siguientes resultados. La confiabilidad de la escala evaluada con α de Cronbach es de 0,7, lo que implica una confiabilidad buena. En cuanto a validez: la escala presenta correlaciones moderadas (P de Pearson, en N= 1179, con significación $p < 0,01$)¹⁵, con la escalas FECL de disconfort emocional y las variables propensión emocional, facilidad para sentir emociones y algunos sentimientos específicos (Bejer, 2004 Pág. 151), propensión a emociones displacenteras, capacidad para disfrutar, animo basal, felicidad actual (en el paradigma afectivo); con las variables receptividad a la crítica, toma de decisiones, y tendencia al crecimiento personal (en el paradigma cognitivo); con la escala de deseabilidad social del EPQ y las variables adaptación con compañeros en el colegio, historia social, evaluación historia escolar, actitud frente a otros (en el paradigma ambiental conductual). Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación a la tolerancia a la frustración (Bejer, 2004, pág. 65-68).

¹⁵ En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la tolerancia a la frustración, las correlaciones no deben ser muy altas.

11.- La Escala de Irracionalidad Cognitiva fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez). La escala consta de 12 ítems, un conjunto de afirmaciones o creencias frente a las cuales el sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él. La evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es “poco” y 5 es “mucho”; en esta escala el puntaje es directo, a mayor puntaje mayor irracionalidad cognitiva.

Así, la escala evaluaría al procesamiento cognitivo que hace la persona sobre sí misma y sobre los demás, el tipo de procesamiento que, desde la teoría, puede producir desajustes emocionales y/o conductuales desadaptativos. Se manifiesta en pensamientos, emociones o conductas que sabotean, interfieren y bloquean el logro de las metas básicas o más importantes para el individuo. (Ellis, 1997).

El proceso de validación de esta escala inicialmente considero una validez de contenido, por cuanto guarda relación con las variables y/o dimensiones más centrales en que las personas pueden autoevaluarse. En el 2008, se realizo un proceso de validez de constructo y se obtuvieron los siguientes resultados: la confiabilidad de la escala evaluada con α de Cronbach es de 0,76, lo que implica una confiabilidad buena. Por otro lado, en relación a la validez, la escala presenta correlaciones (P se Pearson, en N=

1179, con significación $p < 0,01$) moderadas¹⁶ con las escala FECI de vulnerabilidad biológica y en mujeres con la variable síndrome premenstrual (en el paradigma biológico); con la escala de perfeccionismo (en el paradigma cognitivo); con la escala de autoestima, y con las variables de emocionabilidad, sentimientos negativos, autoimagen emocional, tolerancia a la frustración y tendencia al crecimiento personal y con la escala de Alexitimia (en el paradigma afectivo); con la escala de Asertividad, y con las variables dificultad en el área interpersonal (actitud frente a otros más tensa, inhibida e intranquila); también se relaciona con las características del padre agresivo, pesimista impulsivo, autoritario, perfeccionista, angustiado y competitivo; y con las características de la madre como comprensiva, irritable, sobreprotectora, pesimista, impulsiva, tímida, agresiva, manejadora y teatral, perfeccionista y angustiada (en el paradigma ambiental conductual). Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación a la irracionalidad cognitiva. (Bejer, 2008).

12.- La Escala de Perfeccionismo fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez); consiste en ítems del que abarcan los diferentes

¹⁶ En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la irracionalidad cognitiva, las correlaciones no deben ser muy altas.

subsistemas (algunos rasgos de personalidad, sistema cognitivo y sistema afectivo). En esta escala los puntajes son directos, a mayor puntaje mayor perfeccionismo. La escala evaluaría la tendencia a establecer altos estándares de desempeño, en combinación con una autoevaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Bejer, 2004)

Inicialmente se considero estimo que esta escala tendría validez de contenido y en el 2004, se realizo un proceso de validez de constructo, obteniéndose una confiabilidad adecuada de la escala, evaluada con α de Cronbach es de 0,74. El estudio de la validez de la escala se realizo comparándola con otro test; el Almost Perfect Scale Revised Short Form (APS-R), creada por Slaney, Mobley, Trippi, Ashby & Johnson en 1997 (Bejer, 2004 Págs. 68 y 86). Se encontro correlación de la escala de perfeccionismo con las dimensiones del APS-R: de altos estándares ($r = 0,457$ $p = 0,000$) y discrepancia ($r = 0,368$ $p = 0,005$), la dimensión de orden no presenta correlación.

13.- La Escala de Ansiedad Social es una sub-escala del Inventario de Asertividad confeccionado por Gambrill y Ritchie en 1975, que consiste en un inventario de autoinforme sobre ansiedad ante situaciones sociales. Esta sub-escala evalúa ansiedad social y disconfort emocional. Consta de 18 ítems en donde el sujeto evalúa su grado de

perturbación emocional frente a diferentes situaciones; esto lo hace anotando un número entre 1 y 5, donde 1 es “poca perturbación” y 5 “mucho perturbación”.

La escala evaluaría el grado de malestar psicofísico de la persona, manifestado en el ámbito social; caracterizado por una sensación de intranquilidad, inseguridad o desasosiego, ante lo que el sujeto vivencia como amenazante o peligroso.

La validez del inventario completo ha sido puesta en duda ya que el formato de respuesta múltiple de este inventario ha sido cuestionado, alegando que puede confundir al que responde y/o aumentar la cantidad de tiempo y esfuerzo que se necesita para completar la tarea. Diversos estudios han encontrado también que este cuestionario se confunde sustancialmente con sesgos de respuesta de deseabilidad social (García, 2003). Sin embargo la confiabilidad test-retest de la sub-escala utilizada en el FECl es de 0.87. (García, 2003).

14.- La Escala de Repertorio de Conductas Sociales es una escala construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suarez), consta de 14 ítems que enumeran diversas conductas relacionadas con el comportamiento interpersonal. El sujeto debe marcar el número que mejor representa el grado en que cada afirmación es aplicable a él; la evaluación va desde 1 a 5, donde 1 es “poco” y 5 es “mucho”. En esta escala el

puntaje es directo, es decir mayor puntaje mayor repertorio conductual.

La escala evaluaría la variedad de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento que permiten a un individuo manejar las exigencias de la vida diaria. (Navarrete, 2004).

Inicialmente se estimó una validez de contenido y en el 2008, se realizó un proceso de validez de constructo y se observó confiabilidad, evaluada con α de Cronbach, de 0,85, una confiabilidad buena. Por otro lado en relación a la validez, la escala mostró correlaciones moderadas (P se Pearson, en $N= 1179$, con significación $p<0,01$)¹⁷ con las escalas autoeficacia y autoestima (en el sistema Self); con las escalas de neuroticismo, extroversión, psicoticismo, vulnerabilidad biológica y con rasgos de personalidad optimista, cariñoso, simpático, honesto, introvertido, y tímido (en el paradigma biológico); con la escala de perfeccionismo y la variable de problemas de atención y concentración (en el paradigma cognitivo); con las escalas disconfort emocional, satisfacción de necesidades, satisfacción en pareja y tolerancia a la frustración (en el paradigma afectivo); y con

¹⁷ En general las correlación son menores que 0,5, lo que se consideraría una correlación menor, sin embargo como las escalas solo abarcan algún aspecto de lo que es la escala de repertorio de conductas sociales, las correlaciones no deben ser muy altas.

la escala de asertividad y las variables de historia de parejas, tipo de relación de pareja que ha establecido, historia de vida escolar, balance de vida social (en el paradigma ambiental conductual). Dichas correlaciones confirman lo esperado teóricamente en relación al despliegue de conductas sociales. (Bejer, 2008)

15.- La Escala de Vulnerabilidad Biológica (ex organicidad) fue construida por los profesionales del CECIDEP, actual ICPSI (Opazo, Allende, Bagladi, Marchetti y Suárez), consiste en diversos ítems que evalúan diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo: tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc.. La escala daría cuenta de elementos de base biológica que predisponen y vulneran hacia el desajuste psicológico y la inestabilidad; centrados en elementos de base orgánica que no constituyen daños orgánicos como tales, pero que serían un factor de peso al momento de la evaluación de lo que le sucede al sujeto. En esta escala los puntajes son directos, a mayor puntaje mayor grado de organicidad.

El proceso de validación de esta escala, que inicialmente se denominó de "organicidad", considero primeramente una validez de contenido y posteriormente, la psicóloga Sandra Inostroza realizó un estudio que encontró una confiabilidad, evaluada con α de Cronbach, de 0,69. La misma autora, al estudiar la validación de la escala, por medio

de la comparación con la prueba de la figura compleja de Rey, concluye que la escala "no permite discriminar válidamente si existe o no patología orgánica", y señala que, a pesar de esto, la escala entrega información que "alerta" al clínico sobre la existencia de factores biológicos, muestra la probabilidad que el individuo presente características biológicas que actúen como mecanismos causales en la aparición del trastorno, proponiendo re nombrar la escala como de Vulnerabilidad Biológica (Inostroza, 2005).

CONCLUSIONES

A partir de lo expuesto se establece que la Ficha de Evaluación Clínica Integral, en sus escalas clínicas, presenta niveles de validez y confiabilidad satisfactorios que respaldan su aplicación. Es así un aporte al Diagnóstico Integral, esto es, la evaluación intencional, sistemática y "obligatoria" de los paradigmas, biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental / conductual y sistémico, junto con la evaluación de las 6 funciones del sistema SELF, es propia de la Psicoterapia Integrativa desarrollada por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Un diagnóstico integral que enfatiza la evaluación para la acción (intervención), evalúa fortalezas y debilidades, enfatiza el rol de la entrevista clínica en la ratificación/modificación del autoinforme del paciente y "Obliga" a una evaluación integral, privilegiando (salvo excepciones) el uso de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) y con apertura a múltiples evaluaciones

complementarias, tales como psicometría, exámenes médicos, etc. Un proceso de Psicodiagnóstico que, más que una etiqueta global se procura un desglose paradigmático funcional para la intervención.

REFERENCIAS

Aguilar, A.; Tous, J. y Pueyo, A. (1990) Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R. *Anuario de Psicología* N° 46, Pág. 101-118, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona

Alcantara, J. A. (1996) *Cómo educar la autoestima* Editorial Ceac S.A., Barcelona, España

Alliende, F. et col (1992) "Perfil Psicológico del paciente en psicoterapia: un estudio sobre 1220 casos" Cap. 16 Libro *Integración en Psicoterapia*, ed. CECIDEP.

Bagladi, V. (2003) *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa*. Tesis para optar al grado de doctor en psicología, Universidad nacional de San Luis. San Luis, Argentina.

Bejer, T. (2009) Una evaluación de la organización de personalidad limítrofe desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS): Estudio preliminar. *Revista AcPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. I*, 68 - 76 (2009), Publicado On line en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (www.icpsi.cl)

Bejer, T. (2004) *Confiabilidad y validez de constructor de las escalas de la Ficha de evaluación clínica integral (FECI): Autoimagen, satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración y perfeccionismo* Tesis para optar el grado de Magíster en psicología clínica: mención en psicoterapia integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez e Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Bejer, T. (2008) Confiabilidad y validez de la Ficha de Evaluación Clínica integral (FECI). Presentación en el 2º *Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas*. n Montevideo, Uruguay. (30 y 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2008)

Downey, Pamela (2006) *Descripción del trastorno obsesivo compulsivo: Una mirada desde el modelo integrativo Supraparadigmático* Tesis para optar el grado de Magíster en psicología clínica: mención en psicoterapia integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez e Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

Ellis, A. (1997). REBT en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En J. Yankura, W. Dryden. (Comp), *Terapia*

Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos Ilustrativos, pp. 161-178. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

García Vega, E. (2003). *Evaluación del grado de asertividad en una muestra de funcionarios de la administración pública de Asturias*. Consultado en Noviembre, 21 del 2003 en <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v1n0/art7.html>.

Inostroza, S. (2005) *Validación de la escala de organicidad del FECI a través del test de la figura compleja de Rey* Tesis para optar el grado de Magíster en psicología clínica: mención en psicoterapia integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez e Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Navarrete, María Cristina (2004) *Función de significación del Self en pacientes mujeres con trastorno Bipolar tipo II, en fase depresiva* Tesis para optar el grado de Magíster en psicología clínica: mención en psicoterapia integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez e Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

Opazo, R. y Bagaldi, V. (2009) Historia del Modelo Integrativo en Chile. *Revista AcPI Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. I*.

Opazo, R. (2004) *Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo*, Ediciones ICPSI; Instituto Chileno de psicoterapia Integrativa, Santiago, Chile

Opazo, R. (2006) *Psicoterapia Integrativa: ¿exigencia de los tiempos?* artículo publicado el 21/11/06, En <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&Inarticulo=218>

Opazo, R. (2001) *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*, Ediciones ICPSI; Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago, Chile

Paés, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernanadez, I., & Blanco, A. (1999) *Validez psicométrica de la escala Alexitimia Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural*. Boletín de Psicología, 63, 55-76 extraído de <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/ltziar/Boletin99.pdf>

Rathus, S.A.(1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406

Rathus, S.A., & Nevid, J.5. (1977). Concurrent validity of the 30-item Assertiveness Schedule with a psychiatric population. *Behavior Therapy*, 8, 393-397. Summer 1985

Rosenberg, M. (1973) *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Bs. As. Ed. Paidós

Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 225 - 262

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J.D. A., Doody, K. F. & Keefe, P. (1988) Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509

APORTES DESDE EL EIS A LA EDUCACIÓN DE SORDOS

EN CHILE

Ps. Mg© Nicolás Díaz Oyarzún¹⁸

Summary

When I decided to write about the comprehensive vision we have chosen in terms of educating deaf people in CECASOV (Center for studies and training for the deaf), I assumed that I had an excellent opportunity to show the work we have been developing in recent years. Work that contributes to knowledge and intervention; work that should be known by different professionals that have some contact with deaf people in Chile. The reader may find in this article, a critical sight toward the existing concepts and their inter play; concepts of integration and deafness; from our point of view, this interactions comes to be the ultimate goal of any intervention. The next step, could be a close up on the education about the reality of the deaf person, from inputs coming from the experiential level, at the light of the Supraparadigmatic Integrative Approach. Finally, the reader is invited to think about some relevant subjects that open some gates to future discussions.

Keywords: *deaf, disabilities, integration, deafness, education, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS)*

Resumen

Cuando me propuse escribir sobre la visión integral por la cual hemos optado en la educación de personas sordas en CECASOV (Centro de Estudios y Capacitación para Sordos), me pareció una excelente oportunidad para dejar plasmado el trabajo que hemos venido desarrollando en los últimos años, y con esto aportar con conocimiento e intervenciones, las cuales pudieran ser conocidas por los diferentes profesionales que tienen algún contacto con sordos en Chile o que tienen dentro de su devenir laboral el tema de la discapacidad. El lector podrá encontrar aquí una mirada crítica a la relación que existe entre los conceptos de integración y sordera, y como ésta se plantea como fin último de cualquier intervención. Podrá acercarse a la realidad de la persona sorda desde aportes a nivel experiencial, para luego centrarnos en la educación del sordo y como abordar ésta realidad a la luz del Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Por último será invitado a reflexionar sobre temáticas de relevancia que no deberíamos pasar por alto, y que espero puedan abrir las puertas para nuevas discusiones en el futuro.

Palabras clave: *educación de sordos, discapacidad, integración, sordera, Enfoque Integrativo Supraparadigmático.*

¹⁸ ps.nicolasdiaz@gmail.com

¿Por qué mirar de forma integrativa?

Porque nos permite acceder al conocimiento proveniente de distintos enfoques y teorías, siempre y cuando sea conocimiento válido. Porque nos permite tener más estrategias y técnicas de intervención. Porque nos permite trabajar con otras disciplinas sin desmerecerlas de plano, sino que dándoles la importancia que se merecen de acuerdo a su efectividad que ha sido probada por la investigación. En fin, las ventajas de la mirada integrativa son muchas, para los pacientes, para la sociedad, para el desarrollo científico, para la educación, etc. Pero no es necesario profundizar ni desarrollar esa idea por ahora.

La respuesta que acabo de dar es clara, segura y no deja espacios para “dobles lecturas”. Pero lo que debería responder ahora es lo siguiente. *¿Es suficiente mirar de forma integrativa?* No, y explico cual es el problema al cual nos podríamos enfrentar, para luego exponer la solución.

El problema radica en que todo el poder de la respuesta, a la primera pregunta, pierde validez y por sobre todo credibilidad, si realmente no tenemos una base sólida, a nivel de teoría, donde apoyarnos. Integrar no es “agarrar de donde sea” para ocuparlo “en cualquier parte”. Necesitamos orden, rigurosidad y una mirada seria que nos permita explicar los fenómenos psicológicos,

o que nos permita acercarnos en mayor medida a dicha explicación.

La solución para combatir éste problema se basa en mirar integrativamente, si, evitar la mirada reduccionista, también, ordenar de forma rigurosa y seria el conocimiento, claro, pero no solo eso, sino que actuar desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), propuesto por Opazo (2001;2004;2005;2009), nos provee de fundamentos necesarios a niveles epistemológicos, metodológicos, etiológicos y paradigmáticos, lo que nos permite transitar con más luces en éste camino, tan sombrío a veces, llamado mundo psicológico.

Camino hacia la integración

Según el censo 2002 en Chile hay 15.116.435 de habitantes, de los cuales 66.524 serían personas sordas., es decir, que los sordos en Chile corresponderían a un 0.4 % de la población total. Hay personas que defienden la tesis de que esa cantidad no representaría totalmente al mundo sordo de nuestro territorio, debido a que solo se considero como persona sorda a los que padecen de sordera profunda, y dejaron de lado a los que son, por ejemplo, hipoacúsicos o que padecen de alguna deficiencia auditiva. Si fuera así, alcanzaría a una cantidad aproximada de 190.000 personas, que se

traduciría en un poco más del 1% de la población de nuestro país.

A la luz de éstas cifras, es que definiendo la postura de la integración de las personas sordas a un mundo mayoritariamente oyente, como el motor principal y central de nuestra propuesta educativa. Pero integrar no es sinónimo de anular o exterminar la naturaleza y la cultura sorda como algunas personas piensan. Es totalmente lo contrario. Es permitir que una minoría pueda adaptarse a una mayoría. En ningún caso significa dejar de ser, sino que es un trabajo que admite totalmente la posibilidad de mantener y proteger su identidad, pero a la vez apuntando a un desenvolvimiento más efectivo y con mejores posibilidades de desarrollo, en todos los niveles, en un ambiente que muchas veces les es adverso y que fallan en su activación, debido a que carecen de las herramientas necesarias para lograrlo.

No le tengamos miedo a palabras como oralizar. Estoy consciente que ese término podría ser suficiente para causar varios ataques cardiacos en algunos que todavía piensan que por el solo hecho de enseñarles a hablar a los sordos significa aplastar su identidad y anularlos en su máxima expresión. Más equivocados no podrían estar.

En reiteradas entrevistas con “sordos oralizados”, me han manifestado lo determinante, en términos positivos, que ha sido en sus vidas la posibilidad de poder

comunicarse fluidamente con los oyentes, tanto con el habla como con la lectura y escritura. Pero no por eso dejaron de ser sordos, ya que siguen manteniendo lazos estrechos con sus comunidades, con la lengua de señas (“su lengua nativa”), y con la causa. De hecho la posibilidad de una mejor comunicación con los oyentes les ha permitido abrir su campo de acción en torno a la difusión de sus necesidades y su cultura.

Pero como no estamos aquí para entrar en controversias, dejo en claro, y para la tranquilidad de algunos a modo de ansiolítico, que nuestro trabajo toma la definición de integración desde la educación propuesto por Sánchez y Rodríguez (1997), como un mecanismo por el cual un individuo o un grupo etnolingüística adopta la lengua y cultura de un grupo manteniendo intacta su identidad étnica y cultural de origen incluyendo su idioma.

Nuestro enfoque educativo es el Bilingüe, con el cual trabajamos en el aprendizaje de dos lenguas, la lengua natural de los sordos, la lengua de señas (LS), y a través de ella generamos las bases para aprender la modalidad lingüística del español de Chile, tanto oral como escrita. Existe una tendencia de aceptación desde algunos años de la definición del enfoque Bilingüe como todo sistema de enseñanza en el cual existe una variabilidad de proporciones, que se puede dar simultánea o consecutivamente, y tiene como objetivo el instruir sobre la base al menos de dos lenguas, donde generalmente una de esas lenguas es la primera del

alumno (Fishman 1976, en Sánchez y Rodríguez, 1997).

Queda más clara la relación entre bilingüismo y sordera mediante lo que presenta Sánchez (2008):

1. Se aceptó que la lengua de señas es una lengua natural, con la complejidad estructural y las funciones propias de toda lengua natural, única que permite el desarrollo del lenguaje, la comunicación irrestricta y el enriquecimiento del pensamiento en las personas sordas.
2. Se aceptó que, por consiguiente y de acuerdo con los principios de UNESCO en la materia, los niños sordos, como todos los niños, tienen derecho a recibir educación básica en su lengua nativa, que en este caso es la lengua de señas.
3. Se aceptó que los sordos no podían ser más considerados como "enfermos" sino como miembros de una comunidad lingüística minoritaria, que ha desarrollado una lengua y una cultura propias.

No se ahondara más en el bilingüismo, pero era necesario dejar en claro cuales son las bases educativas en las cuales nos desenvolvemos.

¿Hacia dónde nos dirigimos aplicando la psicología a la educación?

Dar con una respuesta a esta pregunta que agrade a todos parece ser otro de los grandes dilemas que tenemos en nuestra profesión. Considerando la gran cantidad de enfoques, de hipótesis, de teorías, pareciera ser poco probable que una definición de los

objetivos que un psicólogo educacional debiera perseguir, pudiera agrandar o satisfacer a todos los que trabajan en psicología y que se relacionan con los organismos educacionales.

Por ejemplo, los que comparten un enfoque cognitivo en educación, persiguen identificar los procesos que involucran el procesamiento de la información con el fin de mejorar la calidad del aprendizaje de las personas.

Por otro lado las metas en educación según el enfoque humanista apuntan a desarrollar la individualidad de los sujetos, a la identificación y reconocimiento de su particularidad, con el fin de potenciarse a través del aprendizaje experiencial.

El enfoque conductual, aplicado en educación, trabaja sobre las conductas observables de las personas. Toma en consideración también al ambiente y como éste opera en el aprendizaje de nuevos comportamientos, a la mantención, modificación, o a la extinción de éstos.

Ya se han escrito muy buenos manuales que nos hablan sobre esta encrucijada conceptual y sobre toda una revisión histórica de la psicología educacional. El punto aquí no es centrarnos en ella, sino que empezar a considerar, como ya se ha hecho desde hace un tiempo, el hecho de que las intervenciones en educación debieran apuntar a recabar y utilizar los recursos válidos que han ido aportando en el tiempo las diferentes corrientes.

El desafío de la psicología educacional es de proveer una riqueza tanto en profundidad como en integración de las distintas perspectivas, y si esto se lograra, los profesionales podrían ser capaces de ver más allá de su propia área, lo cual los proveerá de un entendimiento integrado de los roles cognitivos, afectivos, sociales, y comportamentales que comparten los seres humanos. (Arancibia, Herrera, Strasser, 2008).

Recurso vivencial

Me gustaría compartir una experiencia que es poco común que ocurra, al menos para mí, y que sirve para seguir resaltando la importancia que tiene la integración del sordo en el mundo oyente.

Eran alrededor de las 6 de la tarde, y hasta esa hora había sido un día normal como muchos otros. Atención de pacientes, papelería, preparación de talleres y ponencias.

Todo se mantiene sin mucha variación hasta que un estruendo rompe con el silencio laboral que suele haber a esa hora. Una persona, hasta ese momento desconocida por los que estábamos en la oficina, había subido al techo y comenzó a romper todo lo que se encontrara en su camino. Ventanales rotos, autos estacionados apedreados, ventilaciones arrancadas y lanzadas a la vía pública; un desastre y mucho ruido.

Salimos a ver que sucedía, y al cruzar la vereda, pudimos divisar a lo lejos a una joven viviendo su día de furia en los techos de nuestro lugar de trabajo. Resulta que esa persona era una conocida "sorda" del sector que ya había protagonizado episodios altamente disruptivos, por lo que esto era un show que algunas personas ya estaban acostumbradas a ver, desconozco si con esa intensidad, pero algo por el estilo.

A medida que avanzaba el tiempo y los desmanes se hacían cada vez más reiterativos, más y más gente se agolpaba para ver el desafortunado espectáculo. Lamentablemente se transformó en un circo con personas sacando fotos y grabando con sus cámaras, sin dimensionar la verdadera magnitud del suceso, y sin tomar en cuenta que detrás de toda esa destrucción existía una persona.

En resumen, y para no seguir alargando la historia, terminé apostado en el techo junto a un carabnero tratando de calmar a esta, en ese momento, incontrolable mujer. Después de alrededor de una hora, entre la comunicación que pudimos entablar mediante la lengua de señas y el constante apoyo policial, logramos hacer que desistiera y bajara sin oponer resistencia, sino al contrario, en bastante calma. El cambio de actitud de ella no me lo adjudico especialmente a mí, eso lo debo dejar en claro, ya que muchos factores pudieron haber influenciado en la modificación de su conducta. ¿Necesidades biológicas? ¿Aspectos motivacionales? ¿Expectativas

logradas? ¿Relax en el sistema?
¿Disminución de la rabia?

En fin, el punto central aquí no es buscar las causas de su comportamiento ni mucho menos hacer un diagnóstico, sino que rescato el comentario, sobre éste suceso, que hizo un reconocido psicólogo Argentino y especialista en la atención de personas sordas Gustavo Rubinowicz, y la posterior reflexión que llevé a cabo una vez recibido su mensaje. Su comentario fue el siguiente: *“Veo todo los días personas que me consultan y hace tiempo que pienso si muchas de las acciones/reacciones de algunas personas sordas no están fuertemente vinculadas (no solo con no escuchar), sino con la sensación de marginalidad de no ser visto. Nicolás vio a esa joven y ella se ocupo que la vean”*.

Mi respuesta a lo que dice Gustavo es lo que reafirma lo medular de nuestra propuesta con el trabajo con personas sordas, y la formulo en forma de pregunta como punto central de nuestra intervención: ¿Por que no trabajar sobre el desarrollo integral de nuevas habilidades comunicativas y nuevas potencialidades desde todo el espectro psicológico con el fin de romper con esa invisibilidad? El punto central aquí es entregarles la mayor cantidad de herramientas para que pueda haber una mayor aproximación a la integración al mundo oyente. Ese es nuestro norte.

Propuesta de Intervención al Sordo en su educación a través del Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Las siguientes intervenciones han sido extraídas de los resultados de reuniones con los profesores, sesiones con los padres y sus hijos, intervenciones con otros profesionales que trabajan el tema y revisión bibliográfica.

Es importante destacar que en la mayoría de estos caminos hacia el saber y el descubrimiento de un mejor abordaje en la educación de las personas sordas, fue la tendencia a poner énfasis en la importancia de aplicar cualquier tipo de intervención adaptándose a las características individuales de cada sujeto, de su entorno y de su vida en particular.

Tenemos aquí entonces el primer punto estratégico, es decir, que **la aplicación de cualquier tipo de intervención debe ser idiosincrática**, lo cual deja en evidencia la necesidad ineludible de tener que acceder al conocimiento de la persona desde todos los puntos y aristas psicológicas posibles. Esto deja entrever el segundo punto central que se refiere al hecho de **mientras más información tengamos disponible** de la persona, **mayor es el campo de movilidad en la intervención**.

Un tercer punto central dice relación con tener conciencia sobre la importancia de lograr la construcción de los mejores **estímulos efectivos en la educación**. La relevancia de éstos últimos, adaptados a

nivel educacional, radicaría en el desafío del profesor por reconocer las tendencias y modos de procesamiento de cada estudiante en particular, en miras de co-construir con él los mejores estímulos efectivos posibles en función de los objetivos educacionales. Esto quiere decir saber con “quien” se está trabajando, para saber “que” hacer, “como” hacerlo, y “cuando” hacerlo.¹⁹

Por último, y no menor, tenemos un cuarto punto orientador en nuestro trabajo, el cual es referido al concepto de **Resiliencia**. Diferentes autores de distintas orientaciones han definido este concepto de acuerdo a la funcionalidad que tiene en las áreas en las cuales desempeñan su trabajo, pero a pesar de que esas definiciones difieran en algunos puntos, todas convergen en el hecho de que lo medular que caracteriza a una persona resiliente es el poseer la “capacidad para salir adelante” frente a eventos difíciles y/o altamente estresantes.

Siebert (2007) se refiere a esta capacidad como una resistencia que permite al individuo arreglárselas bien cuando hay alteraciones profundas, mantener un buen nivel de salud y energía cuando se está sometido a presiones constantes, y recuperarse de los contratiempos superando las adversidades sin actuar de manera dañina o disfuncional.

¹⁹ La definición de **Estímulo Efectivo** hacer referencia a estímulos externos e internos psicofacturados ideosincráticamente por el sistema SELF, los cuales movilizan la dinámica psicológica del sujeto. El proceso de interpretación de los estímulos implica una co-construcción de la realidad, donde los estímulos y el sistema SELF se unen para dar significado a lo percibido. (Opazo 2001).

Bagladi (2009) define resiliencia como el crecer ante la adversidad, es decir, que a pesar de enfrentar situaciones de severa adversidad y poder superarlas, la persona saca de esa experiencia algo provechoso y positivo, para utilizarlo a favor de su propio desarrollo.

En lo que se refiere a educación, hemos venido aplicando lo que me proponen Henderson y Milstein (2003) en torno a un diagrama de resiliencia que se adapta a la vida escolar de los niños y no tan niños pertenecientes a un establecimiento educacional. Lo relevante de esta herramienta es que no se centra en un solo aspecto del estudiante, sino que integra diferentes áreas de su vida, armando un todo armónico y así diversificando las posibles estrategias de intervención, y tomando en cuenta sus aportes en la educación, es rescatado por el Enfoque Integrativo Supraradigmático y puesto al servicio como “un arma más” a favor del bienestar psicológico global del estudiante sordo.



En reuniones con los apoderados, en las cuales se han presentado estos seis puntos, en general han sido recibidos con una muy buena aceptación, debido a la cercanía que tienen con los conceptos (independientes si los conocían o no, ya que el lenguaje simple les permite una mayor y mejor comprensión) y a lo relevante que conlleva esta propuesta de intervención en la práctica.

Desglose paradigmático

Paradigma Biológico

Como punto inicial es tener conocimiento sobre la **etiología del diagnóstico médico** de los alumnos que comprende el establecimiento educacional. La sordera pudo haber sido causa de distintas razones, factores ambientales activos antes, después o durante el nacimiento, pudo haber tenido su origen por cargas genéticas y predisposiciones biológicas, tomando un curso progresivo en la vida de la persona (Verdugo, 1995).

En este punto se toman en cuenta también, como origen de la sordera, las infecciones, los factores hereditarios, el uso de medicamentos, y los traumatismos.

Por otro lado se debe tener claro la **descripción del grado de pérdida auditiva**. Fundamental es conocer el grado de sordera de las personas con las cuales se esté trabajando, ya que de ésta forma podemos utilizar de mejor manera y con mejor timing, un conjunto de técnicas específicas para el caso particular que se interviene.

Si un niño, por ejemplo, padece de una hipoacusia marginal podrá desarrollar el lenguaje espontáneamente, quizás con algunas alteraciones de su palabra hablada, pero no ocurrirá lo mismo con aquel niño que padece sordera, quien necesitará de una educación especial que le permita desarrollarlo (Paz, Miranda, Rojas, 1998, p. 19)

Paradigma Ambiental/Conductual

Las personas sordas suelen actuar de forma bastante aplanada. Constantemente participan entre ellos en distintas actividades, tanto de forma particular como en organizaciones funcionales. Se sienten a gusto en su ambiente y con quienes se pueden comunicar, y por lo tanto, con quienes se pueden hacer entender. Y no es raro pensar que este "aclanamiento" se produzca conociendo el porcentaje de sordos y oyentes en el país, y la escasa participación de éstos últimos en la cultura sorda.

Es por eso que nuestro objetivo es poder **ampliar el campo de acción** de nuestros alumnos, mediante el desarrollo de un **repertorio conductual integral**, es decir, conductas que tengan uso tanto en el mundo social sordo como en el oyente, permitiendo así aumentar el grado de libertad para poder desenvolverse en distintos ambientes y mejorando su activación. Esto tiene sentido en relación al concepto de **conducta pulsante**, es decir, a las repuestas que emite

el medio de acuerdo a un conjunto de conducta desplegadas.

Opazo (2001) refiere que una persona puede activar de mejor o peor manera, positiva o negativamente su medio, dependiendo de la riqueza de su repertorio conductual y del **manejo de habilidades sociales**. Esto último, es “pan de cada día” en las conversaciones de los consejos semanales, donde discutimos cuales son las habilidades que mejor efecto podrían tener en las vidas de nuestros alumnos, apuntando siempre a la mejora en los procesos de integración e inclusión.

Uno de los principales problemas que tienen las personas sordas es la dificultad en el acceso a la información, y aquí añadiría también, en la calidad de información a la cual pueden acceder. En algunos casos la razones pueden ser factores económicos, que no permiten interactuar con los medios de comunicación contemporáneos más importantes.

Si bien en las familias que componen nuestra realidad educativa no abundan los recursos monetarios, diría que todos tienen en mayor o menor medida la posibilidad de acceder a los medios que transmiten información. El problema medular aquí es otro.

Por una parte la información que reciben de los medios son escasamente entendidos por nuestros alumnos (aquí es donde toma importancia el tema de la calidad), y lo que procesan de ello tiende a ser pobre en

contenido, representación y profundidad. Por otro lado tampoco hay una participación constante por parte del sistema familiar para guiar a sus hijos en este proceso de interacción con la información y ayudarlos en su comprensión.

Nuestra labor aquí entonces es poder llenar éstos vacíos y realizar un **proceso de acercamiento a la información guiado**, donde los profesores y sus alumnos comentan, discuten, explican, motivan, estimulan y permiten el libre contacto con todos los medios de comunicación que tengan disponibles, construyendo así un aprendizaje “de la mano” **ampliando nuevas fronteras de conocimiento y realidad**.

Prácticamente toda la información se transmite en distintos medios de comunicación, como lo son la radio, televisión, cine, internet, etc. En la mayoría de éstos ámbitos, las personas sordas tienen serias dificultades a la hora de decodificar el mensaje que se transmite, por lo tanto, no es extraño que los sordos tengan mucho más restringido sus conocimientos de realidad (Palacios, Marchesi, Coll, 2004).

Por último a la par con otros profesionales realizamos una intervención multidisciplinaria. Se trabaja con un asistente social, el cual se preocupa de **potenciar la participación en las redes sociales de apoyo**. Y en otro ámbito, se encuentra la labor de una fonoaudióloga, la cual se preocupa de realizar **terapias del habla**, en términos de articulación, y el **desarrollo de**

otros niveles del lenguaje, como lo son el semántico y morfosintáctico, dependiendo de la necesidad individual del niño, teniendo siempre como objetivo que avance en su proceso de **oralización**.

Paradigma Afectivo

En el último tiempo hemos venido trabajando sobre intervenciones que abordan el tema de la **autoestima** de los alumnos. Son trabajos tanto individuales como grupales realizados en la misma sala de clases, dirigidos a fortalecer el sentir positivo que tengan hacia ellos mismos, el sentirse competentes y creer en sus propias capacidades para hacer frente a los desafíos que la vida les depara. Reasoner (1992) comenta que existen muchos abordajes para desarrollar la autoestima en los alumnos, y que cada uno podría ser efectivo de alguna manera, sin embargo, propone que el mejor abordaje sería una combinación de todos éstos (cognitivo, ambiental, experiencial, de competencias, conductual, etc). No podría estar más de acuerdo, y junto con eso abordamos el “quererse a uno mismo” desde distintas aristas, como lo es el sentido de la seguridad, pertenencia, identidad, propósito y competencia.

Trabajar en un centro para personas que padecen de alguna deficiencia sensorial involucra entrar en un mundo en el cual los oyentes, en éste caso, pasamos a ser minoría. Por otro lado los sordos están en su ambiente, se pueden comunicar, entender, y

muchas veces el solo hecho de estar ahí se transforma en la vía de escape de los problemas que tienen “afuera”. Pero eso no es suficiente, y sabemos que no representa necesariamente lo que vendrá en el futuro en sus vidas en relación a entrar al mundo laboral, a estudios superiores, y el mismo contacto de vida con oyentes. Si tenemos claro que dentro de éstos factores mirados a futuro no se encuentra un modo idiosincrático para enseñar correctamente a personas sordas, entonces el nivel de fracaso podría llegar a ser muy alto, y con eso traer mucho costo emocional.

Entendiendo esto, es que trabajamos la **tolerancia a la frustración** centrado en datos que nos aporta la realidad, al menos de nuestro país, en cuanto a posibilidades educativas, laborales y sociales. Las cosas que se vienen no son fáciles y debemos saber cómo reaccionar, de forma de disminuir cualquier peso afectivo que sea posible. Inclusive sordos capaces e inteligentes, que estudian en centros no especializados, se sienten frustrados por no comprender bien a los profesores y compañeros oyentes y por no poder superar con facilidad los problemas de comunicación. (Infante, 2005). Es así que nuestro trabajo es transversal, adecuándose la forma de transmitir la información, pero no el contenido.

De acuerdo a una encuesta realizada por la Universidad del Norte de Illinois y su centro de investigación y entrenamiento para personas sordas NIU-TRC (Oulette, 1993; en

Glickman, 2009), determinaron que las personas que son sordas y que poseen habilidades comunicacionales limitadas, tienden a mostrar pobres destrezas sociales y emocionales, como lo son rasgos impulsivos, pobre control emocional, baja tolerancia a la frustración, agresividad inapropiada, entre otros.

Las personas que trabajan con personas sordas saben y reconocen que una seña no es suficiente para demostrar en su totalidad un sentimiento, un cambio emocional o muestras de diferentes tonalidades afectivas. Es por eso que los sordos muchas veces añaden cambios bruscos de comportamiento y la transgresión de los límites personales de los otros para demostrar lo que están sintiendo, transformándose en una forma exagerada de expresión como consecuencia del poco entendimiento que tenemos los oyentes en relación a su forma de comunicación.

Desarrollar un **manejo emocional** en nuestros alumnos se hace completamente necesario. Enseñarles a reconocer e identificar emociones, índices de tensión que apunten a arranques de ira, integrar afecto y cognición, son trabajados tanto en el aula de clases como en sesiones con los padres, de forma que éstos últimos también puedan aportar con enseñar desde la casa y promuevan así el “aprendizaje post-escuela”.

Paradigma Cognitivo

Antes de desarrollar cognitivamente a nuestros alumnos, debemos tener claro que es lo que esperamos de ellos, si nos centramos en su disminución sensorial y solo reaccionamos, o respondemos a su realidad y a sus necesidades específicas en un mundo mayoritariamente oyente. Esto tiene que ver entonces con generar **expectativas altas, pero realistas**, del desempeño de los escolares.

Por una parte entendemos que nuestro objetivo primordial es poder entregar conocimientos de acuerdo a una malla curricular determinada y trabajar por mantener un equilibrio emocional dentro del ambiente escolar, de manera de que éste afecte positivamente el desempeño de los estudiantes y no se transforme en dificultades extras en el proceso enseñanza/aprendizaje. Pero por otro lado estamos conscientes que nuestro rol se adscribe al ambiente educacional, por lo que podemos generar instancias de cambio en muchos aspectos importantes y relevantes en la vida de los alumnos, pero sabemos que hay otros aspectos que escapan de nuestro control.

En esto intento ser muy claro y humilde en cuanto a los objetivos y sus logros, los cuales buscan siempre ser “lo más aterrizados” posibles, y aquí nos sacamos la “*Capa de Superhéroes*” y aceptamos nuestras propias limitaciones también, algo que muchas veces nos cuesta tanto reconocer en esto de

“ayudar, ayudar, que el mundo se va a acabar”.

El punto anterior hacía referencia a lo que se podía esperar en cuanto a la institución en general y a su labor sobre la educación de las personas sordas. Pero en cuanto a algo más específico, es el trabajo que desarrollamos sobre las **expectativas de los profesores** que tienen hacia sus alumnos. Arancibia, et.al (2008) las define como las inferencias que hacen los profesores sobre el aprovechamiento actual y futuro de los alumnos, caracterizándolos de distintas maneras, y esto guiaría su acción hacia ellos de acuerdo a esas características que el profesor atribuye a los estudiantes.

En otras palabras si esperamos poco, entonces exigiremos poco, y por lo tanto aumentaría la probabilidad de que los resultados también sean pobres. Lo mismo podría suceder si las expectativas fueran positivas y a raíz de eso se produjeran resultados asociados. Rosentbal y Jacobson (1978) experimentaron con las expectativas de los profesores y como esto podía influir en el rendimiento de los alumnos y en sus calificaciones. De hecho, los alumnos de los cuales se esperaban mejores resultados, tendían a obtener más éxitos en sus calificaciones, aún cuando las expectativas de sus profesores no se sostenían en hechos objetivos ni fundamentados.

Otro punto importante es **cuestionar nuestras creencias previas** y trabajar sobre

los mitos de la sordera contrastándolos con literatura y conocimiento especializado. Lo medular aquí es aprender y no suponer. Es sacar conclusiones justas y no prejuicios sin trasfondos guiados por la suposición y la falta de investigación en el tema. Mucho se habla de la deficiencia que poseen los sordos en relación al coeficiente intelectual, por el hecho de que fallan en los procesos de abstracción, comunicación y comprensión de una serie de contenidos en un lenguaje que muchas veces no entienden. Sin ir más lejos, las mismas pruebas que miden inteligencia no están hechas para sordos, ni estandarizadas ni validadas para su población.

No cuestiono a los profesionales que buscan de buena fe obtener más datos, persiguiendo ampliar el conocimiento y la mejora en las intervenciones aplicando éste tipo de test. Pero insisto en el cuidado que se debe tener a la hora de dar algún tipo de diagnóstico e interpretación de los resultados que arrojen éstas aplicaciones, debido a los problemas de validación y estandarización que antes comenté.

Uno de los factores que miden los test de inteligencia son las escalas verbales. A raíz de la poca comprensión de éstas por parte de los sordos evaluados, los resultados distan mucho de ser buenos, debido a una razón que no escapa mucho de la lógica y que dice relación con que los problemas más comúnmente identificados, y que derivan de la sordera, son la privación del lenguaje y el

aislamiento social (Braden, 1994). Por lo tanto los bajos resultados obtenidos en las escalas verbales de los tests de inteligencia por parte de las personas sordas, pueden deberse a falta de aptitudes específicas en el tema, o pueden ser el reflejo de las oportunidades que se les niega para adquirir conocimientos verbales y sociales debido a su pérdida auditiva. Por ésta razón las escalas verbales y los tests de inteligencia con contenido verbal son firmemente desaprobados para usarlos con personas sordas (Sullivan y Vernon, 1979; Vernon y Brown, 1964; en Braden, 1994).

Como se mencionó anteriormente, es fundamental abrir vías de acceso a la información, con el objetivo de generar instancias de **fortalecimiento intelectual**. Es preciso nutrir a nuestros alumnos de contenidos, pero no exclusivamente mediante el habla ni alguna que otra palabra o seña “al aire”, sino que con un lenguaje estructurado. Claros (2004) señala que es por medio del lenguaje que se desarrolla el pensamiento crítico y las potencialidades intelectuales del sordo, y añade que no deberíamos extrañarnos que una mente desnutrida no sea capaz del pensamiento abstracto. Ello mostraría más bien un problema de no actualización de sus potencialidades intelectuales más que una carencia de las mismas.

Paradigma Inconsciente

Mediante un trabajo de reconocimiento de potencialidades y debilidades, buscamos

ampliar el **awareness sobre su condición**, con el fin de generar un proceso de conformación de la identidad lo más cercano a la realidad que les toca vivir. Es importante que entiendan su mundo y su cultura propia de Sordos, pero también las implicancias de vivir rodeados de personas que poco y nada saben sobre ellos. Cruz (2006) se refiere a que mientras menos claro tengan su situación, esto podría generar **mecanismos de defensa** como la omnipotencia y la negación frente a su realidad, con el fin de poder enfrentar el medio social sin mostrar sus miedos, los cuales tampoco podrían comprender.

Paradigma Sistémico

Procesos de **psicoeducación** son realizados a los padres, los cuales deben ser constantes, sistemáticos, y mantenidos en el tiempo. Por una parte reconocer las bondades que tiene el saber cuáles son las implicancias del diagnóstico de sus hijos en la vida diaria. La seguridad que da a los padres saber que van por el camino correcto, cuándo conocen bien el diagnóstico que tiene su hijo, les permite manejar con mayor tranquilidad y seguridad el proceso de desarrollo del niño (Berruecos, 1989). Pero por otro lado los niños van creciendo, y se transforman en adolescentes y luego en adultos. Es por eso que es un proceso “hacia adelante”, en cuanto pasa por distintas etapas y reconoce lo modificable que es la identidad de las personas y los cambios que se producen en ellos mismos, y con eso, en la forma de relacionarse con otros.

Hace no mucho hemos creado nuestra primera **Escuela para padres**, iniciativa que nace con el fin de estrechar los lazos entre la escuela y los padres y apoderados, entregando información relevante sobre el ciclo vital de sus hijos y trabajando distintas temáticas que ayuden a mejorar los estilos de crianza, la construcción y diferenciación de roles, y la adopción de conductas adaptativas que tienen las personas que están a cargo del cuidado y protección de los niños y adolescentes que son estudiantes del establecimiento. Las intervenciones son multidisciplinarias, por lo que otros profesionales de la aérea u otras podrán hacerse cargo de alguna temática en particular.

Independiente de la aplicación de las técnicas o la configuración de estrategias, éstas siempre tienen como norte la **unión de los sistemas** que giran en torno a los alumnos, buscando abarcar la mayor cantidad de participantes e información que sean relevantes en la configuración de la adaptabilidad de los Sordos, tanto en su comunidad, como en el territorio oyente. Es por eso que se motiva constantemente a que los sistemas sociales, familiares, de pareja y otros significativos que tengan relación con nuestros alumnos, participen de forma directa en el proceso educativo y formativo, permitiendo así generar instancias que promuevan la estimulación “fuera de la escuela”, y la reaplicación de los contenidos aprendidos.

Sistema Self

Las experiencias y vivencias de cada individuo tienen repercusiones en los seis paradigmas que anteriormente expuse, pero el centro de su configuración es en torno al Sistema Self. Éste último se sitúa en el epicentro del mundo psicológico, de la experiencia y de la personalidad, constituyendo un eje integrador, que ejerce el rol de gran conductor de la dinámica psicológica y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la misma. (Opazo, 2004)

Las funciones Sistemas Self podemos entenderlas desde la perspectiva de una búsqueda constante de respuestas a una variedad de preguntas que se exponen a continuación:

| | |
|--------------------------------|--|
| Función de Toma de Conciencia | ¿Cómo es mi entorno? ¿Quién soy? ¿Qué me pasa? ¿Qué pienso, qué deseo, qué siento? ¿Cómo funciona? ¿Cuál es mi historia? ¿Cuál es mi capacidad de observación? ¿Cuál es mi capacidad de introspección? ¿Cuán claro tengo la relación conducta/consecuencias? ¿Tengo "puntos Ciegos"? ¿Cuán bien me conozco? |
| Función de Identidad | ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Creo en mí? ¿Qué siento hacia mí? ¿Qué pienso sobre mí? ¿Cuánto me conozco? ¿Cómo me ven? ¿Cómo quiero que me vean? ¿Me acepto como soy? ¿Cómo quiero llegar a ser?(Ideal de SELF) |
| Función de Significación | ¿Cuán bien traduzco mis experiencias? ¿A qué le presto atención preferente? ¿Qué me importa más? ¿Soy capaz de observar desde distintos ángulos? ¿Evito "mirar" en algunas direcciones? |
| Función de Auto-organización | ¿Qué experiencias me desorganizan? ¿En qué grado? ¿Tardo en re-organizarme? ¿Logro auto-organizarme plenamente? ¿Estoy dispuesto(a) a cambiar? ¿Hasta qué punto? ¿Cuán coherente es mi mundo interno? |
| Función de Conducción de Vida | ¿Soy capaz de activarme?, ¿de perseverar? ¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades? ¿Logro postergar mis impulsos? ¿Soy consistente con mis NORTES? ¿Cuál es la calidad de mis decisiones? ¿Me comprometo en mi Desarrollo Personal? |
| Función de Búsqueda de Sentido | ¿Cuáles son mis valores? ¿Cuál es su fuerza? ¿Qué guía mis decisiones? ¿Tengo NORTES orientadores? ¿Logro actualizar mis potencialidades?, ¿En qué medida? ¿Le doy SENTIDO a mi vida? ¿Soy una persona "trascendente"? |

De distintas y muy variadas formas nos hemos ido aproximando al Sistema Self en la educación de alumnos sordos, debido a que el nivel de alteración de una o más funciones puede ir variando caso a caso. Es así que algunas veces hemos trabajado, en forma grupal con los profesores, el concepto de Self, de manera de ir identificando cuales serían las mejores **entradas en las**

intervenciones de una situación específica que pueda estar afectando a un alumno o alumnos en particular.

Se ha trabajado en otros casos el concepto de identidad en el sentido de **hacer consciente y de poder compartir con otros lo que sienten o piensan acerca de su condición**, tomando en cuenta que el grado de sordera varía en algunos alumnos, y eso ha provocado que, por ejemplo, algunos hipoacúsicos sientan que se encuentran en la mitad de dos realidades; no son ni totalmente sordos ni oyentes, razón por la cual el proceso de configuración de su identidad se ve obstaculizado, produciendo así la demora en el proceso de integración de los factores propios del desarrollo y la cultura predominante.

Un grado no menor de frustración y ansiedad se ha visto presente en alumnos que tienen la creencia de que el mejorar, desarrollar, practicar y utilizar la lengua oral, pueda significar la pérdida de los conocimientos en lengua de señas. Ahí empieza el cuestionamiento, y un cierto grado también de desesperanza por no pertenecer a ni una de las dos poblaciones con las cuales interactúa en su diario vivir. Se ha argumentado el hecho de que las personas que padecen de sordera profunda sin restos auditivos, poseen niveles más altos de autoconcepto, en comparación con los individuos con pérdidas auditivas menos graves, ya que éstos últimos se encontrarían en una constante lucha por buscar la "normalidad", y eso retardaría el proceso de

aceptación de su discapacidad (Myklebust, 1960).

No es difícil encontrar muchos casos de alumnos que se encuentran inmersos en el mundo laboral empezando la adolescencia. Hasta éste punto no escapa de la normalidad y de hecho es un factor importante a la hora de aumentar el grado de interacción con el “mundo de afuera”. El problema con el cual nos hemos encontrado es otro. A medida que los jóvenes empiezan a tener cierto control financiero en términos de satisfacer sus propias necesidades, generan mayor autonomía e independencia. Bajo cualquier tipo de luz, eso no involucraría ningún problema, sino que es la falta de visión a mediano y largo plazo lo que finalmente desencadena en conflictos. Relatos del tipo *quiero dejar de estudiar, porque ahora me encuentro trabajando*, son más cotidianos de lo que podríamos desear.

La problemática central aquí es que por una parte dejan sus estudios, y por el otro lado mantienen una creencia errónea relacionada a la subsistencia en la vida real. Se proyectan a tener familias, poseer bienes materiales, desarrollarse como cualquier persona, ganando una cuarta parte del sueldo mínimo, y a veces menos que eso. En estas situaciones específicas es cuando las funciones de significación, conducción de vida y búsqueda de sentido toman especial relevancia. Inicialmente se debe generar **egodistonía**, enseñándoles que manteniendo esa impronta frente a la vida, las probabilidades de logro satisfactorios en

cuanto a sus metas vitales se ven notoriamente mermadas.

Pasamos luego a **generar estrategias de cambio** que les permitan tomar las riendas de su vida reestructurando sus antiguos nortes guíadores desadaptativos. Y por último se interviene en el desarrollo integral de esos nuevos nortes, en función de **generar una visión a largo plazo**, protegiendo al sistema psicológico de una eventual paralización por el placer inmediateista que produce el ir satisfaciendo necesidades propias de la edad, que por cierto provocan un buen efecto a la hora de generar afectos positivos, pero no generan un camino transitable si pensamos en proyectarnos a la vida adulta, a un buen nivel de participación social y a completar los procesos de **autorrealización**.

Reflexiones finales

A modo de epílogo me gustaría hacer hincapié en tres puntos:

1) **Las intervenciones en la escuela deben apuntar a la integración**

Este punto hace referencia al hecho de que cualquier tipo de intervención, o un conjunto de ellas, debe tener un objetivo claro que fundamente su uso. No es hacer por hacer. Nuestro objetivo entonces es trabajar distintas temáticas, desarrollar un conjunto de habilidades, para que puedan ser

utilizadas por nuestros alumnos sordos en su diario vivir.

Los cambios que podamos lograr, y para que puedan ser considerados como tales, no deben limitarse solo al ambiente escolar, sino que también deben ser probados y puestos en marcha en la realidad que existe fuera de la escuela. No se trata de realizar una actividad de resolución de conflictos o de regulación emocional como un ejercicio que queda circunscrito al aula, sino de utilizar las competencias ejercitadas en relaciones interpersonales reales (Valmaceda, 2009).

2) Motivar la obtención de datos duros

El término “datos duros” se utiliza para definir a todos los aportes que se obtienen a través del método científico y la investigación, y siendo más específicos para los que trabajamos con el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, son los datos que puedan aportar a predicción y cambio. La discusión se centra en saber que tipo de investigaciones están bien o mal hechas, cuales aportan y cuáles no.

El punto que trato de poner en la mira aquí es motivar a los que nos dedicamos a la psicología, sea cual sea la corriente y especialidad, para desarrollar una actitud investigadora que apunte a generar más conocimiento válido y aporte mejores intervenciones.

Lo que podría aportar en éste sentido son los resultados de una actividad que realicé a lo largo del año 2009 con los docentes del Centro de Estudios y Capacitación para personas Sordas (CECASOV) y que denomine como “**Actualidad en la realidad docente**”, trabajo que se dividió en dos etapas. La primera como un trabajo individual, donde 22 profesores debían responder de forma escrita las siguientes preguntas:

1) *¿Cómo es la relación que existe entre los apoderados y sus hijos?*

2) *¿Cómo es la relación que se da entre apoderado y profesor?*

3) *¿Cuáles son las principales dificultades en el trabajo con alumnos sordos?*

La segunda etapa de la actividad fue el organizar las respuestas de los profesores que dieron como resultado las distintas categorías que presento a continuación:

| Percepción acerca de la relación que existe entre los apoderados y sus hijos |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Relación distante• Procesos comunicativos ineficientes• Falta de conocimiento en la Lengua de Señas• Escaso apoyo motivacional• Casos aislados en donde los apoderados son figuras relevantes<ul style="list-style-type: none">en la educación de sus hijos• Aceptación de la problemática y estilo comunicativo• Problemas a nivel lingüístico• Relaciones superficiales, pobres en contenido• Poco conocimiento sobre el diagnóstico de sus hijos y las implicancias en la vida de éstos.• Duelo• Sobreprotección |

| Percepción sobre la relación apoderado/profesor |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Poco compromiso • Alto nivel de ausencia a reuniones • Escasa presencia en el colegio • Adecuada interrelación, pero deficiente en procesos de Feedback entre ambas partes • Falta de trabajo cooperativo • Profesor como mediador entre padre e hijo • Confianza en el trabajo docente (¿Reflejo de lo que no pueden hacer con sus hijos?) • Relación asimétrica (Profesor visto como salvador) |

| Identificación de las principales dificultades en el trabajo con alumnos sordos |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de la Lengua de Señas • Falta de continuidad en la enseñanza, debido a la poca estimulación de los padres. • Comprensión lectora deficiente • Dudas sobre un nivel comprensivo real y significativo • Trabajo reflexivo sobre temas relevantes más allá de las áreas educativas • Estructuración de un sistema de enseñanza en común del lenguaje oral y escrito • Comprensión sobre la personalidad, su forma de pensar, sentir y la cultura del sordo • Comunicación afectiva y efectiva (heterogeneidad de casos) • Dificultad en la adquisición de la lecto-escritura • Baja motivación, participación y pobres expectativas de los padres hacia el desarrollo educacional de los hijos • Escaso material metodológico e investigaciones sobre la enseñanza a personas sordas. • Falta de figuras relevantes con las cuales se puedan identificar • Desniveles en formación y conocimientos dificultan el proceso de planificación. |

Otros datos que podría aportar fueron los resultados de un ciclo de reuniones con los apoderados de CECASOV en el año 2009, en donde se discutían distintos aspectos relacionados tanto a la vida en el hogar como a la realidad educativa. El N total de apoderados fue de 21, el cual representaba

menos de la cuarta parte de la población total. Dejo en claro ésta cifra para situarnos dentro de una realidad que no ha tendido a variar mucho a lo largo de los años. De hecho una de las mayores dificultades que tenemos es la poca participación por parte de los padres en las actividades que relacionan a sus hijos con su educación, lo cual demora más los procesos de cambio y aprendizaje. Una frase que siempre les repito a los padres y apoderados, con el afán de movilizarlos, es que si no logramos trabajar en conjunto, como una especie de coterapia entre ellos y la escuela, es lo mismo que “escribiéramos con la mano y borráramos con el codo”.

Los datos encontrados los presento a continuación:

| | |
|--|---|
| Dificultades en su crianza | <ul style="list-style-type: none"> • Crisis Vitales Normativas • Barreras lingüísticas |
| Expectativas hacia la escuela | <ul style="list-style-type: none"> • Lograr el lenguaje oral • Lograr mayor profundidad de los contenidos que se enseñan • Generar mayor cantidad talleres de manualidades y arte • La continuación de los estudios • Entrega de conocimientos para lograr autonomía e independencia |
| Percepción de la realidad educativa | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación desempeño docente positiva (compromiso, preocupación, calidad) • Gratitud -> Proyección de esperanzas • Motivación de sus hijos por asistir a clases, por aprender, por saber más • Colegio como fuente de afecto positivo • Colegio como fuente de autoeficacia • Entrega de herramientas para la integración |

3) **Un solo hombre puede hacer la diferencia**

Este punto no hace alusión a la autoreferencia o a rasgos narcisistas, sino que muy al contrario, es un llamado para creer en lo que se puede lograr si el cambio empieza por uno.

Es mucho más de lo que alguna vez nuestras elevadas expectativas de autoeficacia, o nuestro alto nivel de autoexigencias, nos dejan ver.

Quizás muchas veces es más fácil quedarnos sentados en casa viendo como muchas cosas podrían mejorar, pero pensamos que llegar a eso es muy complicado y que otros seguramente ya lo están haciendo. Podríamos ser uno más dentro de ese letargo, o salir a dar la batalla en función del cambio como muchos otros. Es nuestra decisión si queremos ayudar, si queremos aportar, si queremos dejar una huella en este mundo que les permita a otros avanzar de mejor manera, más tranquilos y equilibrados.

He asistido a talleres donde personas jóvenes instan a profesionales más jóvenes aún a publicar artículos, a compartir conocimientos y experiencias, a no estancarse esperando a que otros se movilicen para hacer de nuestro trabajo una labor más completa y creíble. Los motivo también a realizar trabajos, escribir, leer y buscar, independiente del grado de experticia

y los años de práctica profesional; por algo se empieza.

Termino escribiendo sobre lo medular de las intervenciones que he propuesto a lo largo estas páginas, lo cual apunta al **empoderamiento de todo el sistema psicológico**. Si la “guerra” es poder integrarlos de mejor manera y de una forma más completa al mundo mayoritario de los oyentes, entonces mientras más “armas” les suministremos, existe una mayor probabilidad de obtener “victorias” en distintos planos.

REFERENCIAS

Arancibia C., V., Strasser S., K., & Herrera P., P. (2008). *Manual de psicología educacional*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.

Bagladi, V. (2009). “Una aproximación clínica al bienestar humano”. En *Psicología para la Vida*, Fernández, I y Sanhueza, J Ed., J.C. Sáez, Santiago Chile. Cap 6, 113-183.

Berruecos, V. (1989) Prevención de la sordera en América Latina. *Audiología en la práctica*. Vol. VI. 2.

Braden, J. P. (1994). *Deafness, deprivation, and IQ*. Perspectives on individual differences. New York: Plenum Press.

Claros, R. (2004). “La desmitificación de la educación de Sordos. Hacia una pedagogía de éxito”. *La Serena: Del Norte*.

Cruz, A. (2006). “La discapacidad auditiva y el Stress Post-Traumático. ¿Un nuevo paradigma?”. Buenos Aires: Dunken.

Furth, H. G. (1973). *Deafness and learning: A psychosocial approach*. Belmont, Calif: Wadsworth.

Glickman, N. S. (2009). *Cognitive-behavioral therapy for deaf and hearing persons with language and learning challenges*. New York: Routledge.

- Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003).** *Resiliencia en la escuela*. Redes en educación / colección dirigida por Paula Pogré, 8. Buenos Aires: Paidós.
- Infante, M. (2005).** *Sordera: Mitos y realidades*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Macchi, M. & Veinberg, S. (2005).** *Estrategias de prealfabetización para niños sordos*. Buenos Aires: Novedades Educativas
- Moore, D. F. (1978).** *Educating the deaf: Psychology, principles, and practices*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Marschark, M & Clark, M (1998).** *Psychological Perspective on deafness*. Volumen 2
- Martin, D. S., & International Symposium on Cognition, Education, and Deafness. (1991).** *Advances in cognition, education, and deafness*. Washington, D.C: Gallaudet University Press.
- Marschark, M., & Hauser, P. C. (2008).** *Deaf cognition: Foundations and outcomes*. Perspectives on deafness. Oxford: Oxford University Press.
- Myklebust, H. R. (1960).** *The psychology of deafness: Sensory deprivation, learning, and adjustment*. New York: Grune & Stratton.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Santiago, Chile: ICPSI.
- Opazo, R. (2004).** *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal*. En *Integración en Psicoterapia: Manual Práctico*. Fernández-Álvarez, H. y Opazo Castro R. (Eds.) Piados, Barcelona.
- Opazo, R (2004).** *Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo*. Segunda Edición. Cyan. Santiago, Chile.
- Opazo, R. (2005).** *Psicoterapia Integrativa. ¿Exigencia de los Tiempos?* *Psicoterapias.com*. Buenos Aires, Argentina.
- Opazo, R., & Bagladi, V. (2009)** *Historia del Modelo Integrativo en Chile*. *Revista AcPI, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, Vol 1*. Santiago, Chile.
- Paz, C. V., Miranda, J. M, Rojas, T. L. (1998).** *Alumno sordo integrado!: Guía para profesores de educación general*. Colección El Sembrador. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Padden, C., & Humphries, T. (2005).** *Inside deaf culture*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Palacios, G. J., Marchesi, A., & Coll, C. (2004).** *Desarrollo psicológico y educación. 3, Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. Madrid: Alianza.
- Parsons, M. B. (1973).** *Helping our deaf children*. Wellington: New Zealand Council for Educational Research.
- Reasoner, R. W. (1992).** *Building self-esteem in the elementary schools*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press.
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1978).** *Conductismo Humanista. Cuatro Psicologías Aplicadas a la Educación*. Madrid: Narcea.
- Rubinowicz, G. (2008).** *Conversaciones psicoterapéuticas con personas sordas. El uso de la lengua de señas para el diseño de entrevistas eficaces*. Buenos Aires: Librosenred.
- Sánchez López, M. P., & Rodríguez de Tembleque, R. (1997).** *El bilingüismo bases para la intervención psicológica. Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico, 5*. Madrid: Síntesis.
- Sanchez, C (2008).** *La educación de los Sordos en la encrucijada*.
- Siebert, A. (2007).** *Resiliencia, construir en la adversidad : ¿ cómo dominar el cambio, sobrevivir a la presión y recuperarse de los contratiempos?*. Barcelona: Alienta.
- Streng, A. H., Kretschmer, R. R., & Kretschmer, L. W. (1978).** *Language, learning, and deafness: Theory, application, and classroom management*. New York: Grune & Stratton.
- Valmaseda, M. (2009).** *La alfabetización emocional de los alumnos sordos*. *Rinace. Vol 3. 147-163*
- Verdugo Alonso, M.A. (1995).** *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Vorce, E. (1974).** *Teaching speech to deaf children*. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA CONYUGAL EN BOLIVIA DESDE EL SUPRAPARADIGMA INTEGRATIVO

Lic. Alicia Evelyn Torres Lagrava²⁰

Summary

The fight against violence towards women in Latin America has been intensified through the construction of social networks and institutional arrangements; they have involved the reformulation of legal frameworks, institutions, the media awareness, and have brought a permanent debate to incorporate multiple actors in the prevention and eradication of this disease which is considered as a violation of human rights. This article aims to translate the reality of this problem in Bolivia, with insights coming from the Supraparadigmático Integrative Approach (EIS). This because, it is important to develop an analysis of etiological factors that have been investigated and studied in our environment.

Keywords: *Domestic violence, Bolivia, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), Paradigms.*

Resumen

La lucha contra la violencia hacia la mujer en América Latina se ha intensificado a través de la construcción de redes sociales y acuerdos institucionales que han implicado la reformulación de marcos jurídicos, la creación de instituciones, la sensibilización de los medios de comunicación y un permanente debate para incorporar a múltiples actores en la prevención y erradicación de este mal que es considerado como una violación a los derechos humanos. El presente artículo tratará de plasmar la realidad de esta problemática en Bolivia, con una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), ya que se considera importante realizar un análisis de los diferentes factores etiológicos en nuestro medio que han sido investigados y estudiados.

Palabras clave: *Violencia Intrafamiliar, Bolivia, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), paradigmas.*

²⁰ Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia

Desde ya hace dos décadas la lucha contra la violencia hacia la mujer en América Latina se ha intensificado a través de la construcción de redes sociales y acuerdos institucionales que han implicado la reformulación de marcos jurídicos, la creación de instituciones, la sensibilización de los medios de comunicación y un permanente debate para incorporar a múltiples actores en la prevención y erradicación de este mal que es considerado como una violación a los derechos humanos.

Dentro de este marco organismos judiciales, policiales, de salud y educación, refieren que la problemática de la violencia en la pareja viene dada por una serie de factores que involucran justamente a todos estos organismos. Así, durante los últimos años se han realizado diversas investigaciones desde varias aéreas las cuales han contribuido de manera significativa a la comprensión de la violencia en la pareja y las posibles líneas de acción para prevenirla y combatirla. Se ha visto que aspectos socio culturales, familiares, económicos como también factores de personalidad están involucrados en este análisis, llegando a la conclusión de que la violencia conyugal es una problemática multicausal (San Martín, J., 2003).

Sin embargo, viene la pregunta de: ¿Qué factor tiene más peso o es considerado como más importante como causa para que se origine la violencia conyugal?, y frente a esta interrogante varias son las respuestas que tratan de explicar los factores etiológicos de peso en esta problemática. Algunos lo atribuyen a factores de personalidad de la víctima y el agresor, otros a factores sociales o culturales, otros a diferencias marcadas de género e incluso a factores económicos. Es así que al hablar de violencia nos referimos a un tema que se

presenta de diferente manera en cada contexto, ya que como se menciono anteriormente, la violencia se da por múltiples factores, sin embargo estos se presentan de manera idiosincrática en cada región, ya que se existen diferentes culturas, creencias, tradiciones y estilos de vida que es necesario tener en cuenta.

El presente artículo tratará de plasmar la realidad de esta problemática en Bolivia, ya que se considera importante realizar un análisis de los diferentes factores etiológicos en nuestro medio que han sido investigados y estudiados, lo cual servirá de apoyo para realizar un aporte a nivel integrativo.

Violencia conyugal en Bolivia: datos que alarman

“Dentro del análisis de la violencia conyugal, como realidad presente desde hace mucho tiempo y de la cual recién se comienza a tener conciencia social en Bolivia, se observa un alto índice de casos, donde la más generalizada es la violencia física, seguida de otras formas de agresión, como la psicológica y sexual, quedando todas ellas íntimamente articuladas entre sí en un proceso cíclico de creciente intimidación, desvalorización y desprotección”. (Yaksic, 2009)

En el tema de violencia contra la mujer no se puede cuantificar o tener datos precisos debido a que la mayoría de las veces las mujeres no denuncian porque existen muchos factores como la vergüenza o porque simplemente creen que es natural que sus maridos ejerzan poder sobre ellas. Esto posiblemente se deba a que el proceso de denunciar en Bolivia lleva una carga emocional muy grande, ya que si bien denunciar un caso de

violencia es un tema complejo, contar a distintas personas una y otra vez lo hace más difícil aún. Por esta razón las denuncias y las cifras de las mismas carecen de precisión y esto no permite mostrar la magnitud real del problema en nuestro país.

Sin embargo, según datos obtenidos por la Brigada de Protección a la Familia y el Instituto de Investigaciones Forenses, instituciones que atienden de manera directa los casos de violencia intrafamiliar y conyugal, uno de cada tres estudiantes de colegio ya ha experimentado agresiones sexuales, y en menos de uno por ciento de estos casos la justicia ha podido penalizar al agresor. El 70% de las mujeres bolivianas son víctimas de alguna forma de violencia (sexual, psicológica, económica, física, doméstica). (Informe Brigada de Protección a la Familia, 2008). Mientras que de los casos atendidos por los Servicios Legales Integrales el 26 por ciento corresponde a casos de violencia sexual. También se dice que aunque la violencia puede presentarse en cualquier etapa de la vida, se produce especialmente entre los 15 y 25 años. Las adolescentes, entonces, presentan un riesgo cuatro veces mayor que el resto de grupos etarios.

Según el Centro de Información y Desarrollo de la Mujer, el 2008 en Bolivia 91 mujeres fueron asesinadas por sus parejas (con las cuales convivían); mientras que en el 2009 la cifra ascendió a 98 víctimas. (CIDEM, 2009). Estas cifras son alarmantes en nuestro medio, y más aún al conocer los datos obtenidos en una investigación realizada por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia el año 2003, donde en un informe internacional público se dio a conocer que de un total de 40 países analizados para observar la tasa

de femicidios, Bolivia se ubicó en el quinto lugar, con una tasa de 43,42 femicidios por millón de mujeres (San Martín, 2003).

Es así que hoy el tema de la violencia contra la mujer es parte de la agenda de los gobiernos, que con mayor o menor impulso se han visto obligados a diseñar políticas, desarrollar programas y asignar presupuestos para disminuir los índices de violencia y marginalidad de la mujer, por lo que el objetivo de hacer conocer esta problemática sacándola de las cuatro paredes de la casa hacia el mundo público, para convertirse en un tema de estado, se ha cumplido.

Actualmente, el trabajo con mujeres víctimas de violencia, está orientado a la prestación de servicios y fundamentalmente a la deconstrucción de los mecanismos que generan la violencia, tanto en la víctima como en el agresor.

Análisis Integrativo de la violencia conyugal en Bolivia

Antes de adentrarnos a la temática de violencia conyugal, es necesario en primera instancia determinar y mencionar el concepto de violencia, y más específicamente de la violencia dada en la pareja, para comprender mejor a que nos referimos al mencionar estos términos a lo largo del artículo.

Por violencia se entiende: *“Todo ejercicio de poder que implica empleo de la fuerza, que se da en situaciones de desigualdad o desequilibrio de poder. Implica la existencia de un arriba y de un abajo, donde una persona está en una situación de superioridad y el otro de inferioridad, siendo este real o simbólica”*. (Echeburúa, 1998)

La Violencia conyugal o de pareja, entendida como *“cualquier agresión física, psicológica o sexual que vulnere la libertad de uno de los miembros de la pareja ocasionándole daños personales, la cual además de afectar a la pareja, influirá negativamente en las personas que la rodean, conllevando a una serie de problemas familiares y sociales”*. (Echeburúa, 1998)

Actualmente, en nuestro medio, se considera a la violencia como algo aprendido derivado de creencias sociales según las cuales los hombres tendrían el derecho a dominar y controlar a la mujer. La violencia consolida el rol de subordinación de la mujer, es por esto que la misma es considerada, por muchos, como una problemática que se da en el ámbito privado de la familia con problemas como falta de comunicación, falta de mecanismos para resolver conflictos de forma no violenta, falta de expresión de afecto u otros elementos aislados. Se afirma que la violencia conyugal en nuestro medio es una expresión más de la violencia de género, que busca socializar a varones con mecanismos que les permitan concentrar el poder y mantener el control (La Razón, 2009).

Sin embargo esta concepción es muy limitada en su explicación, ya que como se menciona anteriormente, la violencia conyugal es una problemática multicausal y multidimensional por lo que aferrarnos, como muchos piensan, a la idea de que en Bolivia la violencia en la pareja está dada por una cuestión cultural, sería limitarnos a un solo aspecto de los muchos que se relacionan con esta problemática.

Esto nos refiere a la cita de Opazo, que nos dice: *“En el ámbito más abstracto de los modelos*

teóricos y de los paradigmas causales, si bien se han gestado paradigmas creativos y aportativos, un problema central es que ha predominado marcadamente una tendencia al “reduccionismo”, sea hacia lo simple o bien hacia lo complejo. A través de los años nos ha costado mucho el hacer coexistir interactivamente a diversos paradigmas explicativos, y hemos tendido a sobre dimensionar uno...” (Opazo, 2001)

Por esta razón, para no enmarcarnos y caer en un “reduccionismo” tratando de explicar esta problemática desde una sola dimensión, se realizará un análisis de la violencia de pareja en Bolivia desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, tomando en cuenta los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. Este análisis se basará en una serie de investigaciones realizadas en Bolivia que tocan el tema de la violencia conyugal en sus diferentes dimensiones, las cuales nos ayudaran en el análisis de la compleja realidad de este tema.

Paradigma Biológico

En esta área son escasas las investigaciones que se han realizado en Bolivia tomando en cuenta la violencia en la pareja, sin embargo como bien se sabe la conducta violenta desde lo biológico podría estar dada por anomalías en las estructuras cerebrales lo que se traduce en un mal funcionamiento y regulación de sistemas y sustancias a nivel cerebral y del sistema nervioso central. Sin embargo en nuestro medio no se han publicado datos de este panorama en personas violentas.

Otro aspecto referente a lo biológico es el consumo de alcohol, y en este sentido en Bolivia se presentan índices altos del consumo de esta droga ya que es un mal que acecha a todo el país; los datos de personas que consumen alcohol, en su mayoría varones, son preocupantes. (INE, 1999). Esto se relaciona y está de la mano con los altos índices de violencia en la actualidad. El alcohol, como bien se sabe, altera a nivel biológico el comportamiento, dando lugar a conductas violentas; las cuales en su mayoría son dirigidas al hogar, en especial a la esposa. Sin embargo, y como se mencionará más adelante, se puede considerar que el consumo de alcohol no es un factor, en sí mismo, causal de violencia, sino que a la base pueden existir factores de tipo emocional, social y cultural que favorecen la conducta agresiva, por lo que el consumo de alcohol solo sería visto como una excusa para ejercer violencia. (Yaksic, 2009).

Paradigma Cognitivo

Desde el enfoque cognitivo se realizó una investigación donde se quiso comprender las formas de interacción de las víctimas con su entorno, es decir, la comprensión de las formas de resolver las situaciones que enfrentan. Es así que desde esta perspectiva, para conocer los factores causales, se analizaron las creencias irracionales como factor cognitivo central que al ser consideradas como configuraciones cognitivas formadas individualmente o culturalmente, son nociones preexistentes de la realidad, que sirven de lente perceptual. (Flores y Velasco, 2006). La investigación fue realizada por la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", el año 2008, donde

se trabajó con mujeres víctimas de violencia conyugal sometidas a maltrato en más de una oportunidad, que asistieron a la Brigada de Protección a la Familia en la ciudad de La Paz, tomando como muestra un total de 40 casos.

En dicho estudio se tomo en cuenta la propuesta de Albert Ellis, el cual nombra 10 creencias básicas, las cuales fueron aplicadas al ámbito de la violencia conyugal para determinar cuáles son las creencias irracionales de las mujeres en nuestro medio. Se encontró que la creencia que se presenta con mayor frecuencia es: "*Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa*", teniendo un 90% de personas que presentan esta creencia de manera irracional. La segunda creencia con mayor porcentaje de mujeres que la presentan de manera irracional, equivale al contenido de: "*Los acontecimientos externos son la mayoría de las desgracias de la humanidad*", teniendo un porcentaje de 87.5% de mujeres; la creencia: "*es más fácil evitar los problemas y las responsabilidades de la vida que hacerles frente*", mostró un 77.5% de mujeres presenta esta creencia de manera irracional. (Flores y Velasco, 2006).

Estudiando el contenido de estas creencias se observa que tienen en común el hecho de atribuir a factores externos las causas de los sucesos ("*los acontecimientos externos son la mayoría de las desgracias de la humanidad*"), otorgándoles además el poder de afectar significativamente a la persona ("*se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa*"). (Flores y Velasco, 2006).

Realizando un análisis de estas creencias se aprecia que las mismas conducen a sobredimensionar el poder y dominio que tienen factores externos a la persona, mientras se minimiza la noción de capacidad personal para modificar las circunstancias de su vida. Este aspecto es muy frecuente en lo que respecta a la violencia en la pareja, ya que en nuestro medio se puede apreciar que la mujer prefiere continuar siendo víctima de violencia y no actuar para cambiar esa situación, debido a la creencia de que no puede hacer nada por dominar o modificar su realidad y retroalimenta no solo su noción de incapacidad personal, sino la sensación de poder de su pareja. Para ellas es más fácil lidiar con la agresión de la pareja que hacerse responsables e independientes económica y socialmente, lo cual se relaciona con la creencia de: *“es más fácil evitar los problemas y las responsabilidades de la vida que hacerles frente”*. (Flores y Velasco, 2006).

Esto nos remite a que las mujeres víctimas de violencia, muy frecuentemente, presentan un nivel bajo de autoeficacia, ya que piensan que son incapaces de cambiar las circunstancias, dejando que sus parejas manejen sus vidas.

En cuanto a irracionalidad y sesgos cognitivos, estos puntúan alto por todo lo mencionado anteriormente, Sin embargo, este funcionamiento cognitivo se ve influenciado por factores culturales, sociales y familiares los cuales refuerzan estas creencias y sesgos a lo largo de la vida de la persona.

Si bien no se han realizado otros estudios respecto a las creencias e ideas irracionales en mujeres víctimas de maltrato, en nuestro medio existe una creencia con la cual muchas mujeres se identifican

y hasta les sirve como argumento para justificar el maltrato de sus parejas: *“si me pega es porque me quiere; si no me pegaría pensaría que no le importo”* (Villa, 2006). Esta creencia es muy frecuente escucharla en personas que llevan una larga historia de maltrato, ya que poco a poco fueron aceptando esta situación en sus hogares; y para tratar de desculpabilizar a su pareja frente al abuso, emplean una serie de argumentos y justificaciones, que en el fondo la responsabilizan por la situación de violencia. Este estilo suelen ir aprendiéndolo e introyectándolo a su sistema de creencias desde la propia familia de origen y desde la sociedad; llegando al extremo de plantearse que la mujer *“es y será siempre”* la culpable de todo lo malo que pueda pasar en su hogar, incluida la agresión de su esposo.

Paradigma Afectivo

La investigación realizada por la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” el año 2008, se enfoca también en el tema referente a los miedos en víctimas de violencia, lo cual se relaciona al área emocional. En esta investigación se tomaron en cuenta seis categorías de miedos, que son: “Miedo a la soledad”, “Miedo a la indefensión económica”, “Miedo a la crítica social”, “Miedo a perder a los hijos”; “Miedo a las represalias físicas” y finalmente “Miedo a no contar con los recursos personales”. Los resultados obtenidos fueron que:

“El contenido de miedo que alcanzó el porcentaje más alto fue el Miedo a las Represalias Físicas, donde un noventa por ciento de la muestra, que equivale a treinta y seis mujeres, tomadas en cuenta en la presente investigación, demuestran tener miedo extremo ante esta posibilidad lo que

les impide actuar en el momento de pensar en separarse de su pareja a consecuencia de la agresión; este porcentaje es seguido por la categoría de Miedo a perder a los hijos, donde un cincuenta y siete punto cinco por ciento tiene miedo extremo. De la misma manera, la tercera categoría que presenta un porcentaje alto, es la de Miedo a la indefensión económica, donde un cincuenta y dos punto cinco por ciento de las mujeres tienen miedo de forma extrema". (Flores y Velasco, 2006).

Los resultados anteriores concuerdan con la bibliografía existente, que menciona que la mujer víctima de violencia experimenta miedos y temores que dificultan la decisión de separarse del agresor. Estos miedos y temores también están presentes en nuestro medio y algunos de estos son centrales lo cual impide de manera significativa el que la mujer no tome alternativas o acciones para romper el sometimiento a la situación de violencia.

En otros contextos, según investigaciones (Henríquez, 2008) se presenta el miedo a la crítica social como uno de los miedos centrales, ya que en estos contextos la mujer está más involucrada en la sociedad debido a que cumple un rol más activo y productivo en el ámbito laboral, institucional y social; por lo que el miedo al "qué dirán" los demás es no menor. Sin embargo en nuestro medio, la mujer boliviana aún continúa sometida a una sociedad machista donde no se le permite sobresalir y superarse en otros ámbitos como en el laboral, por lo que su rol como ama de casa y madre es el más aceptado. Por esta razón el miedo a la crítica social no es central, pero sí el miedo a la indefensión económica.

Dentro de mismo panorama, la mujer boliviana no produce ni genera ingresos económicos o si lo hace es en menor proporción, por lo que el separarse de

su pareja para ellas representa una situación imposible de afrontar, ya que no cuentan con los recursos económicos suficientes para abandonar su casa y emprender una nueva vida, sin la intervención de su agresor. Es en este sentido el que la mujer se ve a sí misma como incapaz de salir adelante; toda una vida ha aprendido -desde su familia de origen, desde la sociedad y desde su propio entorno- que la mujer no puede ser mejor que el hombre, que está por debajo de él y que debe estar sometida a él. Esto genera sentimientos de inferioridad, incompetencia e indefensión muy arraigados en la mujer, lo cual dificulta que se sienta capaz de afrontar esta situación.

Respecto al hombre maltratador, en el ámbito de lo afectivo se ha planteado que hombres violentos tienen una baja estabilidad de ánimo. Factores externos, como el desempleo, la crisis económica y otros problemas de carácter social lo afectan de una manera considerable a nivel afectivo, experimentando así sentimientos disfóricos; posiblemente esta inestabilidad emocional se deba a que estas personas tienen poca tolerancia a la frustración (Dávila, 1995).

En nuestro medio los problemas son muchos, sin embargo hay personas que pueden enfrentarse a ellos, mientras que otros se frustran con mucha facilidad y no hacen nada para cambiar su situación; esto conduce a que lleven una mala calidad de vida, sus necesidades no sean satisfechas, su nivel de felicidad sea bajo y no tengan capacidad de disfrute, lo cual repercute en toda la familia y más aún en la esposa, que es la que es víctima de esta inestabilidad emocional y, principalmente, de la frustración de su pareja.

Paradigma Ambiental / Conductual

En este nivel nos encontramos, por un lado, con la conducta violenta del agresor, la cual se daría por un mal manejo de la rabia y frustración y como una manera de canalizar estos afectos se emplea la conducta violenta. Por otro lado, tenemos la falta de aprendizaje en cuanto a una buena forma de resolución de problemas o conflictos; la familia, la sociedad y la cultura, hacen que la persona aprenda como única forma de resolución el ejercer la fuerza, optando por la conducta violenta en vez de emplear conductas asertivas (OPS/OMS, 2006). En este sentido, hablaríamos de que los maltratadores tendrían un bajo repertorio conductual y baja asertividad, lo cual potenciaría el que se presente la conducta violenta.

Desde una perspectiva social, según un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en comunidades del occidente y oriente de Bolivia, se pudo observar que en estas regiones se tiene una concepción de la violencia como parte integrante del diario vivir, ya sea en la familia, o en la sociedad. Hablando de la violencia conyugal, se pudo evidenciar que no solo esta violencia es hacia la mujer, sino que también los hombres perciben como una violencia psicológica la falta de atención de las esposas hacia ellos, así como el incumplimiento de sus obligaciones que tienen en el ejercicio de su rol tradicional dentro del hogar. (OPS/OMS, 2006).

Sin embargo, la mujer es considerada la más afectada por la violencia porque sirve de desahogo para el hombre cuando está renegando o frustrado, de modo que cualquier cosa le sirve de pretexto

para golpearla o agredirla psicológicamente, según la opinión de las mujeres de dichas comunidades.

Así también a través de este estudio y otros, se pudo apreciar la realidad boliviana y los factores más relevantes a nivel social asociados a la violencia conyugal, y se ha podido establecer una relación causal entre el factor económico y el alcoholismo con la violencia conyugal. (PULSO, 2007). Debido a la crisis económica por la que atraviesa Bolivia hay una escasez importante de empleo lo que repercute en una mala calidad de vida en muchos hogares del país, por lo que el rol y la función del esposo (el de traer recursos económicos para el sustento de la familia) queda invalidado, esto influye en el estado de ánimo ocasionándole frustración, motivo por el cual recurre a las bebidas alcohólicas, lo que desencadena en violencia.

Para gran parte de los analistas, la violencia surge de frustraciones no elaboradas por la sociedad, una de ellas es la pobreza en la cual se vive y con la que uno tiene que luchar toda una vida; así también los problemas a nivel social como la inseguridad, la falta de empleo, la crisis política y económica, la desigualdad, la marginación, etc., son algunos factores importantes a tomar en cuenta a este nivel. Y frente a todo este panorama, en gran parte de las provincias y así también en algunos sectores de las ciudades, tratan de “escapar” de esta realidad realizando festividades y celebrando fechas importantes amparándose en el consumo excesivo de alcohol durante varios días, como una “vía de escape” (errónea) para afrontar todas esas frustraciones. (Yaksic, 2009). Justamente, es en esas fechas donde se registran un alto índice de casos de violencia en los servicios de salud, policial y legal; según datos de los profesionales

que trabajan con esta población, los más frecuentes son los casos de violencia conyugal, donde la más afectada es la mujer; quien recurre a los servicios, de salud para la curación, a la policía para la detención y al servicio jurídico para recibir la denuncia. (Informe Brigada de Protección a la Familia, 2008).

Al referirnos a la dimensión social de este problema, la perspectiva de género cobra mucha importancia, ya que la misma *“analiza las relaciones entre hombres y mujeres, sus formas, sus causas, efectos e implicancias tanto a nivel de las relaciones individuales pero principalmente sociales”*. (Dávila, 1995).

En nuestro país, hombres y mujeres se construyen a partir de mandatos sociales que forjan una identidad determinada, que en el caso de las mujeres las hace dependientes (en toda forma) al hombre, lo cual repercute en su capacidad de autodeterminación.

Como mencionábamos anteriormente, las mujeres han desempeñado y aún desempeñan, un rol doméstico y reproductivo, por lo tanto privado. La mujer ha sido la encargada de garantizar la reproducción de la especie, su capacidad de reproducción biológica la ha convertido en responsable no solo de criar a sus hijos y alimentarlos, sino de hacerlo con todos, incluyendo la pareja. (Centro Juana Azurduy, 2007). Por otro lado, el rol del hombre fue y continúa siendo productivo y político, por lo tanto público. Es por esto que en nuestra sociedad se le atribuye la tarea de proveer los recursos materiales a la familia, asumiendo la representación del grupo social. Se puede apreciar en otros países que el rol público de la mujer es similar al del hombre, sin embargo en

Bolivia falta mucho por hacer en este sentido. *“Pese a que en las últimas décadas el rol de proveedor de recursos ha cambiado significativamente, ya que el 26% de las familias bolivianas tienen como jefas de hogar a mujeres, la población económicamente activa femenina ha subido a cerca del 50%, también se ha incrementado el rol público y político pero en menor proporción”*. (Centro Juana Azurduy, 2007).

Paradigma Inconsciente

No es de extrañar que la gran mayoría de personas maltratadoras y maltratadas tengan antecedentes de vivencias y experiencias traumáticas en su niñez. En este sentido, se ha visto que los niños bolivianos, además de ser las principales víctimas de los efectos de una grave crisis económica que los excluye de elementales derechos como la educación, la salud, la vivienda, etc., se constituyen también como víctimas de agresión dentro y fuera de su familia. Según datos obtenidos por la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, a nivel nacional en el año 2005 se atendieron 15.555 casos, de los cuales 4.361 fueron por maltrato, 2.643 por irresponsabilidad del padre o madre y 476 por abuso sexual, entre otros (Organización Panamericana de la Salud-Bolivia, 2007). De estos, más del 70% de las denuncias de maltrato infantil se dieron dentro de la familia (Centro Juana Azurduy, 2007), al igual que la mujer, los niños son vistos como objetos, como propiedad de los adultos, por lo que esta relación de poder se expresa mediante agresiones verbales, físicas o sexuales.

La niña que ha sido víctima de violencia física, psicológica o sexual, incorpora ese aprendizaje en

su estructura psicológica. A través de ese aprendizaje traumático introyecta el rol de víctima, rol con el cual se identifica toda una vida y además es reforzado por la sociedad y la cultura. Por otro lado, para los niños que han sufrido algún tipo de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna aceptable y el ciclo del abuso se extiende cuando ellos forman su familia, transformándose así en esposos y padres abusadores, continuando el ciclo vicioso por generaciones. (Irazoque y Hurtado, 2002).

Lo anterior también se relaciona con la construcción de la identidad, donde pueden presentarse una serie de mandatos y consignas: *“la mujer tiene como mandato “ser de y para otros”, constituyéndose así en seres de dependencia, que necesitan darse a los otros. En cambio el mandato masculino es “ser para sí mismos”, como seres libres no dependientes de nadie, lo cual les da mayor espacio de movimiento”*. (Centro Juana Azurduy, 2007). Es así que la mujer introyecta un rol de subordinación y el varón un rol de poder, lo cual se plasmara en la relación de pareja a futuro.

Con referencia a otro punto, sería de mucho aporte el estudio de la alexitimia, en especial en la relación de pareja en Bolivia, ya que el panorama que nos ofrece la realidad boliviana apunta a que se podrían dar niveles altos de Alexitimia, no solo en varones sino también en mujeres. Desde lo cultural y social la mujer ha aprendido que lo que sienta, piense y diga no tiene valor, por lo que se va desconectando de a poco con sus emociones y afectos, como resultado va desensibilizándose ante cualquier situación, incluida la de maltrato; las humillaciones,

denigraciones, golpes, etc. ya no le afectan. (Villa, 2006). Por otro lado, el hombre puede presentar mayores niveles de alexitimia ya que, como se mencionó, en Bolivia el varón es considerado el “macho”, el fuerte y el que no debe nunca mostrar inestabilidad o debilidad. Ya desde pequeños se les repite una y otra vez: *“el hombre no llora, sea macho”*, como una forma de aguantar el dolor, por lo que se va reprimiendo cualquier afecto disfórico, y de a poco, también el hombre va desensibilizándose por lo que no mantiene contacto con sus emociones y menos aún podría reconocerlas. (Dávila, 1995). Si bien estas son apreciaciones que se tienen de nuestro medio, sería interesante realizar una investigación extensa referente a la alexitima en Bolivia ya que nos proyectaría datos muy valiosos para su estudio.

Paradigma Sistémico

Como parte del análisis de los factores contextuales que parecen intervenir es esta problemática se encuentra que, dentro de la estructura familiar predominante en nuestra sociedad (familia patriarcal), el padre es la cabeza de la familia y por lo tanto tiene la máxima jerarquía, lo cual le atribuye el derecho de aplicar las medidas que él considere necesarias para preservar y reforzar esa autoridad, conservar la posesión sobre su esposa e hijos y mantener la unidad familiar así sea fundamentada en el miedo. (Carvajal, 2004). En cuanto a la mujer, ésta ocupa un papel secundario ya que en la gran parte de los casos depende económicamente de su compañero, y este sometimiento determina también que se dé una dependencia psíquica e ideológica, respecto del hombre.

Refiriéndonos al rol de la mujer en la familia, pareciera que este rol ya está marcado desde hace muchos años atrás: la mujer es la encargada de que el hogar vaya bien, de que cumpla una buena función como madre y esposa. Esto implica que se someta a todos los mandatos y reglas impuestas por su esposo. Y al referirnos a este punto, nos referimos al popular término del machismo, tan común en nuestro medio, e importante además al hablar de violencia, ya que ambos tienen una correspondencia indudable. “*Los hombres en Bolivia asumen el rol de “macho”, que se traduce en considerar la superioridad de lo masculino ya que posterga, denigra, menosprecia, invisibiliza, atropella y decide por las mujeres*”. (Revista PULSO, 2007).

Un panorama de lo anterior lo muestra el estudio realizado por la Organización Panamericana de Salud en Bolivia, con grupos focales de varios sectores del país, donde los varones afirmaron que la mujer era la culpable de que se la pegue, en algunos casos por infidelidad, por responder y no querer reconocer sus errores, así también por la falta de respeto hacia sus maridos (ya que antes al hombre se lo respetaba y eso no debería cambiar), o por simplemente no cumplir con sus deberes de la casa. Consideraron que es totalmente legítimo que el hombre de unas palizas a su mujer cuando vea que es necesario, incluso ven eso como un derecho o como una medida inevitable para “corregir” los errores de la esposa, pareja o concubina (OPS/OMS, 2006).

No es extraño encontrarnos con este panorama en nuestro medio, ya que el mismo es aceptado tanto en varones como mujeres y viene dado desde la familia de origen, por lo que estas concepciones, por muchos profesionales, no son atribuidas a

desajustes en la personalidad del esposo, sino es un aspecto de la cultura familiar en todo Bolivia, ya que a través del aprendizaje vicario se va transmitiendo todo esto de generación en generación. (Colombo y Veranda, 2006).

Si bien se presenta la violencia en muchas parejas esta no necesariamente origina un *ambiente patodistónico*, ya que estas tradiciones familiares están tan arraigadas en cada uno de los miembros del matrimonio, que consideran la violencia como parte integrante del ambiente familiar. (Colombo y Veranda, 2006).

Así, el significado de la violencia a nivel cultural no es procesado cognitivamente como amenazante o peligroso (en especial en ciertas sub culturas), al contrario la cultura y la familia favorecen la conducta agresiva porque eso afirma el rol como esposo y padre, el de ser el dominante y el “macho” de la casa. (OPS/OMS, 2006). Esto nos lleva a que posiblemente el agresor, en algunos casos, no tenga la intencionalidad explícita y clara de causar daño a su pareja (a nivel consciente), y su conducta se relacione más con modelos de crianza aprendidos, creencias culturales y mitos muy marcados. Todos estos aspectos potencian el que se presenten relaciones violentas en nuestro medio.

Un aspecto que se observa es que, si bien la violencia conyugal es parte de muchas familias, la misma puede o no ser ejercida de manera frecuente; ya que para los hombres la mujer debe ser golpeada cuando no está cumpliendo con las labores del hogar de la forma correcta, por lo que unos cuantos golpes la reformarán. La mujer sabe que, por ejemplo, si no prepara el almuerzo a tiempo, es válido el recibir una paliza, lo cual también consideran los demás integrantes de la

familia como un castigo justo. Por esta razón la mujer trata de ejercer un rol impecable en su hogar y dependerá de ello si es sometida a conductas violentas o solo a episodios agresivos aislados por parte de su pareja. (OPS/OMS, 2006).

Todo lo mencionado nos lleva a que en la familia boliviana los límites son transgredidos por el esposo, estos límites no están bien establecidos y son más bien confusos para todo el grupo familiar, por lo que tiene toda la libertad y se siente con todo el derecho de manejar la vida de su esposa e hijos como el vea conveniente.

Por último, haciendo referencia a lo tratado en la conferencia de la Organización de Estados Americanos (OEA) en marzo de 2007, donde se abordó el tema de la violencia intrafamiliar, la Vicepresidenta del Congreso Boliviano afirmó que el machismo que se da en Bolivia, al igual que en toda América Latina, nace de las mismas mujeres, ya que el trato que se le da a los hijos varones dista mucho del trato dado a la hijas. *"A nuestro hijo varón le damos todos los privilegios, a nuestra hija mujer la dejamos a nuestro lado como esclavas, y esa es una de las equivocaciones más grandes que cometemos como mujeres y como madres"*. (Agencia AP, 2007). El varón siempre ha tenido un trato preferencial, se les ha todo "en bandeja de plata" y son considerados más capaces que las mujeres; estas concepciones las manejan las mismas madres y son reforzadas por los padres, por lo que las hijas no tienen otra salida que la de ser "esclavas" del hogar.

Rasgos de Personalidad y Violencia Conyugal

Complementando el análisis de la violencia conyugal desde los diferentes paradigmas, pienso que es conveniente mencionar la investigación

realizada por Eiza Irazoque y Margareth Hurtado, reconocidas docentes de la Universidad Católica de Bolivia, referente a los rasgos de personalidad de la víctima y el agresor. Este estudio fue realizado el año 2002 con el objetivo de conocer algunos rasgos de personalidad de víctimas y agresores en la ciudad de La Paz.

La investigación concluyó que los rasgos de personalidad desadaptativos contribuyen en el surgimiento, mantención y agudización del ciclo de violencia: las parejas o poseen rasgos de personalidad opuestos o rasgos similares; en el primer caso existe una demanda que es invasiva para uno de los miembros, la cual está acompañada por un inadecuado manejo emocional y fallas a nivel de resolución de problemas. En el segundo caso, las parejas con rasgos similares presentan una misma demanda, pero ninguno está dispuesto a ceder, por ello la violencia se genera como una forma de lograr lo que se desea, el ciclo también se mantiene y retroalimenta los rasgos; esperando que sea el otro el que cambie. (Irazoque y Hurtado, 2002).

Respecto a la relación existente entre los años de convivencia y los rasgos de personalidad, en las mujeres se pudo apreciar que durante los primeros años de convivencia (0 a 3 años) presentaron un funcionamiento, donde evitan la problemática como mecanismo de defensa, y durante los años siguientes perfiles de aislamiento social. En los hombres, durante los primeros años de convivencia los perfiles que se presentaron fueron de tipo impulsivo, carentes de empatía, inflexibles y de agresión como medio para descargar la tensión, y durante los años siguientes, perfiles con rasgos de rigidez, carencia de empatía y evitación. (Irazoque y Hurtado, 2002).

Con relación a los perfiles de personalidad encontrados, los correspondientes a los hombres fueron rasgos de: *“evitación social, inadecuada expresión afectiva e impulsividad, y se presentan además rasgos desadaptativos donde no se perciben las contingencias de las acciones, se orientan éstas a fines personales, búsqueda de admiración, autoexaltación, control y manipulación. Las mujeres presentaron rasgos de: aislamiento social, evitación, temor al abandono, expresión afectiva escasa e inadecuada”*. (Irazoque y Hurtado, 2002).

Es interesante observar que en dicha investigación se obtuvo más de un rasgo de personalidad desadaptativo en varios de los participantes, como rasgo fundamental en la mantención y agudización de la violencia; lo cual implica que las personas no poseen únicamente un tipo de rasgo de personalidad desadaptativos, sino que poseen varios, los cuales posiblemente sean utilizados de acuerdo a la situación y al aprendizaje previo. Así también, en diversas investigaciones se ha citado que los rasgos de personalidad dependiente son comunes en mujeres víctimas de violencia, sin embargo, según esta investigación ninguno de los participantes obtuvo rasgos correspondientes al trastorno dependiente, al contrario se evidenció la presencia de rasgos desadaptativos en ambos, lo que hace suponer que existe una codependencia en ellos, lo cual conlleva a que ambos generen y mantengan el ciclo. (Irazoque y Hurtado, 2002).

No es extraño hoy en día escuchar que en las Brigadas de Protección a la Familia y/o defensorías se presentan cada vez más casos de violencia de la mujer hacia el esposo, ya sea agresión física y/o psicológica. Este dato nos refiere al punto tratado anteriormente de que los rasgos de personalidad de

la mujer agredida también concuerdan con los del agresor, por lo que posiblemente en nuestro medio la violencia no solo sea del hombre hacia la mujer, sino también de ella hacia el esposo, por lo que estaríamos frente a casos de violencia cruzada, donde ambos ejercen cierto tipo de poder en diversas circunstancias. Se tiene la percepción de que el hombre en Bolivia podría ejercer en mayor proporción violencia física, mientras que la mujer ejercería más una violencia de tipo psicológica, sin embargo estos datos no se los ha estudiado aún.

Frente a este contexto.... ¿qué podemos concluir?

A través del análisis de los posibles factores etiológicos desde cada uno de los paradigmas que nos propone el Modelo Integrativo Supraparadigmático, se ha querido reunir las diferentes (pero lamentablemente muy escasas) investigaciones realizadas en diferentes ciudades y provincias de nuestro país, con el objetivo de brindar un panorama más completo de la realidad boliviana con referencia al tema de la violencia conyugal. El análisis de los resultados de dichas investigaciones nos ha permitido llegar a algunas conclusiones que, si bien no pueden ser generalizadas a toda la sociedad boliviana (por las características de las investigaciones, que se relacionan con muestras poco representativas, las condiciones de aplicación de los instrumentos, la falta de validación de los mismos en nuestro medio y otros factores), sin embargo nos han dado pautas de la dinámica social, cultural y familiar en Bolivia, que nos permiten un análisis más completo.

Como bien se ha podido observar, y corroborando lo expuesto al inicio del artículo, la violencia

conyugal es un problema multidimensional y multicausal; ya que intervienen factores culturales, sociales, afectivos, familiares, inconscientes y cognitivos, como también de personalidad. Los cuales se ha tratado de investigar en qué medida y de qué manera influyen, cada uno de ellos, en la dinámica conyugal en nuestro medio. Se puede evidenciar que todas estas dimensiones son de mucha importancia para la comprensión de la violencia en la pareja, por lo que el restarle importancia a alguno de ellos sería desventajoso. A pesar de que algunas dimensiones como lo inconsciente, biológico y conductual no han sido exploradas e investigadas en nuestro país, gracias a los datos estadísticos, publicación de artículos, estudios de casos, entrevistas y estudios focales en grupos, se ha posibilitado el acceso a información útil para la realización de un análisis de estas dimensiones, aspecto que permitirá acercarse a un abordaje integral desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

Si bien cada uno de los paradigmas cobra importancia en esta problemática y cada uno de ellos tiene su valor desde el punto de vista que se lo enfoque, cabe recalcar que los aspectos socio-culturales en nuestro país cobran particular importancia, para entender los diferentes comportamientos violentos en una gran mayoría de los casos. Pues paralelamente surgen o se interrelacionan otros co-factores inmersos en esta temática, como son el alcoholismo, la interculturalidad y el machismo; los cuales pueden, en determinado momento, desencadenar un núcleo potencial de violencia.

Para comprender mejor esta temática, es necesario ubicarnos dentro de la realidad que vive nuestro país, principalmente la crisis económica que sufre

una mayor parte de la población, que se constituye en un aspecto sumamente importante; ya que como se vio, la falta de ingresos económicos genera un alto índice de frustración a nivel nacional, de lo cual emerge en forma proporcional un alto índice de violencia: Ya que desde la familia se aprende que una buena forma de canalizar afectos disfóricos es a través de la expresión de conductas violentas, aspecto que se suma a una sociedad machista en la cual el hombre tiene supremacía y omnipotencia, lo que favorece y refuerza que toda esta carga se traduzca en violencia hacia la mujer, aspecto respaldado por la familia, las creencias y los mitos culturales.

Una intervención Integrativa para una problemática multicausal

Y así como esta problemática es multidimensional, las acciones que se tomen para enfrentarla también deben orientarse desde varias dimensiones. La intervención de esta problemática se debe hacer de manera integral y multidisciplinaria.

Por una parte, el lograr proporcionar recursos y/o condiciones para preservar la seguridad física, pero sobre todo para conseguir que las mujeres víctimas de maltrato se auto sustenten económicamente y que cuenten con un asesoramiento legal, se constituyen en oportunidades para lograr mayor autonomía para conseguir así tomar la decisión de ponerle fin al ciclo de la violencia. Con referencia a este punto, la autonomía en la mujer cobra un papel muy importante, ya que durante muchos años ha sido víctima no solo de violencia física o psicológica, sino también de violencia económica y social. Hoy en día las mujeres tienen más oportunidades de salir adelante solas y pueden

sentirse más seguras y capaces de ello porque la misma sociedad está cambiando y brindando este apoyo a la mujer; poco a poco el machismo está siendo reemplazado por la equidad de género; sin embargo queda un largo camino por recorrer ya que estas ideas y creencias están muy arraigadas en la familia boliviana, en especial en las sub culturas y sectores de la ciudad con bajo nivel socio económico.

Otra importante meta de intervención estaría dada en el abordaje de las creencias, valores y dinámicas que dan sustento y validan en el hombre boliviano el ejercer violencia en contra de sus parejas, aquí también se hace necesario el trabajo en la identidad y autoestima masculina y en el desarrollo de prácticas interpersonales más adaptativas, en los ámbitos sociales, familiares y de pareja.

Respecto a la intervención psicológica es importante conseguir modificar la dependencia afectiva, a través del trabajo sobre los contenidos de las creencias irracionales y mitos dados en la mayoría por factores culturales, para que víctimas y victimarios de violencia sean capaces de considerar la posibilidad de modificar las situaciones o conseguir que estas no tengan efecto negativo en sus vidas.

Un horizonte más alentador

El panorama de la violencia en Bolivia, de por si sombrío, viene cambiando paulatinamente, pese a que lo reflejado en el Instituto de Investigaciones Forenses, las Defensorías y Brigada de Protección a la Familia demuestran cifras cada vez mas crecientes de incremento de violencia, lo cual

puede interpretarse como un aspecto positivo por el hecho de que en la actualidad existe una mayor concientización de la mujer para denunciar ante las diferentes instancias judiciales los actos de maltrato: Por lo que el miedo, la vergüenza y la creencia de que no se puede cambiar la situación violenta, van siendo reemplazadas por un sentimiento de capacidad y autoconfianza que les anima a sacar a la luz su condición de víctimas y buscar ayuda. Así también el rol que juegan los medios de comunicación y las políticas de Estado que tienden a sancionar y penalizar con mayor severidad este tipo de violencia contribuye con este fin.

Lo que hace algunos años era considerado como normal y parte de la vida, hoy en día no lo es. La violencia ya no es tan aceptada como antes. Todas las acciones sociales que se han ido desarrollando a lo largo de los años hacen ver que la violencia en la pareja es un problema y que se debe hacer algo para combatirla y erradicarla, para ello se han ido creando instituciones, grupos, programas y proyectos para ayudar y sensibilizar a la población acerca de esta realidad que acecha al país entero, por lo que el sistema de creencias de la sociedad ha ido teniendo modificaciones y lo seguirá teniendo aun mas; si se continua en este camino la misma cultura y sociedad tendrá rechazo hacia la violencia, lo que dará lugar a un mayor control y regulación desde la socialización para ir eliminando de a poco esta problemática.

REFERENCIAS

- Carvajal, H. (2004).** *"Violencia Intrafamiliar"*. Sucre-Bolivia: Tupac Katari.
- Centro Juana Azurduy. (2007).** *"GAVVI MUJERES: Guía de Atención a víctimas de violencia"*. Sucre. Ed.: Tupac Katari.
- CORSI, J. (1995).** *"Violencia Masculina en la Pareja. Una*

Aproximación al Diagnóstico y a Los Modelos de Intervención. Argentina: Paidós.

Dávila, A. (1995), "Los laberintos de la violencia conyugal, lo que piensa la población boliviana sobre la violencia doméstica". Ministerio de Desarrollo Humano, Subsecretaría de Asuntos de Género. La Paz-Bolivia.

Departamento de estadística de la Brigada de protección a la Familia. (2008). "Estadísticas del primer semestre del año 2008". Bolivia.

Diario Correo del Sur (2009) "Denuncian el asesinato de 98 bolivianas en 2009 por violencia machista". 6 de marzo de 2009. Correo del Sur. Sucre.

Diario La Razón (2009) "Un total de 98 bolivianas fueron asesinadas en 2009 por violencia de género". 5 de marzo, 2009. La Razón: Nacional. La Paz.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado Hispano América. (1986). (Tomo II). Buenos Aires. Ed.: Hispania srl.

Irazoque, Eiza y Hurtado, Margareth. (2002). "Violencia conyugal y trastornos de personalidad" (Vol. I, Año 1). La Paz: Universidad Católica Boliviana.

INE. (1999). "Estadística del departamento de La Paz". La Paz.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2008). "Por la vida promovemos la cultura de la No violencia". (Vol. 20, núm. 3). Bolivia.

Opazo, R. (2001). "Psicoterapia Integrativa". *Delimitación clínica*. Chile. Ed.: ICPSI.

PULSO. (2007). "Bolivia: Violencia sobre la Mujer, un Mal Endémico". La Paz.

WEBGRAFÍA

Centro de Información y Desarrollo de la Mujer. (2009). "El femicidio es una forma de violencia contra las mujeres por su condición humana". La Paz. Disponible en: www.cidem.com.org

Colombo, Graciela y Veranda, Ynoub. (2006). "Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y

puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia". (v.4 n.7). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/musade/violencia/rutacritica/mujerafectada.htm>

Flores E., Alexandra y Velasco A., Carla. (2006). "Violencia conyugal. Factores que determinan la violencia conyugal: miedos y creencia irracionales en mujeres víctimas de violencia conyugal". La Paz: Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/>

Henríquez S., Rodrigo y Troncoso G., Eduardo. (2008) "Representaciones Sociales de Violencia Conyugal en mujeres urbanas víctimas y no víctimas de violencia, de la Ciudad de Temuco: Un Estudio Descriptivo-Comparativo". Temuco: Universidad de la Frontera. Disponible en: <http://psicologia.ufro.cl/psicoeducacion/plataforma/Documentacion/Eje1>

Network en español. (1998). "Las mujeres víctimas de abuso necesitan ayuda". (Vol. 18, No. 4). Disponible en: http://www.fhi.org/sp/rh/pubs/network/v18_4/nw184ch4.htm

Organización Panamericana de la Salud-Bolivia. Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia. (2007) "16.422 casos de maltrato infantil y violencia doméstica se dieron en Bolivia". La Paz. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/musade/violencia/rutacritica>

Organización Panamericana de la Salud-Bolivia. Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia. (2007) "Violencia Intrafamiliar - Ruta Crítica". La Paz. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/musade/violencia/rutacritica/mujerafectada.htm>

Payarola, Mario A (2007). "La Violencia masculina en la pareja". Argentina. Disponible en: <http://www.aaps.com.ar/dinamica/10/Payarola.htm>

San Martín, José. (2003). "II Informe Internacional: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación". España: Centro Reina Sofía. Disponible en: <http://www.centroreinasofia.es/informes/11Informe.pdf>

Villa, Marta. (2006). "Las dos caras de las mujeres bolivianas". Red de emisoras Ada. Cochabamba, Bolivia. Disponible en: www.forociudadano.cl

Yaksic, Isabel (2009). "Violencia contra las mujeres: una realidad". Cochabamba: Universidad Católica Boliviana. Disponible en: <http://espanol.upiu.com/view/post/>

El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa

Ps. Gisela Gloffka Wilmans.²¹

*“Todos tienen su camino, todos conocen cuál es,
Salen cantando por él y por él regresan cantando
Solo él no sabía nada, no entendía nada:
Ni a los hombres, ni a los sonidos:
Sólo él ajeno a todo.”*

Fedor Dostoiewski *Crimen y Castigo*.

Abstract

Autism affects a wide range of areas of development, becoming a health problem that must be covered from an interdisciplinary and integrative view. It is in this space that integrative psychotherapy brings substantial changes in understanding a child with autism from a comprehensive and holistic view. The integrative supraparadigm with its biological, cognitive, affective, unconscious, environmental-behavioral and systemic paradigms, integrated through the self-system, provides understanding to the diagnosis and treatment, establishing a competitive advantage over other reductionist views that leave many sides away. Thus the etiological influences, mobilizing concepts and change forces from the six paradigms, will allow a 360 ° psychological view toward child with autism, allowing a better understanding and empathy with his world and experience. The early assessment, the medical treatment, a psychological support to parents, and the application of educational programs, become the main elements in the comprehensive process of rehabilitation of a child with autism.

Keywords *Pervasive developmental disorders, autism, integrative psychotherapy, supraparadigmatic model, etiology, treatment, mobilizing concepts and self system.*

Resumen

El autismo repercute en una amplia gama de áreas del desarrollo, transformándose en un problema de salud que debe ser abarcado desde una mirada interdisciplinaria e integrativa. Es en este espacio donde la psicoterapia integrativa aporta de manera sustancial a la comprensión del niño con autismo, desde una mirada abarcativa y holística. El supraparadigma integrativo, con sus paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental-conductual y sistémico, integrados a través del sistema *self*, aportará a la comprensión en diagnóstico y tratamiento, estableciéndose una ventaja comparativa respecto a otras miradas reduccionistas que dejan muchas aristas sin abordar. Es así como las influencias etiológicas, conceptos movilizadores y fuerzas de cambio provenientes de los seis paradigmas, permitirá vislumbrar los 360° de la panorámica psicológica de un niño que presenta autismo, permitiendo comprender y empatizar con su mundo y vivencia. La detección temprana, el tratamiento médico, apoyo psicológico a los padres y la ejecución de programas educativos, se transforman en elementos centrales en el proceso de rehabilitación integral de un niño con autismo.

Palabras claves *Trastornos generalizados del desarrollo, autismo, psicoterapia integrativa, modelo supraparadigmático, etiología, tratamiento, conceptos movilizadores y sistema self.*

²¹ gisegloffka@gmail.com

El autismo como trastorno del desarrollo. Su historia desde diversas miradas.

El término autismo proviene del griego *autos* (yo), y el sufijo *ismo*, que para este caso significa "condición". Siguiendo este lineamiento, se hablará de una condición que debe llevar la persona por el resto de su vida, no como una enfermedad transitoria sino como una condición estable (Gallo, et.al, 2008). Para comprender el autismo, es necesario remontarnos a cuando fue acuñado, esto es, desde los orígenes del concepto hasta que se configuró como un trastorno generalizado del desarrollo.

El psiquiatra suizo Eugen Bleuler, en 1911, introdujo el término esquizofrenia para expresar el aislamiento o ensimismamiento de algunos pacientes que evitaban las relaciones sociales. En 1943 el doctor austríaco Leo Kanner estudió el caso de nueve niños y dos niñas de diferentes edades en el Hospital Johns Hopkins en Estados Unidos, introduciendo un nuevo concepto: el autismo.

De esta manera dio una connotación diferente al concepto, antes existente, de esquizofrenia infantil. A diferencia del concepto anterior, los niños no tendrían la intención comunicativa, presentando severos problemas sociales, de comportamiento y comunicación, siendo así niños ensimismados en su propio mundo. En otras palabras, Kanner plantea una incapacidad para establecer relaciones sociales, a diferencia de Bleuler, que hacía referencia a la conducta intencional de evitar relaciones. De esta manera, el autismo se debe a una falta de

competencias y habilidades sociales, y no a una conducta deliberada de evitar relaciones sociales (Espídola, & González, 2008; Balbuena, 2007; Torres, 2008; Rivera, 2003).

En un primer momento se hizo necesario dividir los síntomas en universales y específicos, de manera de poder diferenciarlos de otros diagnósticos. Los primeros se refieren a una incapacidad profunda y general para establecer relaciones con otros, retraso en la adquisición del lenguaje, que dificultaba la comprensión; ecolalia e inversión pronominal, y fenómenos ritualistas o compulsivos. Los síntomas específicos aluden a movimientos repetitivos estereotipados (especialmente manierismos en las manos y en los dedos), poca capacidad de atención, retraso en el control de los esfínteres y conductas autolesivas (Riviere, 2001 en Balbuena, 2007).

Los primeros lineamientos y explicaciones del autismo los da el psicoanálisis, existiendo una proliferación de autores que hipotetizaban sobre su configuración y naturaleza.

El psiquiatra Bruno Bettelheim, durante los años 1950 y 1960, observó a un gran número de niños que presentaban sintomatología similar a los niños estudiados por Kanner. Según el doctor Bettelheim, existe una partida sin retorno de la realidad, en que el mundo carece de sentido, en que existe un vuelco hacia sí mismo, sin lograr adecuarse y entrar al mundo exterior. Esta retirada y ensimismamiento, lo análoga a la situación de encierro de los prisioneros de los campos de concentración del régimen nazi (Riviera, 2003).

Bettelheim, en 1977, plantea que los niños con

autismo se encuentran detenidos en un período inicial de su desarrollo intelectual y emocional, el cual genera un extremo aislamiento afectivo como consecuencia de experiencias significadas como amenazadoras. A su vez señala al autismo como un trastorno de la comunicación, en que el niño malinterpreta las señales, tanto de su madre como del ambiente, generando una grave perturbación y una gran angustia. Esta vivencia iría rompiendo los lazos con la realidad.

A partir de esta perspectiva, la escuela psicoanalítica considera el autismo consecuencia de una mala comunicación y entendimiento entre los adultos y el bebé en sus primeros años de vida, resaltando la importancia del vínculo materno en la contención del niño. En 1975 Mahler, de la escuela psicoanalítica, señaló que el autismo se genera por la ruptura de la relación simbiótica madre-hijo. Tustin plantea que los niños con autismo viven una situación catastrófica al ser conscientes de su separación con la madre, desarrollando un cascarón protector (Rivera, 2003).

El psicoanálisis plantea que al nacer se es un bebé narciso, un bebé autista, por lo cual el infante estaría estancado en una etapa primaria del desarrollo. Desde esta perspectiva, el vínculo materno se configura como una prolongación con el niño, en la cual no existen límites ni distinciones entre éste y su madre. Esta visión psicoanalítica alude a que en el autismo no hay un sujeto, dado que el autista no reconoce al otro, ya que los padres no posibilitaron este reconocimiento: conciben al

niño con autismo como un ser en el que el universo gira en torno suyo, en el que no existen límites entre lo interno y externo, en el que se estaría ante la ausencia del registro simbólico. Al no existir un acceso a este registro, el lenguaje no cumpliría la función comunicativa, dado que no existe un otro (Rivera, 2003).

El padre no logra imponer la ley paterna y se involucra en esta relación rivalizada con el bebé por el afecto de la madre: el padre es visto como rival y no como otro. Así no se ha logrado establecer el Edipo, en el que el niño vive en el mundo de lo imaginario. Es en este espacio donde el niño no logra intercambio con el otro, siendo incapaz de nombrar, quedando así atrapado dentro de sí mismo (Rivera, 2003).

Cabe señalar que esta visión traía como consecuencia mucha culpa a los padres, en que éstos se sentían responsables del autismo que presentaba su hijo. Ahora bien, es a mediados de los sesenta, que la visión psicoanalítica empieza a decaer, siendo duramente criticada desde diferentes perspectivas e investigaciones. Existen cada vez más indicios de una relación genética y neurobiológica en el autismo, incorporando a su vez componentes afectivos y cognitivos. Se asume en la actualidad un gran peso genético, en el que se vería implicado el lóbulo frontal, que traería como consecuencia la inflexibilidad, pérdida del juicio de realidad, interferencia del sentido de realidad y de las funciones ejecutivas.

Desde los años ochenta se han planteado diversas teorías que explicarían el autismo desde diferentes lugares. La teoría que ha sido

más influyente ha sido la teoría de la mente.

Ésta fue propuesta por Premack y Woodruff en 1987 para hacer referencia a la habilidad de explicitar, predecir e interpretar la conducta en términos de estados mentales, tales como: creer, pensar e imaginar (Mendoza 2004, en Torres, 2009). A los tres años el niño es capaz de tener una teoría de la mente: es capaz de poner atención y significar lo que los demás piensan, sienten e imaginan. Asimismo, estos niños presentan una ingenuidad social, ya que no pueden aparentar, engañar ni mentir (Miguel, 2000).

Uta Frith y Simón Baron-Cohen, con sus colaboradores, investigaron la teoría de la mente en niños con autismo y encontraron deficiencias importantes en la comprensión y lenguaje (Wing, 1998). A su vez, Baron-Cohen y colaboradores (1989), señalaron deficiencias en el uso y la comprensión del gesto de señalar con el objetivo de compartir la atención (protodeclarativo), pero no con el objetivo de señalar para conseguir un objeto deseado (protoimperativo) (Miguel, 2000).

Estos niños presentan dificultades para acceder al espacio mental compartido, afectando las posibilidades de acceso a lo intersubjetivo, así como la consciencia de su estado mental y del de los otros (Canal, 2000 en Riviere, 2001). Este déficit se refiere a una ceguera mental, en que existe una ausencia de la habilidad de "mentalización" en los niños con autismo: se sienten como extranjeros en una tierra extraña, en un mundo que es fundamentalmente social. Al no existir una teoría de la mente, este mundo

social es vivenciado como un lugar temible e impredecible (Martos, 2005 & Miguel, 2000).

Otro modelo explicativo, es la teoría del déficit afectivo social, planteada el año 1995 por Peter Hobson. Esta teoría se refiere a un modelo interpersonal, que sitúa el déficit como afectivo y no cognitivo. Existe una incapacidad innata de comunicarse afectivamente con los otros, en que la alteración de los niños con autismo se localiza en la incapacidad de situarse en la perspectiva del otro. De esta forma, está ante la imposibilidad de configurar su propio mundo, no logrando reconocer a los otros con sus propios pensamientos y sentimientos (Balbuena, 2007; Palomo & Bolichón, 2006; Miguel, 2000)

En conclusión para la teoría afectiva, el déficit social se debería a una etiología afectiva, en tanto que para la teoría de la mente este déficit sería primariamente de tipo cognitivo. Ambas teorías coinciden en que los déficit pragmáticos se deben a la incapacidad para atribuir creencias e intenciones, entre otras (Babolla, & Villamizar, 1993). A partir de lo anteriormente planteado, se estima conveniente, en vez de hablar de una u otra teoría, integrar ambas, ya que aportan al conocimiento, ya sea desde el ámbito cognitivo o afectivo (Etchepareborda, 2001).

Según algunos autores, la teoría de la mente proviene de la función ejecutiva, asociándola a su vez a posibles alteraciones cerebrales (Martín et.al, 2006). La teoría del déficit de las funciones ejecutivas, que surge en 1990 desde Russel y colegas, se centra en la "incapacidad para desprenderse de un objeto", en que la falla

no es un déficit en la mentalización, sino una dificultad específica para superar la ubicación del objeto en el mundo real. Siguiendo este lineamiento, se han desarrollado investigaciones sobre un déficit en la memoria de trabajo, tareas de ordenamiento y organización. No se presentaron dificultades en la memoria de reconocimiento, declarativa, ni de corto ni largo plazo (Bennetto 1996 en Miguel, 2000).

Se puede apreciar a lo largo del recorrido realizado que progresivamente comienza a darse un giro en la naturaleza y configuración del autismo: que ya no se le llama psicosis infantil. La literatura señala que es en el año 1980 cuando se utilizó el nombre de autismo infantil y en el año 1987 cuando se le denomina trastorno autista. Ahora bien, dada la ampliación de criterios diagnósticos y al ser un trastorno heterogéneo, Lorna Wing en 1995 desarrolla el concepto de espectro autista, desarrollándose el autismo como un continuo con diversos grados de gravedad (Etchepareborda, 2001). Este cambio conceptual finalmente ha desembocado en un nuevo concepto: trastorno generalizado del desarrollo (Espídola, & González, 2008; Torres, 2008; Amodia, 2006)

El autismo se encuentra entre los trastornos generalizados del desarrollo. Éstos son producidos por una perturbación grave y generalizada en varias áreas del desarrollo, que implican déficit en diferentes áreas del funcionamiento, todo lo cual lleva a un deterioro generalizado del proceso evolutivo. En otras palabras, el autismo es una alteración en la formación de los niños, que cursa como un estancamiento en el desarrollo, lo cual se puede

deber a direcciones equivocadas, rupturas, giros incorrectos y rutas apartadas del ciclo vital (Espídola & González, 2008; Rivera, 2003; DSM IV, 1995).

Las áreas del desarrollo más afectadas son: la interacción social, comunicación y actividades estereotipadas. Entre ellas encontramos: el trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, el trastorno Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno autista. Éstos tienen en común que se manifiestan durante los primeros tres años de vida y que se asocian comúnmente a un grado de retraso mental (Espídola, & González, 2008; DSM IV, 1995).

Luego de haber recorrido la historia del autismo desde la recopilación de diversas literaturas, se puede apreciar que la mirada ha tendido a ser reduccionista. La historia del autismo presenta mucha información desde teorías más monocausales, sin privilegiar el conocimiento válido que recoge cada visión paradigmática: se han centrado en una visión más puntual y no en el todo, por lo que solo ven desde un prisma, existiendo poca investigación desde una mirada integrativa. Es en este espacio donde surge la necesidad de integrar el conocimiento válido, examinar qué nos aporta cada paradigma, para apreciar el autismo desde una mirada integrativa. Esto aportará sin lugar a dudas a una mejor intervención.

El autismo desde una mirada integrativa

El supraparadigma integrativo fue propuesto por el doctor Roberto Opazo el año 1983 con el fin de comprender, explicar y predecir la dinámica

psicológica. La psicoterapia integrativa busca profundizar la comprensión y potenciar el cambio. Tiene como respaldo al supraparadigma integrativo, que propicia un proceso interaccional entre principios de influencia, conceptos movilizadores, técnicas validadas y fuerzas de cambio provenientes de los seis paradigmas y de las seis funciones del sistema *self*. Los seis paradigmas son: paradigma biológico, paradigma cognitivo, paradigma afectivo, paradigma ambiental conductual, paradigma sistémico y paradigma inconsciente. Las seis funciones del sistema *self* son: función de toma de consciencia, función de identidad, función de significación, función de autoorganización, función de búsqueda de sentido y función de conducción de vida (Opazo, 2001). Este modelo nos permitirá prestar atención a la totalidad de la dinámica psicológica.

El modelo supraparadigmático trabaja con el psicodiagnóstico integral y con el DSM IV, que dará una mirada descriptiva a la sintomatología del niño con autismo. El DSM IV-TR (American Psychiatric Association) clasifica las características del autismo en tres tipos:

El tipo I se refiere a la alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con pares adecuadas al nivel de desarrollo.
- (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas, disfrutes, intereses y objetivos.

- (d) Falta de reciprocidad social o emocional.

El tipo II se refiere a la alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- (b) En niños con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- (d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

El tipo 3 se refiere a patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos repetitivos y estereotipados. Se deben manifestar por lo menos mediante una de las siguientes alternativas:

- (a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal.
- (b) Apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- (c) Manías motoras estereotipadas y repetitivas.
- (d) Preocupación persistente por partes de objetos.

Asimismo, debe existir un retraso o funcionamiento anormal antes de los tres años de edad, en que por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social y juego simbólico o imaginativo.

Por último cabe señalar que el trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Epidemiología

El autismo se presenta durante los tres primeros años. Actualmente las cifras demuestran que el autismo se presenta en todos los grupos raciales, étnicos y sociales (Instituto Nacional de Salud infantil y desarrollo humano, 2002).

La aparición de éste es bastante clara incluso a los seis meses de edad. El autismo afecta con más frecuencia a los niños que a las niñas. Kanner encontró cuatro veces más niños que niñas entre todos los que tenían síndrome autista, estadística que perdura en la actualidad (Wing, 1998). Esta estadística se explicaría probablemente porque en las mujeres el cerebro social estaría mucho más desarrollado que en los hombres: por supuesto esta explicación deja lugar a dudas. Ahora bien, los casos de mujeres suelen ser más graves que los casos de varones (García, 2009; García, 2009; Amodia, 2006).

En lo que respecta a la capacidad cognitiva, aproximadamente un 70% de los niños con autismo tiene una discapacidad intelectual. Este término reemplazará el comúnmente utilizado en la literatura de retraso mental. De estos niños, el 30% presenta discapacidad cognitiva moderada, el 40% discapacidad cognitiva grave, y solo un 30 % de los niños con trastornos del espectro autista presenta un CI normal o incluso superior (Abat, et. al, 2009). Cuando los niños con autismo son evaluados con el WISC, las puntuaciones de los test de ejecución, es decir las habilidades cognitivas no verbales, son más altas que en los test verbales, pero nunca alcanzan un CI sobre los 70 (Motttron 2004, en Gallo, 2008).

Entre un 25% y 30 % de las personas con autismo tienen un trastorno médico asociado: los más frecuentes son la epilepsia, ceguera, esclerosis tuberculosa, sordera y neurofibromatosis, entre otros (Amodia, 2006).

Una evolución “in crescendo”: ¿Qué nos explica el aumento epidemiológico?

Los datos estadísticos nos indican que el trastorno del espectro autista ha ido en progresivo aumento en los últimos años. Este acrecentamiento se explicaría por una mayor precisión en el criterio diagnóstico de dicho síndrome. Otros autores señalan que el incremento puede ser más aparente que real, dado que la definición de autismo se ha ampliado con respecto a lo que estableció Kanner. Es así como los sistemas clasificatorios han abarcado un mayor espectro de autismo. En los años 90 se incorporó a los trastornos del espectro autista el trastorno de Asperger, lo cual aumentó claramente la prevalencia (Garrido & Viola, 2006; Breinbauer 2006).

Si bien existe un aumento considerable, no se conocen las causas. Se han propuesto explicaciones como los efectos de la contaminación atmosférica y de los aditivos alimentarios, pero no hay evidencia que apoye a cabalidad ninguna de las teorías expuestas (Wing, 1998).

Otra variable que podría explicar dicho aumento es que no es lógico que un síndrome supuestamente genético pueda crecer en

1500% en veinte años, lo cual nos indicaría la combinación de causas ambientales que repercuten en el síndrome. Existe una correlación significativa en que a mayor exposición tóxica y/o inmunológica, es más probable que existan mayores fallas en el neurodesarrollo y por lo tanto que se presente autismo (Maya & Luna, 2006).

Etiología multicausal

La etiología o etiopatogenia refiere al proceso de gestación de la patología. La etiología del autismo es compleja, debido a que es un trastorno multicausal en que existen más preguntas y dudas que certezas. Ahora bien, actualmente existe un consenso en las investigaciones, en que se presenta un déficit en el equipamiento neurobiológico que afecta el funcionamiento del niño con autismo. La comunidad científica avala que el autismo se relaciona con un desarrollo atípico de distintas áreas cerebrales (Espídola, & González, 2008).

La evidencia científica plantea una visión multifactorial compleja, en la que existiría una interacción de factores genéticos y ambientales (Instituto de Salud Carlos III, 2004).

Otra área de investigación actual explora dos tipos de autismo: Tipo I (clásico o desde el nacimiento): causado por la genética, siendo un desorden metabólico severo, producto de un error innato del metabolismo. Este autismo irrumpe prontamente en la vida, a diferencia del autismo Tipo II, que es el que explicaría probablemente el progresivo aumento de casos

de autismo en el mundo. Datos del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de Estados Unidos dan a conocer cómo los padres relatan en por lo menos 20% de los niños un desarrollo casi normal, hasta que repentinamente sufrieron una disminución en sus habilidades sociales o de comunicación. Si bien existe una predisposición genética, se estaría frente a exposiciones tóxicas (metales pesados). De hecho, la gran mayoría de las vacunas pediátricas utilizan las dosis más altas permitidas de mercurio (25 µg en cada una de ellas). Entre ellas encontramos la vacuna contra la difteria-pertussistétanos (DPT), la del Haemophilus influenza y tipo B (Hib), la de la hepatitis viral B (HvB), la de la influenza y la vacuna contra el meningococo (Maya & Luna, 2006).

Cabe señalar que existe mucha controversia respecto a este tema y se presentan opiniones contrarias. Datos del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano del año 2002 no encontraron una relación directa entre la vacuna triple vírica y el autismo.

En el 2001, investigadores de la Red CPEA y otros científicos financiados por Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, generaron lineamientos en el sentido de que las personas con autismo podrían tener un error en sus genes. Se ha comprobado que los gemelos idénticos tienen más frecuentemente autismo que los fraternos, lo cual nos indica la gran importancia de los genes en el autismo. Los gemelos idénticos comparten un solo óvulo, presentando los mismos genes. Esto podría explicar el alto porcentaje encontrado

en estudios del Instituto de San Carlos en España, que nos indicaría un porcentaje de 80% en la probabilidad de tener un trastorno del espectro autista cuando el otro gemelo sí lo tiene.

Se ha encontrado evidencia que en el autismo estarían vinculados los cromosomas 7 y 15. El cromosoma 7 está vinculado con los trastornos del lenguaje y el cromosoma 15 con otros trastornos del desarrollo. Se ha encontrado evidencia empírica de que a los niños con autismo les faltan casi mil pedazos de la secuencia genética del cromosoma 15, donde carecían de algunas de las instrucciones para construir la mente de manera correcta (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, 2002).

Ante la complejidad de la etiología, el supraparadigma integrativo permite ahondar y abarcar e integrar las aristas de dicha etiología. Si bien existen pocas evidencias confiables en relación a las probables causas y evolución de este trastorno del desarrollo, ampliar la mirada y tomar en consideración todo conocimiento válido nos permitirá aproximarnos a una respuesta más precisa, completa y aminorar muchas de las preguntas sin respuesta que aún existen. Para esto será necesario ahondar en el rol etiológico propuesto por cada paradigma, lo cual, sin lugar a dudas, juega un rol trascendental en predicción y cambio.

El autismo y las funciones del Self: una mirada integrativa

El autismo, como síndrome, adiciona

complejidad para comprender dicha dinámica. Es así como mirar los 360° de la dinámica psicológica nos permitirá abarcar e integrar más miradas y no solo considerar una opción. Por ello resulta trascendental observar desde diferentes ángulos y paradigmas, ya que todos tienen algo que aportar y nos dan luces para acercarnos a este síndrome multicausal, ya que entenderlo desde un único punto de vista no aporta lo suficiente. Es en este territorio que el supraparadigma integrativo permite seleccionar conocimiento, guiar la investigación y ordenar el conocimiento, aportando profundidad a la comprensión y potencia al cambio.

Desde la psicoterapia integrativa se explicará el sistema *self* como una estructura interna integrada, dinámica y organizada, que posee coherencia experiencial, simbolización y reglas de configuración (Valverde y Stoulman, 1997 en Bagladi, 2010). El niño con autismo tiene sus propias reglas, configurándose cada individuo de manera diferente, como un nuevo mundo. En un niño con autismo las seis funciones del sistema *self* están alteradas: función de toma de consciencia, identidad, significación, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción existencial. Esto explicaría el desajuste psicológico que se produce en un niño que presenta autismo.

La función de toma de consciencia tiene relación con los focos del darse cuenta: *¿Cómo funciono? ¿Quién soy? ¿Qué me pasa? ¿Qué pienso? ¿Qué deseo? ¿Cuál es mi historia?* Asimismo, tiene relación con la capacidad de libertad de concienciar: *¿Cuál es mi capacidad de observación? ¿Cuál es mi capacidad de*

introspección? (Opazo, 2001) En los niños con autismo existe un quiebre del juicio de realidad, por ende el nivel de consciencia es bajo. Ahora bien, en los niños con un nivel de funcionamiento alto y en los niños con Asperger existe una mayor toma de consciencia que en los niños con un funcionamiento de bajo nivel. Es posible apreciar que el principio de realidad no opera adecuadamente, pues se estaría rigiendo por el principio del placer.

La función de identidad se relaciona con la autoimagen, autoestima y autoeficacia: *¿Cómo soy? ¿Quién soy? ¿Creo en mí? ¿Cuánto me conozco? ¿Cómo me ven? ¿Cómo quiero que me vean? ¿Me acepto como soy? ¿Cómo quiero llegar a ser?* (Opazo, 2001) En los niños con autismo existe una identidad difusa.

La función de significación tiene relación con las siguientes preguntas: *¿A qué le presto atención preferentemente? ¿Qué me importa más? ¿Soy capaz de observar desde diferentes ángulos? ¿Evito "mirar" en algunas direcciones? ¿Cuán bien traduzco mis experiencias?* (Opazo, 2001) En los niños con autismo la capacidad de significación está alterada. Existe una incapacidad de ponerse en el lugar del otro y una imposibilidad de leer tanto sus claves verbales como no verbales. Esto está estrechamente ligado a la alteración del sentido de realidad. Estos niños tienen su propio mundo de significados y su propia lógica de funcionamiento. Aún resulta difícil acceder a su mundo de significados, ya que operan desde una lógica diferente.

La función de autoorganización refiere a las siguientes preguntas: *¿Qué experiencias me desorganizan? ¿En qué grado? ¿Logro autoorganizarme plenamente? ¿Estoy dispuesto a cambiar? ¿Hasta qué punto? ¿Cuán coherente es mi mundo interno?* (Opazo, 2001). Los niños con autismo tienen su propio mundo de acuerdo a sus propias reglas. Esta lógica nos resulta caótica, por lo cual es necesario ayudar a estructurar su mundo. Desde este lineamiento, se torna trascendental estructurar las actividades, mejorando de esta manera la coherencia interna e impulsividad presentes en estos niños.

La función de búsqueda de sentido: *¿Cuáles son mis valores? ¿Qué guía mis decisiones? ¿Tengo nortes orientadores? ¿Logro actualizar mis potencialidades? ¿Le doy sentido a mi vida? ¿Soy una persona trascendente?* Desde este lineamiento es posible apreciar cómo dichas preguntas que refieren a la orientación al futuro y logro de metas se encuentran interferidas en estos niños. Como se señaló anteriormente, estos niños operan desde una lógica en que prima el principio del placer, es decir donde irrumpe el mundo de los impulsos, existiendo una baja orientación al futuro. De esta manera, son los adultos a cargo del niño quienes deben ayudar a transitar y generar nortes orientadores.

La función conducción de vida hace alusión a las siguientes preguntas: *¿Soy capaz de activarme y perseverar? ¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades? ¿Logro postergar mis impulsos? ¿Soy consciente con mis nortes? ¿Cuál es la calidad de mis elecciones? ¿Me comprometo con mi desarrollo personal?* Como ya se señaló

anteriormente, no encontramos respuestas a estas preguntas por los niños autistas, debido a las graves alteraciones del sistema *self*. Es por esta razón que resulta trascendental que los sus adultos significativos y especialistas sean nortes orientadores para ellos, guía y apoyo permanente, de manera de potenciar al máximo sus capacidades.

El autismo y los paradigmas del Supraparadigma

A continuación se expondrá, desde el modelo, sus seis paradigmas y la relevancia del aporte de cada uno de ellos en relación a la etiología y tratamiento del autismo. Para esto serán de gran utilidad los principios de influencia propuestos por el Enfoque Supraparadigmático. Un principio de influencia es un regulador de la dinámica psicológica que involucra una humanización del principio de causalidad. En lugar de una ley causal física necesaria, se trata de influencias probabilísticas sobre la base de investigación. Por ejemplo, el creer que la psicoterapia aumente la probabilidad de éxito terapéutico. Desde cada paradigma se han acumulado diferentes principios de influencia (Opazo, 2001).

Los principios de influencia integran los principios generales (nomótéticos) que se organizan y configuran de un modo particular (ideográfico) en cada persona. En este artículo se ajustaran algunos principios de influencia que parecen relevantes para comprender la dinámica psicológica del autismo.

Etiología biológica

Un principio de influencia señala que factores hereditarios específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presente autismo. Existe un gran componente genético en la etiología de la enfermedad, con la presencia de muchos factores neurobiológicos involucrados. Por tanto, existe una alta vulnerabilidad biológica.

Desde lo biológico, las áreas del cerebro involucradas son: corteza (expresión oral y lenguaje) y sistema límbico frontal (funciones ejecutivas) y temporal, en que existen manifestaciones atencionales. A su vez, el cerebelo y el sistema vestibular facilitan la presencia de alteraciones del ciclo de sueño, movilidad y respuestas sensoriales. Así es posible señalar que el mal desarrollo cerebeloso (bajo número de neuronas de Purkinje) encontrado en el autismo, repercute en la incapacidad de realizar cambios rápidos de atención entre estímulos visuales y auditivos, lo que afecta en gran parte el desarrollo cognitivo y social (Breinbauer, 2006; Amodia, 2006) Asimismo, las dificultades para acceder a la información social y para la formación de representaciones físicas ocurriría por una disfunción del lóbulo temporal medial y del lóbulo orbital frontal (Dawson, citado en Torres, 2008).

Bauman y Kemper en 1994, mediante un análisis histológico postmortem de cerebros de pacientes autistas, encontraron neuronas de menor tamaño de lo normal en estructura del sistema límbico.

El año 2000, Navarro plantea que los niños con autismo presentan un perfil de deterioro

cognitivo que afecta a las funciones cognitivas relacionadas con el hemisferio izquierdo, las que a su vez estarían relacionadas con el lenguaje. Se han encontrados pocas alteraciones en las funciones visoespaciales y perceptivas, atribuidas al hemisferio derecho (Torres, 2008).

Desde la biología, en la actualidad se comprende al autismo como un trastorno severo de la maduración de la conducta, que ha sido asociado a anomalías neurológicas cuya base está ligada a trastornos neuropatológicos, bioquímicos, metabólicos o genéticos. Sumado a esto, existe un trastorno en la modulación sensorial. Además, se conoce que la conducta autista aparece a los tres años, en la etapa de maduración del sistema nervioso central. Un 50 a 80 por ciento de los niños con autismo presentan anomalías bioeléctricas. Se presentan diversos síndromes orgánicos, alteraciones en ciclo sueño-vigilia e inmadurez en las conexiones interhemisféricas (Riviere 2000 en Campos 2000).

Los estudios neurofisiológicos señalan anomalías en el electroencefalograma y comprueban la existencia de un trastorno en el procesamiento sensorial, en conjunto con un trastorno en la atención selectiva (Amodia, 2006; Campos, 2000 en Riviere 2000).

Estudios han hipotetizado un funcionamiento inadecuado en los genes que regulan la formación del sistema nervioso humano, entre el tercer y séptimo mes de desarrollo embrionario (Acumudi, 2009). Ahora bien, Miguel Angel García Coto (2009) señala una epistaxia, en que existiría la interacción de unos diez a doce

genes necesarios para la expresión completa del cuadro autista. Desde esta perspectiva, se podría concebir el autismo como un trastorno poli genético, en que las interacciones entre varios genes pueden generar un fenotipo característico de los trastornos del espectro autista (Abat, et al. 2009).

Un concepto a considerar es el alto psicoticismo en los pacientes con autismo, dado que existe un descontrol elevado de los impulsos. Esto podría explicar las conductas autolesivas que generalmente presentan estos niños.

Reichelt y colaboradores formularon la hipótesis de que los péptidos del gluten y la caseína poseen una función etiológica en el trastorno autista, encontrando incremento de éstos en la orina. Knivberg, en 1995, encontró efectos negativos sobre la atención, interacción social, aprendizaje y la maduración cerebral (Ferriter, et al. 2005).

Un estudio de Barthlemy y colaboradores de los niveles urinarios de catecolaminas en niños con autismo detectó una baja de dopamina y altos niveles de noradrenalina, que podrían explicar las conductas pasivas que se observan en estos niños (Torres, 2008).

En los niños con autismo se encuentra elevado el neurotransmisor serotoninérgico, que tiene relación con la modulación de la afectividad. El mismo neurotransmisor influye en las funciones cerebrales del sueño, función cognoscitiva, percepción sensorial, actividad motora, percepción sensorial, regulación de la temperatura, apetito, conducta sexual y

secreción de hormonas. En el desarrollo normal, la serotonina va disminuyendo su presencia en la sangre. En el autismo, ésta no disminuye, existiendo una falta de maduración en el sistema nervioso (Acumudi, 2009; Torres, 2008; Risueño, 2003).

Aportes terapéuticos desde el paradigma biológico

Existe una alta influencia etiológica de las disposiciones genéticas, que hacen que este trastorno sea tan refractario al cambio psicoterapéutico. Es en este espacio donde la farmacoterapia permitiría la disminución de algunos síntomas secundarios que se producen en las personas con autismo. Al administrar flenfluronamina se encontró una disminución de la hiperactividad, mayor incremento de conductas sociales y un aumento en la comunicación. Existen fármacos para la inhibición de la recaptura de serotonina, tales como la fluvoxamina y sertralina, que han dado resultados en la disminución de pensamientos repetitivos, rituales y agresividad, junto con un mejor uso del lenguaje y conducta social. Estudios del Instituto Nacional Norteamericano de Salud ha comprobado que la Risperidona ayuda a controlar y manejar la irritabilidad.

Se han propuesto cambios de hábitos alimentarios. Es así como se sugiere una dieta libre de Gluten y Caseína, es decir, restringir alimentos que contengan harinas de trigos y lácteos. Siguiendo el lineamiento propuesto por Knivberg, una dieta saludable propiciaría el aprendizaje, comportamiento social, funcionamiento cognitivo y habilidades

comunicativas. Asimismo, se sugiere la implementación de suplementos alimentarios, especialmente el uso de vitamina B. Si bien los estudios experimentales sobre las dietas no han sido concluyentes, se ha encontrado una mejoría en el comportamiento y bienestar del niño que presenta autismo.

Asimismo, se debe implementar en niños con autismo un programa de ejercicio sistemático, dado que influye aumentando la probabilidad de relajación.

Otro principio de influencia a considerar es que el cansancio y una mala higiene del sueño influyen aumentando la probabilidad de que aumente el umbral hedónico.

Etiología cognitiva

Existe una discapacidad a nivel intelectual, en que generalmente hay un retardo mental asociado. Los niños con autismo no presentan capacidad de abstracción. Existe una baja comprensión lógica y una baja creatividad. Junto a esto, se presenta dificultad en la toma de decisiones y una baja concentración.

Piaget (1969) señala que a los nueve meses el niño comienza a desarrollar la fase ilocutiva, en la cual comienza a existir la comunicación intencionada. En un niño con autismo, dicha fase no se desarrolla de manera adecuada, por lo que hay desorganización en vez de un comportamiento propositivo y estratégico, que sí está presente en los niños con un sano desarrollo.

Desde Piaget, podemos considerar que la acomodación a la realidad en un niño con autismo está interferida, dado que no existe una adaptación compartida al mundo (Acumudi, 2009).

Los niños con autismo presentan deficiencias en el juego simbólico, ya que se requiere de un proceso cognitivo, el que se encuentra interferido en estos niños. Por esta razón, existe una falta de metarrepresentación que hace imposible predecir las acciones propias y ajenas, y por ende comprender el comportamiento propio y el de los otros (Torres, 2008).

Los niños con autismo presentan intacta su memoria semántica. Ahora bien, la memoria episódica y la semántica se encuentran interferidas, probablemente por la ausencia de procesamiento de la información en estos niños (Toichi y Kamio 2002 en Margullis, 2009).

Aportes terapéuticos desde el paradigma cognitivo

La baja abstracción de los niños con autismo pone como desafío ayudarles a representar el paso del tiempo en términos prácticos, en que lo abstracto tiene que hacerse concreto.

Existen muchos tratamientos que han sido diseñados para tratar el autismo. Actualmente, se ha comprobado que ha tenido mejores resultados el método de modificación de la conducta ABA (Applied Behavior Analysis), el cual ha logrado poner al niño bajo control

instruccional y centrar su atención. Este modelo está basado en el trabajo de Skinner, que se enfoca en el aprendizaje de habilidades y en la reducción de conductas problemáticas (García, 2007 & Kern, et al. 2008).

En el año 1961, Fester fue el primer autor que analizó el autismo desde el enfoque conductual. En vez de ver el autismo como un trastorno emocional subyacente, lo concibió como resultado de una dificultad para aprender. Este hallazgo generó diversas investigaciones desde el análisis conductual. En el año 2001, la academia Americana de Pediatría refiere que el análisis aplicado de la conducta (ABA) es el único tratamiento validado, junto con el PECS, (Picture Exchange Communication System), para responder a las necesidades educativas de los niños con autismo, ya que logra una mayor independencia y calidad de vida. ABA se utiliza en el ámbito educativo, buscando resolver las necesidades educativas especiales, mejorar problemas de conducta y funcionamiento del niño. A partir de datos verídicos, se ha encontrado una adecuada solución para el manejo de niños con autismo. Estudios de Harris y Handeleman en 1994 encontraron que más de 50% de los niños con autismo fueron integrados a aulas con niños sin dificultad (Valencia & García, 2006).

Otra metodología cognitiva-conductual validada por la Academia de Pediatría es el PECS, que está basada en la comunicación visual y la lectoescritura. El PECS ayuda en la comunicación visual por medio de imágenes y símbolos que representan conceptos o palabras.

En la actualidad se utiliza el Teacch (Teaching Spontaneous Communication to Autistic Developmentally Handicapped Children) para centrar la atención en niños con autismo. Ésta consta de cinco dimensiones de los actos comunicativos tales como: la función, la estructura, la modalidad, el contexto y las categorías semánticas, que ayudan a desarrollar los objetivos comunicativos, siendo claves en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Existen técnicas para la adquisición de la conducta tales como: contrato de contingencias, modelamiento/ imitación, moldeamiento y economía de fichas.

Un principio de influencia a tener presente es que las expectativas de cambio positivas aumentan las probabilidades de cambio en el niño. Por supuesto, no resulta fácil generar expectativas positivas en un niño autista.

A partir de las técnicas señaladas, cabe indicar que, si bien los resultados obtenidos de este paradigma han sido aportativos y ayudan a mejorar la calidad de vida de un niño que presenta autismo, siguen siendo modestos (Balbuena, 2007).

Etiología afectiva:

Hay un alto grado de introversión y escasas habilidades sociales, además de baja tolerancia a la frustración, asociada a una baja capacidad para disfrutar. En las relaciones interpersonales, se aprecia baja empatía, en la que no se evidencia una adecuada intención de involucrarse con otros y una incapacidad de

ponerse en el lugar de otro. En los niños con autismo es inherente la inestabilidad emocional: labilidad, que es producida por una escasa modulación afectiva. Hay una incapacidad generalizada para “leer la mente”, que evidencia una falta de comprensión de los sentimientos, creencias y emociones de otras personas.

En 1989, Yirimiya Kasari, Sigman y Mundy encontraron que los niños con autismo expresaban más afectos negativos. No existían diferencias significativas en el tiempo en que los niños expresaban afecto positivo. Este trabajo pone de manifiesto que la conducta de los niños con autismo demuestra más expresiones de afecto negativo y expresiones ambiguas (Canal, 2000). También refiere sobre las dificultades de los niños con autismo en la expresión emocional, lo que se refleja más por la escasa comprensión social que por desinterés social.

Aportes terapéuticos del paradigma afectivo

Se proponen las técnicas complementarias de musicoterapia, delfinoterapia y equinoterapia, dado que estas técnicas han respondido favorablemente en lo que respecta al mejoramiento de la capacidad de disfrutar, la disminución del descontrol de impulsos y una mayor estabilidad emocional.

La musicoterapia busca el vínculo a través del ritmo y la música. La música logra bajar los niveles de estrés y descubrir la creatividad, encontrando un espacio de juego y diversión (Amucadi, 2009). Edgerton, en 1994, encontró un aumento en el desarrollo de las habilidades

comunicativas luego de ser expuestos los niños con autismo a musicoterapia. Estudios posteriores (Shumacher 1999) encontraron evidencias sobre cómo los niños con autismo cambiaron y se desarrollaron durante la musicoterapia a largo plazo, en lo que respecta a las habilidades comunicativas no verbales.

La terapia asistida con animales proporciona al niño con autismo un espacio, en el que logra sacarlo de su “propio mundo” y tomar consciencia del otro. Si bien la delfinoterapia y equinoterapia pueden ser más inaccesibles por un costo económico mayor, los animales domésticos pueden aportar significativamente en la generación de vínculos de niños que presentan autismo (Amucadi, 2009).

A partir de lo anteriormente planteado, resulta trascendental el principio de influencia: Un contexto familiar y terapéutico de activación afectiva, contribuye aumentando la probabilidad de asimilación de la experiencia.

Etiología Ambiental- Conductual

En los niños con autismo se encuentra presente un bajo repertorio conductual y una baja historia de refuerzos.

Existe una relación causal entre el timerosal (etil-mercurio), como preservante en las vacunas pediátricas, y el incremento de casos de enfermedades del neurodesarrollo infantil, entre ellas el autismo. Es así como estudios han comprobado que el inicio de los síntomas autísticos coincidía con periodos posteriores a

la aplicación de las vacunas pediátricas (Maya & Luna, 2006)

Además del uso de Hg orgánico timerosal, debe considerarse el aumento de la contaminación ambiental. La presencia de metales pesados, pesticidas, herbicidas, fungicidas y percloratos, entre otros, influiría en la incidencia de esta severa enfermedad del neurodesarrollo. Junto a esto, el abuso de sustancias antes y/o durante la gestación tendría un efecto negativo. Cabe señalar también que la disminución de la lactancia materna y la sustitución por fórmulas lácteas artificiales generan alto impacto.

Aportes terapéuticos del paradigma ambiental-conductual

A partir de lo anteriormente expuesto, dado que existe en términos de probabilidades una relación en la etiopatogenia de estos trastornos del desarrollo, deberían implementarse vacunas sin metales pesados, para propiciar el sano desarrollo de los niños.

El principio de influencia, en que un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad, puede resultar aportativo. A partir de este lineamiento, se debe generar un ambiente que sea organizado, estructurado, predecible y facilitador de aprendizajes, en que se empleen materiales visuales y recursos didácticos. Se deberá potenciar el uso de secuencias, fases didácticas y habilidades de interacción social. Paralelo a esto, el niño deberá aprender a atender, imitar, utilizar objetos, emplear materiales escolares, seguir instrucciones,

permanecer sentado, completar tareas cortas, estar tranquilo cerca de otros niños y esperar turnos. Además, se deberán fomentar habilidades de comunicación. Otras metodologías adecuadas son que aprenda a responder al nombre, señalar partes del cuerpo y pedir lo que desea a través de láminas. Es de suma importancia el trabajo en la organización espacial, dado que las dificultades de anticipación conllevan a una percepción caótica y fragmentada de la realidad. Es por esto que se torna esencial generar ambientes estructurados y predecibles, así como contextos directivos de aprendizaje. A partir de esta estructuración ambiental, el niño podría presentar una mayor flexibilidad mental.

Etiología desde el paradigma Sistémico

Existe un estrés parental en que los montos de ansiedad parecen ser elevados, especialmente al inicio de la enfermedad. Luego, dichos montos suelen bajar, lo que conlleva una resignación de los padres ante la escasa posibilidad de recuperación de sus hijos.

Una investigación realizada por el grupo de estudios Abat y colaboradores, de 2009, encontró que los padres de niños con trastornos del espectro autista presentaban niveles de estrés más elevados que otros padres (59% madres y 35% padres). El nivel de estrés de las madres disminuyó al entrar los niños a programas terapéuticos (46%), a excepción de los padres en que el porcentaje se mantuvo.

La investigación realizada por Abat y colaboradores arrojó que las madres de niños

con autismo tienen más elevados niveles de depresión, agravándose dichos síntomas cuando son la cuidadora principal de sus hijos. A partir de lo anteriormente indicado, es posible que la depresión esté correlacionada con los sentimientos de culpa, ya que se sentían responsables del diagnóstico de su hijo. A su vez, existen muchos sentimientos de frustración, aislamiento e impotencia por la falta de apoyo de los servicios de salud mental.

Respecto a las creencias de los padres en relación a las causas del autismo, refirieron las vacunas, predisposición genética y exposición ambiental de la madre durante el embarazo. Se apreció que finalmente la totalidad de los padres fueron capaces de percibir experiencias de aprendizaje positivo en el proceso de crianza de un niño con autismo

Un seguimiento a lo largo del tiempo, luego de diez años haber diagnosticado autismo, arrojó que la percepción de estrés disminuyó, mejorando en cambio la percepción de bienestar y experimentando mayor satisfacción del apoyo brindado por los servicios de salud.

En relación a lo anterior, se comprende que se ha encontrado evidencia de los padres de niños con trastorno autista, suelen tener niveles altos de rigidez, perfeccionismo y rasgos obsesivos, ya que generalmente están vinculados a altos niveles de estrés.

Kanner señaló que en los padres de niños con autismo, existía un nivel de inteligencia y educación superior a la media de los padres de niños con autismo (Wing, 1998).

Ahora bien, dichos datos son contrastados por un estudio de Schopler en 1973, que demuestra que los padres de niños con autismo tienen un rango normal de características de personalidad.

Aportes terapéuticos desde el paradigma

Sistémico

Se sugiere desde dicho paradigma: psicoeducación parental, charlas con especialistas del tema y grupos de apoyo. Se torna esencial ayudar a los padres a comprender y aceptar el diagnóstico de su hijo, lo cual lleva tiempo y es un duelo que deben cursar. Los padres deben tener mucha participación, ya que son necesarios para un trabajo en conjunto e interdisciplinario. Se torna imperante que se instruyan en el proceso y camino de un niño que presenta autismo. Ahora bien, los familiares cercanos, tales como abuelos y hermanos de niños con autismo, juegan un rol trascendental en el desarrollo, por lo cual talleres grupales en que ellos sientan que son escuchados y se den cuenta de que vivencian experiencias similares, son un gran aporte para acercarse a comprender al niño con autismo. Desde esta perspectiva, se considerará el siguiente principio de influencia: **un ambiente que responde en forma contingente a las conductas, influye aumentando la probabilidad del bienestar psicológico del niño.** Junto a esto, **un cambio específico a nivel conductual influye aumentando la probabilidad de cambios específicos a nivel cognitivo y afectivo.** Otro principio de influencia significativo es que **un cambio positivo y estable en el sistema psicológico influye aumentando la**

probabilidad de que se presente un efecto positivo y estable en el sistema total.

Desde estos principios de influencia se torna esencial el lineamiento de García, que alude a la importancia de una organización familiar complementaria, estable y flexible, la cual actuaría como factor protector para el desarrollo y acomodación del niño. Por el contrario, una familia con una organización familiar rígida repercutiría como factor de riesgo, pudiendo ser iatrogénico para su desarrollo.

Asimismo, se torna trascendental que los padres sean co-partícipes, es decir agentes facilitadores de cambio positivo en el niño, de manera que repercuta tanto a nivel individual como familiar. Para ser un agente facilitador, es esencial conocer los potenciales y destrezas cognitivas que presenta el niño con autismo, para así plantear objetivos terapéuticos realistas y adecuados. Se torna esencial en las charlas de apoyo trabajar con el niño ideal v/s real.

Etiología desde el paradigma Inconsciente

Existe una baja capacidad de *awareness*, una alta alexitimia y mecanismos de defensa inmaduros. Entre éstos encontramos: el *acting out*, negación psicótica, fantasía autista y escisión.

El niño con autismo no puede construir su cuerpo, dado que no existe un otro en el cual reflejarse, rigiéndose por las leyes del proceso primario y por el principio del placer. No se logra desarrollar el proceso secundario (pensamiento vigil, atención, juicio, razonamiento y acción

controlada), el cual se caracteriza por el sistema preconsciente que rige el principio de realidad. Esta función reguladora se encuentra ausente en el niño con autismo (Acumudi, 2009). En otras palabras, su manejo de la realidad es a partir del predominio del principio del placer sobre el principio de realidad, que lo lleva a operar con la lógica del proceso primario (Risueño, 2003)

El arte-terapia considera en los dibujos y cuadros la posibilidad de expresar los conflictos inconscientes. Este espacio promueve el desarrollo de la comunicación no verbal, como posibilidad de expresar los conflictos emocionales e inconscientes, propiciando el desarrollo y autoconsciencia. De esta manera, sería posible apreciar una conexión con el mundo interior y exterior (Asociación Americana de Arte-Terapia en Fernández, 2003). A partir de este lineamiento, sería posible ayudar al niño con autismo a dar sentido a su experiencia y acción.

Los niños con autismo tienden a utilizar los juguetes de forma menos apropiada, más repetitiva y menos diversa a como lo hacen los demás niños (Sherman, Shapiro & Glassman, 1983). Paul Harris elabora una teoría acerca de las destrezas mentales de los niños, en que éstos se ponen imaginativamente en la piel y situación de personajes e imaginan sus acciones, emociones y pensamientos. Los niños con autismo, por su parte, no tienen la capacidad imaginativa suficiente como para ponerse en la piel y situaciones de los personajes, caracterizándose por su inflexibilidad, déficit en la imaginación e

imposibilidad de elaborar un juego simbólico (Fernández, 2003). Existe en el juego una mayor pobreza de la conducta de juego, poca elaboración, falta notable de fantasía, baja creatividad y baja expresividad del niño autista en relación a los demás niños. Un estudio realizado por Canal y Riviere demostró que el niño con autismo no inicia ninguna conducta después de que su madre inicie un juego funcional, no existiendo afecto positivo si su madre lo demuestra.

Aportes terapéuticos desde el paradigma inconsciente

El juego será un mediador de aprendizaje. Por lo tanto, los especialistas y los familiares deben entrar en la lógica del niño. Los niños autistas juegan sin reglas. Para comprender su mundo interno se debe ingresar en su funcionamiento e inconsciente.

El arte-terapia y el dibujo pueden resultar de gran ayuda como material educativo, ya que a través de la estructuración de historias narrativas, expresiones de los personajes y expresión de conceptos aprendidos, el niño podría llegar a interiorizar aprendizajes.

Desde esta perspectiva, a través del juego se puede permitir el acceso de un estímulo subliminal específico, que influirá aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas conductas específicas, lo que ayudará al niño con autismo a estructurar su mundo caótico, brindándole la ayuda externa para dar sentido a la experiencia y a la acción.

Comprendiendo la sintomatología del niño con autismo desde los conceptos movilizadores

En 1992, Roberto Opazo propuso el término de concepto movilizador, que surge desde el marco del modelo integrativo supraparadigmático, para referirse a una formulación conceptual bien fundamentada, aportando elementos motivacionales para la participación activa del paciente en su proceso terapéutico y fuerzas de cambio específicas. Un concepto movilizador “involucra una formulación altamente motivante y muy movilizadora de cambios en psicoterapia. Desde el enfoque integrativo supraparadigmático se han venido decantando múltiples conceptos movilizadores: significación biológica, motivación cognitiva, *awareness* integral, conducta pulsante, potenciación interaccional, distancia psíquica, sintonía vivencial, ambiente patodistónico, entre otros.

Se delimitarán algunos de sus conceptos movilizadores, considerando su aporte a la temática clínica del niño con autismo tanto a nivel individual como a nivel familiar.

Un concepto movilizador relevante es la **significación biológica**, que se refiere a la traducción diferente de experiencias similares. Es así como el mismo entorno puede ser percibido de manera diferente por individuos que poseen diferente sensibilidad biológica. Los niños con autismo perciben los estímulos con mayor intensidad, por lo que existe una hipersensibilidad a ciertos sonidos o luces (García, 2007 & Opazo, 2001).

Un concepto movilizador interesante es la **motivación cognitiva**, en que las familias deben ser tenidas en cuenta para sacar adelante a un niño que presenta autismo. Desde este lineamiento, cabe señalar que las ganas no se esperan, se generan. Desde este espacio, para anclar el cambio, se requiere de **awareness integral**, es decir, claro en lo cognitivo, con arraigo en lo afectivo y orientación al cambio (Opazo, 2001). Para generar esto se requiere un ambiente que propicie la **conducta pulsante**, que refiere a la activación de mejor o peor manera del propio ambiente social (Opazo, 2001). Tanto especialistas como familiares de un niño con autismo deben ser agentes motivadores de cambio, aprendiendo a pulsar la conducta del niño para controlar rabietas, irritabilidad y baja tolerancia a la frustración.

Se considera que para ser agentes motivadores de cambio se hace necesario generar sinergia positiva, siendo este resultado superior a la suma de sus partes (Opazo, 2001). Este concepto movilizador se refiere a la **potenciación interaccional**, que debe tener una familia que presenta un niño con autismo. Muchos padres se desaniman, pierden la fe por los pocos avances que presentan los niños en su escaso desarrollo del lenguaje, por el desinterés del entorno, su mirada al vacío y por la evitación del contacto físico. Generalmente esto genera más **distancia psíquica** que acercamiento, siendo éste el espacio donde los padres se comunican mal, no comprenden ni empatizan con el niño autista ni en su relación de pareja, generándose un distanciamiento, en que muchas veces comparten un mismo espacio físico, pero se encuentran lejos el uno del otro.

El concepto movilizador de **sintonía vivencial** permite resonar y comunicar en la misma frecuencia. La pareja parental presenta un vivenciar compartido: ambos saben que su hijo no sociabiliza con los demás niños, no responde a su nombre, no obedece instrucciones, que tenderá a reír sin razón aparente, presentando un comportamiento repetitivo, ecolalia, obsesión por los objetos y bajo o nulo interés por los juguetes, o bien uso inadecuado de éstos. A su vez, un niño con autismo tenderá a amontonar o alienar los objetos, a pedir las cosas tomando la mano de alguien o dirigiéndola a lo que desea. De igual manera, realizará aleteo de manos, girará o se mecerá sobre sí mismo, fijará la mirada al vacío y caminará en puntillas. Además de todo lo anterior podría existir autoagresividad, agresividad con los demás, junto a una obsesión por el orden y la rutina (García, 2007).

Otro concepto movilizador relevante es el **ambiente patosintónico** que se genera en el ambiente de un niño que presenta autismo. Un ambiente patosintónico es aquel que entra en armonía con el conflicto y los rasgos desajustados de la personalidad. La sociedad y líneas investigativas han aportado poco al cambio de un niño autista, existiendo un ambiente de resignación en que se piensa que es poco lo que se puede hacer. Desde este lineamiento, es posible aseverar que existe un ambiente que armoniza con el comportamiento desajustado y la poca posibilidad de cambio que puede tener un niño con autismo.

Como terapeutas de un niño con autismo, se debe considerar estos conceptos movilizadores

que interactúan y repercuten en un mal funcionamiento familiar. Así, un adecuado espacio terapéutico puede facilitar en la pareja parental la empatía con la vivencia mutua, buscando generar una instancia de encuentro y cercanía tanto física como psíquica.

Se invita al lector a generar un ambiente patodistónico, de manera de propiciar la motivación al cambio de la estructura familiar y aunar fuerzas para mejorar la calidad de vida y satisfacer las necesidades educativas especiales que estos niños presentan.

Comprendiendo las necesidades educativas especiales

El niño con autismo debe adaptarse a un entorno que no comprende o que no está adaptado a sus necesidades. Por ello, un niño con autismo tiene necesidades educativas especiales en lo que respecta a los patrones lingüísticos, relaciones sociales y la inconsistencia de las reacciones conductuales.

- Patrones lingüísticos.

Existe una severa alteración de la comunicación (incluyendo lenguaje comprensivo y expresivo). En los niños con autismo, la intención comunicativa está ausente o es muy esporádica. La mitad de los niños con autismo no desarrolla el lenguaje expresivo. Los que sí lo logran, se expresan a través de la ecolalia, inversión pronominal, déficit en la comprensión pragmática del lenguaje, alteraciones en la prosodia, alteraciones en la comunicación no verbal y juego simbólico ausente, rígido y restringido (Breinbauer, 2006). Como referente,

se considerará la ecolalia como patológica si se da después de los tres años, siendo normal hasta alrededor de los treinta meses de edad. Dentro de las carencias comunicativas del lenguaje expresivo en un niño autista, se presentarán dificultades a nivel de alteraciones semánticas, fonoaudiológicas, defectos en la articulación, reiteración obsesiva de preguntas, labilidad, monotonía en el timbre y tono de voz. En lo que respecta a las dificultades del lenguaje receptivo, el niño presentará dificultades para atender y percibir la información, baja comprensión gestual, escaso contacto ocular, muecas, tics y estereotipias (Balbuena, 2007).

Antes del desarrollo del lenguaje, en los niños autistas los componentes pragmáticos no existen o se encuentran alterados. Al referirse a pragmática, nos referiremos a lo que es previo al habla, es decir todo aquello que se relaciona con la comunicación del lenguaje corporal. Este se subdividirá en tres tipos: los gestos, la postura y la expresión facial. Esta tríada se encuentra alterada en un niño que presenta autismo.

A partir de lo anteriormente planteado, se aprecia que los niños autistas no hacen uso del lenguaje con intención comunicativa y expresiva, estando inmersos en la lejanía, pareciendo sordos a los estímulos existentes y careciendo de una función reguladora (Torres, 2009).

- Relaciones sociales

En 1997, Angel Riviere define al niño con autismo como una persona que vive ausente mentalmente de las personas presentes, sintiéndose incompetente para predecir, regular

y controlar su conducta mediante la comunicación. En una persona con autismo existe un accidente de la naturaleza (genético, metabólico, infeccioso, entre otros) en que no logra ingresar al mundo intersubjetivo, es decir, al mundo interno de las otras personas. Es así como el otro y el *self*, son puertas cerradas.

Existe una severa alteración en la reciprocidad de la interacción social, que se configura como falta de iniciativa en la búsqueda de interacción social. Ya desde pequeños, los niños con autismo no presentan conductas exploratorias normales y esperables para su edad, existiendo un contacto fugaz. Es así como a las personas con autismo les dificulta ajustar su comportamiento al de los demás, ya que no entienden adecuadamente las normas sociales. Se presenta dificultad para expresar el mundo emocional, pensamiento e intereses.

- Inconsistencia o irregularidad de las reacciones conductuales.

El repertorio conductual del niño con autismo presenta elaboradas rutinas, patrones de juego o intereses restringidos, estereotipias motoras y destrezas imaginativas rígidas y restringidas. Entre ellas encontramos: apegos anormales, resistencia al cambio, insistencia en lo mismo, estereotipias motoras y dispraxia (Breinbauer, 2006).

En los niños con autismo se presentan dificultades para procesar e integrar la información sensorial, reaccionando de manera inusual. Hay una escasa eficacia en el uso de la vista y oído como canales propios de la comunicación, existiendo un uso mayor del

tacto, olfato y gusto. Esto se podría explicar por la baja edad mental y discapacidad cognitiva (Autism Speaks; Balbuena 2007). Los terapeutas sensoriales han encontrado en los niños autistas tres aspectos del proceso sensorial insuficiente:

- No existe un correcto registro en el cerebro del niño autista, por lo cual la entrada de sensaciones no es percibida adecuadamente, ya que existe una hipersensibilidad o hiposensibilidad.
- Baja modulación en la entrada sensorial (vestibular y táctil).
- Existe poco interés en realizar cosas propositivas o constructivas, ya que la parte de su cerebro que lo impulsa a hacer cosas no funciona correctamente.

Trascendencia de la detección inicial desde un abordaje integrativo: Tratamiento, evolución y pronóstico

Desde una mirada integrativa, la detección inicial y precisión del diagnóstico serán aportativos para mejorar la calidad de vida de un niño con autismo.

Las acciones deben ir dirigidas a la detección temprana, implementación de tratamiento integral y oportuno en los diferentes niveles de atención. A su vez, se requiere apoyo desde sectores de la salud y educación (Garrido & Viola, 2006).

Existen diversos lineamientos de investigación que han demostrado que el retraso en el proceso diagnóstico conlleva una pérdida en los

tiempos de intervención, repercutiendo en un mal pronóstico (Díaz, et coll 2004).

Existe un instrumento llamado CHAT (Checklist for Autim in Toddlers), de fácil aplicación, que debería aplicar cada pediatra a los 18 meses del niño. CHAT es un instrumento simple y rápido de utilizar, aproximadamente de tres minutos, con una predicción del 90% para diagnosticar si un niño podría tener un trastorno del espectro autista. Este instrumento evalúa tres áreas específicamente: señalamiento protodeclarativo, monitoreo de la mirada y juego simbólico. (Gallo, et.al 2008; Díaz, et al. 2004).

Diversos estudios de seguimiento han puesto de manifiesto que el señalamiento, desajustes en contacto ocular y la no existencia de juego simbólico, presentan alto valor predictivo al hablar de un trastorno del espectro autista. Si bien es un instrumento de gran valor predictivo para el autismo, no lo es en casos de trastornos del desarrollo menos graves.

Es así como Robins et al. 2001, elaboraron el MCHAT (Modifield for Autim in Toddlers), que viene a complementarla, dando una mayor precisión para la detección de los otros trastornos del desarrollo (Díaz, et al 2004). No obstante, la modificación del instrumento no considera una sección para el observador, como lo tenía el CHAT, sino que se basa solo en lo reportado por los padres (Gallo, et.al. 2008).

Luego de detectar un posible niño con autismo, se recomienda llevarlo a una evaluación inicial, que debería ser realizada por Neurólogo y Psiquiatra Infantil con experiencia en el tema.

Asimismo, se recomienda evaluación fonaudiológica por profesional con experiencia en trastornos de la comunicación y evaluación por un terapeuta ocupacional. En paralelo se deben realizar exámenes de laboratorio: evaluación audiológica, evaluación electroencefalográfica, *screening* metabólico, carograma, evaluación inmunológica y estudios de neuroimagen (Breinbauer, 2006; Díez-Cuervo, et.al 2005).

La evaluación psicopedagógica dispone de múltiples cuestionarios, tales como el CARS: escala conductual de evaluación de autismo infantil. Éste tiene quince ítems y es aplicable desde los dos años. CARS proporciona gran fiabilidad, siendo un diagnóstico categorial del autismo (normal, moderado o severo). Tiene una duración aproximada de entre treinta a cuarenta y cinco minutos. Otro instrumento de gran fiabilidad es la entrevista para el diagnóstico del autismo revisada (ADI-R). Éste brinda datos tanto de la conducta pasada como de la conducta actual. Se realiza por un especialista en el tema a los padres, proporcionando un diagnóstico desde el DSM-IV y CIE-10. La escala de observación diagnóstica del autismo-genérica ADOS-G, cumple los criterios del DSM-IV y tiene el mismo tiempo de duración del CARS. Esta escala evalúa la comunicación, interacción social recíproca, juego y conducta estereotipada. Es aplicable en niños en edad preescolar hasta autistas adultos (Amodia, 2006). Una prueba que da gran fiabilidad para evaluar el espectro autista es el PEP R de Shopler y Riechler. Esta prueba específica tiene ocho escalas que evalúan las funciones de desarrollo (imitación,

percepción, motricidad fina, motricidad gruesa, coordinación ojo-mano, ejecución cognitiva, ejecución cognitiva verbal) y arrojan la edad de desarrollo actual del niño respecto a su edad cronológica. PEP tiene una escala de patología que clasifica en tres niveles: ausente, leve y grave (Valencia & Garcia, 2006).

En la actualidad existen diversos modelos y técnicas de rehabilitación para el autismo, en las cuales el éxito estaría dado por la precocidad e intensidad de la intervención. Cabe señalar que la ausencia de un marcador biológico para el autismo dificulta la comprensión de los factores determinantes del pronóstico y la evaluación del impacto de las intervenciones (Alessandri, 2005). El tratamiento del niño con autismo debiera estar orientado al logro de conductas adaptativas que le posibiliten funcionar al niño lo más independientemente posible. El lenguaje comunicativo y el coeficiente intelectual son los mejores predictores de como será la etapa adulta (Amodi, 2006).

Es necesario en niños con autismo, desde discapacidad mental moderada hasta funcionamiento cognitivo normal, una estrategia basada en la intensidad del tratamiento, para maximizar la plasticidad de los procesos neurológicos y conductuales (Breinbauer, 2006).

El 10% de los niños tiene una evolución favorable, logrando un funcionamiento adecuado. Un 20% tiene una evolución aceptable, en que logran progresos a pesar de que aún presentan dificultades en el desarrollo. Un porcentaje significativo, es decir un 70%,

presenta una evolución pobre o muy limitada, en que persisten severas dificultades en la mayoría de las áreas (Breinbauer, 2006). Respecto al tratamiento de niños con autismo, se torna trascendental enseñar habilidades a los padres, de manera de potenciar las dificultades en las diversas áreas de desarrollo. Por esta razón, se debe realizar asesoría a los padres, familiares y personas cercanas al niño con autismo. Estos niños pueden aprender habilidades, pero se debe tener mucha paciencia, conocimiento y una alta creatividad. Se debe generar un ambiente amable, cercano, comprensible y predecible, de manera de potenciar sus fortalezas y desarrollar independencia. A través del juego y actividades extraprogramáticas, sería posible lograr una trascendencia respecto al aprendizaje (Miguel, 2006). Para lograr la trascendencia, se torna esencial generar un ambiente que contenga las ansiedades del niño. Es necesario buscar significantes, de manera de darle sentido a sus conductas. Asimismo, se torna esencial ayudar a estructurar un orden en su esquema psíquico, de manera de mejorar su función de autoorganización (Jiménez, 1999).

Para esto se requiere un trabajo en conjunto especialistas-familia. La familia juega un papel crucial durante toda la vida de un niño con autismo. Al conocer la familia un diagnóstico de autismo, comienza el caos, ansiedad e inseguridad de cómo sobrellevar esta lucha contra el desconcierto. El libro "El pequeño niño con autismo" de Riviere ilustra cómo la familia de un infante con esa condición siente que ha perdido algo, que se les ha robado: el desarrollo de sus hijos. Investigaciones expuestas en dicho libro señalan que existe un patrón de

pasividad en el primer año del niño que llama significativamente la atención. Además, se observaba un desarrollo anómalo en la parte social. A los dos años, su falta de atención da la sensación de estar frente a un niño que podría presentar sordera, careciendo de habilidades comunicativas que ya demuestran los niños al segundo año. En estudios realizados por Adrien y sus colaboradores sobre videos domésticos, se observó que antes de los dos años los niños con autismo ya presentaban problemas en la interacción social, dificultades en expresión y comprensión de emociones, demostrando conductas auditivas y visuales atípicas.

Ya desde temprana edad, investigaciones arrojan los mismos resultados: los niños que luego desarrollan autismo son muy tranquilos y ya desde bebés no molestaban (Acumudi, 2009). Desde pequeños parecen no estar interesados en cosas que llaman la atención de otros niños a medida que crecen y se desarrollan. Es usual que no se asomen desde el coche, presentando escaso interés en las personas y los animales, y las escenas que pasan. Es posible que no traten de llamar la atención de sus seres significativos, y no señalen con el dedo, presentando escaso o nulo contacto ocular. Un estudio de Simón Baron-Cohen y sus colegas han demostrado que, si estas conductas no están presentes a los dieciocho meses de edad, es muy probable que el niño sea autista (Wing, 1998).

No obstante, dichas conductas son muy difíciles de predecir hasta el segundo o tercer año, en que los padres se dan cuenta de que el actuar de su hijo no es normal (Wing, 1998). Un estudio

de Abbat y colaboradores señala que los padres ya observaron retrasos en su hijo a los nueve meses, pero fue posterior a los dos años que fue diagnosticado.

Por último, los profesionales de la salud deberán brindar el asesoramiento, capacitación y tratamiento adecuado para desarrollar las mejores prácticas, es decir, aquellas intervenciones eficaces y eficientes que desarrollen el potencial de cada niño con autismo, basándose en las necesidades educativas especiales. Pues no es factible generalizar, ya que cada niño presenta características particulares. En la actualidad no existe un tratamiento específico para el autismo, dada la imposibilidad de intervenir sobre el curso etiopatogénico y al desconocimiento de intervenciones eficaces. Ahora, bien existen lineamientos y luces que permiten apreciar que el tratamiento debe ser integrado, siendo abarcado desde la individualidad propia de cada sujeto (Torres, 2009; Balbuena 2007; Alessandri, 2005).

Discusión: Comprendiendo el autismo desde una mirada integrativa

El autismo es un desafío difícil y complejo, el cual al ser abarcado desde una mirada integrativa permite enfrentar y afrontar las debilidades, rescatando las fortalezas que ayudarán al cambio. Se deben generar investigaciones que aporten desde visiones de procesos causales multifactoriales e interactivos, dejando atrás las aproximaciones más monocausales y reduccionistas.

La cronicidad de este trastorno de desarrollo y la intensa vivencia de sufrimiento tanto para la familia como para el niño que presenta autismo, dan cuenta de la necesidad de un abordaje integrativo. Asimismo, por una fuerte resistencia al cambio que presenta el trastorno, debida a la alta severidad de la perturbación. La etiología multicausal requiere de un tratamiento interdisciplinario. Es en este espacio donde la terapia integrativa propicia el cambio y el anclaje del cambio, favoreciendo el tratamiento.

El autismo no es una enfermedad, sino una condición; o sea, no existe una cura definitiva, pero sí es tratable y su recuperación sí es posible. El autismo puede ser reversible en lo que respecta a mejorar la calidad de vida del niño autista, a través de la adquisición de nuevas habilidades que propicien su independencia. Existen muchas necesidades, por lo que se requieren más líneas de investigación, producto del aumento de la prevalencia. Por ello, se requiere de trabajos investigativos que aporten al conocimiento y mejora en calidad de vida de los niños con autismo.

Es en este espacio donde el Supraparadigma Integrativo nos ayuda a una mejor comprensión del autismo, y nos permite vislumbrar más aristas de las ya conocidas; ampliando la mirada de la dinámica psicológica. Se requiere un cambio paradigmático en la manera de entender y comprender al niño que vive con autismo. Una estrecha, mirada estrecha ciega más de lo que nos permite ver. Es así como al mirar los 360 grados de la dinámica psicológica, se accede a

una detección temprana que repercutirá en un mejor diagnóstico y tratamiento, y que conllevará a una mejor calidad de vida y a una oportunidad de progreso para el niño con autismo. El diagnóstico y tratamiento desde una mirada integrativa nos permitirá rescatar el conocimiento válido que puede aportar cada paradigma y así potenciar el cambio.

Cada niño con autismo tiene sus derechos, es un ser humano complejo y completo en todas sus aristas: biológica, afectiva, cognitiva, inconsciente, ambiental-conductual y sistémica. Por ende, su abordaje requiere una visión global e integral; en todos sus ambientes y con una educación continuada a lo largo de todo su ciclo vital. Además, se debe considerar la permanencia, ya que esto no termina en el aula de clases, sino que sigue desarrollándose en todo momento, a cada instante. Por ello, se requieren materiales y centros educativos más accesibles y de adecuada calidad.

Se torna esencial un aumento de centros de rehabilitación integral, con especialistas en autismo. Es necesario un trabajo interdisciplinario, que requiere ser integrado en los primeros años de edad. Los niños con autismo van a requerir condiciones de escolarización, atención y cuidados de un centro de educación especial, para propiciar su aprendizaje. Este tipo de programas integrales de tratamiento, según diversos estudios, requiere de un mínimo de quince a cuarenta horas semanales para lograr ser efectivos en la adquisición de nuevas competencias sociales, adaptativas, comunicacionales y de juego. El juego con los

otros es esencial, por lo cual salir de centros especializados y fomentar la interacción con niños sin trastorno de desarrollo puede inhibir sus conductas repetitivas, que aprenden con los demás niños que poseen su misma condición.

Otra línea de investigación relevante es la creación de centros especializados para el adulto con autismo, en que ellos aprendan a realizar un trabajo y labor.

En el área de la salud, el ingreso del autismo al plan AUGE facilitaría una detección temprana y un tratamiento intensivo y eficaz, en familias con escasos recursos.

Un tema altamente discutido y controversial es el uso de medicamentos. Se estima conveniente que, en algunos casos, el uso es necesario para disminuir sintomatología asociada a dicho trastorno. Se debe considerar incluso que muchas personas con autismo tienen otras condiciones tratables con medicamentos, como trastornos de sueño, convulsiones, alergias y problemas digestivos.

Paralelo a esto, se cree en la utilidad de las terapias complementarias para mejorar la calidad de vida. La musicoterapia puede ayudar a los niños con autismo a mejorar sus habilidades comunicativas no verbales. Dichos estudios, de intervenciones breves, plantearon que la musicoterapia fue superior a la terapia placebo. Ahora bien, se necesitan más líneas investigativas respecto a si los efectos de la musicoterapia son duraderos a largo plazo.

Cabe señalar que dichas técnicas, como su

nombre lo dice, son complementarias, es decir, necesarias pero no suficientes para la rehabilitación integral. Por ende, no son la panacea pero sí pueden contribuir a una mejor calidad de vida.

Desde otro lineamiento, es necesario que los consultorios y hospitales públicos ayuden a las familias a implementar una dieta libre de gluten y caseína. Si bien los hábitos alimentarios de un niño con autismo son complejos y difíciles de implementar, se cree conveniente que puede ayudar a disminuir parte de la sintomatología de este amplio trastorno.

Existen abundantes investigaciones respecto a muchas temáticas del autismo, que no son concluyentes ni del todo fehacientes y en las cuales persisten interrogantes y dudas. Sin embargo, aunque no se ha comprobado una causa correlacional directa -por ejemplo entre las vacunas y el autismo-, se considera necesaria la eliminación de metales pesados, dado que podrían perjudicar más que beneficiar dicho trastorno. Se torna trascendental entonces eliminar dichos tóxicos que podrían ir en desmedro del sano desarrollo integral del niño.

Ante esta gama de incertidumbre, es importante que siga aumentando el conocimiento válido, de manera de ayudar a la comprensión de estos niños. De esta manera, se hacen necesarias más investigaciones que nos aporten conocimiento válido y no sesgado.

¿Cuántos psicólogos han encontrado que en dichos trastornos generalizados del desarrollo

hay poco por hacer y quizás han pensado que investigar sobre autismo puede ser un laberinto sin salida? Es en este pensamiento donde se encuentra el sesgo. La luz existe y sí es posible encontrar la salida. Si aunamos fuerzas, puede ser más temprano que tarde.

La creación de esta investigación busca, más que descubrir verdades, mostrar el panorama reciente y dar una pequeña luz de esperanza para generar más investigaciones sobre lo que nos presenta el autismo.

Al hablar de un niño con autismo, es trascendental que las familias no pierdan la perseverancia, que vean a sus hijos como personas capaces de progresar y evolucionar. Cada niño con autismo es un mundo diferente, el cual debe ser explorado y acompañado en su proceso de aprendizaje.

“El autismo es como un Everest nevado, inmenso, indiferente y lejano, que desafía, a la vez que llama, a acompañar a estos niños(as) en su desarrollo, evitando que se haga efectiva la condena de una soledad inevitable” (Riviére, 2001).

Los niños con autismo presentan muchas similitudes, pero a su vez muchas diferencias. Desde un comienzo se plantea el autismo como una condición en vez de una enfermedad, por lo que se estima conveniente, al hablar del trastorno generalizado del desarrollo de espectro autista, como un grupo de condiciones con una gama de características similares.

El niño con autismo es una persona, que si bien presenta debilidades y déficit, es posible sacar adelante y propiciar al máximo sus potencialidades y habilidades. A partir de lo anteriormente expuesto, confiamos y creemos fehacientemente que el Supraparadigma Integrativo, da las luces para una mejor aproximación que permita entender y comprender al niño y familia que viven con el autismo. La pregunta hacia el futuro es qué pueden aportar la biología, las cogniciones, los afectos, el darse cuenta, los estímulos, el repertorio conductual, la familia, etc. A un mejor manejo de esta condición del niño.

De este modo, se requiere un diagnóstico integral, que provea información relevante del desarrollo y comportamiento. A partir de esto, se podrá trazar un mapa para el tratamiento, identificando fortalezas y desafíos, que permita vislumbrar a partir del conocimiento válido, realizar intervenciones eficaces, potenciando al máximo las capacidades y destrezas para propiciar y favorecer la calidad de vida de un niño con autismo. Ahora bien, es trascendental señalar que no existe un único tratamiento válido; cada niño reacciona de diferente manera frente a las alternativas propuestas y lo que funciona con un niño, no necesariamente funcionará con otro.

De esta manera, se torna necesario conocer en profundidad y desarrollar un diagnóstico integral, que proporcione luces sobre las potencialidades y recursos con los que cuenta el niño, para intervenir integrativamente de manera eficaz y eficiente, develando este gran enigma y desafío.

Referencias

Abat, C et. al (2009) Clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro Autista en atención primaria. Ministerio de sanidad y política social. Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios. Madrid, España. Obtenido el 1 de Noviembre 2010 en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_co_mpl.pdf

Alessandri, M; Thorp, D & Tuchman, R (2005) ¿Podemos curar el Autismo? Del desenlace clínico a la intervención. REV. Neurología. USA Obtenido el 9 de Noviembre 2010 en http://www.psicologiainfantilforatea.com/articulos/mundy_po_demos_curar_el_autismo.pdf

American Psychiatric Association (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, Barcelona, Masson. Pag.74-85

Amodia, J (2006) Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones. Capítulo III: Trastorno de autismo y discapacidad intelectual. Colección FEAPS / Nº 8 Madrid.

Amucadi, (2009) Una mirada diferente sobre autismo. Obtenido el 1 de Noviembre en http://www.adisamef.com/fondo%20documental/autismo/1_amucadi_unamiradadiferentesobreelautismo.pdf

Almonte, C et al. (2006) Psicopatología infantil y de la adolescencia. Trastornos generalizados del desarrollo o "trastornos del espectro autista" en Cecilia Breinbauer. Ed. Mediterráneo, Santiago, de Chile.

Balbuena, F (2007) Breve Revisión histórica del autismo Rev. Asociación Esp. Neuropsiquiatría. Vol XXVII Nº 100 pp.333-353. Obtenido el 1 de Noviembre en <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n2/v27n2a06.pdf>

Barbolla, M & García, D (1993) La teoría de la mente y el autismo infantil: una revisión crítica. Revista Complutense de Educación, Vol4 Madrid, España. Obtenido el 12 de Noviembre 2010 en http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED939322_0011A.PDF

Bettelheim, B (1977) La fortaleza vacía: El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo". Ed.Barcelona: Laia.

Breinbauer, C & Raphael, J. (2001) "Autism: The Causes and Increases in Cases." The Best Practices, Newsletter of the Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders, Vol. 2, No. 2, July Baltimore.

Caballo, V & Simón, M (2007) *Manual de Psicología clínica infantil y del Adolescente*". En "El niño con autismo: un programa estructurado para su educación" (Hannia Cabezas) 321- 345)Ediciones Pirámide, Madrid.

Canal, R & Riviere, (2000) Conducta de juego y expresiones emocionales de niños autistas no verbales en una situación natural de interacción. Facultad de psicología. Universidad de Salamanca. Obtenido el 1 de Noviembre en <http://www.autisme.com/autisme/html/documents/Conducta%20de%20juego%20y%20expresiones%20emocionales.pdf>

Coto, M (2007) "Autismo infantil: El estado de la cuestión"

Revista de Ciencias Sociales (Cr), Vol. II, Núm. 116, 2007, pp. 169-180. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Díaz, F; García, C; Martín, A, (2004) "Diagnóstico precoz de los trastornos generalizados del desarrollo" Obtenido el 20 de Octubre 2010 en <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero5/autismo.pdf> Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, 4(2): 127-144

Díez, A et al (2005) Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Rev. Neurología 2005, 41(5): 299-310. España.

Etchepareborda, M (2001) Perfiles neurocognitivos del espectro autistas. Revista de Neurología clínica. 175-192. Buenos Aires, Argentina. Obtenido el 8 de Noviembre del 2010 en <http://www.didacticalvs.com/psico/AUTISMO/perfiles%20neurocognitivos%20del%20TEA.pdf>

Fernández, I (2003) Creatividad, arte-terapia y autismo: Un acercamiento a la actividad plástica como proceso creativo en niños autistas. Arte Individuo y sociedad 2003, 15 135-152 Obtenido el 5 de Noviembre 2010 en <http://revistas.ucm.es/bba/11315598/articulos/ARIS0303110135A.PDF>

Ferritter, M; Calver, M; Connel, J (2005) "Dietas libres de gluten y caseína para el trastorno del espectro autista" Biblioteca Cochrane Plus, 2005, N° 4 Obtenido el 27 de Septiembre 2010 en <http://www.elautismo.com/AnaMedina/documentos/glutenaseina.pdf>

Gallo, L et al (2008) Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. Rev. Salud Mental Vol 31.Nº1 México. Obtenido el 1 de Noviembre 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58231106.pdf>

García, J (2007) Autismo: Manual avanzado para padres "Obtenido el 15 de Septiembre 2010 en <http://psicosystem.blogspot.com/2009/01/libro-sobre-autismo-manual-avanzado.html> PSICOM Editores - Bogotá D.C. Colombia

García, M (2009) Trastorno Autista: Factores que podrían modificar el perfil clínico. Grupo CIDEP: Centro de Investigaciones del Desarrollo Psiconeurológico. Buenos Aires, Argentina. Obtenido el 1 de Noviembre 2010 en <http://www.grupocidep.org/autismo5.html>

Garrido, G & Viola, L (2006) Criterios actuales para la clasificación de los trastornos profundos del desarrollo. Rev Psiquiatría 70(2) 140-150. Uruguay. Obtenido el 1 de Noviembre 2010 en http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/05_ps_pediat.pdf

Gold, C; Wilgram, E (2007) "Musicoterapia para el trastorno del espectro autista" En la biblioteca Cochrane Plus, 2007. Obtenida el 10 de Septiembre en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/musicoterapia_para_el_trastorno_de_espectro_autista.pdf

Espíndola, J & González, S (2008). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de Educación paravulvaria* Obtenido el 15 de Septiembre 2010 en <http://200.68.0.250/usuarios/edu.especial/File/GuiaAutismo.pdf>

[pdf](#) Gobierno de Chile.

Instituto Nacional de Salud infantil y desarrollo humano, (2002) "Autism Overview: What We Know. Investigaciones sobre el autismo en el NICHD, USA. Obtenido el 26 de Octubre en http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/upload/introduction_autism.pdf

Instituto Nacional de Salud infantil y desarrollo humano, (2002) "Autism and Genes" Investigaciones sobre el autismo en el NICHD, USA Obtenido el 26 de Octubre en http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/upload/autism_genes_2005R.pdf

Jiménez, A (1999) "Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil." Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1999, vol. XIX, n.º 69, pp. 151-159. España.

Kern, L et al. (2008) Manual para los primeros 100 días. Autim Speaks USA. Obtenido el 20 de Octubre en http://www.autismspeaks.org/docs/family_services_docs/manual_de_los_100_dias.pdf

Mahler, M (1975) El nacimiento psicológico del infante humano. Ed Marymar.

Margullis, L (2009) "Funcionamiento de los sistemas de memoria en niños con Trastorno Autista y Trastorno Asperger. Unidad de Neuropsicología, Hospital Eva Perón. Revista Argentina de Neuropsicología 13, 29-48 (2009) Buenos Aires, Argentina. Obtenido el 10 de Noviembre 2010 en <http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/numero13/Margulis.pdf>

Martin, M et al. (2006) Toma de perspectiva y teoría de la mente: aspectos conceptuales y empíricos, una propuesta complementaria y pragmática. Salud Mental, Vol. 29, No. 6, Usa. Obtenido el 10 de Noviembre 2010 en <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm2906/sm290605.pdf>

Martos, J. (2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. Revista de Neurología, 40 (1), 177 - 180.

Maya, L & Luna, F (2006) "El timerosal y las enfermedades del neurodesarrollo infantil" El timerosal y las enfermedades del neurodesarrollo infantil Págs. 243-262 Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Miguel, A (2006): El mundo de las emociones en los autistas. En García Carrasco, Joaquín (Coord.) Estudio de los comportamientos emocionales en la red. Revista Electrónica Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. Vol. 7, nº 2. Universidad de Salamanca. España. Obtenido el 12 de Noviembre 2010 en http://www.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_07_02/n7_02_ana_miguel.pdf

Opazo, R (2001) Psicoterapia integrativa: Una Delimitación Clínica. Ediciones ICPSL., Santiago de Chile.

Palomo, M & Belinchón, M (2006) Explicaciones teóricas del autismo: una guía breve sobre los modelos teóricos más recientes. XIII Congreso nacional AETAPI. Sevilla, España.

Posada, M et al (2004) "Trastornos del espectro autista"

Obtenido el 15 de Septiembre 2010 en http://ijer.isciii.es/autismo/pdf/aut_16ra.pdf Grupo de estudio Instituto de Investigación de Salud Carlos III. Madrid, España.

Risueño, A & Motta, I (2003) Modalidad de aprendizaje en trastornos profundos del desarrollo. Romero Lucioni Presidente" Segundo Congress telemático sobre autismo, Italia. Obtenido el 1 de Diciembre en <http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Biopsicologia/pdf/aprendizaje.pdf>

Rogel, F (2005) "Autismo" Obtenido el 16 de Septiembre en <http://scielo.unam.mx/pdf/gmm/v141n2/v141n2a9.pdf> Gac Méd Vol.141 No 2, México.

Rivera, C (2003) Aprender a mirar el discurso del autismo. Tesis de grado para optar por el título de Antropóloga. Universidad Nacional de Colombia.

Riviere, A & Martos, J (2000) "El niño pequeño con autismo" Libro obtenido el 27 de Octubre en <http://www.libroos.es/libros-de-medicina/psiquiatria/general/8317-riviere-y-martos-el-nino-pequeno-con-autismo-pdf.html>

Riviere, A & Martos, J (1997) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. Madrid, España.

ABUSO SEXUAL INFANTIL: UN ROSTRO QUE NADIE QUISIERA VER Y MENOS VIVIR

Ps. Mg© Mabel Serrano O.²²

Summary

This article addresses the issue of child sexual abuse, contextualized in domestic violence. The article brings information about the situation in Bolivia; both in its legal dimensions and in its clinical and social dimensions. Finally, the psychological consequences of child sexual abuse are developed, within the framework of the Supraparadigmátic Integrative Approach (E.I.S.).

Keywords: Abuse, child abuse, domestic violence, Bolivia, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), Paradigms, Self system, Intervention.

Resumen

En el presente artículo se aborda la temática del Abuso Sexual Infantil, contextualizado dentro de la Violencia Intrafamiliar. Se entrega información de la situación en Bolivia, tanto en sus dimensiones legales como clínicas y sociales. Finalmente se desarrollan las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Palabras clave: Abuso, maltrato infantil, Violencia Intrafamiliar, Bolivia, Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), paradigmas, sistema Self, intervención.

²² Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia.

ANTECEDENTES

Han pasado 50 años desde ese 25 de noviembre de 1960, en el que en la República Dominicana, las tres hermanas Mirabal fueron brutalmente asesinadas a golpe de garrote por la dictadura de Trujillo. Ese hecho se convertiría en la máxima expresión de la cara más oscura y terrorífica de la violencia contra la mujer en América Latina; por lo que en diciembre de 1999 la 54ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, adopta la Resolución 54/134 en la que se declara el 25 de noviembre como *“Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”*.

Esta denominación, habla más de la expresión de un deseo, que se vuelve cada vez más complejo a medida que se va especificando de manera tipificada las distintas formas que adopta la violencia contra la mujer y que tiene, en el seno del hogar su principal foco de difusión y contaminación, siendo el abuso sexual infantil el rostro más crudo de tolerar y que por diferentes razones, no cuenta con el respaldo institucional adecuado, tanto para su abordaje como para la determinación de soluciones adecuadas que no sólo brinden seguridad a las víctimas, sino que procuren la garantía para una rehabilitación e inserción social adecuada, oportuna y contextualizada al medio en el que se desarrolla el conflicto.

LA VIOLENCIA EN CONCEPTO

*“El concepto de violencia apunta a un ejercicio de poder que implica empleo de la fuerza, se da en situaciones de desigualdad o **desequilibrio de poder**...el problema no es el poder, el problema es el **abuso de ese poder**”* (Bagladi, 2010).

Es importante comprender la sustancial diferencia entre violencia y agresión; la agresión viene a ser una capacidad humana para *“oponer resistencia”* a la presión social, por lo que a diferencia de la conducta agresiva, la conducta violenta pretende hacer dependientes a terceros, sometiéndolos mediante el uso de la fuerza y haciendo que estos hagan algo que voluntariamente no lo harían.

Por otro lado la **violencia intrafamiliar** comprende a todas y cada una de las formas de abuso (de poder) que se manifiestan en todas las posibles interacciones entre los miembros de una familia determinada, esto por supuesto, incluye toda manifestación conductual directa o indirecta, voluntaria o inconsciente, por acción u omisión que produzca un daño físico y/o psicológico a uno o más miembros de la unidad familiar.

A estos aspectos se debe añadir el hecho de que todas esas conductas deben obedecer a códigos y patrones de presencia y manifestación y que se caracterizan por su periodicidad, su cronicidad, su sistematicidad, su progresividad y sostenibilidad. La violencia intrafamiliar va a comprender por una parte el maltrato infantil, el maltrato a ancianos y la violencia conyugal (Corsi, 1994, en Bagladi, 2010).

Dentro de la violencia intrafamiliar está el **maltrato infantil** que se define como *“cualquier acción que produce o puede producir daño en un niño, niña o adolescente, que amenaza y altera su desarrollo normal, y que es directamente atribuible a una persona que se encuentra en una posición de poder respecto a la víctima. Puede manifestarse en forma pasiva (omitir los cuidados o la protección) o activa (agresión directa)* (SENAME, en Bagladi, 2010). El maltrato infantil incluye maltrato físico, maltrato emocional o psicológico, **abuso sexual**, ser testigo de violencia intrafamiliar, explotación, abandono y negligencia.

El **Abuso Sexual** se refiere a cualquier tipo de actividad sexual con un menor desde una posición de autoridad sobre él, donde el menor se ve involucrado en actos sexuales que, por su etapa de desarrollo, no es capaz de evaluar en sus contenidos y consecuencias. Muchos son los factores de impacto que determinarán el curso del proceso así como las consecuencias para las víctimas: la duración, frecuencia, intensidad y tipo de abuso, el uso o no de la violencia física, la edad del agresor y de la víctima, la identidad del abusador, el número de abusadores, la personalidad de la víctima, la influencia de su entorno y la implicación de la víctima en un proceso judicial (Sasso y Schmidt, 2009).

Los resultados de los estudios con respecto de su frecuencia varían en gran medida. El número de casos que se reportan es también mucho menor que el de los que se supone

que ocurren, en parte porque en la mayoría de los casos el abuso por parte de un familiar no se reporta en el momento (Sarason y Sarason, 1993 pp 248).

Finalmente para efectos del presente artículo es importante definir lo que es el **incesto**, que se refiere al contacto sexual entre personas que están relacionadas en el aspecto biológico. Una relación incestuosa en la niñez se asocia con un mal ajuste psicológico y trastornos del comportamiento en la edad adulta. (Sarason y Sarason, 1993).

EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL EN BOLIVIA

La violencia Intrafamiliar en Bolivia ha sido preocupación del Estado así como de la sociedad civil, respondiendo a muchos compromisos internacionales suscritos a nombre del país como: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana de Belem Do Pará y la IV Conferencia de la Mujer en Beijing. En el contexto nacional, han existido diferentes acciones del Estado, a partir de programas destinados a la lucha contra la violencia intrafamiliar, como por ejemplo el trabajo desde diferentes ámbitos y territorios, de ONG's, Fundaciones e instituciones de la sociedad civil.

En 1993 la Ley de Ministerios, crea la Subsecretaría de Asuntos de Género, que en la actualidad se constituye en el Viceministerio de Asuntos de Género,

Generacionales y Familia. Se pone en práctica la Ley 1674 en 1995 que es un instrumento legal para la prevención y sanción de la Violencia Intrafamiliar y Doméstica, que desde 1998 fue reglamentada por Decreto Supremo (U.P.S., 2010a , pp 16-38) y que establece que la lucha contra la violencia constituye una Política de Estado, determinando medidas de prevención y protección a la víctima, procedimientos de denuncia, mecanismos de sanción para agresores; y reconoce la multisectorialidad y la participación de otros actores institucionales en el abordaje de este problema.

De la misma manera se promulga la Ley 2026 para la niñez y adolescencia mediante el nuevo Código promulgado en 1999 que enfatiza la preocupación en temas de violencia contra este grupo de características vulnerables especialmente por tratarse de etapas transicionales donde la personalidad se halla en su máxima vulnerabilidad. Así también se crea la Ley 2033 del 29 de octubre de 1999, que es la Ley de Protección a las Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual (U.P.S. ,2010b, pp 5-11).

Se ha reconocido a la violencia intrafamiliar como un *“problema de salud pública”* por sus implicancias en la salud de las personas, que va desde discapacidades transitorias hasta problemas permanentes o muertes; la magnitud del problema en la comunidad y la mayor demanda en servicios de salud que implica a su vez la asignación de mayores recursos. Respecto a instrumentos

normativos dentro del sector, se puede mencionar como avances importantes la incorporación de la variable *“Violencia intrafamiliar/ doméstica”* por grupo etario y sexo.

Por otro lado, en la Policía Nacional se crearon las Brigadas de Protección a la Familia en todas las ciudades capitales de departamento, incorporando la variable *“Violencia Intrafamiliar”* en el sistema de codificación policial, implantando normas para la atención del problema que permiten la articulación con el sector salud, y disseminando el conocimiento en filas policiales a través de procesos de capacitación.

Las Universidades, actualmente en las carreras de enfermería de las 8 universidades públicas del país han incorporado los temas de Género y Violencia, así como en algunas carreras de medicina y en especialidades y maestrías. En las alcaldías municipales, se abrieron espacios para la creación de Servicios Legales Integrales, en el marco de la nueva ley de municipalidades que otorga responsabilidades a las mismas en la atención de la problemática de la mujer y familia. Se crearon Defensorías de la Niñez y Adolescencia, Servicios Legales y Redes de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar, Modelo de Redes de Prevención y Atención de la Violencia, Grupos de Ayuda – mutua, instrumentos para capacitación de facilitadores/as y otros, destinados a la promoción de estilos de vida sin violencia.

CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO BOLIVIANO

Declaraba Kofi Annan, Ex Secretario General de las Naciones Unidas: *"La violencia de género es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. Mientras continúe, no podemos afirmar que estemos logrando progresos reales hacia la igualdad, el desarrollo y la paz* (<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/noviembre25.html>).

Esta declaración no hace otra cosa que mostrar una realidad que en nuestro medio es muy difícil de aceptar, por lo menos por parte de muchas instituciones cuyas misiones tienen una relación directa con la lucha contra la violencia; existe una especie de **competencia institucional**, que presiona a mostrar avances y lograr siempre resultados estadísticos, aspecto que se cree va a destinado a prestigiar una institución respecto de otra, por lo que no es raro observar en informes que se presentan, por ejemplo: la cantidad de casos que se atienden o recepcionan en una gestión y no así la cantidad de casos resueltos o tratados satisfactoriamente en dicho periodo.

A este aspecto netamente institucional se debe sumar el **escaso conocimiento** que se tiene respecto al abordaje estrictamente científico de la problemática de la violencia intrafamiliar, específicamente contra la mujer y el maltrato a menores donde se tipifica el abuso sexual; esto no es difícil de intuir ya

que por una parte **no se cuenta con profesionales especializados** en el tema y los que trabajan en instituciones especialmente públicas tales como defensorías, suelen realizar más trabajos administrativos que psicoterapéuticos. Este factor tiene una relación directa con la educación universitaria en el campo especialmente de la psicología, donde se continúa con modelos clásicos de enseñanza que no focalizan a la problemática familiar como uno de los principales conflictos emergentes de la sociedad actual.

La identidad "*tabú*" del conflicto, coadyuva a su **ocultamiento** y **silenciamiento**, así como en algunos casos a una postura morbosa que genera socialmente muchas conjeturas que hace de las personas comunes sujetos "*pseudo – sabios*" que no hacen otra cosa que difundir de manera irresponsable la problemática y por supuesto con mayor perjuicio para las víctimas. Por otra parte, se sabe que la mayoría de estos actos abusivos y lesivos se producen sin la presencia de terceros que podrían dar testimonios fehacientes en caso de denuncia pública en estrados judiciales, de ahí que la única vía comunicativa para la revelación de dichos actos sea únicamente el testimonio de la víctima, que muchas veces es sometida a actos públicos sin el aval de un manejo ético de dichas situaciones.

Finalmente en sociedades y ciudades cerradas y pequeñas como la nuestra, casos de abuso sexual infantil, donde tanto víctima como victimario guardan una relación de

consanguinidad en primer grado, frecuentemente se ejecutan estrategias de ocultamiento verdaderamente sorprendentes y que difícilmente pueden sentarse pruebas ante estrados judiciales, que en algunos casos además, no actúan de manera ética, sino con favoritismos y otras formas de abuso de poder, como se verá más adelante de manera resumida en el caso del abuso sexual de un padre a su hija, hecho que conmovió a la opinión pública y puso en "jaque" la institucionalidad en nuestro medio.

ACERCA DE UN CASO EN PARTICULAR

El resumir un caso específico suscitado en la ciudad de Sucre Bolivia recientemente, permitirá identificar características psicosociales y culturales típicas que se manifiestan en este tipo de casos. Tener conocimiento de cualquier hecho relacionado directamente con el abuso sexual a menores conmueve a toda una ciudadanía que vive este tipo de acontecimientos de manera dramática y especulativa, más aún si se trata de un suceso de abuso sexual de un padre a su hija y desarrollado de manera sistemática y progresiva, con la complicidad de terceros con una relación de consanguinidad en primer y segundo grado en relación con la víctima.

La violación física del padre a su hija menor de catorce años y realizada en varias oportunidades vino acompañada de otras conductas también atentatorias a la dignidad humana. La demora y latencia de la denuncia

de tales hechos puede justificarse por la acumulación permanente del miedo, la angustia y la vergüenza social y por una situación de conformismo e indiferencia bajo pensamientos distorsionados tales como pensar que se puede olvidar todo y seguir con una nueva vida; además por el hecho de las influencias del padre a nivel político en nuestro medio. Aunque se especuló que el hecho salió recién a la opinión pública a raíz de una especie de persecución política al agresor ajena al maltrato, y la muestra evidente de apoyo por parte de altos funcionarios de gobierno a la víctima; en algunos medios de prensa y pública conjeturaron aún más el caso.

Este contexto de dramaticidad fomentado por una ola de rumores originó una serie de acciones comunitarias de adhesión y solidaridad, que en nuestra sociedad siempre puede desembocar en la llamada "justicia comunitaria".

Se tiene conocimiento que todos los acontecimientos originados por la denuncia de los hechos, fueron mediatizados de alguna manera por intereses políticos, pero que al brindar un apoyo y seguridad efectivos a la víctima y proceder a iniciar acciones legales contundentes contra el infractor y que determinaron por ahora la detención preventiva en una cárcel de seguridad, lograron obtener la aprobación ciudadana. Por otro lado la víctima, actualmente de veintidós años de edad, accedió a todo tipo de ayuda en función a que por primera vez alguien hacía eco de sus llamados de auxilio

y de manera efectiva; se debe tomar en cuenta que anteriormente la Fiscalía de Distrito tenía conocimiento del problema y que bajo el consejo del titular de tal despacho, la víctima fue motivada a olvidarse del tema, precisamente por la poderosa influencia de su padre en el medio político y judicial a nivel local.

A todo esto se hizo evidente la actitud de algunas organizaciones sociales, que a modo de apoyar a la víctima pretendían reivindicar con renovada fuerza la lucha por la equidad de género, pero sin muchas luces nuevas, dado que en el fondo tan sólo se buscó el exigir por sobre todo la imposición de la justicia de manera severa para el victimario y que este suceso pueda quedar como un hecho ejemplificador para similares acciones en el futuro, lo cual no garantiza para nada la erradicación de la violencia intrafamiliar, dado que se trata tan sólo de un abordaje desde el punto de vista de las leyes y no de una participación multifactorial de enfoques y eventos.

En la actualidad se está a la espera de que sea la justicia la que dicte las líneas de acción a seguir, influenciada por equipos de agentes judiciales en diferentes instancias que enfrentados antagónicamente aprovechan plazos, anulan otros, apelando, contraatacando, justificando y realizando toda acción que el derecho así lo permite, siempre en una posición clara de vencer al oponente, que no es otra cosa, en la mayoría de los casos que hacer abuso de las instancias de poder tan sólo para conseguir

finés partidarios o individuales. En los días pasados a la elaboración del presente artículo se tiene de manera confidencial la noticia de que probablemente el victimario habría recibido tratos atentatorios a su dignidad humana ejercitados por reos considerados antisociales peligrosos, basados en viejos códigos intracarcelarios aplicados tan sólo a violadores de menores; hecho que llegó a contentar a cierta fracción de la opinión pública, como si se tratara de buscar venganza a toda costa.

NIVELES DE ACCIÓN

Se deben generar espacios de consenso en lo referente a la toma de decisiones y que necesariamente tendrían que considerar dos instancias de acción; por un lado poner en práctica y a la brevedad posible programas psicosociales que brinden protección y seguridad a las víctimas, brindándoles apoyo psicoterapéutico individual y complementando con la creación de comunidades terapéuticas, y por otro lado desarrollando programas de intervención y prevención respecto a la otra *“cara de la moneda”* que contempla a los victimarios. Para lo cual es preciso reconsiderar ciertas posturas en las actuales políticas en la perspectiva de género sin entrar a la satanización del conflicto, evitando de esa manera cualquier posición tangencial en estructuras de pensamientos que radicalizan la reivindicación de género como una lucha de poderes en muchos casos.

Es preciso evitar todo tipo de apasionamientos que sólo se concentren en presiones y acciones, la mayoría bajo un enfoque de impartir justicia a toda costa y que no tiene en nuestro medio evidencias de haber logrado cambios sustanciales en la conducta de los agresores, por lo que es urgente cambiar de perspectiva analítica y abrir la posibilidad de considerar la coparticipación de un abanico de factores tan importantes como la dinámica patológica del comportamiento humano en este tipo de casos; así se tendrá en cuenta también una modificación y readaptación tanto a nivel cognitivo, emocional – afectivo, inconsciente y socio – ambiental.

En este sentido el modelo ecológico propuesto por Heise que comprende a todos esos niveles mencionados, postula que en la etiología de las conductas violentas ejercen influencia factores en el marco **sociocultural** y del medio económico y social, que tiene que ver con todas aquellas normativas sociales que de una u otra forma llegan a regular el poder y control dentro de las relaciones humanas, legitimando de esa manera el uso de la violencia como una forma de resolver conflictos; así también se encuentran factores en el marco **comunitario**, que contempla estructuras sociales formales e informales que tienen que ver con la ausencia parcial o total de apoyo social; por otro lado se presentan también factores en el marco **familiar** que legitiman el mal uso del poder por parte generalmente del varón como supuesta “*cabeza de familia*” y finalmente aquellos

factores en un marco **individual** que agrupan todas aquellas condiciones desadaptativas a nivel de la personalidad y que determinan el comportamiento violento (Ramírez, 2009).

Esta perspectiva enriquece desde todo punto de vista la posibilidad de identificar claramente los factores de riesgo y desencadenantes de la problemática al interior del seno familiar, así como brindar multiplicidad de factores que coadyuvarán a la elaboración de diagnósticos más precisos respecto a la personalidad del victimario; este último aspecto es fundamental para ir diferenciando todos los casos de conducta violenta que se presenten y hacerlo de manera pertinente en cada uno de ellos; así el diagnóstico y abordaje de una conducta violenta en cuya etiología se encuentre indicios claros de historial de alcoholismo o drogadicción será muy diferente al de sujetos con conducta violenta relacionada con una baja tolerancia a la frustración en combinación con bajos niveles en el ejercicio y ejecución de estrategias eficaces para la resolución de conflictos.

CONSECUENCIAS PARA LAS VÍCTIMAS DESDE EL ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

Se pretende en este punto realizar una aproximación a un análisis de todas las consecuencias en el abuso sexual infantil que sea lo más integral posible, por lo que hacerlo desde el **Modelo Integrativo Supraparadigmático**, permitirá observar un

panorama multifactorial que será preponderante para desarrollar programas de prevención, así como programas psicoterapéuticos de intervención. El analizar las consecuencias en el abuso sexual infantil desde todos los paradigmas que componen el modelo brindará un marco integral de la problemática (Sasso y Schmidt, 2009).

El Modelo Integrativo Supraparadigmático integra los paradigmas biológico, ambiental, conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, los mismos que son integrados en función del sistema SELF de la persona.

El **paradigma biológico** explica como ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden llegar a influir en la aparición de estructuras pensamientos, emociones y conductas manifiestas, consideradas en desequilibrio. (Opazo, 2001, pp 109).

En el **paradigma Biológico** se presentan **síntomas psicosomáticos** de diversa índole, producto de todas aquellas emociones vivenciales mutiladas y que nunca llegaron a ser exteriorizadas, en el caso de los niños maltratados por ejemplo, no es raro observar historiales de enuresis y encopresis. También se presentan **síntomas de ansiedad y estrés**, que podrían desembocar en psicopatologías totalmente estructuradas, como pueden ser: ansiedad generalizada, fobias, crisis de pánico, crisis de angustia, estrés post – traumático y otros no menos importantes. Son comunes las **alteraciones**

del sueño en todas sus formas de presentación, los niños padecen insomnio así como terrores nocturnos más aún durante el abuso sexual, lo cual provocará la falta de control de esfínteres. Por último se ha encontrado mucha evidencia de **conductas hipererotizantes**, los niños abusados llegan a tener una mayor activación hormonal sin causa aparente que la motive.

El **paradigma ambiental /conductual** indica que ciertas características ambientales específicas, pueden llegar a influir en la aparición específica de cogniciones, sentimientos de conductas manifiestas que pueden estar en desajuste (Opazo, 2001, pp 111).

En el **paradigma Ambiental** se han observado dos vertientes, por una parte las consecuencias en la forma de pensar, sentir y actuar en los niños sometidos al abuso sexual y por otra en la comunidad en su conjunto.

Los niños viven una experiencia de **terror** caracterizado por una angustia prácticamente permanente; en la mayoría de los casos como no pueden comunicar a nadie lo que les está ocurriendo y menos denunciar los hechos de abuso, sienten terror por ser sometidos a un trato que desconocen; en caso de violaciones se añade el dolor físico; también sienten una especie de paranoia porque no saben en qué momento se volverá a producir el abuso, esta **hipervigilancia** también genera mucha angustia, basta imaginar a un menor que ya ha sido abusado

por lo menos una vez, que se encuentra en su cama ya para dormir observando la puerta de su cuarto pensando y sintiendo que el maltratador va ingresar en silencio en cualquier momento.

Por otro lado se genera una entrelazada red por parte de la comunidad que por lo general reacciona también con miedo, por lo que no es raro ver como juntas vecinales ya han creado mecanismos de control y vigilancia, por una parte porque se sienten comprometidos con la problemática, pero así también por otro lado porque dejaron de confiar en las instituciones que brindan seguridad. Sin embargo estas acciones muchas veces terminan también en el ejercicio de la violencia en contra de los agresores, munidos de sentimientos de ira y venganza. A la vez esta “*ola de terror*” genera una consiguiente paranoia generalizada donde bajo un principio de identificación se cree sin mucha base cognitiva real que lo mismo puede pasarle a uno mismo, y el control de las conductas hacia los hijos tienen características de hipervigilancia en muchos casos casi delirante; todo este conjunto de acontecimientos desestructura la dinámica familiar convirtiendo a las familias en caóticas y extremadamente rígidas.

En el **paradigma Conductual**, se tiene mucha evidencia para afirmar que los niños y niñas abusadas tienen como producto del abuso una baja o ninguna tolerancia al control de impulsos que se va manifestando sistemáticamente en **conductas agresivas**

cada vez más frecuentes e incrementadas en su forma de presentación y que tienen como foco de desencadenamiento a entes sociales más vulnerables que ellos.

Así también los menores sometidos a abuso sexual presentan ***aislamiento*** y ***retramiento*** que los conducen a un mundo que paulatinamente va mutilando su capacidad de expresión especialmente emocional, es decir que se van introduciendo poco a poco en un ensimismamiento peligroso y que podrá generar otro tipo de conflictos mucho más estructurados clínicamente como la depresión entre las más conocidas. Se incrementa la desconfianza con personas de su entorno, no es raro observar y conocer como en los escuelas, dentro del aula, estos niños al no encontrar apoyo en sus profesores, llegan a vulnerar la paciencia de estos que no ven otra salida que recriminarlos de manera expuesta en frente a compañeros, lo cual conlleva a otro conflicto no menos caótico; se tiene que entender por tanto que al no poder confiar en nadie más, el entorno en el que vive va a ser siempre atentatorio a su dignidad y altamente violento para su integridad psíquica; todo ello lo transformará en una persona totalmente ***incompetente en habilidades sociales***.

Los menores abusados serán incapaz de exigir sus derechos, por más que cuente con el apoyo de ciertas organizaciones sociales, serán incapaces de explicar cuáles son las maneras y pautas que ellos exigirían para sentirse cómodos en un determinado contexto, y serán totalmente sumisos a la

crítica de los demás, se aterrorizarán a la sola idea de tener que **establecer límites** a las situaciones y conductas de los demás, tendrán por tanto una tendencia a una **baja asertividad** a nivel de las relaciones con los demás.

Finalmente serán propensos a **conductas automutilantes** y **autolesivas**, es muy posible que muchos niños quieran suicidarse, o tengan una tendencia hacia ello o tengan una ideación suicida, que mantendrán en permanente zozobra a su entorno más cercano; estas conductas posteriormente podrán ser la etiología de un historial de alcoholismo y drogadicción.

El **paradigma cognitivo** asigna un rol preponderante a la información y el procesamiento de la misma. Los sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias, pueden resultar en respuestas desadaptativas y ese error sistemático y persistente en el procesamiento de la información, tiene un rol fundamental en muchas formas de psicopatología. La presencia de un mismo estímulo puede hacer pensar de manera diferente, generando consecuencias emocionales y conductuales distintas y desestructurantes ((Opazo, 2001, pp 111-112).

En el **paradigma Cognitivo** las evidencias reales producto de la investigación muestran que los niños y niñas abusadas sexualmente presentan severos conflictos a nivel de la **concentración** y la **memoria**, la concentración es más automática, es decir

que en un determinado contexto, por ejemplo estando en el aula, casi sin desearlo ni pensarlo, los niños se concentran más en eventos ajenos a la atención de lo que dice el profesor y oyen más sonidos externos al aula (niños jugando en una cancha de básquet); respecto a la memoria, la capacidad de adquisición y almacenamiento de nueva información es muy débil por lo que la capacidad de búsqueda posterior de la misma será totalmente deficiente.

Se presentan también **distorsiones a nivel perceptivo**, es decir que la presencia de cualquier estímulo, especialmente los aversivos, hacen que estos niños perciban y comprendan de manera inadecuada los mismos. Los niños que han sido abusados sexualmente tienen **sesgos cognitivos** que los hacen sentir indeseables, sucios, culpables y vergonzosos y que en muchos de los casos cuentan con la complicidad de algún miembro de la familia, que al límite de sus posibilidades de tolerancia llegan a etiquetar al niño o niña con adjetivos calificativos denigrantes.

En estos niños se configuran **autoesquemas negativos** que hacen que se consideren como malas personas, marcadas por la sociedad. Puede ser que alguna vez se concentren en una búsqueda infructuosa de explicaciones de un posible castigo que estuvieran cumpliendo. Así también se da un **conflicto de atribución** ya que consideran que todo aquello considerado malo que pueda ocurrir a cualquier miembro de la familia es su responsabilidad, por lo que no

es raro observar como niños abusados sexualmente se echan la culpa del alcoholismo de otro miembro de la familia, de las conductas violentas entre otros miembros de la familia, e incluso de la aparición de enfermedades como el cáncer.

El **paradigma afectivo** indica que los eventos y estructuras afectivos, siendo la energía el factor predominante, pueden ejercer una influencia causal generando cogniciones, conductas e incluso cambios anatómicos y fisiológicos en el organismo (Opazo, 2001, pp 113).

En el **paradigma Afectivo**, se ha observado en estos niños una **alteración y distorsión emocional** y que varía de acuerdo a la personalidad; algunos tenderán a utilizar espacios de reunión social para buscar de alguna manera la compasión y lástima de sus semejantes, esta situación será más evidente en etapas posteriores de desarrollo; otros por el contrario ya cuando sean adolescentes evitarán todo tipo de relacionamiento social a este nivel por considerar que la diversión o el placer de hecho son potencialmente malos o se vivirá cada momento de encuentro social con una situación de angustia; la distorsión cognitiva "**personalización**" es muy típica en ellos, ya que todo comentario que vierten sus amigos o personas de su entorno está según ellos, dirigido hacia su persona, es decir que se atribuyen todo comentario de manera patológica y personal.

Por otro lado los niños sometidos a abuso sexual presenten mucha **inseguridad y desprotección**, son totalmente incapaces de

protegerse a sí mismos incluso en situaciones donde no existe violencia pero sí competitividad o relaciones personales que impliquen por ejemplo, mantener y/o sostener una ponencia; suelen culpabilizarse por no haber sido capaces de defenderse en el momento del ejercicio de la violencia hacia ellos o posterior a este momento.

También se observa mucha **culpa, vergüenza y estigmatización**, situaciones desadaptativas que lamentablemente en nuestro medio son mantenidas y fomentadas por el propio entorno social y/o familiar del menor; se tiene referencia que en algunas ocasiones son los mismos padres de familia o uno de ellos que en situaciones de alto contenido caótico desembocan emociones conflictivas como la ira y la frustración teniendo como intermediario al menor, estigmatizando de esa manera aún más el conflicto; en muchos otros casos incluso se llega a etiquetar con palabras altamente culpabilizantes; aspectos que hundan más a la víctima en un mundo de soledad y desesperación, que por supuesto, tendrá mucha repercusión en la formación de su personalidad a nivel de su carácter y su capacidad de respuesta al medio en el que vive.

Los menores que fueron abusados sexualmente por un adulto tendrán generalmente la percepción de que el poder es sinónimo de fuerza pero no en el sentido de energía positiva sino como la imposición destinada a generar dolor y daño, por lo que esta situación va a generar en estos niños

mucha **desconfianza y alta ansiedad social**, esa desconfianza se puede llegar a generalizar hacia las personas adultas y por lo general hacia los del mismo sexo que del agresor. De la misma forma se sienten muy ansiosos y estresados en relaciones con otras personas, tanto en el ámbito familiar como el social, especialmente en contextos en los que van a permanecer la mayor parte de su tiempo como lo es la escuela, donde los agentes sociales con los cuales interactuarán, como lo son los profesores, no producirá la tolerancia necesaria en éstos como para ser comprendidos y mucho menos ayudados y en algunos casos más bien generarán crítica negativa disfrazada de reflexión colectiva.

La experiencia traumática producto del abuso sexual determinará una **baja tolerancia a la frustración**, es decir no podrán comprender y aceptar situaciones donde los objetivos no se cumplen y las tareas no son desarrolladas como en principio fueron planificadas; esto no sólo en actividades formales sino también en aquellas donde normalmente niños que no han pasado por la misma experiencia traumática no tendrían problemas de relación; es el caso de espacios de recreación y juego. Son niños que la derrota no la percibirán como algo producto de la competitividad, donde no sólo se observa el resultado sino también el rendimiento; considerarán que el ser derrotados es lo mismo que ser fracasados y sentirán que no tienen ninguna alternativa para superar ese estado.

Paradójicamente así como viven entre umbrales de ansiedad que otros niños no han experimentado por no haber pasado por lo mismo, su capacidad para expresar emociones de cualquier tipo está como mutilada, tienen una **disminución de la capacidad de sentir**, incluso en situaciones donde las condiciones están garantizadas para ello como podría ser una reunión familiar festiva o un encuentro de expansión cultural en la escuela.

El **paradigma inconsciente** involucra la influencia sobre cogniciones, afectos y conductas, desde todas aquellas actividades mentales de las cuáles el individuo no está consciente (Opazo, 2001, pp 114).

En el **paradigma Inconsciente** se ha observado que niños que han sido sometidos a abuso sexual pueden llegar a sentirse como fuera de la realidad, aunque esta condición no necesariamente está estructurada como un conflicto de disociación patológica. Estos **mecanismos de defensa disociativos** hacen que rechacen, aunque no de manera intencional la información emocional conflictiva producto de la experiencia traumática del abuso. Esta respuesta al entorno no precisamente debe ser entendida bajo el concepto psicoanalítico, ya que esa actitud inconsciente puede ser para minimizar el sufrimiento y producir una especie de congelamiento emocional. Por lo que la posibilidad de que a futuro se estructure un trastorno de identidad disociativo es mínima o nula en función al

apoyo y comprensión que reciba el niño o niña.

También se presentan **mecanismos de defensa represivos** que hacen que el menor que ha sido abusado sexualmente tienda a no recordar el contenido de la experiencia traumática; pero no porque definitivamente estos hechos hayan quedado en el olvido, sino porque han sido depositados en el inconsciente, como en una especie de “*caja de seguridad*” que mantendrá su efectividad cuando hechos relacionales a nivel consciente mantengan activo su poder psíquico, que no es otra cosa que decir, que cualquier hecho en la vida cotidiana que el menor perciba y que de alguna manera tenga que ver con la vivencia dolorosa hará que aquello que aparentemente fue olvidado, retorne o “*emerja a la superficie*” de la realidad. Lo peligroso radica en que puede darse el caso de que no solo se reprima la experiencia dolorosa sino también la sexualidad natural, quedando a futuro la misma, negada o reprimida, con la probabilidad de que los deseos naturales de la víctima queden como atrapados en el subconsciente, lo que afectará negativamente la formación de su carácter, generando mucha tensión y una vida interior de fantasías que poco a poco irán distorsionando la percepción real de una sexualidad saludable y todo el componente reprimido se podrá manifestar a partir de impulsos degenerados y/o destructivos como una posible salida hacia una especie de liberación, pero al final de cuentas, totalmente patológica.

Finalmente se puede presentar situaciones de **acting out**, que es básicamente una conducta totalmente impulsiva y contraria a los sistemas de motivación habituales de la persona y que muchas veces adopta una forma de auto – agresión, que señala una especie de retorno a lo reprimido.

El **paradigma sistémico** propone que un sistema implica un todo, un número de elementos que se mantiene en interacción, en el cual el todo es más que la simple suma de las partes; un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene principio ni final. La búsqueda de conservar su punto de equilibrio homeostático y de conservar su coherencia sistémica, lleva a los sistemas a la resistencia al cambio. Y cuando el cambio de la totalidad se produce, las partes pasan a ser afectadas o viceversa, sean estas cogniciones, afectivas o conductuales (Opazo, 2001, pp 115).

En el **paradigma Sistémico** básicamente se presentan elevados niveles de **disfunción familiar**, donde evidentemente no existen claramente diferenciados los roles de los padres, que se caracterizan ya sea por ser padres autoritarios, sobreprotectores, permisibles o indiferentes, las relaciones son caóticas y rígidas, existiendo una clara dificultad para mantener de manera sostenible los límites, que en otras familias son claramente identificables, no existen canales por donde fluya de manera natural la expresión de emociones a nivel colectivo (cumpleaños, aniversarios y todo

acontecimiento cultural típico de nuestra sociedad), y a nivel de díadas (pareja, padres a hijos, entre hermanos); son familias con un historial de alcoholismo o drogadicción de por lo menos un miembro de la familia, sino es que se presenta también alguna alteración psíquica en alguno de los padres; los vínculos afectivos existen pero son de características patológicas o enfermizas. Es de entender que esto no precisamente se presenta en estratos sociales bajos, la presencia de este tipo de familias disfuncionales es también muy notorio en familias de estratos sociales altos, donde a diferencia de las primeras, el sentimiento de angustia y soledad es la característica principal; por último la disfuncionalidad puede presentarse a partir de la ausencia de uno de los padres en la vida cotidiana y en la educación directa de los hijos, producto de conflictos relacionales que fracturaron la relación en un divorcio u otra figura común en el contexto en el que vivimos (viudez, abandono de hogar, madres solteras, etc.).

El **sistema SELF** es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los sub-sistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente, los mismos que operan en un sistema total; el sistema SELF viene a ser la esencia de nuestra personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total. Como eje integrador, realiza funciones de **identidad** que involucra la autoimagen y la autoestima (“¿Quién soy?”), de **auto-organización** que involucra la capacidad de

reconstruirse después de cada experiencia, de **significación** de la experiencia, que involucra precisamente la traducción de esa experiencia que puede ser interferida por expectativas irrealistas, esquemas rígidos, etc. (Opazo, 2001, pp 116), de **búsqueda de sentido** que se refiere a lo que cada persona valora como fin último de su existencia, por lo que es un tema estrictamente individual y de **conducción de vida** que se refiere a un desarrollo conductual asertivo que le permita a las personas lograr satisfacer sus necesidades, respetando ante todo el derecho de los demás (Ramírez, 2009 pp. 57-58).

Respecto al **SELF**, los niños sometidos a abuso sexual se caracterizan por tener **niveles muy bajos a nivel del autoconcepto** que los hacen incapaces de diferenciar y separar los hechos y las consecuencias, incapacidad de reintegración por el nivel de culpabilidad que asumen, por la polarización con la que observan los hechos que vivieron y no admiten la posibilidad de empezar por situaciones intermedias, lo cual no significa vivir en una tibieza emocional o de manera poco intensa; no se aceptan a sí mismos por lo que la realidad del pasado siempre va a determinar la realidad del presente, de ahí que no es raro observar cómo siempre hacen referencia al pasado como si fuera el presente, no logran convencerse de que un hecho por muy traumatizante que sea no tendría porque seguir la lógica de determinación de la vida presente e incluso futura, por lo que se vive

bajo un esquema cognitivo catastrófico permanentemente.

Viven con un sentido de la identidad muy confuso como si la misma perteneciera al victimario como una especie de hipoteca de la identidad, pero que ya es imposible de "recuperar"; no existe por lo tanto un ideal del SELF claro ni motivante, ni mucho menos alcanzable. Como los valores fueron distorsionados en la experiencia de abuso sexual traumante, no existe por este motivo la posibilidad de construir eficazmente una estructura de valores y menos aún la identificación de una misión que de un sentido trascendental a su vida.

Finalmente observaremos cómo la mayoría de las preguntas que cada una de las funciones del Sistema SELF responde adecuada y adaptativamente siempre y cuando dichas funciones son desarrolladas de manera equilibrada bajo conceptos de eficiencia y eficacia; en el caso específico de los niños y niñas abusados sexualmente, dichas preguntas originan respuestas distorsionadas o no existe una respuesta real. Se debe entender que estas consecuencias serán observadas a lo largo de todo un proceso, en función al desarrollo de la personalidad, crecimiento biológico y la calidad de las relaciones humanas en las que se vean involucrados.

En el caso de la función de **identidad**, las preguntas típicas son: "¿Quién soy?", "¿Como soy?", "¿Creo en mí?", "¿ Como me ven los demás?", "¿ Como quiero llegar a ser?", tendrán como respuesta situaciones no

acordes a la realidad de los menores que no son maltratados sexualmente, precisamente por estar la sexualidad, tan directamente relacionada con la identidad determinando claramente las estructuras y conceptos de masculinidad y feminidad; por ejemplo en el caso de la violación de un niño el desarrollo de la identidad desde el punto de vista de la formación de su masculinidad, será totalmente difuso.

En el caso de la función de **auto – organización**, las preguntas típicas son: "¿Qué experiencias son las que me organizan y a qué nivel?", "¿Tardo en reorganizarme y cuando lo hago logro hacerlo plenamente?", "¿Hasta qué punto estoy dispuesto a cambiar?", "¿ Cuán coherente es mi mundo interior?" ; es de entender que en el caso de niños y niñas abusados sexualmente el nivel de desorganización en su mundo interno es tal, que salvo con ayuda profesional ética, la tolerancia de su entorno y el apoyo social, difícilmente se podrá lograr un equilibrio moderado que le permita una fácil adaptación a su medio familiar y social; por otro lado por más que haya tenido experiencias positivas y que hayan coadyuvado a la formación de su carácter, esa sola experiencia traumática de abuso, será vivenciada consciente o inconscientemente como la más preponderante; por lo tanto estas preguntas no solamente que no tendrán respuesta adecuada, sino que no tendrán respuesta, además por el nivel de motivación totalmente bajo como para generar una situación de

cambio; el *"borrón y cuenta nueva"* viene a ser como una utopía.

En el caso de la función de **búsqueda de sentido**, las preguntas típicas son: *"¿Cuáles son mis valores?"*, *"¿Qué guía mis decisiones?"*, *"¿Soy una persona trascendente?"*, *"¿Le doy sentido a mi vida?"* ; de manera general cuando la violencia pasa a ser parte de la dinámica cotidiana de una familia, se convierte también en una forma de lenguaje, es decir que para que un miembro pueda comunicar algo a los demás no encuentra otra manera que no sea de manera violenta y por tanto el sistema de valores por ese hecho queda totalmente distorsionado; de la misma forma niño o niña que sufre abuso sexual y más aún si el mismo se *"incuba"* a partir del silencio de la víctima, es decir que no lo comunica o denuncia, fácilmente podrá crecer pensando y sintiendo que *"esa"* es una forma de comunicación de sentimientos. Lo que para otras familias donde no se presenta la violencia como parte de la comunicación entre sus miembros, los valores fundamentales serán el respeto por los demás, la libertad de expresión, la solidaridad, el brindar seguridad a los hijos, entre otros no menos importantes, en el caso de los menores abusados sexualmente, estos valores no tendrán ninguna significancia, por tanto la construcción de una escala de valores irá por un lado totalmente diferente; la violencia y el abuso pasan a configurarse como un *"valor"*.

En el caso de la función de **significación**, las preguntas típicas son: *"¿Cuán bien traduzco mis experiencias?"*, *"¿A qué le presto atención preferente?"*, *"¿Qué me importa más?"*, *"¿Soy capaz de observar desde distintos ángulos?"*, *"¿Evito "mirar" en algunas direcciones?"* y sus respuestas en el caso de menores sometidos a abuso sexual son confusas. Esta función precisamente refiere a la traducción de una determinada experiencia, por lo que dicha percepción deberá reflejar exactamente el contenido de dicha experiencia, es decir, lo que *"quiere decir en verdad"*, en el tema de la sexualidad, su concepto, su función, sus características, su mensaje es bien claro, por lo que la interpretación que hagan estos niños a partir de la experiencia mutilante no llevará a la verdad sino que contrastará peligrosamente con los mandatos sociales respecto a la sexualidad y vida sexual saludable y adaptativa.

Finalmente, en el caso de la función de **conducción de vida**, las preguntas típicas son: *"¿Soy capaz de activarme?"*, *"¿Soy capaz de satisfacer mis necesidades?"*, *"¿Logro contener y postergar mis impulsos?"*, *"¿Cuál es la calidad de mis decisiones?"* ; como en nuestro medio el abuso sexual genera una serie de conflictos colaterales en la forma de digerir el problema que tiene la sociedad, que muchas veces termina estigmatizando el conflicto y principalmente a las víctimas, las mismas difícilmente podrán activarse por si solas y la toma de decisiones de ninguna manera será autónoma y como se ha visto anteriormente en el paradigma

inconsciente prácticamente no podrán frenar todos aquellos impulsos generados a partir de la experiencia traumante.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Señalaremos algunas estrategias de intervención considerando los distintos paradigmas, incluyendo el sistema SELF:

Ambiental

- Crear un espacio de consenso comunicacional que permita unificar criterios y normar los canales por los cuáles se aborde el problema en base a criterios éticos y de protección psicológica a la víctima.
- Motivar a la creación de Programas de Protección a las Víctimas de Abuso Sexual Infantil dentro de las instituciones educativas, especialmente en escuelas y asesorar en el proceso de creación de los mismos.
- Reorientar a las Juntas Vecinales respecto a acciones comunitarias de manifestación en apoyo a las víctimas, con el propósito de no satanizar el tema y proteger a la víctima.
- Generar espacios de discusión pública (talleres de trabajo, plenarias, paneles) para abordar la problemática desde un enfoque multidisciplinario.
- Brindar las condiciones para la creación de comunidades terapéuticas de víctimas por abuso sexual infantil.

Conductual

- Integrar a las víctimas en programas específicos en algún área deportiva que les permita canalizar energéticamente emociones como la ira, con el compromiso y asesoramiento de profesionales en el área.
- Generar un espacio de ayuda permanente a través de una línea telefónica gratuita, bajo cuya responsabilidad estarían estudiantes de últimos cursos de la carrera de Psicología, entrenados previamente en brindar apoyo a víctimas de abuso sexual infantil y posibles casos con ideación suicida.
- Motivar a la creación de espacios psicoeducativos al interior de la carrera de psicología, especializados en desarrollar y reestructurar habilidades sociales, comunicacionales, potenciar la autoestima y elevar la asertividad, ludoterapia, musicoterapia.

Biológico

Comprometer a profesionales en medicina (pediatras, dermatólogos, neurólogos, psiquiatras, etc.), a conformar equipos de trabajo multidisciplinarios para brindar apoyo permanente y sostenido a las víctimas en casos de conflictos asociados al trauma (psicosomatizaciones, insomnio, etc.).

- Comprometer a centros especializados en programas naturales de control del estrés (centros de yoga, gimnasios,

organizaciones diversas) que coadyuven en la enseñanza de estrategias de manejo y control de la ansiedad de manera natural.

Cognitivo

- Identificar y modificar todas aquellas distorsiones cognitivas.
- Desmitificar la culpa como una percepción de castigo y fomentar la toma de responsabilidades a partir de la identificación de una tarea o misión.
- Enseñar paralelamente al proceso psicoterapéutico, estrategias que permitan mejorar la concentración.

Afectivo

- Contención y elaboración de las emociones asociadas a la experiencia traumática.
- Generar espacios psicoterapéuticos familiares para enseñar las maneras de brindar seguridad y protección emocional tanto a las víctimas como a la familia en sí.
- Enseñar a las víctimas dentro del proceso psicoterapéutico estrategias de inteligencia emocional que les permita canalizar adecuadamente emociones conflictivas.
- Desarrollar un programa psicoterapéutico que garantice la consecución efectiva del duelo.

Inconsciente

- Trabajar a nivel psicoterapéutico mecanismos de defensa especialmente los represivos.

Sistémico

- Estandarizar modelos integrales de diagnóstico familiar en casos de violencia.
- Generar espacios de apoyo a familias con casos de abuso sexual infantil mediante la creación de grupos comunitarios con reuniones semanales que desarrollen programas de ayuda respecto a la temática en cuestión.
- Desarrollar programas de expansión cultural, deportivo y emocional periódicamente al interior de juntas vecinales y que fomenten la unión familiar y la promoción y difusión de valores.

SISTEMA SELF

- Coadyuvar a la reestructuración de la identidad "*perdida*".
- Reestructurar un sistema de valores en función a la experiencia traumática.
- Brindar un sentido de vida a la experiencia vivida que vaya estructurando el compromiso social de la víctima a largo plazo con la lucha contra la violencia.

CONCLUSIONES

Muchos estudios e investigaciones han determinado el carácter de la violencia como un fenómeno psicosocial cuya etiología responde a una muy variada y heterogénea cantidad de factores de riesgo, pero que por esa condición, no pueden ser abordados de manera aislada, pero una vez que confluyen unifican su efecto y poder para hacer de la violencia una psicopatología social que aunque algunas instituciones digan lo contrario, su efecto devastador no ha sido controlado ni muchos menos erradicado.

Teniendo en cuenta que hoy en día, paradójicamente a la par del avance tecnológico y la modernidad, de la violencia como si se tratara de una fuente madre, han brotado tantos racimos que llevan su nombre pero con devastadores efectos típicos en cada uno de ellos; este aspecto le proporciona ese carácter multidimensional, que necesariamente más allá de los consensos sociales y legales, se deben poner en marcha programas de prevención e intervención basados en una diversidad paradigmática, que es precisamente lo que propone la Psicoterapia Integrativa y su Modelo Integrativo Supraparadigmático; en el caso del abuso sexual infantil que no deja de tener una estructura interaccional, su diagnóstico y tratamiento debe necesariamente ser interactivo y en todas sus dimensiones.

Hoy en día no puede existir una verdad absoluta o verdades que sean defendidas como si se tratara de una competencia de posturas, es decir que necesariamente en el

abordaje y tratamiento de la violencia intrafamiliar y todas sus formas de presentación, se deben lograr consensos pero que vayan más allá de los habituales encuentros extraordinarios de instituciones y organizaciones que en la mayoría de los casos vienen a ser como encuentros sociales de confraternidad institucional. Este consenso tiene que ser más operativo y que permita trazar líneas de acción no solamente sociales, sino más bien científicas y psicoterapéuticas, tomando en cuenta todas las vertientes que hacen de la violencia intrafamiliar un fenómeno multicausal.

La tolerancia social a la violencia intrafamiliar es una barrera infranqueable, dado que tiene como principal cómplice y aliada a la misma familia. Dice un adagio popular que cuando una mujer recibe el primer golpe el culpable es su esposo, pero cuando recibe el segundo golpe la culpa es de ella; más allá de la culpabilidad y la veracidad de lo que comenta y difunde la gente, el problema principal en el tema de la violencia está en ese tiempo de *"incubación"* sostenido por el silencio y la simulación de que nada pasa por parte de la víctima y de un entorno que impide que el problema salga de los límites familiares y muchas veces basado en muchos mitos familiares (*"los trapos sucios se lavan dentro de casa"*).

El conflicto de la violencia es abordado de manera más emocional que cognitiva, más aún el abuso sexual infantil que genera la interacción de pasiones antagónicas y contradictorias entre todos los agentes

involucrados, que en más de una oportunidad ha producido enfrentamientos entre instituciones, donde las víctimas son martirizadas y los victimarios satanizados; no se puede aún comprender que ambos deben ser tratados en función a muchos criterios que obedecen a patrones paradigmáticos e integradores.

Se han creado muchas instancias de relacionamiento institucional para fortalecer la lucha contra la violencia intrafamiliar lo cual es encomiable y positivo, pero se debe reconocer que en muchos casos esta voluntad no pasa más allá de las buenas intenciones, dado que su efectividad muchas veces ha quedado en duda y así no es raro que hayan pasado al olvido y no precisamente por la falta de profesionalidad de los actores que componen los directorios, mesas directivas o equipos de asesores, dado que el cumplir su misión o trabajo obedece a mostrar resultados, es así que las estadísticas llegan mostrar resultados que no son acordes a la realidad oculta, es decir que es la presión social la que exige que se muestren resultados, por lo que muchas instituciones muestran avances comparando una gestión respecto a otra y la opinión pública se dispersa o se contenta con este tipo de información, cuando en verdad este fenómeno social sigue sin tener una respuesta contundente y efectiva.

Se reconoce que el Estado, obviamente en diferentes gestiones, motivado, apoyado y presionado por diversas instituciones y organizaciones sociales, ha logrado un

avance significativo en la elaboración, aprobación y ejecución de leyes destinadas a la lucha contra la violencia intrafamiliar. Sin embargo a pesar de todos estos avances, aún siguen existiendo barreras más de orden social y político; en el caso específico de la Ley 1674 no existe aún una decidida acción gubernamental para hacerla cumplir, la población ha tenido la referencia de la aprobación de esta Ley, se han realizado encuentros para su difusión, pero no se ha observado los resultados de una ejecución efectiva en los diferentes casos públicos que se han presentado en nuestro medio. En otras palabras se han hecho muchas leyes y poco derecho.

Finalmente se puede afirmar de manera categórica que el manejo técnico del problema se constituye en una limitante fundamental, ya que no se cuentan con recursos humanos capacitados y especializados para tratar el conflicto; dado que no es sólo un problema de formación personal, sino un problema de orden sistémico, donde las instituciones educativas no han focalizado de manera consensuada y contundente a la violencia como una prioridad, por lo que no se ha llegado a transversalizar este conflicto con la formación de los recursos humanos; no existen en nuestro medio instancias de formación en educación superior que brinden una especialidad en el tema. La cantidad de personas que trabajan en departamentos de Desarrollo Humano es insuficiente, especialmente en Defensorías donde más que tratamiento del conflicto se hace tan sólo

recepción del mismo, brindando asesoría más legal que psicoterapéutica y en la mayoría de los casos estas fuentes de trabajo benefician a personas que comulgan intereses políticos o que tienen relacionamiento de amistad y favoritismo.

REFERENCIAS

BAGLADI, V. (2010) *Violencia Intrafamiliar*. Material de estudio Modulo: Psicoterapia Integrativa en Problemas Interpersonales. Maestría Psicoterapia Integrativa. Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia..

CORSI (1994), citado por BAGLADI (2010)., *Violencia Intrafamiliar*, 2010.

OPAZO, R. (2001) *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DELIMITACION INTEGRATIVA*, Ediciones ICPSI Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago de Chile, p. 109

RAMIREZ, R. (2009) *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Volumen N° 1, Publicaciones ICPSI, Santiago de Chile, p. 57-58

SASSO, M. y SCHMIDT, M. (2009), *PSICOTERAPIA INFANTO – JUVENIL* Material de estudio ModuloIV. Maestría Psicoterapia Integrativa. Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia.

SARASON I. y SARASON B. (1993) *Psicología Anormal*, Ed. Prentice Hall Hispanoamericana, 1993, p. 248.

SENAME, Chile,(2010), citado por BAGLADI *Violencia Intrafamiliar*, 2010.

U.P.S. (2010a) Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica, U.P.S. Editorial S.R.L, La Paz Bolivia, p. 16-38.

U.P.S. (2010b) Ley de Protección a las Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual, U.P.S. Editorial S.R.L, La Paz Bolivia, p. 5-11.

Torres, S (2008) “Autismo: un enigma sin resolver” Revista Electrónica Viref (Biblioteca Virtual en Educación Física), Universidad de Antioquia. Obtenido el 9 de Noviembre 2010 en <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/148-autismo.pdf>

Tustin, F (1972) “Autismo y psicosis infantiles” Editorial Paidós. Barcelona, España.

Valencia, C & García, H (2006) “El autismo: Una revisión desde el análisis aplicado de la conducta. Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento. Colombia. Obtenido el 12 de Noviembre 2010 en http://www.abacolombia.org.co/bv/analisis/autismo_revisi_on_2006.pdf

Wing, L (1998) “El autismo en niños y adultos” Editorial Paidós, Buenos Aires. Libro obtenido el 26 de Octubre en <http://www.libroos.es/libros-de-medicina/psiquiatria/general/8321-wing-lorna-el-autismo-en-ninos-pdf.html>

ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

(E. I. S.)

Ps. (Ph.D.)Verónica Bagladi L.²³

“Una evaluación crítica de la psicoterapia contemporánea constituye un pre-requisito insoslayable, a la hora de perfilar una psicoterapia integrativa. Una evaluación que nos permita esclarecer qué está pasando, cómo marchan las cosas, por qué, hacia adonde va la psicoterapia y qué se está necesitando.” (Opazo, 2001, pp. 33).

Summary

Research plays an essential role within the Supraparadigmatic Integrative Approach (E.I.S.). In order to share and systematize the main ideas and developments of the Supraparadigmatic Integrative Approach, this paper involves a summary about the research developed within the approach. So, this article brings the efforts, research methods, and research subjects, developed by the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy (ICPSI), within the framework of the EIS.

Keywords: *Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), Integrative Psychotherapy, Research.*

Resumen

La investigación juega un rol esencial en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.). Con el fin de compartir y sistematizar los principales planteamientos y desarrollos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, en cuanto a la investigación en psicoterapia, el presente artículo entrega una síntesis; de los esfuerzos, temáticas y modalidades de investigación desarrolladas por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), en torno al EIS y a la Psicoterapia Integrativa.

Palabras claves: *Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), Psicoterapia Integrativa, Investigación.*

²³ Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI icpsi@icpsi.cl

Universidad Adolfo Ibañez, Escuela de Psicología veronica.bagladi@uai.cl

Contextualización

En la actualidad la psicoterapia florece en sociedades urbanas, tecnológicas y democráticas desarrolladas; las naciones han venido enfatizando el gasto en salud y el rol regulador del Estado. Por otra parte, se constata un aumento en el número y diversidad de psicoterapeutas; dando origen a una práctica crecientemente ecléctica con miras a la integración. Cada vez más se pone el acento en la integración de práctica e investigación, propiciando la emergencia de una “práctica psicoterapéutica basada en la evidencia”; en esta dirección, se enfatizan también progresivamente las terapias breves (Jiménez, 1999).

En la línea anterior, se sitúan los planteamientos de Roth y Fonagy (1996), quienes destacan la “Práctica Basada en Evidencia”. Esta procura efectividad y eficacia, a través de respuestas a las preguntas del tipo; *¿qué, cómo, cuándo, dónde, y con “quien”?* es mejor un tipo de intervención u otra.

En cuanto a resultados terapéuticos, la investigación nos señala que asistir a psicoterapia aporta más que el no hacerlo (Opazo, 2001). No obstante lo anterior, se ha documentado empíricamente una tendencia al “empate” entre los distintos enfoques, en lo que ha venido en llamarse el *Veredicto del Dodo* (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975). Así, siendo la psicoterapia efectiva, no se evidencian diferencias significativas entre los

enfoques (Opazo, 2001). Un reciente y completo meta-análisis de comparación de enfoques, suscribe el “veredicto del Dodo”, en el sentido de concluir que las diferencias entre los enfoques o son muy pequeñas o bien son inexistentes (Wampold, 2001).

Si bien la tendencia al empate entre los enfoques aún es apoyada por la investigación, es necesario señalar que existen resultados promisorios a la hora de evaluar la efectividad comparativa de diferentes aproximaciones y procedimientos psicoterapéuticos. En un meta-análisis, sobre la base de 143 estudios, Shapiro y Shapiro (1982) encontraron que los tratamientos conductuales y cognitivos arrojaron resultados más favorables. Por otra parte, también se cuenta con evidencia para la efectividad de ciertas técnicas y modelos de tratamiento manualizados (Beutler, Moleiro y Penela, 2004). Es así que, aunque no siempre hay diferencias de los resultados entre los enfoques, cuando existen, a menudo favorecen a los enfoques conductual o cognitivo, a través de una variedad de categorías diagnósticas (Lambert y Ogles, 2004).

Al revisar el panorama de la psicoterapia contemporánea Opazo (2001) destaca una serie de fortalezas. Estas son: un alto nivel de creatividad, génesis de múltiples teorías y estrategias clínicas, desarrollo y confluencia en categorías diagnósticas (CIE, DSM), acuerdo en la valoración de la relación paciente / terapeuta, progresos metodológicos (grupos de control placebo,

réplicas, cambio clínicamente significativo, etc), y el hecho que el asistir a terapia es mejor que no asistir, efecto que iría más allá del mero efecto placebo.

Pero, conjuntamente con las fortalezas, Opazo nos advierte que la psicoterapia evidencia un significativo cúmulo de debilidades. Entre estas debilidades, se encuentran la existencia de múltiples discrepancias epistemológicas, metodológicas, teóricas, paradigmáticas y clínicas. Otra debilidad está dada por lo que Opazo refiere como *dificultad para tolerar la incertidumbre*; siendo los terapeutas muy propicios a darse explicaciones sobre los hechos y creer en ellas, aún cuando no existan conocimientos fundamentados para sostenerlas. Lo anterior se une a la tendencia al reduccionismo, que lleva a comprensiones restringidas del funcionamiento psicológico. Otras de las debilidades, en el plano de la metodología, son la desconexión existente entre debilidades, en el plano de la metodología, don la desconexión que ha existido entre investigación, teoría y práctica, junto con la laxitud dada por hipótesis imprecisas, mayor desarrollo de creatividad que de rigurosidad y más énfasis en la enunciación que en la verificación. Todo lo anterior, hace posible la coexistencia de una multiplicidad de enfoques; que tienden a empatar en efectividad. Por último, si bien la psicoterapia aporta, sus resultados no son suficientemente contundentes en superar el efecto placebo e ir más allá de las variables inespecíficas o factores comunes.

A partir de este panorama es del cual surgen,

en opinión de Opazo, los siguientes desafíos para la psicoterapia: Introducir orden en el desorden, seleccionar el conocimiento válido y acumularlo organizadamente, agregar profundidad a la comprensión, especificidad a las fuerzas de cambio y poder a la intervención (Opazo, 2001). De este modo, superar al efecto logrado vía factores comunes, es lo mínimo que se le puede exigir a un enfoque emergente, hoy en día.

Enfrentando estos desafíos es como se ha venido perfilando el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), cuyo objetivo central es, en palabras de su creador: *“Integrar todo conocimiento válido que aporte a la comprensión del funcionamiento psicológico y a la efectividad de la psicoterapia”* (Opazo, en Prensa).

El EIS no pretende integrar todas las propuestas de cada autor o de cada enfoque; dado que esto no es posible, ni deseable. Lo que se busca es integrar los aportes válidos de cada autor, de cada enfoque, de cada investigación y del propio E.I.S. Todo lo cual aportará al conocimiento y, por ende, a los pacientes.

Así, a partir de una teoría completa y no reduccionista, un desafío central para la psicoterapia es contar con guías adecuadas para desarrollar investigación. Dentro del EIS tales parámetros corresponden a una teoría profunda, completa y guiadora y a altos estándares metodológicos.

Estándares metodológicos que se enfatizan, en primer lugar, el rol de predicción y cambio, para evaluar la calidad del conocimiento que será seleccionado como aportativo. En segundo lugar, combatir el “allegiance effect”; esto es, la tendencia a teñir la investigación por el compromiso que tenemos con nuestro propio enfoque. Por otra parte, contextualizar la investigación relevante en el Supraparadigma Integrativo. Finalmente, nutrir la investigación desde el EIS, aportando a la génesis de nuevas preguntas de investigación.

En el ámbito de la **investigación en psicología clínica**, hemos señalado que ésta presenta varias dificultades. La primera dada por la coexistencia de las dimensiones de lo objetivo y lo subjetivo; y por la necesidad de considerar no solo momentos relevantes sino, también, todo el proceso psicoterapéutico. Proceso que involucra aspectos nomotéticos e idiosincrásicos. Y, finalmente, no perder de vista que una cosa son las teorías, y otra, las personas; encontrándonos muchas veces con que nuestras teorías clínicas se quedan cortas y/o no se ajustan a la realidad que nos presentan nuestros pacientes (Bagladi, 2007^a y c).

Es en relación a estas dificultades y a la necesidad de aportar potencia específica al cambio, que Opazo ha desarrollado el concepto de **Principio de Influencia**, como una forma de humanizar el principio de causalidad y hacerlo más atingente a lo que nuestra realidad clínica nos ofrece como

conocimiento posible, sobre el operar complejo de las regulaciones del acontecer humano. Un Principio de Influencia hace referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y un hecho específico (consecuente). La presencia del primero aumenta la probabilidad de que se produzca el segundo. No se trata entonces de una relación legal de necesidad, sino de una relación probabilística establecida sobre la base de observaciones científicas sistemáticas: $A \Rightarrow > Pr B$ (Opazo, 2001).

Siendo la Psicología una disciplina científica, dentro del EIS se enfatiza el método científico, el cual nos permite plantear hipótesis y testearlas. Es en esta contrastación donde se podrá ver que conocimiento (hipótesis) es el que nos aporta mayor a una comprensión, predicción y cambio; qué conocimiento es más válido a la luz de la investigación.

Con respecto a la metodología, Opazo (2010) señala que algunos métodos son aptos para conocer acerca de algunos ámbitos de la dinámica psicológica y otros métodos son aptos para conocer otros aspectos. De este modo, en el EIS; la metodología es considerada un territorio propicio para la complementación; rescatando los aportes de métodos cuantitativos, cualitativos y fenomenológicos.

Por otra parte, con el fin de buscar conocimiento confiable, el EIS procura - en la investigación- considerar más de un criterio, más de un parámetro, más de un

área, más de un momento y más de un evaluador. Esta es una de las formas para buscar minimizar, lo más posible, el “allegiance effect”. Si una debilidad señalada para la psicoterapia, es el hecho que la orientación o enfoque del investigador es el mejor predictor de los resultados que una determinada investigación arrojará (Robinson, Berman y Neimeyer, 1990; Luborsky, 1996), el Supraparadigma Integrativo nos ofrece una teoría más completa y no reduccionista. Así “cuando la teoría nos fuerza a observar en todas direcciones, encontraremos el conocimiento dondequiera que éste se ubique” (Opazo, 2010).

En la misma línea de análisis, Opazo (2010) señala: Ningún método operará científicamente, si quien lo aplica, carece de una actitud científica, en la cual el conocimiento está primero. En el EIS, por sobre el compromiso con el propio enfoque o con los intereses de índole más egocéntrica, lo principal es el compromiso con el conocimiento y con los pacientes.

Psicoterapia Integrativa

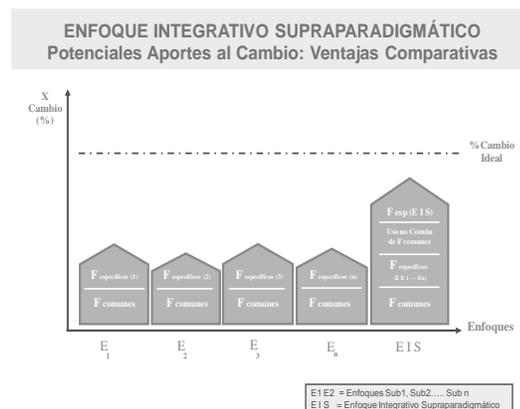
La Psicoterapia Integrativa, propia del EIS, por lo tanto, es un proceso creativo permanente basado en principios científicos (Opazo, 2001, p.150).

Recordemos que uno de los desafíos, planteados por Opazo, para la psicoterapia

contemporánea es buscar procurar romper el “empate” terapéutico, aportando potencia a la intervención. Es en este sentido que el EIS aspira a ofrecer ventajas comparativas en relación a los otros enfoques psicoterapéuticos: Estas ventajas estarían dadas, como se aprecia en la Fig 1, por 4 grandes vías.

La primera es compartir con los demás enfoques, el segmento de factores comunes presentes en toda relación terapéutica. La segunda estaría en, rescatar e integrar todos los segmentos específicos válidos de cada enfoque. La tercera, hacer un uso no común de los factores comunes y, por último, la cuarta, aportar fuerzas específicas válidas, derivadas desde el propio EIS. De este modo la aspiración es alcanzar un nivel mayor de cambio efectivo, a través de la implementación de la Psicoterapia Integrativa, derivada desde el EIS.

Fig. 1 EIS: Potenciales Ventajas Comparativas



La idea matriz de la fig 1, es que el EIS desea

nutrirse de todo el conocimiento válido presente en cada enfoque; y desea aportar adicionalmente un conjunto de conocimientos y de fuerzas de cambio específicas generadas en el propio E.I.S.

Desde sus orígenes, en 1978, nuestro instituto ha tenido como nortes centrales promover el desarrollo científico de la psicología y contribuir al crecimiento de un país más sano, habitado por personas más realizadas.

Lo anterior se conjuga muy bien con lo señalado como desafíos actuales para la Psicología Clínica y la Psicoterapia en Chile, a saber: *“Perfilar las necesidades específicas de nuestra población, diseñar modelos teóricos, programas y técnicas y evaluar resultados y efectividad de modelos, programas y técnicas”* (Bagladi, 2002 a, pp. 431).

Dentro de este enmarque general, ICPSI ha desarrollado una vasta gama de investigaciones a lo largo de sus años de existencia. Gran parte de esta investigación, se ha nutrido de la actividad clínica asistencial que se realiza, tanto en los consultorios para personas de escasos recursos adultos (COMPER-A) e Infanto - Juvenil (CONPER-I), como en la realizada por la División de Especialistas en Psicoterapia Integrativa (DEPSI). Otro tanto de las investigaciones, se han realizado en muestras más allá de nuestro instituto.

Así, a la fecha contamos con más de 300 investigaciones en población consultante y no consultante; de diferentes edades, niveles socio económicos, culturales y lugares de residencia a lo largo del país.

Los primeros estudios de tipo exploratorio-descriptivo, han permitido establecer perfiles demográficos y paradigmáticos para diferentes poblaciones clínicas y no consultante. Es importante señalar que, a partir de la actividad docente de nuestro equipo en el extranjero, ya contamos con interesantes datos de población argentina, boliviana, panameña y salvadoreña; lo cual nos ayudará en la búsqueda de conocimientos aportativos a nuestra realidad latinoamericana.

Temáticas de Investigación

Las temáticas que ha abarcado la investigación de ICPSI (Fig. 2) han sido diversas y variadas, dando cada una de ellas cabida a diferentes líneas de Investigación.

Fig.: 2 Temáticas de investigación en ICPSI



Como resultado de las diferentes investigaciones, en torno al **Supraparadigma Integrativo**, se espera ir derivando y decantando principios de influencia por cada paradigma; posibles de poner al servicio de la comprensión de la etiología y conformación de diferentes realidades y problemáticas clínicas. Así como fuentes de vías de abordaje e intervención más eficientes y adecuadas.

Con respecto al Supraparadigma Integrativo podemos consignar las siguientes temáticas:

Fig.3 Investigación Supraparadigma Integrativo



Un resultado destacable en este ámbito, guarda relación con la importancia de los elementos de **etiología** biológica en la conformación del Self.

En un estudio realizado con una muestra de 2927 sujetos, Opazo (2001) encontró que existiría una correlación significativa entre las dimensiones de Neuroticismo e Introversión - Extroversión, desarrolladas por Eysenk (1978), y los niveles de Autoimagen, Autoestima y Autoeficacia (fig.4). A mayores niveles de neuroticismo e introversión, sistemáticamente los puntajes de

autoimagen, autoestima y autoeficacia tienden a ser más bajos. La figura 4 explicita estos resultados.

Fig. 4 Fundamentos Biológicos del Self

| | NEUROTICISMO ALTO | | NEUROTICISMO BAJO | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | BAJA EXTROVERSIÓN | ALTA EXTROVERSIÓN | BAJA EXTROVERSIÓN | ALTA EXTROVERSIÓN |
| AUTOIMAGEN | 3.41 0.58 | 3.66 0.57 | 3.86 0.50 | 4.03 0.49 |
| AUTOESTIMA | 3.07 0.71 | 3.37 0.74 | 3.84 0.65 | 4.03 0.59 |
| AUTOEFICACIA | 3.42 0.66 | 3.82 0.62 | 3.68 0.60 | 4.03 0.54 |

Otra área destacable, son los desarrollos para ver la aplicabilidad de algunos principios del E.I.S. al ámbito de la **promoción en salud mental**. Dentro de estos destacan los estudios de Giñez (2004) y Filipi (2007), en cuanto a evaluar el aporte del conocimiento y uso de los planteamientos del EIS al trabajo de los equipos de salud.

En el área de la atención primaria, un aporte promisorio es el estudio realizado por Arce (en prensa), sobre una propuesta de intervención grupal para pacientes depresivas en atención primaria. También interesantes son las propuestas de talleres de prevención del consumo de drogas para alumnos de Enseñanza Media (Andreani, en prensa; Larraín, en prensa) y de un programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria (Marín, 2007).

En cuanto a desarrollos del EIS en **evolutividad**, son varios los trabajos de

investigación realizados. Dentro de ellos podemos destacar el aporte del estudio de Schmidt (2007) en infancia; donde se constató, por ejemplo, que distintos tipos de estresores tienen impactos diferenciales según la etapa etaria. Otros aportes son el de Droguett, S. (2004), sobre apego temprano y desarrollo del Self; el de Gendelman (2007), sobre factores que inciden en la función de búsqueda de sentido en la adolescencia tardía, y el de Cardemil (2010) sobre el desarrollo de la función de autorregulación en preescolares.

Otra importante contribución la encontramos en los diferentes trabajos desarrollados en adultos mayores. Se han estudiado, por ejemplo, las características de población consultante y no consultante de Santiago (Collao y Morocho, 2001; Collao, 2004) y Concepción (Morales, 2009). También tenemos datos sobre las características de la Depresión en una muestra de la tercera edad de la zona de Los Andes (Calderón, G. 2001).

En un estudio reciente (Guzmán, 2010), con población no consultante de la Región Metropolitana, se encontró que los paradigmas biológico, afectivo y ambiental / conductual experimentan una mayor cantidad de cambios significativos a través de la edad; y que en las crisis vitales de los septuagenarios, los conflictos internos y externos son más marcados.

Otro interesante estudio fue el llevado a cabo por De la Fuente (2009), quien, al analizar la evolución y desarrollo de la Función de

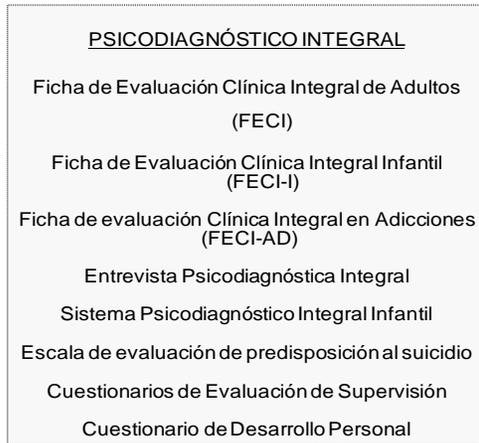
Autoorganización del sistema Self, observa que luego de periodos de resultados disminuidos, se presenta un ciclo con un aumento importante de la capacidad de Autoorganización. Aspecto que sugiere que, tras momentos de deficiencia en la autoorganización, emerge un impulso hacia el restablecimiento de la homeostasis psicológica.

En un territorio más ligado a la clínica y a la Psicoterapia Integrativa, es el referido al **psicodiagnóstico integral**; aquí los esfuerzos y desarrollos del EIS han sido particularmente aportativos y fructíferos. En primer lugar, por el desarrollo de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) para adultos, y su posterior versión para la población infanto-juvenil (FECI – I). La primera ha sido sometida a estudios de validez y confiabilidad (Bejer, 2010), y la segunda está siendo objeto de revisión, en una investigación en curso.

De especial orgullo para nuestro Instituto es que, la Ficha FECI, ha sido adaptada y está siendo utilizada en Panamá, Argentina, Ecuador, El Salvador y Bolivia.

Otro desarrollo muy aportativo es la derivación de nuestra Ficha al ámbito de las adicciones, existiendo hoy el FECI-AD (Guajardo y Kushner, 2006), que es un importante instrumento de trabajo para el equipo encabezado por nuestros compañeros Humberto Guajardo y Diana Kushner.

Fig. 5 Psicodiagnóstico Integral



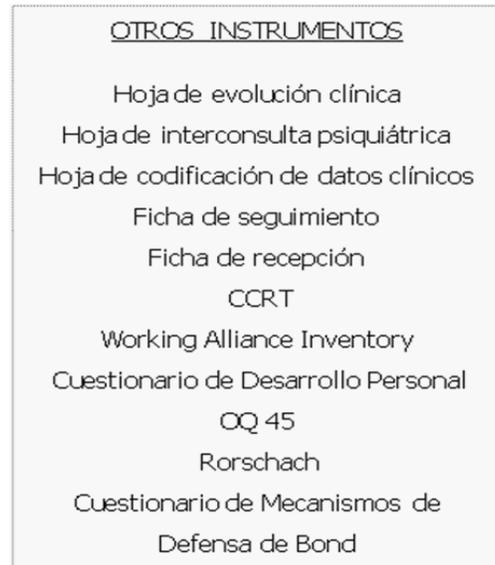
También se ha desarrollado una Entrevista Psicodiagnóstica del Modelo Integrativo Supraparadigmático y una pauta para evaluarla (Villacura, 2003); este desarrollo nos ha permitido sistematizar aún más nuestras entrevistas clínicas iniciales, y orientar mejor a nuestros terapeutas en formación.

Importantes son además las escalas, desarrolladas por nuestro equipo, algunas de ellas forman parte del FECl, y otras son instrumentos adicionales: Como la Escala de Desarrollo Personal (Figari, 2006), y la Escala de Evaluación del Riesgo Suicida (Oliveri, en Prensa; Villar, en Prensa).

Se ha desarrollado adicionalmente algún instrumental complementario, que ha servido para la sistematización y evaluación de nuestra práctica clínica; así, también, se han incorporado instrumentos de diagnóstico y de evaluación clínica, provenientes de otras

fuentes, a modo de enriquecer nuestra investigación (fig. 6).

Fig. 6 Otros Instrumentos usados en el EIS



Especial mención ameritan el estudio realizado con el CCRT (Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), desarrollado por Lester Luborsky, y que ha sido objeto de importante investigación en psicoterapia en estos últimos treinta años, en distintos países del mundo. Y, el estudio que empleo el Cuestionario de Mecanismos de Defensa, desarrollado por Bond (Bond y Vaillant, 1986). Ambos instrumentos representan una búsqueda de ampliar la mirada del fenómeno psicoterapéutico, hacia dimensiones relacionales y más complejas del psiquismo humano, pero dentro del rigor y la actualización de la investigación, contextualizando esta mirada en el marco del EIS.

Así, a través del primer instrumento, hemos podido tener acceso a evaluar aspectos del proceso de la Psicoterapia Integrativa (Altman, 2007); y, a través del segundo, contamos hoy con una herramienta para la evaluación de aspectos del paradigma inconsciente (Lecaros, 2007).

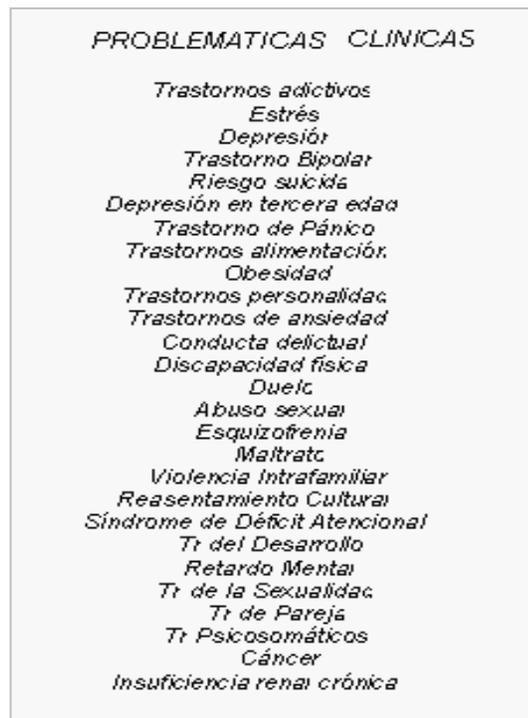
Otro interesante aporte es el desarrollado por Bejer (2009), al estudiar los indicadores que el FECl puede aportar a la evaluación de la estructura de personalidad limítrofe; en el que se comparó los indicadores de las escalas FECl, con los resultados del test de Rorschach, en una muestra clínica.

Esta investigación nos aporta respaldo para el FECl como herramienta de evaluación, adecuada para ser utilizada en contextos clínico / sociales más complejos que la consulta privada. Contextos donde se cuenta con menos tiempo para la intervención clínica, menos recursos físicos, y con menos profesionales capacitados para una adecuada aplicación de tests. Además de ser una alternativa que aparece más segura en aquellos pacientes que pueden ver amenazada su estabilidad psíquica con un test más proyectivo e "inestructurado" y con mayor espacio para interpretaciones diferentes, a la hora de analizar sus resultados.

En lo referido a las **Problemáticas Clínicas** que ha abarcado nuestra investigación, son múltiples las áreas de estudio (fig.7) En cada una de ellas se ha procurado aportar a la

comprensión de su funcionamiento y etiología, así como al abordaje clínico y psicoterapéutico de las mismas.

Fig. 7 Problemáticas Clínicas Estudiadas en ICPSI



Los resultados de estas investigaciones se han contextualizado e integrado dentro del Supraparadigma Integrativo: permitiendo, en muchos casos, contrastar y/o proponer principios de influencia de relevancia. Los siguientes son **algunos ejemplos** de resultados de investigación:

Paradigma Biológico

- *Influencia del paradigma biológico en déficit de las funciones del Self, en adolescentes con conducta delictual (Baeza y Rojo, 2002).*
- *Relación significativa entre bipolaridad y baja autoestima, baja autoeficacia y baja autoimagen (Banfi y Hevia, 2002).*
- *En cuadros bipolares, la ciclación rápida afecta prioritariamente la baja autoestima (Banfi y Hevia, 2002).*

- Alta correlación entre inmadurez neurológica y adicción (Guajardo, Bagladi, y Kushner, 2001).
- Sujetos que cuidan su salud frente a enfermedades larvadas (colesterol, diabetes, etc.), presentan mejor calidad de vida en la etapa del adulto mayor (Collao y Morocho, 2002)

Paradigma Ambiental/Conductual

- El adulto mayor que está sin actividad ve menoscabada su autoestima (Collao y Morocho, 2002)
- A menor nivel de instrucción las expectativas frente a la terapia tienden a ser más confusas. A mayor nivel de instrucción las expectativas denotan un rol más activo del paciente en terapia (Bagladi, 2003)
- Mayor probabilidad de expectativas confusas en pacientes derivados a terapia por instituciones o red social (Bagladi, 2003)
- Existe una fuerte relación entre la satisfacción de necesidades y el estado de felicidad actual en las personas, (Bejer, 2004)
- Mientras mayor y más variado es el desarrollo social es más probable que de adulto mayor tenga una relación de pareja más satisfactoria (Collao, 2005).
- Pacientes con ideación suicida presentan bajo repertorio conductual, en comparación con los que no presentan ideación suicida que muestran un repertorio conductual medio (Villar, en prensa).

Paradigma Cognitivo

- Expectativas ante psicoterapia difieren según motivo de consulta, existencia o no de trastorno de personalidad y edad del consultante (Bagladi, 2003).
- A mayor severidad de trastorno bipolar, se ve más comprometido el paradigma cognitivo (Navarrete, 2004).

Paradigma Afectivo

- En pacientes que consultan por problemas afectivos la expectativa que predomina es la de orientación para actuar (Bagladi, 2003)
- Baja satisfacción de necesidades se asocia a adicción (Guajardo, Bagladi, y Kushner, 2001; Serra, 2002)

- Pacientes que consultan por ansiedad esperan técnicas para resolver sus problemas a diferencia de pacientes depresivos que esperan entender lo que les sucede. (Bagladi, 2003)
- Pacientes con baja tolerancia a la frustración ven minada su capacidad para disfrutar, aumentando considerablemente su nivel de discomfort emocional (Bejer, 2004)
- Sujetos con alta irritabilidad presentan poca o nula motivación y tienden a desertar de la terapia (Sasso y Arredondo, 2002).

Paradigma Sistémico

- La inconsistencia parental unida a inmadurez neurológica se asocia a adicciones (Guajardo, Bagladi, y Kushner, 2001).
- La combinación entre tipo de diada terapéutica, sexo de paciente y motivo de consulta por problemas interpersonales o de pareja incide en el tipo de término de la terapia (Bagladi, 2003)

Sistema Self

- Presencia de trastornos de personalidad se asocia a baja autoimagen, baja autoeficacia y baja de satisfacción de necesidades (Calderón, 2001)
- La Psicoterapia Integrativa logra cambios estadísticamente significativos en trastornos de personalidad. Muestra una tendencia al cambio
- clínicamente significativo a partir de los 6 meses de terapia (Calderón, 2001)
- Neuroticismo y extroversión altos se asocian a baja autoestima (Opazo, 2001)
- Mayor tendencia al crecimiento personal se asocia a término por egreso o alta (Sasso y Arredondo, 2002.)
- En cuadros bipolares existe mayor incoherencia interescalas FECL – ¿inestabilidad biológica? - (Carvajal y Navarrete, 2000).
- El Self de pacientes bipolares presenta una influencia biológica mayor que el de pacientes no bipolares (Navarrete, 2004).

Dentro de las problemáticas de interés clínico, resulta especialmente relevante contar con estudios sistematizados en **población infanto-juvenil**; datos que son escasos tanto a nivel internacional como nacional. Se realizó un estudio por M.I. Schmidt (2005) con población consultante en los Consultorios ICPSI, entre los años 2003 y 2005, con una muestra de 473 pacientes, entre 3 y 16 años de edad (221Mujeres → 46.7 % y 252 Hombres →53.3%). En este estudio se encontraron los siguientes datos:

Diagnóstico DSM-IV

| EJE I | |
|-------|---|
| 8.6% | Tr con síntomas conductuales |
| 28.4% | Tr con síntomas depresivos |
| 14.3% | Tr con síntomas ansiosos |
| | 1.7% Fobia escolar |
| | 2.1% Tr por estrés post -traumático |
| 10.5% | Tr adaptativo |
| 9.6% | Tr por déficit de atención y comportamiento perturbador – no especificado |
| 1.9% | Tr del aprendizaje |
| 3.2% | Tr de la comunicación |
| 1.1% | Tr generalizados del desarrollo |
| 1.4% | Tr de la ingestión alimentaria |
| 1.9% | Trs de la eliminación |
| | 1.3% Encopresis |
| 4.0% | Otros trastornos de la infancia |
| | 1.7% Tr de Ansiedad por Separación |
| | 2.3% Tr reactivo de la vinculación |
| 3.5% | Violencia Intra-Familiar |
| 4.2% | Abuso Sexual |

| EJE IV | |
|--------|---|
| 25.8% | Pb Relativos al Grupo de Apoyo Primario |
| 16.5% | Separación de los padres |
| 15.9% | Problemas paterno – filiales |
| 19% | Disfunción Familiar |
| 10.3% | VIF |
| 14% | Problemas con Grupo de Pares |
| 25.8% | Problemas Relativos a la Enseñanza |
| | 7.0% Cambio de colegio o curso |
| | 7.6% Problemas académicos |
| 5.3% | Problemas Económicos |
| 1.4% | Crisis Vital Normativa - Adolescencia |

Conclusiones

- *Sintomatología depresiva aumenta su incidencia a medida que aumenta la edad.*
- *Los problemas de relación entre el niño y sus padres aumentan con los años.*
- *Sintomatología depresiva y problemas paterno-filiales se presentan predominantemente en mujeres.*
- *Distintos tipos de estresores tienen impactos diferenciales según la etapa etaria.*
- *Violencia Intrafamiliar ¿esperable o no esperable según su frecuencia?*

En las temáticas de **violencia y maltrato**, junto a los estudios ya realizados (Carvacho, 2004; Gaete, 2000; Ibarra, 2004; Ramírez, 2009; Meza, 2004; Schmidt, 2007), en la actualidad están en su fase de término dos interesantes trabajos. El primero, busca describir y analizar, desde el EIS, las características clínicas que presentan pacientes que reportan maltrato en su infancia (Vega, en prensa). Y el segundo, realizado en el Servicio Nacional de

Gendarmería, evalúa el perfil de los usuarios ingresados al Programa de Diagnóstico e Intervención para Hombres que Ejercen Violencia Contra sus Parejas (Ramírez y Bagladi, en Prensa).

Una línea de investigación de gran aporte, desarrollada por miembros de nuestro equipo, es la referida al tema **adicciones**. Un primer y muy interesante estudio es el realizado por Guajardo, Bagladi y Kushner (2001, 2004), que trabajó con un grupo de poliadictos residentes de sistema terapéutico comunitario. En la muestra estudiada, se encontraron interesantes perfiles paradigmáticos, que ayudan a comprender los dinamismos de origen y/o mantención de la problemática adictiva.

Particularmente interesante fue constatar la presencia de inmadurez neurológica y alta frecuencia de inconsistencia en las figuras parentales en cuanto a las normas de manejo y crianza. Contexto madurativo en el que, para un niño con características biológicas de inestabilidad y alta necesidad de intensidad de estímulos, una regulación ambiental deficitaria, hace altamente probable que el camino de la droga aumente su potencial de riesgo.

En la actualidad, se están realizando tres estudios que buscan replicar el ya citado; esta vez con pacientes hombres y mujeres, que se encuentran en tratamiento ambulatorio. Otro estudio reciente, nos aportará en el conocimiento de la posible

relación entre el consumo perjudicial y abusivo de sustancias y la tipología familiar en adolescentes de 14 a 19 años, en compromiso biopsicosocial moderado (Cruz, en prensa).

Dentro de los estudios realizados podemos mencionar también los trabajos de Feuchtmann (2003 y 2004), que nos acercan a una comprensión integrativa de la drogodependencia en jóvenes; y el trabajo de Tirado (2006), sobre el perfil de sujetos que presentan trastornos adictivos, en comparación con sujetos con trastornos afectivos.

Otro hallazgo que reviste importantes implicancias, para los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, es el encontrado en un estudio realizado con pacientes de los Consultorios ICPSI (Bagladi, 2002c, 2006 a y d); que revisó la relación entre la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad y adicciones.

En tal estudio, se encontró que no existía correlación significativa entre la presencia de trastorno de personalidad y: consumo de drogas ($n=672$, χ^2 sig. 0,209), uso de sustancias ($n=222$, χ^2 sig. 0,188), abuso de sustancias ($n=222$, χ^2 sig. 0,543), o adicción ($n=222$, χ^2 sig. 0,319). Lo interesante fue que, sí se encontró una correlación significativa entre adicción y diagnóstico de

trastorno de personalidad (n=2968, χ^2 sig. 0,001).

El mismo perfil de resultados se obtuvo en un estudio posterior. En una muestra de 515 pacientes con trastornos de personalidad (pertenecientes a los distintos clústers del DSM-IV), no se encontró correlación significativa entre trastorno de personalidad y uso de sustancias, (χ^2 sig. 0,234), abuso de sustancias (χ^2 sig. 0,194) y adicción (χ^2 sig. 0,358). En una muestra de 2070 consultantes en los consultorios ICPSI, se encontró correlación significativa entre uso de sustancias (χ^2 sig. 0,0001), abuso de sustancias (χ^2 sig. 0,0001), adicción y diagnóstico de trastorno de personalidad (χ^2 sig. 0,058).

Lo anterior debe invitarnos a ser cautos a la hora de realizar un diagnóstico de trastorno de personalidad, cuando estamos en presencia de un paciente adicto. Esto resulta claramente comprensible si consideramos que la droga y la adicción, comprometen todas las funciones del sistema Self: toma de conciencia y significación están claramente interferidas. La autoorganización es deficitaria, por ello muchas veces se busca la droga. La Identidad se articula en torno a, o está fuertemente influida por, el hecho de ser adicto. La búsqueda de sentido es precaria, con falta de trascendencia, y por un operar fuertemente "aquíahorista"; todo lo cual, naturalmente, redundará en una mala conducción de vida.

Este panorama del operar del sistema Self, muy probablemente es el que lleva a diagnosticar alteraciones de personalidad; pero si somos rigurosos, debiéramos primero despejar el efecto adicción antes de pronunciarnos más decididamente sobre la personalidad.

Son muchas las temáticas clínicas en las cuales el EIS ha venido procurando decantar conocimientos aportativos, no podemos detallarlos todos, sólo valga mencionar líneas de investigación de interés y relevancia como son los Trastornos Depresivos y Ansiosos, en diferentes contextos etarios y culturales (Cobian,1997; Silva, 2008; Carrasco, 2004; Alarcón y Villar, 2000; Tirado, 2006); trabajos en Trastornos Bipolares (Banfi y Hevia, 2005; Carvajal y Navarrete, 1999; Carvajal, 2004; Navarrete, 2004; Hevia, 2004; Amigo, 2005); investigación en Trastornos de Personalidad (de los que hablaremos más adelante); estudios en Trastornos de la Alimentación (Feutchman, 1997; Burgos, 2005; Marín, 2007), Duelo (Letelier, 2003), Abuso (Carvacho, 2004; Ibarra, 2004; Schmidt, 2007), entre otros.

Junto a las problemáticas clínicas, se han desarrollado diversas investigaciones en otras temáticas relevantes, que han permitido obtener datos de interés en ámbitos, tan variados como los explicitados en la figura 8.

Fig. 8 Otras Temáticas estudiadas en el EIS.

| <u>OTRAS TEMATICAS</u> |
|--|
| <i>Autocuidado de Equipos de Salud</i> |
| <i>Autocuidado del Terapeuta</i> |
| <i>Deportistas de alto rendimiento</i> |
| <i>Fenómenos "paranormales"</i> |
| <i>Cambio terapeutico y conversión religiosa</i> |
| <i>Homosexualidad</i> |
| <i>Satisfacción en Pareja</i> |
| <i>Psicoterapia de pareja</i> |
| <i>Intervención grupal en niños</i> |
| <i>Discapacidad</i> |
| <i>Retardo mental</i> |
| <i>Enfermedades Crónicas</i> |
| <i>Aculturación</i> |
| <i>Adopción</i> |
| <i>Candery duelo en niños y sus familias</i> |

Algunos ejemplos son las propuestas de intervención, desde el E.I.S, en enfermos terminales (Gatica, 2008) y en personas con discapacidad física (Tapia, 2000); estudios exploratorios en de pacientes con síndrome de intestino irritable (Pérez, 2005); en pacientes con trastornos de neuromaduración (Pössel, 2007) y pacientes con cáncer de mama (Marfull, en prensa), entre otros.

Si bien todas las temáticas estudiadas son de relevancia, a modo de ejemplo nos detendremos un poco más en las referidas a los ámbitos autocuidado de los psicoterapeutas, aculturación y pareja.

Dentro del **autocuidado de los psicoterapeutas**, ya en el número anterior de AcPI presentamos un taller de desarrollo personal y autocuidado para el futuro

ejercicio clínico, desde EIS. Este taller fue desarrollado por Díaz y Hevia (2009).

Continuando el desarrollo de esta línea de investigación, Díaz (en Prensa) ha realizado un estudio con metodología cualitativa, en una muestra de psicoterapeutas de diferentes adscripciones teóricas y diferentes años de experiencia; para identificar aquellos factores que los psicoterapeutas señalan como factores de riesgos y factores protectores, para el autocuidado a lo largo del ejercicio de la práctica clínica.

En relación a la temática de **aculturación**, un novedoso e interesante campo de aplicación de los planteamientos del EIS ha sido el trabajo en el campo del refugio y reasentamiento. Un primer aporte lo encontramos en el Proyecto de Diagnóstico e Intervención Psicosocial para el Programa de Reasentamiento Humanitario Palestino en Chile: Experiencia desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (Ramírez, en Prensa). Y en estrecha relación con éste, tenemos el artículo del presente número "Una intervención psicosocial: refugiados en Chile" (Fuentes, León y Ramírez, 2010).

Dentro de los trabajos y aportes en el ámbito de **Pareja**, son varios los estudios que nos aportan datos de interés. Cabe destacar en primer lugar, el reciente trabajo de Nitche (2010), que nos entrega una excelente sistematización, teórica y clínica, de las

características de la Psicoterapia Integrativa de Parejas, desarrollada por el EIS.

En cuanto a datos de interés relevante, señalaremos algunos. Hemos encontrado en las muestras estudiadas, por ejemplo, que la satisfacción en la relación de pareja es significativamente más baja en mujeres (61%) que en hombres (39%) (Almonacid, 2005).

En un estudio, realizado por Opazo y Bejer, en el 2002, se encontró que existe una alta correlación entre el nivel de felicidad de las personas y el grado de satisfacción de pareja (χ^2 0.165). En los hombres, el principal factor asociado a la satisfacción de pareja fue la capacidad para entretenerse juntos, en tanto que en las mujeres tal factor ocupa el segundo lugar. El principal factor asociado a la satisfacción de pareja, para ellas, fue capacidad para manejar conflictos. Al tratarse de datos generados por un cuestionario de autoinforme (FECl), la influencia de la satisfacción sexual puede haber sido minimizada.

Por otra parte, los factores que correlacionaron significativamente con los problemas de comunicación en la pareja fueron amor mutuo deficiente, vida sexual deficiente y la ocupación de dueña de casa. Así también, aparecían correlaciones significativas entre problemas de comunicación y características personales de posesividad, infidelidad, introversión y frialdad afectiva. Junto con el percibir a la

pareja como egoísta, agresiva, celosa, posesiva, infiel e introvertida (Opazo, 2002).

En el plano de las problemáticas en pareja, en un estudio con una muestra de 2384 pacientes, entre 15 y 70 años, consultantes a psicoterapia (65,3% de mujeres y 34,3% de hombres), encontramos (Bagladi, 2003):

- La expectativa de cambiar a otros, cuando el motivo de consulta es por problemas interpersonales, es mayor en casados que presentan diagnóstico en el Eje II del DSM III-R.
- Convivientes o viudos con Diagnóstico en el Eje II tienen mayor probabilidad de no presentar expectativas ante la terapia.
- Existe la tendencia a que los pacientes que presentan un mayor grado de motivación por la psicoterapia sean los sujetos casados con Problemas sexuales
- Solteros y separados presentan mayor motivación cuando no existe presión familiar por consultar (lo que es mayor en solteros).

En otro estudio realizado con una muestra de 983 pacientes de los Consultorios ICPSI, que consultaban por problemas interpersonales. Se encontró que el 53,3% reportaban problemas de pareja (Bagladi, 2006c).

En una investigación reciente (Bagladi, 2010), con una muestra de pacientes atendidos en la modalidad de pareja (n=62, 6,7% en relación de pololeo, 66,7 % casados y 26,7% convivientes) encontramos:

- Presencia de VIF (6.5%), Crisis vitales de la pareja (nacimiento de hijos, 9.7% y problemas con hijos por adolescencia conflictiva, 3.2%) y

Problemas en el área sexual (en el deseo sexual, 16.1 % y en la frecuencia sexual 9.7%).

- El tipo de conflicto por el que la pareja consulta corresponde a:

| | |
|--------------------------------------|--------|
| • Pb de comunicación | 32.3 % |
| • Mala convivencia | 16.1 % |
| • Pb sexuales | 6.5 % |
| • Infidelidad | 12.9 % |
| • Poca tolerancia | 3.2 % |
| • Diferencia de caracteres | 16.1 % |
| • VIF físico | 6.5 % |
| • VIF Psicológico | 9.7 % |
| • Características del cónyuge: | |
| Introversión | 3.2 % |
| Falta repertorio conductual | 3.2 % |
| Agresividad | 12.9 % |
| Inestabilidad emocional | 3.2 % |
| Dominancia | 6.5 % |
| Falta empatía | 6.5 % |
| Egocentrismo | 9.7 % |
| Elementos psicopatológicos | 3.2 % |
| • Pb de relación con Suegros | 6.5 % |
| • Pb de relación con redes sociales: | |
| Con grupo de pares | 3.2 % |
| En el ámbito laboral | 6.5 % |

-Las Consecuencias que refieren acarrear estos conflictos son de diferente índole, pero todas agravantes de la conflictiva:

| | |
|--------------------------|--------|
| • frustración | 9.7 % |
| • sentimiento de soledad | 6.5 % |
| • poca tolerancia | 12.9 % |
| • disfunción familiar | 9.7 % |
| • alejamiento | 19.4 % |
| • resentimiento | 12.9 % |
| • decepción | 9.7 % |

- Dentro de las atribuciones realizadas por la pareja a las causas de sus conflictos destacan:

| | |
|-----------------------------|--------|
| • Rasgos de Personalidad | 29.0 % |
| rasgo de él | 32.3 % |
| rasgo de ella | 16.1 % |
| • Problemas de Comunicación | 16.1 % |
| • Infidelidad | 16.1 % |

- Con respecto a la expectativas frente a la psicoterapia, la más importante fue la de "orientación para actuar", 25.8%, y los hombres mostraron mayor presencia de la expectativa "entender problemas, 12.9%, en tanto que las mujeres plantearon más la expectativa de "cambiar a otros", 16.1%.

- En cuanto a la Motivación, esta apareció bastante alta, tanto en la pareja como diada (Muy motivados, 18.2%, Motivados, 45.5%), como en cada uno de los integrantes de la pareja por separado (Muy motivado, 33.3% y 20%; Motivado, 40.0% y 33,3).

Como vemos son muchas las áreas de investigación, cada una de ellas ha dado pie a abrir caminos que continúan recorriéndose. A continuación ejemplificaremos estos desarrollos en curso, a través de una de estas líneas.

Ejemplo de una línea de Investigación.

Siendo la **Personalidad** un tema de especial interés y relevancia dentro de los planteamientos teóricos y psicoterapéuticos de cualquier enfoque, no es de extrañar que haya recibido un lugar significativo dentro del EIS. Es así como, junto a los desarrollos teóricos en el tema (Opazo, 2001; Bagladi, 2002b, 2002c, 2003, 2004c, 2009; Opazo y Bagladi, 2006), contamos con una línea de investigación bastante productiva y promisoria, que nos ha permitido avanzar en la conceptualización y en el abordaje psicoterapéutico.

Una primera área de estudios se ha centrado en el lograr conocer el comportamiento de los paradigmas del Supraparadigma Integrativo, en cada uno de los trastornos de personalidad. Es así que contamos en la

actualidad con investigaciones en muestras de pacientes con trastorno de personalidad Límite (Díaz, 2004), Histriónico (Saavedra, 2004), Dependiente (Serra, 2004), Evitativo (Calderón, 2001) y Obsesivo Compulsivo (Calderón, 2001).

En una mirada a la incidencia etiológica de los trastornos de personalidad en el origen y/o mantención de problemáticas clínicas, diversos estudios nos aportan resultados significativos. En un estudio con 392 pacientes, encontramos que un 52,6% de los pacientes con trastornos de personalidad reportaban una satisfacción de necesidades baja, y también se encontró una correlación altamente significativa entre trastorno de personalidad y baja autoimagen (χ^2 sig. 0,0001) y baja autoeficacia (χ^2 sig. 0,006) (Bagladi, 2006c).

Resultados similares se encontraron en otro estudio con una muestra de 1150 pacientes (Bagladi, 2005b), donde las correlaciones significativas fueron entre trastorno de personalidad y neuroticismo alto (χ^2 sig. 0,001), baja autoestima (χ^2 sig. 0,0001), alta ansiedad (χ^2 sig. 0,001), alta sintomatología depresiva (χ^2 sig. 0,002), alto perfeccionismo (χ^2 sig. 0,004), alta vulnerabilidad biológica (χ^2 sig. 0,0001).

Con respecto a la psicoterapia en trastornos de personalidad, una de las primeras apreciaciones, coincidente con toda la investigación en el área, es que difícilmente

estos pacientes consultan por el trastorno, siendo otras sus razones de consulta; lo anterior se refleja (fig.9) en un estudio con 674 pacientes con trastornos de personalidad (30% hombres y 70% mujeres), asistentes a CONPER-A (Bagladi, 2006c).

Fig.9 Motivos Consulta en Tr. de Personalidad.

| | |
|----------------------|--------|
| • Pb Conductual | 36,1 % |
| Inhibición | 12,8 |
| Descontrol | 35,3 |
| • Pb Afectivo | 71,7 % |
| Ansiedad | 53,2 |
| Depresión | 67,3 |
| Irritabilidad | 28,1 |
| Inestabilidad | 37,2 |
| • Pb interpersonales | 64,8 % |
| Pb de Pareja | 56,3 |
| Pb laborales | 19,5 |
| Pb con padres | 20,4 |
| Pb con hijos | 18,6 |
| Pb con pares | 10,3 |
| Pb con familia | 10,9 |
| • Uso de Sustancias | 9,7 % |
| • Abuso sustancias | 8,3 % |
| • Adicción | 4,9 % |
| • Pb Fisiológicos | 37,1 % |
| • Pb Sexual | 6,0 % |
| • Pb de Autoimagen | 45,8 % |
| • Pb laboral | 31,8 % |
| • Pb Académicos | 14,8 % |
| • Motivos vaacos | 14,6 % |

Otra área de estudios, dentro de lo referido a personalidad, es la de las Expectativas. Al encontrar que las variables que se mostraron más fuertemente asociadas al tipo de termino en psicoterapia eran las expectativas, en un primer lugar y, en segundo, la existencia de diagnóstico de trastorno de personalidad (Bagladi, 2003). El estudio de las expectativas en personalidad se planteo como necesario.

Lo anterior se unió al hecho que, al

comparar las expectativas referidas por los consultantes a psicoterapia en general, y las presentadas por los pacientes con trastornos de personalidad, estos últimos mostraron diferencias en el orden de las categorías de expectativas, poniendo en primer lugar la categoría "otras".

Así, se han desarrollado una serie de estudios para evaluar las expectativas de los pacientes con trastornos de personalidad pertenecientes a los distintos trastornos agrupados en los clúster del DSM-IV; a raíz de estos estudios, hoy sabemos que los pacientes esperan de la psicoterapia cosas diferentes. Y, más aún, estas expectativas están fuertemente relacionadas con las problemáticas y características de cada "clúster" en general, y de cada trastorno en particular (Bagladi, 2002b, 2002c, 2003, 2004a, 2004c, 2004d; Croxatto, 2004; Gálvez, 2004; Araya, 2006; Opazo y Bagladi, 2006d). La información anterior ha permitido ir decantando lineamientos de la Psicoterapia Integrativa más idiosincrásicos para la realidad de estos pacientes (Bagladi, Croxatto y Gálvez, 2002).

Otro aporte de interés es el desarrollo e implementación de la modalidad de Psicoterapia Integrativa Grupal para pacientes con Trastorno Límite (Urta, 2005; Halal, estudio en curso); propuesta que aparece muy promisorio y atingente en el ámbito de la atención pública y primaria en Salud.

En cuanto a la Psicoterapia Integrativa en trastornos de personalidad uno de los resultados de investigación más alentadores corresponde a un estudio realizado por una investigadora externa a nuestro Instituto. Estudio que, usando el marco referencial de la teoría de Theodore Millón, las mediciones pre y post de las escalas del FECI, y los criterios de cambio clínicamente significativo, evaluó el nivel de cambio mostrado por pacientes con trastornos de personalidad del clúster C, atendidos en COMPER-A por terapeutas integrativos en formación.

Los resultados, nos permiten vislumbrar incipientes datos alentadores, ya que:

- 1. En términos generales los resultados terapéuticos obtenidos por el modelo integrativo supraparadigmático aparecen como discretos. Hay pacientes que obtienen índices de recuperación, no obstante que la mayoría de los logros se ubican al nivel de la mejoría.*
- 2. Los resultados en las escalas FECI revelan un patrón complejo de cambio; coherente con la propuesta terapéutica de buscar la readministración de un rasgo, más que un cambio estructural o global en los trastornos de personalidad.*
- 3. Es también posible, a partir de los resultados, identificar algunas áreas de funcionamiento que al parecer son más sensibles de experimentar un cambio. Estos resultados orientan el diseño de secuencias terapéuticas potenciadoras en el caso de los trastornos de personalidad (Calderón, 2001).*

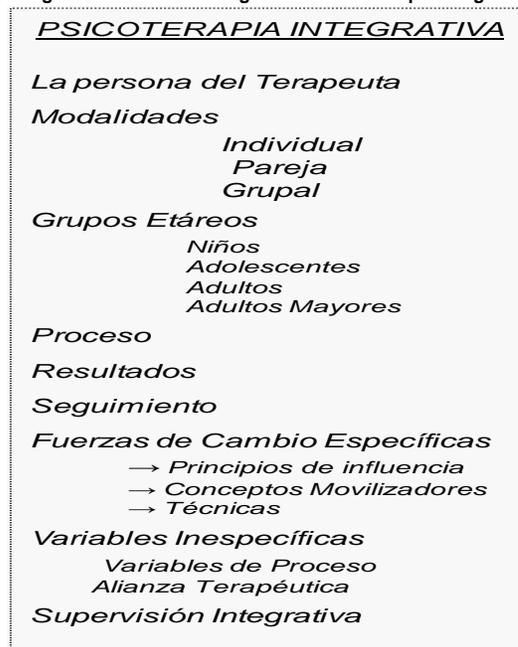
Otro interesante aporte al estudio del proceso de Psicoterapia Integrativa en general, y en particular en los trastornos de personalidad, se aprecia en el estudio realizado por Altman (2007), con el método

CCRT como instrumento para evaluar la evolución del patrón relacional central del paciente, a lo largo del proceso terapéutico en Psicoterapia Integrativa. Luego de comprobar que el método CCRT era adecuado en sus niveles de validez y confiabilidad, los resultados mostraron efectos positivos de la Psicoterapia Integrativa (χ^2 sig. 0,001):

- *El instrumento mostró cambios en el patrón relacional central entre el inicio y el final de la Psicoterapia Integrativa, a nivel de la muestra total y a nivel de cada una de las pacientes en estudio, lo cual implica que la psicoterapia integrativa logró cambios, en promedio, positivos y estables.*
- *La Psicoterapia Integrativa resulta promisorio, ya que el método utilizado mostró la efectividad de la Psicoterapia Integrativa para evaluar y tratar los patrones relacionales centrales de las pacientes en estudio.*

Finalmente, también en lo referido a la **Psicoterapia Integrativa** son varios los estudios realizados, en torno a diferentes temáticas. La figura 1^o explicita el punto.

Fig.10 Temáticas investigadas en Psicoterapia Integrativa.



Con respecto a las **Variables Inespecíficas** en Psicoterapia Integrativa, comenzaremos señalando otro estudio realizado por una investigadora externa a nuestra institución. En el año 2001, Santibañez condujo el estudio "*Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del "Working Alliance Inventory"*"; instrumento desarrollado por Horvath y Greenberg, para evaluar alianza terapéutica, a través de las escalas de *vínculo, tareas, metas y alianza global*.

En este estudio se trabajó con una muestra de pacientes en psicoterapia; y terapeutas de las zonas norte, centro y sur de nuestro país, terapeutas pertenecientes a los enfoques Humanista, Sistémico y del EIS. Una vez que se comprobó la validez y confiabilidad del inventario, fue posible tener una estimación de la calidad de la alianza terapéutica lograda a través de la Psicoterapia Integrativa del EIS, siendo estos resultados altamente alentadores:

- *Correlaciones entre paciente y terapeuta: sólo se observan correlaciones moderadas y significativas en el IAT, dentro de los enfoques Integrativo y Sistémico.*
- *Altos valores promedios en pacientes y terapeutas en el Enfoque Integrativo: podría relacionarse con el hecho que en este enfoque el modelo que está a la base plantea la especificación de los factores comunes (Santibañez, 2001).*

Otros estudios interesantes son, el desarrollado por Pinto (2006) sobre las

variables del paciente, previas al tratamiento, que se asocian a la calidad de la alianza terapéutica; y el estudio de Terán (2006) sobre factores protectores de resiliencia y término de psicoterapia.

Frente a las variables inespecíficas en psicoterapia, no podemos dejar de mencionar el estudio realizado con una muestra de 2384 pacientes (de entre 15 y 70 años de edad), consultantes a psicoterapia, en el ámbito privado y público, de diferentes niveles socioeconómicos y culturales, con una amplia diversidad de diagnósticos y motivos de consulta (Bagladi, 2003). Este estudio, además de ser uno de los primeros acercamientos a evaluar las ventajas comparativas del EIS (tema que abordaremos más adelante), nos proporciona información muy útil acerca de los pesos ponderados de variables inespecíficas en la incidencia sobre el tipo de término de los procesos psicoterapéuticos (con y sin finalización). Conjuntamente con permitirnos una mejor delimitación y comprensión del egreso, la deserción y el abandono en psicoterapia. Las variables se especifican en la figura 11.

. Fig. 11 Variables y su efecto ponderado

- 1.- Expectativas
- 2.- Diagnóstico
- 3.- Motivo de Consulta
- 4.- Escolaridad
- 5.- Procedencia
- 6.- Número de sesiones
- 7.- Edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, síntomas y diáda terapéutica; conjuntamente con la motivación, ven mediatizado su nivel de influencia por la combinación diferencial con las variables precedentes.

El estudio anterior, es uno de los más extensos desarrollados en esta temática, y lleva a la siguiente reflexión: *“.....la dificultad de estudiar la influencia de las variables inespecíficas o factores comunes..... parece relacionarse con el hecho de ser comunes a todo proceso psicoterapéutico, más que comunes a todos los enfoques; e inespecíficas por cuanto su accionar se especifica de acuerdo a la combinación de variables en cada situación particular. Las variables pueden especificarse, pero sus variadas posibilidades de combinación e interacción revisten una dificultad mayor para ser especificadas.... Así, si bien hablamos de factores comunes, éstos parecieran no estar administrados, abordados y/o manejados de forma igualmente común, en las distintas aproximaciones psicoterapéuticas”* (Bagladi 2003, p. 186).

Otro desarrollo importante de mencionar es el trabajo para conocer el espectro de **Técnicas** utilizadas por los psicoterapeutas del enfoque y sistematizarlas dentro del Supradigma Integrativo (Varas, 2005). En esta área, se han integrado y depurado diversas técnicas ya existentes, y también se han desarrollado nuevas técnicas y estrategias desde el EIS. Siendo esta un área que debe ser investigada mayormente.

Otra área que nos parece de importancia central es la referida a la **Formación de Psicoterapeutas**. Es por ello que en nuestra institución le prestamos gran atención a los aspectos relacionados con la supervisión de

pre y post grado, y conscientes de su rol, hemos buscado acercarnos a la mejor manera de evaluar su real influencia en los terapeutas en formación, a modo de ir perfeccionando nuestro trabajo clínico.

Para contextualizar la información aportada por los estudios realizados en esta área, en la figura 12 se presentan algunos datos de la labor formativa realizada por ICPSI, hasta la fecha.

Fig 12 Psicoterapeutas formados por ICPSI: (Diciembre, 2010)

| TERAPAEUTAS | |
|---------------------------------------|------------|
| • Magíster en Chile | 214 |
| • Magíster en el extranjero | 226 |
| • Post título | 93 |
| • Práctica profesional | 84 |
| | 604 |
| SUPERVISORES | |
| Supervisores Integrativos Acreditados | 16 |
| En Formación | 4 |

Un primer y sustancial aporte en esta área, lo constituye la investigación cualitativa realizada por Kusmanic (2005), sistematizando las principales características y especificaciones de la supervisión clínica realizada en nuestra institución; diferenciando entre los aspectos generales característicos de la supervisión clínica y lo propio de la supervisión en Psicoterapia Integrativa dentro del EIS; conjuntamente con los requerimientos diferenciales de la supervisión a nivel de pre y post- grado.

Es a partir de esta primera decantación, que hemos continuado sistemáticamente evaluando la calidad y efectividad percibida por los terapeutas en formación, de la supervisión recibida. Para tal evaluación hemos utilizado diferentes cuestionarios para terapeutas y supervisores; además se busca correlacionar estos datos con los resultados obtenidos por los terapeutas en su ejercicio clínico.

Algunos datos en esta línea son los que arrojó un estudio (Bagladi, 2006 b y c) realizado con una muestra de 147 terapeutas en formación dentro de nuestro instituto; estos terapeutas informaron los siguientes grados de satisfacción y aporte de supervisión recibida (figura 13):

Fig13 Satisfacción con Supervisión ICPSI (% Excelente)

| | |
|---|---------|
| • Calidad de la supervisión | 81, 8% |
| • Obtuvo la supervisión que esperaba | 91, 2% |
| • Grado de satisfacción de necesidades | 87, 8% |
| • Recomendaría al supervisor | 93, 9% |
| • Supervisión ayudo a ejerció profesional | 89, 8% |
| • Satisfacción global con la supervisión | 78, 2% |
| • Volvería con el mismo supervisor | 78. 9 % |

Al revisar los resultados de años anteriores, es posible apreciar como la satisfacción siempre es alta y va presentando un relativo aumento a través del tiempo (figura 14).

Fig 14 Satisfacción con Supervisión ICPSI (% Excelente o Muy Buena)

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------------|------|------|------|
| • Calidad de la supervisión | 71,5 | 97,2 | 93,5 |
| • Satisfacción de necesidades | 71,4 | 97,2 | 95,2 |
| • Ayuda al ejercicio profesional | 77,5 | 97,2 | 95,2 |
| • Satisfacción global | 71,2 | 88,9 | 85,5 |

En este sentido, resultan muy satisfactorios los resultados obtenidos por nuestro equipo de supervisión, de pre y post grado, en la evaluación realizada este año, por nuestros alumnos.

Fig 15 Satisfacción con Supervisión ICPSI 2010
 (% Excelente o Muy Buena)

| 2010 | |
|----------------------------------|------|
| • Calidad de la supervisión | 95,7 |
| • Satisfacción de necesidades | 95,4 |
| • Ayuda al ejercicio profesional | 99 |
| • Satisfacción global | 93,9 |

Al revisar los cuestionarios de autorreporte aplicados a los terapeutas en formación, sobre características personales y habilidades clínicas específicas, relevantes para el ejercicio de la psicoterapia, nos encontramos con que los mismos mostraban cambios estadísticamente significativos (sig. 0.001) después de un año de formación en ICPSI, reportando una mejoría en la mayoría de las características evaluadas.

Fig 15 Cambios significativos después de un año de Formación

- Empatía
- Calidez
- Fuerza
- Seguridad
- Flexibilidad
- Sentido del humor
- Cap. Realizar 1ª entrevistas
- Entrevista a otros significativos
- Cap. consideración de contextos más amplios
- Aporte interdisciplinario
- Cap. Utilización clínica de información obtenida a través de tests y/o pruebas psicológicas
- Cap. Aplicación pruebas
- Cap. Interpretación de pruebas y test
- Cap. Devolución psicodiagnóstica

La satisfacción con la formación recibida, también ha sido reportada por los ex alumnos de ICPSI al ser consultados, en forma anónima, por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos al momento de solicitar su acreditación (fig. 16).

Fig 16 Formación de Post- título ICPSI
 (% Muy Buena o Buena)

| | |
|--|-------------|
| • Atingencia de las actividades de formación | 100% |
| • Formación en habilidades clínicas | 90% |
| • Supervisión en respaldo teórico de las intervenciones | 90% |
| • Supervisión de aspectos éticos | 90% |
| • Atingencia del trabajo de autoexploración autococimiento personal. | 90% |

Un ejemplo de la flexibilidad de la formación para adecuarse a las características de los diferentes grupos de terapeutas en formación, la encontramos en datos de los cuestionarios aplicados a los psicólogos en formación (provenientes de diferentes universidades de nuestro país), que realizaron su práctica profesional en nuestros consultorios institucionales. En estos datos podemos *inferir* énfasis diferenciales de la formación, a partir de las diferentes características y/o capacidades clínicas que muestran cambios estadísticamente significativos, entre el inicio y el término de la práctica profesional realizada. Las figuras 17 y 18 muestran –respectivamente- los cambios positivos de nuestros alumnos en

características personales y en habilidades clínicas.

Fig. 17 Cambio Positivo en Características Personales Terapeutas en Formación de Pre – Grado / Práctica Profesional

| CARACTERISTIC A PERSONAL | 1999 N5 | 2002 N 14 | 2003 N 19 | 2004 N 20 | 2005 N14 |
|--------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Empatía | | 0.054 | 0.049 | 0.049 | |
| Calidez | 0.001 | | | 0.002 | |
| Fuerza | | 0.003 | | 0.002 | |
| Autenticidad | | | | 0.004 | 0.082 |
| Seguridad | 0.042 | 0.008 | | | |
| Creatividad | 0.001 | | 0.001 | 0.004 | |
| Flexibilidad | 0.025 | | | 0.038 | |
| Sentido del humor | 0.001 | | | 0.002 | |

Fig. 18 Cambio Positivo en Habilidades Clínicas de Terapeutas en Formación de Pre – Grado / Práctica Profesional

| CAPACIDAD Para... | 1999 N5 | 2002 N 14 | 2003 N 19 | 2004 N 20 | 2005 N14 |
|---|---------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Formular o definir problemas clínicos | | 0.001 | 0.000 | 0.000 | 0.012 |
| Establecer objetivos de trabajo | | 0.001 | 0.000 | 0.000 | 0.001 |
| Realizar adecuada elección de técnicas y/o procedimientos | 0.012 | | 0.000 | 0.000 | |
| Delimitar criterios de efectividad | 0.001 | | 0.000 | 0.002 | 0.003 |

A través de la información recogida hemos podido apreciar la valoración de la supervisión recibida y como la supervisión

varía en sus énfasis y aplicación práctica. No sólo según sean de pre o post grado los terapeutas en formación, sino que, también varía según las características diferenciales de cada promoción en supervisión (características personales y de nivel de formación previa). Lo anterior nos ha permitido constatar como nuestro equipo de supervisores ha sido capaz de adecuarse a las características diferenciales de sus supervisados; y también ha sido capaz de ir incorporando el feedback recibido para mejorar su labor como supervisores.

Con respecto a **Investigación de “Resultados”** de la Psicoterapia Integrativa, si bien en nuestra institución contamos con una vasta experiencia clínica (fig.19), la investigación de resultados de la que disponemos a la fecha es aún muy insuficiente.

Fig.19 Atenciones Clínicas ICPSI

| | |
|--|-------------------------|
| - Número de sesiones de Psicoterapia Integrativa realizadas en ICPSI en los últimos 25 años... | 275.000 (aprox). |
| - Atenciones realizadas en <u>2009</u> | |
| Consultorios | |
| CONPER-A (Adultos) | 6.532 |
| CONPER-I (Infanto-Juvenil) | 2.897 |
| DEPSI | <u>9.216</u> |
| | 18.645 |
| - Promedio de horas de atención <u>semanales</u> en Consultorios ICPSI, en el <u>2010</u> : | |
| CONPER-A | 392 |
| CONPER-I | <u>295</u> |
| | 688 |

Dentro de los estudios ya citados, en relación a otras temáticas de investigación, hemos visto algunos datos alentadores sobre los resultados de la Psicoterapia Integrativa.

Recordemos el estudio de Calderón (2001) que nos muestra, en términos generales, un panorama positivo de los resultados de la psicoterapia Integrativa, aplicada por terapeutas en formación, a pacientes de CONPER-A con trastornos de personalidad. En este estudio, los resultados terapéuticos obtenidos por la Psicoterapia Integrativa aparecen como discretos, ya que hay pacientes que obtienen índices de recuperación; no obstante, la mayoría se ubican al nivel de la mejoría. Encontrándose, además, que los resultados en las escalas FECL revelan un patrón complejo de cambio; coherente con la propuesta terapéutica del EIS, en trastornos de personalidad.

En el ya citado estudio Altman (2007), con el método CCRT, que es un instrumento que permite conocer la(s) temática(s) o conflictiva(s) central(es) de los pacientes en sus relaciones interpersonales. Al evaluar la evolución del patrón relacional central del paciente a lo largo del proceso terapéutico, vimos que la Psicoterapia Integrativa resulta promisorio en su capacidad para evaluar y tratar los patrones relacionales centrales de los pacientes.

Otro importante aporte en esta área, como ya se señalara, es el referido a las Variables Inespecíficas y Psicoterapia Integrativa. En

esta investigación “ ... la Psicoterapia Integrativa aparece muy promisorio a la luz de los datos obtenidos; por cuanto pareciera operar tanto en consulta pública como privada, en diferentes niveles socioeconómicos, en diferentes niveles de escolaridad e instrucción, y en diferentes problemáticas de consulta” (Bagladi, 2003, p 187). Más específicamente, en esta investigación, se encontró:

- Los datos obtenidos por la siguiente investigación, permiten apoyar el planteamiento del aporte de un Modelo Integrativo Supraparadigmático y de la Psicoterapia Integrativa, en el manejo clínico de las variables inespecíficas.

Al comparar estos resultados con lo ocurrido en otro prestigioso consultorio abierto a la comunidad, donde se atendía la misma variedad de pacientes pero desde otras orientaciones psicoterapéuticas, estas fueron las conclusiones:

- Si consideramos en conjunto tanto la consulta privada como el consultorio público, encontramos (más egresos en problemáticas clínicas de diagnóstico del Eje I y mixto; más egresos en los pacientes que presentan expectativas de orientación para actuar. Más abandonos formales y deserciones con solución de problemas. Deserción y abandonos formales más frecuentemente después de la sesión 11 y un egreso más frecuente después de la sesión 15.
- Así pareciera ser que la Psicoterapia Integrativa permitiría contar con un mejor abordaje de problemáticas de diagnóstico en el Eje II y mixto y de motivos de consulta más asociados a deserción (mayor severidad en los trastornos). También parece entregar herramientas para favorecer una mayor adherencia al tratamiento, solución de

problemas y cumplimiento de expectativas
(Bagladi, 2003, p 182).

Además de la envergadura de la muestra considerada, y de la sistematización de las variables y datos clínicos estudiados, este trabajo aportó en la descripción y conocimiento de los pacientes que desertan de la psicoterapia y los pacientes que finalizan sus procesos.

El estudio consideró diferentes criterios para la categorización de los tipos de término de terapia y las razones de los mismos. Así, diferenció los pacientes **desertores**, quienes se van sin aviso, sin solución de problemas y/o en desacuerdo con el terapeuta o con el servicio; de los pacientes **finalizadores**, los que concluyen el proceso de terapia por razones conocidas por el terapeuta o el servicio asistencial.

También se adentró en el estudio de las razones de término, categorizándolas en: solución de problemas, cumplimiento de expectativas, cumplimiento de contrato,

abordaje y cumplimiento del motivo de consulta y/o motivos ajenos al proceso y la relación terapéutica (económicos, laborales, de salud física, etc.).

Dentro de las limitaciones de este estudio, su autora consignaba la falta de datos desde la propia fuente de los pacientes, así como la de datos de seguimiento, sugiriendo realizar un estudio donde se cotejaran las hipótesis

de términos planteadas por el terapeuta, con las referidas por el paciente.

El requerido estudio de seguimiento fue realizado por Cortés (2006), con una muestra representativa de la muestra utilizada por la investigación inicial. La investigadora contactó directamente a estos ex pacientes del CONPER, y cotejó con ellos los tipos y razones del término de sus psicoterapias. En este estudio, fue posible contactar a pacientes que habían terminado su asistencia a psicoterapia bastante tiempo atrás, en algunos casos hacia más de tres años atrás. Los resultados obtenidos fueron altamente consistentes con los reportados en la primera investigación, con lo cual los datos de la investigación de Bagladi (2003) ven reforzado su valor. De hecho, en sus conclusiones ($\chi^2 p>0.05$ Manova $p>0,05$), Cortes señala:

- Existen configuraciones de patrones de variables inespecíficas combinadas asociadas a pacientes desertores y finalizadores de un proceso psicoterapéutico.
- Se revalida la influencia diferencial de variables inespecíficas combinadas, asociadas al tipo de término de la terapia, particularmente, las variables expectativas, motivo de consulta, diagnóstico y motivación (Bagladi, 2003).
- Los resultados sugieren un alto grado de efectividad de la Psicoterapia Integrativa (razones de término dadas por los pacientes, tendencia al polo de los finalizadores de

terapia, adecuado abordaje clínico de variables inespecíficas).

Adicionalmente, Cortes dividió las razones del término entre las positivas y las negativas, y es en este aspecto donde los datos obtenidos nos ofrecen un panorama altamente satisfactorio, con respecto a la Psicoterapia Integrativa. De hecho, los pacientes contactados refirieron, en su gran mayoría, que el término de su asistencia a terapia fue positivo. El término se había debido a solución de problemas, cumplimiento del contrato terapéutico o a razones ajenas (cambio de residencia, problemas de trabajo, problemas financieros, etc.), pero con satisfacción con la atención recibida. Esto queda bien expresado en la figura 20 (los datos no suman 100, pues cada paciente puede dar más de una razón de término).

Fig. 20 Razones de Término (Cortes, 2006).

| Razones de Término según Paciente | | | |
|--|------------------|------------------|------|
| Razón de término | Término Positivo | Término Negativo | Otro |
| Solución problema Cumplimiento contrato Motivos ajenos | 84% | | |
| No cumplimiento MC No cumplimiento expectativas No cumplimiento contrato Disconformidad | | 18% | |
| Responsabilidad del terapeuta Características paciente Falta de motivación | | | 26% |

Este mismo tipo de resultados se han repetido en estudios posteriores, tanto en atención de adultos, como en la atención de la población infante - juvenil, consultante en ICPSI. Las figuras 21, 22 y 23 lo ejemplifican.

Fig.21 Tipo de término, pacientes adultos de CONPER-A (Bagladi, 2008).

| Tipo de término | % |
|--------------------------|------|
| Egreso | 19,3 |
| Deserción | 32,7 |
| Abandono formal | 26,7 |
| Derivación | 4,4 |
| Fracaso terapéutico | 3,1 |
| Solo recepción | 11,1 |
| Exclusión administrativa | 5,6 |
| Fracaso Terapéutico | 0,2 |
| N 1653 | |

Fig. 22 Tipo de término, pacientes de consulta Infante - juvenil de CONPER-I (Sasso, 2007).

| Tipo de término | % |
|--------------------------|------|
| Egreso | 32,7 |
| Deserción | 34,6 |
| Abandono formal | 13,5 |
| Derivación | 1,9 |
| Fracaso terapéutico | 3,1 |
| Solo recepción | 15,4 |
| Exclusión administrativa | 1,9 |
| Fracaso Terapéutico | 0 |
| N 53 | |

Fig. 23 Tipo de término, pacientes de consulta infante-juvenil, CONPER-I (Bagladi, 2008).

| Tipo de término | % |
|----------------------------|------|
| Egreso | 18 |
| Deserción | 30,7 |
| Abandono formal | 17,7 |
| N 500 (3 - 17 años) | |

En cuanto al tipo de término y el número de de sesiones, también se han continuado encontrando correlaciones significativas. Así, por ejemplo, en un estudio con una muestra de 1621 pacientes asistentes a CONPER-A (Bagladi, 2007a), se observó que (*sig.* 0.0001 – 0,001):

- El mayor porcentaje de términos se da entre las sesiones 1 y 4 (36%), en segundo lugar entre las sesiones 5 y 10 (25,3%) y después de la sesión 20 (16,4%), encontrándose el tramo de 11 a 15 sesiones, en el cuarto lugar de frecuencia (14,1%).
- Importante es que las deserciones entre la sesión 1 y 20 se presentan, en promedio en un 15%, lo que es significativamente menor que lo reportado por distintas investigaciones de resultados en psicoterapia. Cuando la deserción se da más allá de la sesión 20 (39,8%), generalmente es debida a motivos ajenos.
- Con respecto a los Egresos estos se dan más frecuentemente entre las sesiones 5 y 10 (33,8%) y en tanto que los abandonos formales, las derivaciones a otros servicios, las exclusiones administrativas y los fracasos terapéuticos se presentan con mayor frecuencia en entre la sesión 1 y la 4.

En este punto es importante el hecho que estos datos se mantienen a través de los años. También resulta destacable que los porcentajes de deserción encontrados son, en general, menores a los reportados por la investigación en el área.

Si bien los porcentajes, por categorías de término, tienden a ser relativamente constantes, las principales variaciones se observan en los porcentajes de abandono formal.

Recordemos que la categoría abandono formal se reserva para aquellos pacientes que informan su decisión de dejar de asistir, y que estas decisiones se deben mayoritariamente a razones ajenas a la psicoterapia misma. Interesante resulta, entonces, que los aumentos en los porcentajes de abandono formal, a través de los años de atención en CONPER-A, se den justamente relacionados con periodos de mayor inestabilidad económica y política de nuestro país (fig. 24).

Fig. .24 Tipo de término, pacientes adultos de CONPER-A (Bagladi, 2005a).

| Año | Egreso | Deserción | Abandono formal |
|--------------------|--------|-----------|-----------------|
| 1996 | 27,1 | 33,6 | 12,5 |
| 1997 | 26,1 | 13 | 34,8 |
| 1998 | 22,7 | 31,8 | 27,3 |
| 1999 | 25 | 25 | 21,7 |
| 2000 | 20,8 | 36,1 | 22,2 |
| 2001 | 19,7 | 39,9 | 28,8 |
| 2002 | 22,6 | 28,3 | 18,5 |
| 2003 | 31,2 | 22,3 | 17,1 |
| 2004 | 20,1 | 24,3 | 23,1 |
| 2005 | 10,3 | 20,6 | 28 |
| Promedio | 22,6 | 26,8 | 23,4 |
| % del total | 22,9 | 27,6 | 21,7 |

N 1579

Un importante aporte de estas investigaciones, es el continuar mostrando la necesidad de estudiar las razones del

término de la psicoterapia y no solamente el tipo de término.

Así, por ejemplo, en un estudio con una muestra de 1621 pacientes asistentes a CONPER-A (Bagladi, 2007a), los tipos de término encontrados fueron abandono formal (29,2%), sólo recepción (22%), deserción (21,5%), egreso (10,8%), derivación fuera (9,2%) y exclusión administrativa (2,6%).

En este estudio se encontró una correlación significativa entre el tipo de término *deserción*, y las razones de término *solución de problemas* (*sig. 0.0001*) y *cumplimiento de contrato terapéutico* (*sig. 0.0001*).

Resultados similares se encontraron en un estudio, realizado con una muestra mayor de pacientes atendidos en ICPSI (Bagladi, 2008). Esto queda consignado en las figuras 25 y 26.

Fig. 25 Tipo de término pacientes de Consulta CONPER (Bagladi, 2008).

| Tipo de término | % |
|--------------------------|------|
| Egreso | 23,2 |
| Deserción | 32,4 |
| Abandono formal | 25,4 |
| Derivación | 10,2 |
| Fracaso terapéutico | 3,1 |
| Solo recepción | 5,4 |
| Exclusión administrativa | 0,2 |
| N 2074 | |

Fig. 26 Razones de término en pacientes que desertaron, consulta CONPER-I (Bagladi, 2008).

| Razones de término | % |
|---------------------------------|------|
| Solución de problemas | 20,1 |
| Motivos ajenos | 24 |
| Falta de motivación | 20,5 |
| No cumplimiento de expectativas | 2 |
| No cumplimiento de contrato | 0,7 |
| Disconformidad | 2,2 |
| Características del Paciente | 29,9 |
| Responsabilidad del Terapeuta | 2,5 |
| N 2300 | |

De gran relevancia en nuestro enfoque es el propiciar el **cambio** integral en psicoterapia. Esto implica que este cambio aborde diferentes esferas del funcionamiento de los pacientes; que se alcance un cambio positivo y lo más estable posible.

La información de la que disponemos a la fecha, está dada por los porcentajes y tipo de cambios consignados en las epicrisis de los casos tratados en CONPER-A y CONPER-I; cambio consignado por el equipo terapéutico tratante, una vez finalizada la atención. Los datos que se presentan a continuación corresponden a pacientes que en promedio asistieron a 11, 4 sesiones, con una desviación estándar de 14,7 (fig. 27 y 28).

Fig. 27 Tipo de Cambio pacientes CONPER (Bagladi, 2008)

| Cambio | Fr | % |
|-------------------|-------------|------|
| Cambio Afectivo | 680 | 38,2 |
| Cambio Cognitivo | 655 | 36,8 |
| Cambio Conductual | 630 | 35,4 |
| Muestra | 1780 | |

**Fig. 28 Tipo de Cambio pacientes CONPER
 (Bagladi, 2008)**

| Tipo de Cambio | Fr | % |
|-----------------------------|-------------|------|
| Cambio positivo y estable | 357 | 35.4 |
| Cambio positivo e inestable | 431 | 42.8 |
| Cambio negativo | 2 | 0,2 |
| No se perciben cambios | 218 | 21.6 |
| Muestra | 1008 | |

Como hemos visto hay datos iniciales prometedores, pero aún muy insuficientes. Son necesarios estudios comparativos de efectividad, estudios de seguimiento e implementación de mayor variedad de medidas de resultados. En esta línea, por ejemplo, en la actualidad estamos usando el cuestionario OQ (Lambert e al., 1996; De la Parra, 2002) para estimar la variación sintomática de los pacientes a través del proceso de psicoterapia integrativa.

Además de la realización de estos estudios, en consistencia por las bases del EIS, es necesario procurar la mayor rigurosidad posible, la evaluación en más de un momento, de más de un área, con más de un criterio y desde varias fuentes. Fomentar una complementación y rigurosidad metodológica, que nos permita acercarnos a la complejidad del lo estudiado, y buscar controlar lo más posible el *allegiance effect*. De modo de contrastar, lo más objetivamente posible, nuestra apuesta de que el EIS nos aporta reales ventajas comparativas. Y que no resulta ser uno más entre los enfoques existentes, sino que, responde a nuestro anhelo de ser el mejor

camino a seguir para el futuro de la psicoterapia.

Reflexiones finales

Con este artículo, no se ha pretendido realizar una presentación exhaustiva de las diferentes experiencias de investigación dentro del EIS. Mucho menos se pretende dar la impresión que existe un fuerte respaldo empírico para el Enfoque.

Tan solo hemos querido compartir nuestras aproximaciones y resultados incipientes de investigación. Estamos ciertos que aún nos falta mucho por recorrer. Pero nuestro empeño estará siempre en buscar el mejor conocimiento posible, para ponerlo a disposición de la psicoterapia y de nuestros pacientes

Si bien, los primeros datos son alentadores, distan muchísimo de ser concluyentes, es necesario depurar las formas de dar cuenta más cabal de la efectividad de la Psicoterapia Integrativa.

En palabras de nuestro director, la “*sensación térmica*” es más que agradable: el reporte de nuestros pacientes, el tipo de término, la alta tasa de consulta, el gran número de pacientes que llega a consultar por sugerencia de ex pacientes, y el nivel de satisfacción de los terapeutas formados en ICPSI, son las principales causas de tal sensación térmica.

De especial satisfacción y aliento es el relato del aporte que les ha significado el conocimiento y aplicación del EIS a diferentes equipos de trabajo; tanto nacionales como extranjeros. Así, son los terapeutas quienes dicen haber enriquecido su efectividad profesional, frente a las demandas que se les presentan en las más diversas realidades de aplicación de la psicología clínica: atención primaria, secundaria y terciaria, promoción en salud, ámbitos judiciales, educacionales y organizacionales, distintos niveles socioculturales y distintos segmentos etarios.

Continuaremos en esta búsqueda del conocimiento válido a través de la investigación de la mayor calidad y rigurosidad posible. Les invitamos a aportarnos en este camino, para enriquecer y optimizar juntos nuestro conocimiento y nuestra práctica profesional.

REFERENCIAS

- Alarcón, C. y Villar, N. (2000)** *Asertividad y Estrés una muestra de hombres y mujeres del CONPER*. Tesis post-título ICPSI, Santiago, Chile.
- Almonacid, V. (2005)** *Relación de la Satisfacción Marital con las variables de las escalas cuantitativas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Altman, P. (2007)** *El Método CCRT como un Instrumento para Evaluar la Evolución del Patrón Relacional Central del Paciente a lo largo del Proceso Terapéutico en Psicoterapia Integrativa*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Amigo, A. M^a (2005)** *La función de Identidad del Self en mujeres con trastorno bipolar tipo II en la fase depresiva*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Andreani, T. (En prensa)**. *Prevención del consumo, abuso y dependencia de drogas y alcohol en adolescentes hombres desde el EIS*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Araya, M. (2006)**. *Tipo de expectativas que presentan los pacientes con Trastornos de Personalidad en el Cluster A, desde el Modelo Integrativo*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Arce, J. (En prensa)**. *Propuesta de intervención grupal para pacientes depresivos en atención primaria, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Bagladi, V. (2001a)**. "Personalidad y Psicoterapia Integrativa". *Congreso Español de Psicoterapia*. Valencia, España.
- Bagladi, V. (2001b)**. Conferencia "Psicoterapia Integrativa en Trastornos Adictivos"; Taller "Supervisión y Acreditación de Psicoterapeutas" III Congreso Latinoamericano de Psicoterapia. Quito, Ecuador, Junio.
- Bagladi, V. (2002a)**. "Psychotherapy in Chile". En *Globalized Psychotherapy*. Alfred Pritz (Ed.). Facultas Universitätsverlag, Austria.
- Bagladi, V. (2002b)**. Conferencia "Modelo Integrativo: Resultados de Investigación". *Congreso SPR*. Viña del Mar, Chile.
- Bagladi, V. (2002c)**. Conferencia "Los Procesos Cognitivos en el Marco de la Psicoterapia Integrativa". *Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latino Americanas*. Santiago, Chile.
- Bagladi, V. (2002d)**. Simposio "Fundamentos Empíricos del Modelo Integrativo Supraparadigmático". *Congreso Latinoamericano de SPR*. Reñaca, Chile, Agosto.
- Bagladi, V. (2002e)**. Conferencia "La Formación de Psicoterapeutas". *Congreso Mundial de Psicoterapia (WCP)*. Viena, Austria.
- Bagladi, V. (2003)** *"Variables Inespecíficos en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa"*. Tesis Doctorado, USL, Argentina.
- Bagladi, V. (2004a)**. "Trastornos de la Personalidad y Psicoterapia Integrativa". En Opazo, R. y Fernández-Alvarez, H. (Eds.) *La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones*. Paidós. Barcelona, España.
- Bagladi, V. (2004b)**. . Simposio "Investigación en Psicoterapia". *Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia dependiente del World Council for Psychotherapy*. Porto Alegre, Brasil.
- Bagladi, V. (2004c)**. Conferencia. "Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad" y Mesa Redonda "Formación de Psicoterapeutas". *I Congreso Internacional de la Asociación Peruana de Psicoterapia*. Lima, Perú.
- Bagladi, V. (2004d)**. Plenario "Panorama de la Psicología Clínica Nacional"; Taller "Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal", Simposio "Investigación en Psicoterapia". *Congreso de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Santiago, Chile.
- Bagladi, V. (2005a)**. Simposio "From Cognition to Integration: Clinical Consequences". *V Congreso Internacional de Terapias Cognitivas*. Göteborg, Suecia.

Bagladi, V. (2005b). "Psicoterapia Integrativa en el Trastorno de Personalidad Límite". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.

Bagladi, V. (2006a) "Psicoterapia Integrativa en abuso de sustancias" Apuntes docentes. *Magíster Psicoterapia Integrativa*. UAI-ICPSI. Santiago, Chile.

Bagladi, V. (2006b) Ponencia Formación y supervisión en psicoterapia. *VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia*. Panamá. Septiembre.

Bagladi, V. (2006c) Simposio: Formación y entrenamiento de psicoterapeutas integrativos. Simposio: Supervisión en la formación de psicoterapeutas. Simposio: Acercamiento entre los modelos integrativos latinoamericanos. *I Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas. Primer Encuentro Ecuatoriano de Integración en Psicoterapia*. Quito, Ecuador, Septiembre.

Bagladi, V. (2006d) Conferencia Magistral: Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad. *I Encuentro Internacional de Psicología Clínica*. Santa Cruz, Bolivia, Noviembre.

Bagladi, V. (2007a) Ponencia: Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica, Investigación y Supervisión. *XXX Aniversario Fundación AIGLÉ*. Bs. As., Argentina, Julio.

Bagladi, V. (2007b). Simposio: Abordaje en patologías actuales, adultos mayores y pareja. *VII Congreso latinoamericano de Psicoterapia. I Congreso Uruguayo de Psicoterapia: La Psicoterapia un Derecho Universal*. Montevideo, Uruguay, Septiembre.

Bagladi, V. (2007c). Conferencia: Psicoterapia Integrativa: Aplicaciones Clínicas. *II Congreso Internacional de Psicología Clínica*. Santa Cruz, Bolivia, Octubre.

Bagladi, V. (2008) "Psicoterapia Integrativa" Apuntes docentes. *Magíster Psicoterapia Integrativa*. UAI-ICPSI. Santiago, Chile.

Bagladi, V. (2009) "Una aproximación clínica al bienestar humano" capítulo 6 del libro "*Psicología para la Vida*", J.C. Sáez. Editor. Santiago, Chile.

Bagladi, V. (2010) Conferencia: "La Psicoterapia Integrativa del E.I.S. (Enfoque integrativo Supraparadigmático): Aplicación en Problemas de Pareja". *Congreso Internacional de Psiquiatría Clínica y Psicofarmacología y Tercer Congreso Argentino de Adolescencia, Salud Mental y trastornos Adictivos*. Mendoza, Argentina.

Bagladi, V; Croxatto, P y Gálvez, C. (2002) Expectativas frente a la terapia en pacientes con Trastornos de Personalidad. Investigación en curso. Datos preliminares presentados en *Congreso SPR*, Viña del Mar, Chile.

Baeza y Rojo, (2002). "*Fundamentos Psicológicos de la conducta delictiva adolescente: Una aproximación desde el modelo integrativo supraparadigmático*". Tesis Post-título ICPSI. Santiago, Chile.

Banfi, B. y Hevia, P. (2002) "*Trastorno Afectivo Bipolar: Intensidad y frecuencia de los episodios y su influencia en el Self*". Tesis Post-título ICPSI Santiago, Chile.

Bardi, L. A. (2005) "Descripción de una muestra clínica de adolescentes según el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Bejer, T. (2004) "*Confiabilidad y Validez de Constructo Escala de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): Autoimagen, Satisfacción Matrimonial de Necesidades, Tolerancia a la Frustración y Perfeccionismo*". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Bejer, T. (2009) Una evaluación de la organización de personalidad limítrofe desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Estudio preliminar. *Revista Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Rev. AcPI*, Vol 1, pp 68 – 76. Santiago. Chile

Bejer, T. (2010). Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas. *Rev. AcPI*, Vol 2, 38 – 51.

Beutler, L; Moleiro C. y Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación ¿qué funciona en Psicoterapia? Cap2. En Opazo, R. y Fernández-Alvarez, H.(Eds.) *La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones*. Paidós. Barcelona.España.

Bond, M.P. y Vaillant, J.S. (1986). A empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry*. Mar; 43 (3): 285-8.

Bouyer, C. (2004) "*Propuesta Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI-1) para Padres Mención Psicoterapia Integrativa*". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Burgos, M^a L. (2005) "*Trastornos de la conducta alimentaria y Psicoterapia Integrativa*". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Calderón, C. (1999) "*Evaluación de resultados en Psicoterapia alcances, limitaciones, necesidades y propuestas*". Seminario. Magíster en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Calderón, C. (2001) "*Psicoterapia Integrativa en el tratamiento de trastornos de personalidad Estudio descriptivo de resultados terapéuticos*". Tesis Magíster PUC, Santiago, Chile.

Calderón, G. (2006) "*Depresión en el Adulto Mayor: una visión integrativa*". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Cardemil A. (2010), Factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en preescolares. Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Rev. AcPI*, Vol 2, 7 – 26.

Carrasco, V. (2004). "*Aproximación desde la Psicoterapia Integrativa a la Fobia Social en Adultos*". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Carvacho, V. (2004) "*Embarazo en Adolescentes Víctimas de Agresión Sexual*". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Carvajal, M. (2004) "La función de Control del Self en Pacientes Bipolares tipo II en fase depresiva". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Carvajal, M. y Navarrete, M^a C. (1999) "El Self en pacientes con Trastorno Bipolar desde la perspectiva del Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis post-Título ICPSI. Santiago, Chile.

Cobian, P. (1997) "Psicoterapia Integrativa en Pacientes Depresivos" Tesis Post-Título ICPSI, Santiago Chile.

Collao, L. (2004) "La Satisfacción de las necesidades, la conducta pulsante y la red de apoyo en el adulto mayor". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Collao, L. y Morocho, W. (2001) "Adulto mayor en perspectiva de la Psicoterapia Integrativa". Tesis Post-título ICPSI. Santiago, Chile.

Cortés, M. (2006) "Psicoterapia Integrativa y variables inespecíficas combinadas asociadas al tipo de término del proceso terapéutico". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Croxatto, P. (2004) "Tipo de Expectativas que presentan los pacientes con Trastorno de personalidad en el Cluster C". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Cruz, M. C. (en prensa). Consumo de drogas y funcionamiento familiar en adolescentes con compromiso biopsicosocial, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

De la Fuente D. (2009) "Análisis de la evolución y desarrollo de la función de autoorganización del sistema SELF". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

De la Parra G. (2002) Herramientas en la investigación de resultados en psicoterapia y el aporte del instrumento "Outcome Questionnaire". Trabajo presentado en el 5º Congreso Sud Americano de la Society for Psychotherapy Research. Reñaca, Chile.

Díaz P, C. (2004) "Funciones del Sistema Self en el Trastorno Límite de Personalidad: Una aproximación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Díaz, N. (en Prensa) "Autocuidado del terapeuta a la luz del Enfoque integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Díaz, C. (2004) "Funciones del Sistema Self en el Trastorno Límite de Personalidad: Una aproximación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Díaz y Hevia (2009) Taller de desarrollo personal y autocuidado para el futuro ejercicio clínico, desde el modelo integrativo Supraparadigmático. Rev Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa AcPI Vol. I, 89 - 100. Santiago, Chile.

Droguett, L. (2005) "El vínculo terapéutico en la activación del potencial de resiliencia. Una mirada Integrativa". Tesis Magíster UAI- ICPSI, Santiago, Chile.

Droguett, S. (2004) "El Apego temprano (0-3 años) en el desarrollo del Self y la Psicopatología. Una mirada desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Eysenck H. J. (1978). *Fundamentos Biológicos de la Personalidad.* Barcelona. Editorial Fontanella S.A. 1978.

Feuchtmann, J. C. (1997) "La Obesidad desde una Perspectiva Integrativa". Seminario Post-título ICPSI. Santiago, Chile.

Feuchtmann, J. C. (2003) "El Adolescente Adicto: ¿Un perfil diferente?". Tesis Post-título ICPSI. Santiago, Chile.

Feuchtmann, J.C. (2004) "Una Comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes" Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Figari, P. (2006) "Escala para evaluar el desarrollo personal desde la Psicoterapia Integrativa". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Filippi, C. (2007) "Conocimiento e interés que poseen los equipos de salud mental comunitarios en la Región del Maule en relación al Supraparadigma Integrativo. Facilidades y obstáculos para su adopción como modelo terapéutico". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Fuentes, M.; León, M.J. y Ramírez, R. (2010). Una intervención psicosocial: Refugiados en Chile. Rev. AcPI, Vol 2, 177 - 186.

Gaete, P. (2000) Estudio descriptivo de características de personalidad se sujetos recluidos por delito sexual dentro de un modelo de Psicoterapia Integrativa". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Gálvez, C. (2004) "Tipo de Expectativas que presentan los pacientes con Trastorno de Personalidad en el Cluster B". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Gandelman, M. (2007) "La Función del SELF búsqueda de sentido en la vida en la adolescencia tardía. Una aproximación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Gatica, M. (2008) "Propuesta de intervención psicológica en enfermos terminales desde el modelo integrativo supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Guajardo, H.; Bagladi, V., Kushner, D. (2001). Evaluación de Trastornos Adictivos en Sistema Terapéutico Comunitario. Revista Eradicaciones N° 4 Marzo/Junio. Santiago de Chile.

Guajardo, H.; Bagladi, V.; Kusner, D.(2004) "Integrative Psychotherapy in addictive disorders". En *Journal of Psychotherapy Integration*.

Guajardo, H., y Kushner D. (2006). *Manual Terapéutico para la Rehabilitación de los Trastornos Adictivos.* Editorial Akadia. Santiago, Chile.

Guiñez, M. (2004) "Modelo Integrativo y Promoción de Salud Mental; una posibilidad. Estudio Exploratorio". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Guzmán, A. (2010) *"Una mirada al adulto mayor en sus diferentes etapas, pertenecientes a una muestra no clínica del centro del adulto mayor de la municipalidad de Providencia: Una aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Hevia, P. (2004) *"Mujeres Bipolares Tipo II y la función de Auto-Organización del Sistema Self"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Ibarra, L. (2004) *"Evaluación e Intervención en víctimas de abuso sexual intrafamiliar desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Inostroza, S. (2005) *"Validación de la escala de organicidad del FECI a través del test de la Figura Compleja de Rey"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Jiménez, J.P. (1999) *"¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí, pero ¿a quién le interesa?"*. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. III, Nº 1, pp 105 – 116. Santiago Chile.

Kuzmanic, V. (2005) *"Supervisión Integrativa: Un análisis cualitativo"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Lambert, M. y Ogles, B. (2004) *"The efficacy and effectiveness of psychotherapy"* En: M. Lambert (ed) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley and Sons Inc.

Lambert M, Hansen N, Umpruss V, Lunnen K, Okiiski J, Burlingame G. (1996) *Administration and Scoring Manual for the OQ45-2*. American Professional Credentialing Services LLC. USA.

Larraín, C. (En prensa). *Prevención del consumo, abuso y dependencia de drogas y alcohol en adolescentes hombres desde el EIS*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Lecaros, P. (2007) *"Los Mecanismos de Defensa en el marco de la Psicoterapia Integrativa. Confiabilidad y validez de la traducción del Cuestionario de estilos defensivos de Bond (D. S. Q.)"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Letelier, C.L. (2003) *"Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático a la temática de Duelo en Adultos"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Luborsky, L. (1996). Allegiance effect. Citado por Horgan J. Why Freud isn't dead. *Scientific American*. December.

Luborsky, L.; Singer, B. y Luborsky, E. (1975). "Comparative Studies of Psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry*. 32: 995-1008.

Marfull, S. (En prensa) *"Cáncer de mama y Enfoque Integrativo Supraparadigmático: Estudio descriptivo realizado a mujeres con cáncer de mama provenientes de la comuna de Valparaíso, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Marín, M. (2007) *Propuesta de programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el Modelo Integrativo*

Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Meza, C. G. (2004) *"Psicoterapia Integrativa con madres violentas, una aproximación desde el Sistema Self"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Morales, C.G (2009) *"Funciones del sistema Self en el Adulto Mayor: Aproximación desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Muñoz, P. (2000) *"La Adicción con la mirada del Modelo Integrativo"*. Tesis Post-título, ICPSI.

Navarrete, M^a C. (2004) *"Función de Significación del Self en Pacientes Mujeres con Trastorno Bipolar Tipo II en Fase Depresiva"*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Nitsche, M.P. (2010) *Psicoterapia Integrativa en Parejas desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Oliverí, M. (En prensa). *Confección de la Escala de Evaluación del Riesgo de Suicidio desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Opazo, R. (En prensa) *"Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.): Manual de Psicoterapia Integrativa"*, Ediciones ICPSI, Santiago, Chile.

Opazo, R. (2010). Conferencia: "Psicoterapia Integrativa: Profundizando la comprensión, potenciando el cambio". *Congreso Internacional de Psiquiatría Clínica y Psicofarmacología y Tercer Congreso Argentino de Adolescencia, Salud Mental y trastornos Adictivos*. Mendoza, Argentina.

Opazo, (2002). Conferencia: "Pareja". *Familia Unida*, Club Manquehue, Santiago, Chile.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Ediciones ICPSI. Santiago, Chile.

Opazo, R. (2000). *Psicoterapia Integrativa. Un Desafío para el Siglo XXI*. En: *Psiquiatría y Psicología de la Infancia*. Grau. A., y Meneghello, J. (Eds.). Panamericana.

Opazo, R. (1997). In the Hurricane's Eye: A Supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 7 Nº 1.

Opazo, R. (1992.) "Postulados Básicos de una Psicoterapia Integrativa". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol I. Nº12, 131-139.

Opazo, R. y Bagladi, V. (2001). Conferencia "Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad". *I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Valencia, España.

Opazo, R. y Bagladi V. (2006). "Etiopatogenia de los Trastornos de Personalidad desde la Psicoterapia Integrativa". *Revista Española de Psiquiatría (psiquiatría.com)*. Madrid. España, Marzo.

Opazo, R y Bejer, T. (2002). "Satisfacción de Pareja; un estudio de los factores asociados". En: Opazo, R.:

Conferencia: Pareja. *Familia Unida*, Club Manquehue, Santiago, Chile.

Pérez, V. (2005) "Características psicológicas de una muestra de pacientes con síndrome de intestino irritable, desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Pinto, G. (2006) "Variables del paciente, previas al tratamiento, que se asocian a la calidad de la alianza terapéutica, desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Pössel, L. (2007) "Estudio Exploratorio de los efectos psicológicos del entrenamiento cognitivo "nexos" en pacientes con trastornos de neuromaduración, desde una perspectiva integrativa". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Ramírez, (en Prensa). *Proyecto de Diagnóstico e Intervención Psicosocial para el Programa de Reasentamiento Humanitario Palestino en Chile: Una Experiencia desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Ramírez, R. (2009) Violencia en la Pareja: comprensión para el diagnóstico e intervención desde el modelo Integrativo Supraparadigmático. *Revista Violencia y Género, del Plan de Igualdad de Oportunidades del Sector Justicia*, Volumen 2, Año: Octubre, 2009

Ramírez, R. y Bagladi, V. (En Prensa). *Hombres que Ejercen Violencia contra sus Parejas: Aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)*.

Robinson, Berman y Neimeyer (1990) Psychotherapy for the treatment of depression. A comprehensive review of controlled outcome resources. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

Roth, y Fonagy, P. (1996) "What works for whom?. A critical review of psychotherapy research". New York. Gilfiord

Saavedra, V. (2004) "Aproximación Integrativa a la Dinámica del Self en el Trastorno de Personalidad Histriónico". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Santibañez, P. (2001). *La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: Traducción, adaptación y exámen inicial de las propiedades del Working Alliance Inventotry en Chile*. Tesis Magister PUC. Santiago, Chile.

Sasso, M. (2002) "Variables Inespecíficas del paciente y su relación con el proceso de Psicoterapia Integrativa: Estudio mediante el análisis de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl)". Tesis Post-título ICPSI. Santiago, Chile.

Sasso, M. (2007) "Hacia una delimitación de las variables inespecíficas del paciente en psicoterapia infantil: estudio exploratorio en el marco del Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

M.I. Schmidt (2005), Trabajo Libre Psicoterapia Integrativa en población infanto-juvenil. *IV Congreso Mundial de Psicoterapia*. Bs As, Argentina. Agosto.

Schmidt, M^a I. (2007) "Maltrato infantil sistematización teórico y apreciación clínica desde el Supraparadigma Integrativo". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Serra, B. (2002) *Adicción y timidez: descripción de un caso clínico desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático*". Tesis post-título ICPSI. Santiago, Chile.

Serra, B. (2004) "Sistema Self en Pacientes Diagnosticados con Trastorno de Personalidad dependiente desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Shapiro y Shapiro (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy*, 10, 4-25.

Silva, C. (2006) "Trastorno Depresivo Mayor: variables etiológicas y estrategias terapéuticas desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Tapia, V. (2000). "Psicoterapia Integrativa aplicada al paciente discapacitado físico: Un abordaje interdisciplinario". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Terán, O. (2006). *Estudio Exploratorio Descriptivo Sobre Factores Protectores de Resiliencia Presentes en el Modelo Integrativo Supraparadigmático y su Relación con la Solución del Problema y Modalidad de Término en el Proceso Terapéutico*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Tirado, E. (2006) "Perfil de sujetos que presentan trastornos adictivos en comparación con sujetos con trastornos depresivos y sujetos con trastornos de ansiedad". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

UAI-ICPSI, (2005). *Rev. Aportes en Psicología Clínica, Vol. I*. Magíster UAI-ICPSI.

UAI-ICPSI, (2006). *Rev. Aportes en Psicología Clínica, Vol. II*. Magíster UAI-ICPSI.

UAI-ICPSI, (2008). *Rev. Aportes en Psicología Clínica, Vol. III*. Magíster UAI-ICPSI.

UAI-ICPSI, (2010). *Rev. Aportes en Psicología Clínica, Vol. IV*. Magíster UAI-ICPSI.

Urra, F (2005) *Terapia integrativa Grupal para pacientes con Trastorno de Personalidad Límite*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Varas, C. (2005) "¿Cómo la Psicoterapia Integrativa sustentada en el Modelo Integrativo Supraparadigmático puede potenciar el efecto de las técnicas terapéuticas?" Tomo I, II, III y IV. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Vega, M. (en prensa) *Características clínicas de pacientes que reportan maltrato en su infancia, desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Villacura, L. (2003) "Entrevista Psicodiagnóstica del Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Villar, N. (En prensa). *Evaluación del riesgo de suicidio desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)*. Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Ealbaum.

ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO (E.I.S.): ACTUALIZACIONES RELEVANTES

Ps. Mónica Fuentes C. ^(24*)

Summary

The integrative equation, the functions of the Self and the “personal development Norths” are some of the elements that mark the recent developments within the framework of the Supraparadigmatic Integrative Approach (E.I.S.)

These and other “novelties” are contained in this interview with the creators of integrative Supraparadigmático Approach (EIS), which - with the strength coming from of creativity and discipline - has become a model which already crossed the borders of our country.

Keywords: *Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS): current state.*

Resumen

La ecuación integrativa, las funciones del Self y los Nortes de desarrollo personal son algunos de los elementos que marcan el actual estado del arte del EIS.

Estas y otras revelaciones son las que se recogen en esta entrevista con los creadores del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), el que –a fuerza de creatividad y disciplina- se ha convertido en un modelo que ya traspasa las fronteras de nuestro país.

Palabras clave: *Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS): estado actual.*

²⁴ Entrevista realizada en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (icpsi) el 26 de Agosto del 2010. Y ‘publicada en “Aportes en Psicología Clínica desde la Psicoterapia Integrativa, Volumen IV, año 2010

Partamos revisando qué ha pasado con el EIS –y el modelo que lo sustenta- en este último tiempo ¿Cuáles han sido, desde su perspectiva, los hitos que marcaron este año?

Verónica Bagladi (VB): Yo te diría que para mí uno de los hitos más significativos tiene que ver con el reconocimiento internacional que ha logrado el enfoque, en la medida que estamos generando la formación de terapeutas integrativos en otros países, no anexándonos a programas pre-existentes sino dictando nuestro propio programa de maestría en la Universidad Andina Simón Bolívar, donde hemos encontrado una recepción tremenda y un respaldo enorme. Eso por una parte. Otro hito muy sustantivo está relacionado con el nivel de atenciones que estamos realizando en los consultorios del Instituto. Por darte una cifra, entre el 1 de marzo de 2009 y el 1 de marzo de 2010 ingresaron a los consultorios CONPER más de 1.500 pacientes y, en nuestro Instituto, anualmente realizamos más de 28.000 atenciones, entre población adulta e infantil. Eso se enlaza, además, con el interés que existe entre los terapeutas de formarse en el modelo pero aplicarlo e irradiarlo a otros ámbitos: judicial, educacional, reasentamiento de refugiados, etc.

Roberto Opazo (RO): Yo agregaría esto: una cosa es realizar un análisis cualitativo respecto a qué calidad tiene el EIS, y otra cosa es analizar cómo se difunde el enfoque y cuan bien nos va. Porque a uno le puede ir muy bien y el enfoque ser de calidad regular, o no irle bien y el enfoque ser muy bueno. Yo creo que acá, el tema de la calidad del enfoque está bien posicionado y marcado probablemente por el esfuerzo que hacemos la Vero, yo y muchos otros para aportar al conocimiento permanentemente. En seguida, y a la hora de evaluar la llegada del enfoque como estímulo efectivo en el “resto del mundo”, yo te diría que es muy buena. Por ejemplo, en Bolivia -tanto en Sucre como en Santa Cruz-, mucha gente llegó inicialmente a tomar los cursos que dictamos más que nada por el prestigio del EIS pero no tanto por un conocimiento acabado del enfoque. A medida que el tiempo ha ido pasando, estas mismas personas se han ido transformando en profesionales fascinados con el enfoque. Y no te hablo de gente recién salida de la universidad sino de gente con bastante experiencia y muy capaz profesionalmente, que se encuentra con el enfoque y les calza muy bien. Porque no se trata de decir “en Santa Cruz el nivel es muy bajo y por eso los hipnotizamos con el EIS”. De partida, a nosotros no nos interesa andar hipnotizando a nadie, pero cuando se plantea el enfoque de forma que ellos lo puedan decantar y asimilar, la llegada es espectacular. Lo mismo ocurre en la Universidad Nacional de San Luis, en Argentina, donde también

participamos en una maestría; pero ahí no es tan rara la buena recepción que tenemos porque existe una tradición, llevamos muchos años vinculados a la universidad y la gente sabe a lo que ingresa, ya que allá se conocen más los contenidos del EIS. De hecho toda nuestra bibliografía está disponible en sus bibliotecas.

VB: Otro hito que yo destacaría de este año es lo que ha pasado con nuestra página web, en términos de cantidad de visitas, y con el nivel de citas que se están haciendo en otras publicaciones sobre la base de artículos de la AcPi u otros que están disponibles ahí.

El modelo, en la medida que ha evolucionado, ha ido incorporando elementos o conceptualizando mejor los elementos ya existentes. ¿En el último tiempo, cuáles han sido las principales modificaciones que ha tenido el EIS?

RO: Un elemento que viene ya de antaño y que ha ido puliéndose, es la forma en que vamos entendiendo el paradigma sistémico, en términos de ser aplicado como intrasistémico y como elemento de análisis psicosocial. Otro tema de igual o mayor relevancia, ha sido la evolución que han experimentado las funciones del self, en cuanto éstas han ido reordenándose y completándose. El EIS ya define seis

funciones, que aportan a un entendimiento del self que nos deja muy satisfechos. No hace mucho se agregaron la función de “Toma de Conciencia” como primera función –y que incluso evolutivamente se desarrolla primero-, y la función última (sexta) que es “Conducción de Vida”: Es una función que, en términos coloquiales, apunta a cómo finalmente “nos conducimos a nosotros mismos” o a qué hacemos con nuestra vida después que las otras funciones están en acción.

VB: Yo creo que también ha sido un elemento enriquecedor para el EIS, el lograr darle cabida a una serie de inquietudes que venían de otros ámbitos y encausarlas a través de la función de “Búsqueda de Sentido”, en cuanto a considerar qué sentido le damos o no le damos a la vida, y a lo que nos va ocurriendo en el transcurso de ella. Esto no necesariamente responde a un elemento espiritual, pero sí nos parece que es materia de interés para la psicología. Esta función recoge algunos elementos de la psicología transpersonal, pero en mucha mayor medida es herencia de la filosofía y la psicología humanista. Por otra parte, la noción del self llevado a lo diádico ha sido otro paso importante para el EIS, ya que nos ha permitido conceptualizar lo que tiene que ver con la psicoterapia integrativa de pareja, trabajo que acaba de ser publicado por Paulina Nitsche en su tesis. Otra de las cosas que me parece que ha sido un aporte

relevante es la consideración de las estructuras integrales, la significación integral, que va mucho más allá de lo puramente cognitivo, lo que marca un sello muy claro y distintivo del modelo, y por otra parte, el afinamiento con respecto a la conceptualización de la personalidad. Yo creo que éstos han sido los elementos centrales en la evolución del modelo en el último tiempo.

RO: Yo agregaría un par de comentarios con respecto a esto. En lo que tiene que ver con la función de “Significación”, yo me atrevería a reclamar la autoría de los conceptos de “significación integral” y de “estructuras integrales”, que son dos aspectos que tienen que ver con ir aplicando los paradigmas a la significación y a las estructuras. Ahí la Vero aportó un concepto -que yo lo encuentro espectacular- y que es el concepto de “reestructuración integral”, que es trabajar en terapia con el self y sus estructuras medulares, y no sólo con las cogniciones o los afectos. Por otro lado, yo diría que otro aporte importantísimo al modelo en el último tiempo, y en eso creo que ahí en alguna medida me iluminé yo, ha sido la “ecuación integrativa”...

VB: Si, eso ha sido sumamente importante...

RO: La ecuación integrativa ha sido de los grandes aciertos del último tiempo, y tiene que ver con tomarle el peso al valor del modelo aplicado clínicamente. La ecuación muestra que el modelo, al recoger las etiologías posibles, las fuerzas de cambio posibles y los desarrollos posibles, va generando la posibilidad de afirmar que un desarrollo adecuado de cada paradigma del Modelo y de cada función del self **asegura** salud mental; entendida ésta como la ausencia de desajustes pero también como la presencia de bienestar psicológico. Y eso es algo que ningún otro enfoque puede sostener.

VB: Además la ecuación integrativa del enfoque implica mirar cómo opera el ser humano más allá del ámbito clínico y avanzar hacia ser un aporte para la educación y para la promoción de la salud mental en general.

RO: La idea de los conceptos movilizadores también se ha ido perfeccionando...

VB: Claro, yo diría que los conceptos movilizadores los hemos perfeccionado y hemos venido incorporando nuevos. Y esto, sumado a los nortes de desarrollo personal, la conceptualización de la ecuación integrativa, la conceptualización del self, sus funciones y la personalidad, y su trasvasije a elementos de relación diádica son todos elementos que a la vez te abren una cantidad

de nuevos caminos para enriquecer la intervención en distintos niveles.

¿La idea es que el enfoque en algún momento quede establecido con una cierta cantidad de elementos que le dan forma o que permanentemente vaya evolucionando e integrando nuevos elementos?

RO: Yo creo que nunca se descansa en el desarrollo de un modelo. El punto está en que cada vez la modificación es menos probable, aunque siempre está abierto a eso y también el enfoque en su parte aplicada. Lo que ocurre es que la matriz va quedando decantada de una manera muy sólida, por lo que es cada vez más difícil y desafiante hacerle modificaciones sustantivas, pero en ningún caso sentimos que ya hemos llegado al final de la historia en la configuración del EIS. Al revés, tenemos una permanente apertura a la crítica, por un lado, y al enriquecimiento, por otro.

VB: En esa línea, una de las cosas entretenidas que tiene el enfoque y el modelo que lo sustenta es su valor heurístico, que va siempre generando conocimiento y por lo tanto sería antitético pensar que ese desarrollo se detiene.

¿Y de dónde surgen los aportes que enriquecen el modelo?

VB: Yo diría que todo desarrollo de la psicología es para nosotros un aporte, ya que recogemos mucho de lo que pasa afuera. Pero, honestamente, creo que los aportes más sustantivos, en términos de qué mirar, cómo mirar y qué integrar y de cómo esos elementos terminan plasmándose en el modelo, han surgido principalmente desde acá, y sobretodo de Roberto.

RO: Lo que pasa es que, obviamente, al interior del Instituto, probablemente yo me puedo dar el lujo de ser más creativo, principalmente porque tengo el tiempo y reservo espacios para dedicarle a eso, lo que en el fondo es una ventaja comparativa importante a la hora de hacer aportes al modelo, en desmedro de otras personas que pueden ser muy creativas pero que están dedicadas a hacer otras cosas. Y por supuesto está el trabajo de la Vero, que claramente se sitúa muy por encima de los otros aportes.

¿Y los congresos a los que asisten, los iluminan de algún modo?

RO: Sí, pero poco. Porque aporta mucho más la lectura, el estudio y la práctica clínica.

También la interacción con los alumnos. Los congresos sirven para discutir y polemizar, más que para sacar grandes aprendizajes. Y, además te diría, que dentro de los propios integrativos, en general las otras aproximaciones vienen más atrás que nosotros. Aún así, nuestra actitud permanente es hacia “nutrirnos” de los aportes válidos de nuestros colegas.

VB: Uno en los congresos puede ver lo que se está ofreciendo, y por tanto el principal aporte es darnos elementos que nosotros vamos a mirar y algunos de los cuáles –o partes de ellos- decidiremos rescatar. Obviamente cada vez que vamos a un congreso llegamos de vuelta a Chile cargados de libros, de investigaciones, pero no necesariamente lo que vimos en el congreso mismo es algo que vamos a incorporar al modelo.

RO: Entonces los que más aportan no son los congresos, ni en Latinoamérica, ni en Estados Unidos, ni en Suecia, sino lo que se escribe a nivel internacional en investigación, de lo cual sí nos nutrimos y mucho.

VB: A propósito de eso, de las cosas que yo rescato muchísimo en lo que hemos hecho en los últimos años en el instituto, es el desarrollo de la investigación. Y ese desarrollo es distintivo por el tipo de

preguntas que nos hacemos, por la creación del FECl en su versión adulta y de niños (y el trabajo que actualmente se está haciendo para adaptarlo al segmento de adulto-mayor), por la forma en que hemos ido sistematizando la información (recuerda que el instituto tiene cerca de 12.000 FECIS completados por pacientes), por los trabajos de tesis de nuestros alumnos, y por los trabajos de investigación que continuamente estamos haciendo en el Instituto que han sido muy aportativos y a la vez, muy alentadores para la línea que ha seguido el EIS.

¿Y cómo combaten el allegiance effect en la propia investigación que hacen en el instituto para no terminar acomodando los resultados a lo que dice el modelo?

VB: Obviamente siempre puede haber un sesgo a favor de lo que uno cree, pero la idea es tratar de combatirlo y controlarlo lo máximo posible. Dentro de esos esfuerzos están los niveles de exigencia que nos ponemos a la hora de investigar. Por ejemplo, los tipos de estadígrafos y los niveles de significación que usamos, que comparativamente a lo que se usa en clínica, son muy altos. Por otra parte, somos muy cautelosos en el uso que hacemos de los datos y en lo que concluimos a partir de las investigaciones. Además, sistematizamos la información de una misma forma para que

realmente sean comparables y estamos abiertos, o más bien, buscamos proactivamente ser evaluados desde otros ángulos. Por ejemplo, actualmente en nuestros consultorios, además de los sistemas de evaluación propios, estamos aplicando el O.Q.45 a todos nuestros pacientes, que es un cuestionario de reconocido internacionalmente y que no nace a partir del EIS.

RO: Ahora, probablemente, lo más importante de todo es la actitud. Porque con una actitud equivocada no hay parámetros, estadígrafos, ni nada que funcione. Y una actitud adecuada tiene que ver con buscar el conocimiento válido por encima del propio enfoque y del propio ego. Y eso, aunque difícil de llevar a la práctica, para nosotros es prioritario. Yo prefiero encontrar un conocimiento válido real, que andar impresionando al mundo con conocimientos no válidos.

¿Cuáles son las tareas pendientes? ¿Hay algo del enfoque que aún no los tiene del todo satisfechos o que sienten que le falta desarrollo?

RO: A mí no me termina de encajar bien cómo se usan terapéuticamente los mecanismos de defensa y otros elementos del inconsciente más freudiano, cómo se usan los simbolismos, cómo se usa un lenguaje complejo en aquellos pacientes que se nutren de eso...

VB: Para eso se necesita sistematizar cosas que distintos miembros del equipo están haciendo. Algo parecido creo que es lo que pasa con la intervención familiar, que es un ámbito en el que se están llevando a cabo una serie de iniciativas, pero que no se han sistematizado ni perfilado suficientemente como derivadas de este enfoque. Eso es lo que acabamos de hacer con la terapia integrativa de pareja, pero creo que está pendiente lo que tiene que ver con terapia integrativa de familia y ampliar más las intervenciones grupales. En estas cosas se está trabajando pero todavía falta mucho por hacer.

RO: Desarrollar esos territorios significa ampliar en términos psicosociales las intervenciones del EIS.

VB: Y no es que sean territorios no explorados, porque sí se están haciendo intervenciones grupales y familiares, pero la experiencia no se ha depurado ni sistematizado suficientemente.

RO: De que hay experiencias promisorias en estos territorios, yo te diría que sí. De que podemos hacer cosas muy buenas en esos territorios, también. Pero comparativamente con otras áreas, estas áreas están mucho

menos desarrolladas. Y en una conversación como la que estamos teniendo es mejor llamar “al pan, pan, y al vino, vino”, y no utilizarla para dejar simplemente bien parado al enfoque, diciendo que está todo en un nivel de desarrollo ideal.

¿El EIS tiene pies para caminar sólo, más allá del tiraje que le dan ustedes dos?

RO: Yo te diría que en este minuto no, porque si hoy la Vero o yo no estuviéramos, el enfoque quedaría con mucho riesgo de dispersión y de desperfilarse en el camino.

VB: Pero sí ahora, y eso creo yo que es un avance, quedarían más cosas andando que hace 3 o 4 años atrás.

RO: Sin duda...

VB: El enfoque ya cobró cuerpo más allá de uno, pero si falta desarrollar más eso.

RO: Yo creo que a esto va a ayudar mucho, espero, el libro que estoy escribiendo hace ya 5 años y que se llama “Manual de Psicoterapia Integrativa: Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio”. No

porque sea una obra maestra universal, pero sí porque da un paso más allá de lo ya escrito por nosotros. En seguida, tenemos proyectos con la Vero de ir aterrizando esto en secuencias más operativas, por ejemplo, a partir de generar biblioterapia para el desarrollo de la relación de pareja o biblioterapia para el desarrollo personal. Además, queremos perfeccionar videos clínicos, hechos por nosotros que muestren formas de operar de la psicoterapia integrativa en acción y hacer cada vez más publicaciones... La Vero tiene prometido que algún día publicará un libro de supervisión integrativa, que es algo que nadie podría hacer mejor que ella, y que es medular para el desarrollo del enfoque porque es el camino por el cual uno va formando a los terapeutas.

VB: Además de eso, está la creación de equipos que se están haciendo cargo de formar a profesionales fuera del país. Muchas de las tareas que antes hacíamos nosotros, ahora están a cargo de otros miembros del Instituto. A eso se suma la formación de supervisores y la labor que muchos de nuestros egresados están haciendo en otras partes de Chile, y que están abriendo caminos en áreas nuevas,;por ejemplo Ramiro Ramírez y lo que está haciendo en el ámbito de la violencia; lo que María Inés Schmidt ha trabajado en el tema del abuso sexual infantil; lo que Nicolás Díaz está haciendo en relación a la discapacidad, específicamente, la sordera; la gente que se

está metiendo en temas de medicina del dolor y cuidados paliativos de enfermos terminales; otros que están trabajando con pacientes renales; el trabajo que se está desarrollando en adicciones -más allá de lo que llevan avanzado en ese tema Diana y Humberto-, los talleres que estamos implementando en capacitación de competencias parentales... cada uno de ellos está aportando, y además, hay mucha gente nuestra que está haciendo clases en otras universidades y que está difundiendo y formando a partir del modelo. Eso se nota en la cantidad de alumnos que postulan para hacer su práctica profesional acá, donde tenemos que escoger entre más de cien de ellos, y eso es porque ellos escuchan, saben, conocen lo que se está haciendo acá.

RO: Sin prepotencia alguna, llegar a tener el nivel que tenemos nosotros no es nada de fácil, no por cantidad de neuronas más o menos, sino porque tiene que ver con la pasión por lo que uno hace, con el esfuerzo de toda una vida, con una vastísima experiencia clínica, con trabajar con una fuerte convicción... El lograr tener gente de un nivel parecido al que hemos tenido nosotros y que prosiga con esto hacia delante es muy difícil pero fundamental, y constituye una búsqueda constante, porque no basta con que haya gente que nos sigue y que va a continuar después de nosotros, sino que tenga el nivel para poder sostener esta

obra con la prestancia y solidez que se requiere.

¿Qué viene para el 2011? ¿Cuáles son las metas que se han planteado?

RO: Para mí, publicar mi libro, que es una meta prioritaria pero muy difícil de lograr; porque no quiero echarle a la “candidora” sino que el libro salga al nivel que se merece, y para eso hay que mantener estándares de exigencia que son muy difíciles de mantener. Por otro lado, yo diría que también es un desafío para el 2011 consolidar la parte administrativa del Instituto. Porque tenemos un tremendo éxito en todo lo que tiene que ver con lo clínico y académico, en todo lo que depende de la calidad profesional, pero generar una administración de una institución que ha crecido tanto con ese mismo nivel de eficiencia ha sido muy difícil. Ese es un desafío tremendo.

VB: Además considerando que nosotros no tenemos financiamiento de ninguna parte, salvo de lo que nosotros mismos generamos. Aquí no hay overhead, fondos concursables...

RO: Claro...

VB: Otra meta importante para el próximo año es, sin duda, la titulación de nuestro primer magíster en el extranjero, en Bolivia. Otra meta es la consolidación de nuestra revista AcPi y lograr que sea conocida y que tenga los estándares de Scielo, de Isi, y generar publicaciones de la gran cantidad de investigación que hacemos nosotros acá, porque a veces nos pasa que tenemos muchos datos y hallazgos pero los compartimos sólo al interior del equipo. La idea es que se pueda difundir más y que eso pueda nutrir a más gente. Creo que esos son los nortes más determinantes en el corto plazo.

RO: Yo agregaría la posibilidad de abrir un magíster en La Paz, que está en potencia, y –más que ninguna otra cosa- ir consolidando el enfoque en América Latina. En Argentina, por ejemplo, hay muchos psicólogos que se declaran integrativos pero que en realidad son eclécticos con ganas de ser integrativos, y que si nos conocieran bien, probablemente adscribirían con entusiasmo al enfoque. Pero el tema es cómo hacer para que realmente nos conozcan bien, lo que además requiere superar las barreras de los propios nacionalismos, ya que no es nada fácil llegar a otros países con un modelo creado en un país que no es el de ellos. Pero vamos a tener buenas oportunidades. Ahora hay programados un par de congresos, donde podemos dar un paso importante que vaya en esa dirección y no me extrañaría que eso

se proyecte para el año 2011. En todo caso cada vez somos tratados con más consideración en todos lados, y se nos demuestra un respeto profesional mayúsculo. Y eso puede abrir campos para que ese respeto que hemos conquistado se traduzca en que la gente se informe de lo que estamos hablando y que, más allá de las palabras, tengan acceso a un contenido sólido respecto al cual se puedan pronunciar.

