

ACPI





Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa



ICPSI

Editorial

A seis años de la creación de nuestra publicación periódica Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa tiene el agrado de presentar a sus lectores el Vol VI de AcPI. Este volumen incluye trabajos de varios miembros de nuestro equipo clínico, de nuestro staff de docentes asociados y de egresados de nuestros programas de Especialidad. Desde ya queremos agradecerles a todos ellos su colaboración en la búsqueda del conocimiento y del enriquecedor

intercambio de experiencias.

En el apartado de reflexiones integrativas nos complace entregar el trabajo de nuestro colega colombiano, egresado del programa de Magíster en Psicoterapia Integrativa, Santiago Martínez; quien reflexiona en torno a la actitud científica, el aporte desde el EIS y las trampas metodológicas a las que se

pueden ver expuestos tanto clínicos como investigadores.

Dentro de los artículos, se abordan las temáticas de asertividad, psicodermatología, drogodependencia en mujeres, intervención en crisis y atenciones psicológicas en familias judicializadas. Todas estas de gran relevancia e impacto social y clínico. Además se presentan investigaciones de gran importancia, como son el maltrato y el abuso sexual infantil; ambas destacan por relevar la situación nacional y nos aportan a la comprensión y a la intervención en temáticas de gran impacto vital y de un

significativo desgaste profesional.

Buscando líneas de respuesta a nuestros desafíos clínicos y sociales, AcPI ha intentado aportar a la sistematización y difusión de trabajos profesionales relevantes, serios y con potencial impacto para la práctica clínica; todo ello enmarcado dentro del Enfoque Integrativo Supraparadigmático y de las aplicaciones de la Psicoterapia Integrativa, derivada del mismo. El número actual continua este camino y estamos ciertos será de aporte, por lo cual invitamos a nuestros lectores a conocerlos, reflexionar en

torno a ellos e idealmente aplicar estos aportes a su trabajo práctico y/o académico.

Verónica L. Bagladi L. Directora

5



INDICE

Editorial	5
Reflexiones Integrativas	
La actitud científica y la trampa del diablo. Ps. Santiago Martínez Medina	9
Artículos	
Desarrollo Asertivo: El Rol de los Principios de Influencia. Ps. Javier Bahamondes Sasso	20
Psicodermatología y Enfoque Integrativo Supraparadigmático Ps. Cecilia del Canto Shanel	45
El Hombre agresor de su pareja: Un actor desconocido Aproximación a un Modelo Teórico de Tipologías de hombres Maltratadores Ps. Javier Barría Muñoz	62
Intervención en Mujeres Drogodependientes desde una Aproximación Integrativa Ps. Mg. Maureen Budge E	84
Terapia de Reparación en Abuso Sexual Infantil: Relaciones entre Conceptualizaciones de la Experiencia Traumática, Parámetros de Logros Terapéuticos y Expectativas del Proceso desde la Perspectiva de Psicólogos Tratantes Ps. Macarena Silva Castan	113
Estudio exploratorio de demandas de atención a usuarios derivados por Tribunales de Familia al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa Ps. Natalia Palma-Rojo y Ps. Daniela Robles	137
Aproximaciones a la Intervención en Crisis Ps. Silvia Urra Rosales	148



Reflexiones Integrativas



La actitud científica y la trampa del diablo¹

Santiago Martinez-Medina. *

Abstract

This article aims to highlight the importance of a scientific attitude for science in general, and in particular for the Supraparadigmatic Integrative Approach. It also provides some details about the relationship between this attitude with: the search for truth as the object of science, the "allegiance effect", the "positional self-centeredness," the story of the approach, the dynamics within psychology as scientific discipline, and others. It also proposes the concept of "positional collaboration" and seeks to motivate a change in the way of approaching to research in psychology.

Key words: Scientific attitude - Supraparadigmatic Integrative Approach - Truth - Allegiance effect - Positional egocentrism - Positional collaboration - Research in psychology.

Resumen

El presente artículo pretende destacar la importancia de la actitud científica; para la ciencia en general y para el Enfoque Integrativo Supraparadigmático en particular. Además, ofrece algunos detalles respecto a la relación de dicha actitud con: la búsqueda de la verdad como objeto de la ciencia, el conocido "allegiance effect", el "egocentrismo posicional", la historia del enfoque, las dinámicas dentro de la psicología como disciplina científica, entre otros. También propone el concepto de "colaboración posicional" y procura motivar a un cambio en el modo de aproximarse a la investigación en psicología.

Palabras clave: Actitud científica – Enfoque Integrativo Supraparadigmático – Verdad – Allegiance effect – Egocentrismo posicional – Colaboración posicional – Investigación en psicología.

¹ Artículo realizado con base en tesis de candidatura a Magíster en Psicología Clínica - Mención Psicoterapia Integrativa. Tesis en proceso de desarrollo por parte del autor del artículo.

[·] Psicólogo Universidad Nacional de Colombia. Candidato a Magíster en Psicología Clínica - Mención Psicoterapia Integrativa, de la Universidad Adolfo Ibáñez en convenio con el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Contacto: stgo_mm@live.com



En cierta ocasión salió el diablo a pasear con un amigo. De pronto vieron ante ellos a un hombre que
estaba inclinado sobre el suelo tratando de recoger algo.
«¿Qué busca ese hombre?», le preguntó al diablo su amigo.
«Un trozo de Verdad», respondió el diablo.
«¿Y eso no te inquieta?», volvió a preguntar el amigo.
«Ni lo más mínimo», respondió el diablo.
«Le permitiré que haga de ello una creencia religiosa».

Una creencia religiosa es como un poste indicador que señala el camino hacia la Verdad.

Pero las personas que se obstinan en adherirse al indicador se ven impedidas
de avanzar hacia la Verdad, porque tienen la falsa sensación de que ya la poseen.

Anthony de Mello.

La meta de la ciencia es el conocimiento, la *Verdad* del cuento anterior. Y cuando se alcanza un *trozo de Verdad*, lo fundamental es no caer en la trampa del diablo. Sin embargo, no caer en dicha trampa es una tarea titánica. Por esto, a través de la historia, la humanidad ha caído una y otra vez allí, convirtiendo *trozos de Verdad* en creencias inflexibles, absolutistas y dogmáticas.

Chinn y Brewer (1998), sugieren que cuando las personas (incluso siendo científicos/as), al encontrarse con datos que se contraponen a sus teorías, solo ocasionalmente cambian sus creencias. Los autores, realizan un test empírico de una taxonomía de posibles reacciones ante evidencias contrarias a las propias teorías, y encuentran que hay un total de ocho posibles reacciones: 1. Ignorar los datos, 2. Rechazar los datos, 3. Poner en

tela de juicio la validez de los datos, 4. Excluir los datos del dominio de la teoría actual, 5. Suspender el juicio de los datos, 6. Reinterpretar los datos, 7. Aceptar los datos y hacer cambios periféricos en la teoría, y 8. Aceptar los datos y cambiar las teorías.

Chinn y Brewer (1998), emplean un ejemplo real para justificar la taxonomía que someten a prueba empírica.

En 1980, Luis Álvarez (físico ganador del premio Nobel) y sus colegas publicaron un artículo en el que argumentaban que las extinciones masivas al final del período Cretácico (incluyendo la extinción de los dinosaurios), debe haber sido causado por un gran meteoro que golpeó la tierra y provocó una serie de catástrofes ambientales (Álvarez, Álvarez, Asaro, y Michel, como son citados en Chinn y Brewer, 1998).



El principal dato que sustentaba la hipótesis, era la alta concentración de iridio en una capa de arcilla fina que los sedimentos cretácicos separa terciarios de todo el mundo, el cual es muy raro en la corteza terrestre pero muy abundante en los meteoritos (Álvarez, et al., como son citados en Chinn y Brewer, 1998). Las respuestas que genera dicho hallazgo por parte de la comunidad científica, evidencian taxonomía de Chinn y Brewer (1998), la cual, antes de la prueba empírica inicia con solo siete posibles reacciones ante evidencias contrarias:

- 1. Ignorar los datos: Se hace caso omiso de la evidencia, incluso después de que esta se había publicado e informado a través de los medios de comunicación. El mismo Luis Álvarez asiste a una conferencia de paleontología sobre extinciones masivas y en ningún momento menciona la palabra iridio (Muller, como es citado en Chinn y Brewer, 1998). Incluso, Clemens (como es citado en Chinn y Brewer, 1998) sugiere que incluso catorce años después de la publicación del artículo, algunos haciendo paleontólogos siguen caso omiso de los datos.
- 2. <u>Rechazo de los datos</u>: Durante algún tiempo, el propio equipo de Álvarez sospechó que los altos

- niveles de iridio se debían a una contaminación de la muestra, contaminación a partir de un anillo de bodas de uno de los técnicos recién casado (Hsu, como es citado en Chinn y Brewer, 1998).
- Exclusión de los datos del dominio 3. de la teoría actual: Muchos paleontólogos argumentaron que dinosaurios habían los se extinguido 100 mil años antes del supuesto impacto del meteorito, con lo cual la capa de iridio no explicaba la extinción (Glen, como es citado en Chinn y Brewer, 1998; Kerr, como es citado en Chinn y Brewer, 1998) y, por ende, dichos paleontólogos creían que no había que preocuparse por los datos de iridio, puesto que eran irrelevantes (Chinn y Brewer, 1998).
- 4. Suspensión del juicio de los datos: Algunos paleontólogos, argumentaron que la geoquímica de iridio no se conocía lo suficientemente bien como para poder extraer conclusiones. Estos científicos creían que había una cantidad inusual de iridio, y que no había una explicación para ello, pero se sostenían que era posible que alguien pudiera llegar a desarrollar una explicación utilizando causas terrestres (Raup, como es citado en Chinn y Brewer, 1998).



- 5. Reinterpretación de los datos: Algunos científicos argumentaron que el iridio encontrado por el equipo de Álvarez en realidad se había filtrado por debajo de las capas de piedra caliza por encima de la capa de arcilla que separa los sedimentos cretácicos terciarios. De tal manera, que estos científicos aceptaron aue había una concentración inusual de iridio, pero intentaron explicarlo sin ninguna de renunciar a sus creencias teóricas respecto de la causa de las extinciones del Cretácico (Raup, como es citado en Chinn y Brewer, 1998).
- 6. Cambios periféricos en la teoría:
 Algunos científicos respondieron a
 la anomalía de iridio haciendo
 teoría periférica, dado que
 reconocieron que un impacto de un
 meteorito podría haber causado
 algunos de las extinciones del
 Cretácico, pero defendieron que la
 mayoría de las demás extinciones
 fueron causadas por otras vías
 (Glen, como es citado en Chinn y
 Brewer, 1998).
- 7. <u>Cambios en la teoría</u>: La nueva teoría de las extinciones en masa en el Cretácico a partir de un impacto de meteorito, convenció a algunos científicos a medida que más evidencia a favor se fue acumulando (Glen, como es citado en Chinn y Brewer, 1998).

Nótese, que el cambio teoría es sólo una de las posibles formas de responder a los datos que contradicen las creencias que una persona sostiene. Como diría Albert Einstein, es más fácil destruir un átomo que un prejuicio. Y no solo pasa en paleontología, dado que "el mejor predictor acerca de cuál enfoque terapéutico superará a los otros en una investigación es.... la orientación clínica del investigador" (Robinson, Berman y Neimeyer, como son citados en Opazo, 2001, p. 37).

Vía <<allegiance effect>>, cada cual encuentra lo que quiere encontrar y demuestra lo que quiere demostrar. Es así que cada enfoque puede exhibir un cúmulo de <<evidencias>> que respaldan sus postulados y estrategias clínicas, <<evidencias>> que surgen preferentemente del corazón y no de la verificación (Opazo, 2001, p. 20-21).

Es visible lo fácil que es caer en la trampa del diablo, y las dificultades que implica evitarlo. Tanto así, que el fundador de la teoría cuántica y Nobel de física Max Plank (como es citado en Kuhn, 1962), escribió con tristeza que "una nueva verdad científica no triunfa por medio del convencimiento de sus oponentes, haciéndoles ver la luz, sino más bien porque dichos oponentes llegan a morir y



crece una nueva generación que se familiariza con ella" (p. 234-235).

Sin embargo, no tiene por qué ser así... es aquí donde la actitud científica cobra un rol protagónico. En palabras de Wilhelm Reich (1955), con este tipo de actitud existiría el mayor respeto por todo lo que se va trasmitiendo, no habría ningún odio, si la juventud pudiera decir libremente y sin peligro:

<<Esto lo tomamos de vosotros porque es sólido, honesto: porque todavía es válido para nuestra época y susceptible de ser desarrollado más aún. Pero esto otro lo rechazamos. Fue verdaderamente útil en vuestra época. Pero para nosotros se ha vuelto inútil>>. Naturalmente, esa juventud deberá prepararse para aceptar más tarde la misma actitud de parte de sus hijos (p. 23).

Claro está, la actitud científica debe contar con una alta cuota de agradecimiento, pues es bien sabido que la ciencia avanza sobre hombros de gigantes. Gigantes sobre hombros de gigantes. Y los problemas empiezan cuando unos no quieren dejar crecer a los otros, lo cual carece de sentido.

El adelanto del microscopio, por ejemplo, no se logró destruyendo el primer modelo, sino preservándolo y desarrollándolo con arreglo a niveles superiores del conocimiento humano. Un microscopio del tiempo de Pasteur no nos permite ver lo que hoy busca el investigador de los virus. ¡Pero es inconcebible imaginar el microscopio de Pasteur con autoridad y ambición suficientes como para prohibir la existencia del microscopio electrónico! (Reich, 1955, p. 23).

De tal manera, vale la pena preguntarse ¿Qué se necesita para sortear la trampa del diablo?

La respuesta que propone el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)³, consiste en actuar con una profunda y autentica actitud científica. Una actitud abierta y a la vez crítica que privilegie el conocimiento por encima de todo; ego, prestigio, enfoque de preferencia, nacionalismo y/o ambición (Opazo, 2013b).

Sin dicha actitud, cualquier trozo de Verdad recogido corre el riesgo de transformarse en un dogmatismo científico, filosófico o religioso. Y en dichos dogmatismos, resulta muy fácil quedarse adherido con la falsa sensación de que se posee la verdad, y de que se ha llegado a la meta de la ciencia. Así ha sucedido muchas veces en la historia de la psicología, dado que, se ha tendido a

12

³ Se asume que el(la) lector(a) conoce los planteamientos del EIS, de no ser así, puede optar por leer los textos de Opazo, R. citados en la bibliografía.



explicar mal la totalidad de la realidad psicológica a partir de una explicación acertada de un segmento de dicha realidad, esto a través de una suerte de sobregeneralización de los hallazgos (Opazo, 2013b; Opazo, 1992).

Para el EIS, la actitud científica permite superar la dinámica predominantemente defensiva y combativa de los enfogues psicológicos tradicionales. Una dinámica donde impera el "busca y encontrarás" (ICPSIcI, 2012) y que constituye "un terreno muy poco apto para acuerdos, colaboración y convergencias" (Opazo, 1992, p. 409). Una dinámica en la que pensar distinto en aspectos centrales de la teoría o práctica, suele constituir un sinónimo de formar un nuevo enfoque (o sub-enfoque), dado marcado predominio de las luchas de poder y de ego, y en la medida en que cada enfoque (o individuo) tiende a despreciar y desperdiciar el aporte de sus colegas, mientras intenta imponerse por sobre el resto.

La actitud científica permite superar la dinámica predominantemente defensiva combativa enfoques de los tradicionales, en la medida en que la reemplaza por una dinámica colaborativa y asertiva que apunta a la consecución de una meta común, que puede delimitarse como: Conocer a los seres humanos a nivel psicológico (y/o a otros seres vivos), con la finalidad de usar dicho conocimiento a favor de la comprensión, bienestar y desarrollo psicológico individual y grupal⁴. Una dinámica colaborativa y asertiva que reconoce el aporte de cada uno de los paradigmas, enfoques y autores de acuerdo a su contribución al conocimiento. Y en esa medida, una dinámica colaborativa que fomenta la superación del "allegiance effect" que predomina en la historia de la psicología (Luborsky, citado por Opazo, 2001).

"Allegiance effect", que se refiere a una suerte de sesgo que hace que los investigadores en psicoterapia tiendan a encontrar resultados que favorecen al enfoque al que adscriben por una lealtad teórica subyacente, más que por los resultados de la investigación en sí mismos (Luborsky, citado por Opazo, 2001). Y que se encuentra fuertemente ligado al "egocentrismo posicional", que consiste en dar prioridad al propio enfoque por el hecho de ser propio, más que por el hecho de ser bueno (Opazo, 2013b), tal como se muestra en la Figura 1.

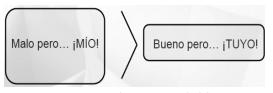


Figura 1. Preponderancia actual del egocentrismo posicional. Obtenida de Opazo (2013b).

⁴ Claro está, que aún no hay unanimidad respecto a la definición de *psicología* y, por ende, el trazado de dicha meta es tentativa y presenta algunos inconvenientes.



En este orden de ideas, la actitud científica resulta fundamental para avanzar sin que los propios intereses nublen la meta, es decir, privilegiando el conocimiento y a los pacientes por encima del enfoque o de compromisos egocéntricos como prestigio, nacionalismo o ambición (Opazo, 2013b). Avanzar recordando la historia para no estar condenado a repetirla. Avanzar y dejar avanzar, teniendo en cuenta que poco importa el origen de un avance en el conocimiento, o quien propone dicho avance, lo que verdaderamente importa es a donde nos puede conducir (ICPSIcl, 2012). Avanzar, estando "dispuestos a abandonar nuestro enfoque en la eventualidad de que nuestros planteamientos vayan careciendo de validez" (Opazo y Bagladi, 2009).

Por ende, una profunda y autentica actitud científica es la contribución más importante y basal del EIS a la psicología clínica. La contribución que mantiene al enfoque a salvo de la trampa del diablo. La contribución que debe constituir la insoslayable piedra angular de la psicología como disciplina científica⁵.

Piedra angular, con la cual el psicólogo y doctor en psicología Roberto Opazo Castro fundó el EIS. Aunque aún no había bautizado dicha actitud en sus primeros Dicha piedra angular, sostiene al EIS hasta el día de hoy. A diferencia de muchos otros enfoques en psicología, el EIS agradece tanto los aplausos, que resultan una señal de apoyo y estima que anima a continuar, como las críticas, que permiten complementar, corregir y enmendar rumbos (Opazo, 2013a). Se sabe que el amor por la psicoterapia no puede ser ciego (Opazo y Bagladi, 2009), y que el amor por el enfoque tampoco puede serlo. En palabras de Imre Lakatos, el compromiso ciego con una teoría no es una virtud intelectual: es un crimen intelectual.

Incluso después de más de treinta años de historia del enfoque, aún se

textos, era notorio que la ostentaba. Incluso, se puede hipotetizar que su actitud científica fue lo que lo movilizó a а SU formación renunciar como psicoanalista (a pesar de la importante inversión temporal y material que había realizado). Y también, lo que lo movilizó a organizar un grupo de estudio con algunos colegas. Grupo de estudio, que más tarde pasa a ser el Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), en el cual Roberto presenta por primera vez el Modelo Integrativo, que luego de varios años de desarrollo evoluciona a lo que hoy es el EIS (Opazo y Bagladi, 2009). Es así, que sin la actitud científica de Roberto ni el modelo ni el enfoque habrían sido creados y, lógicamente, este texto no hubiese sido escrito.

⁵ La importancia de la actitud científica en la psicoterapia puede ser profundizada en Opazo (2001), así como en su próximo libro.

ICPSI

agradecen las críticas (Opazo, 2013a). De el artículo hecho, en titulado "Disparando contra el Enfoque Integrativo Supraparadigmático: Roberto Opazo al Paredón", Opazo (2013a) realiza una síntesis de las respuestas a un conjunto de cuestionamientos, que han sido dirigidos al EIS a través del tiempo y que han emanado de múltiples fuentes (estudiantes, personas de la audiencia y la auto-crítica del enfoque). Muchos cuestionamientos son potentes y las respuestas están a la altura.

Como paréntesis, llama la atención que en dicho artículo se nombran y agradecen críticas que han resultado constructivas, precisas y válidas, y por ende, que han favorecido un sólido desarrollo del enfoque (Opazo, 2013a). Lamentablemente, las características y autores de dichas críticas-constructivas no son profundizados. Valdría la pena que en un futuro se realizará un artículo ahondando en las características y autores intelectuales de las críticas-constructivas, además de los cambios suscitados en el modelo a partir de las mismas.

El hecho de que en el EIS se agradezcan las críticas, recibiéndolas con actitud científica, marca una diferencia fundamental con los demás enfoques. Dado que, es lo que le permite ir recogiendo *trozos de Verdad*, sin olvidar que son *trozos*, no la *Verdad*. Trozos útiles como *indicadores* que señalan *el*

camino hacia la Verdad. Trozos, que han sido recogidos con tanto esfuerzo y afecto, que es sumamente peligroso terminar adherido(a) a ellos, al punto de verse impedido(a) de continuar avanzando hacia la verdad. Trozos, que pueden actuar como la carnada de la trampa del diablo.

De este modo, en el EIS se apunta a la evolución a partir de la evaluación y retroalimentación. Este es el camino de la ciencia, el progreso a partir del pensamiento crítico revolucionario, de la autocrítica revolucionaria. Ya sea a partir de la revolución excepcional extraordinaria (Kuhn, 1962), a partir de la revolución permanente y fundamental (Popper, 1962), o a través de una combinación de ambas (Lakatos, como es citado en Bertilsson, 2009). Como diría Konrad Lorenz, La verdad en la ciencia puede ser definida como la mejor hipótesis de trabajo para llegar a la siquiente mejor.

Lo importante en la ciencia, no es evitar a toda costa la contradicción de los sino buscar posibles hallazgos, falsadores, además de posibles leyes y asunciones. Esto, con una objetividad relativa (Opazo, 1992). Apuntar a la consecución de una verdad relativa, multideterminista, probabilística, siempre asumiendo un posible margen de error. Margen, que de identificarse (a través de la evaluación У retroalimentación) y corregirse (con creatividad y rigor), puede conllevar al progreso de la ciencia (evolución). En palabras de Henry Ford, el fracaso es una gran oportunidad para empezar otra vez con más inteligencia.

Se invoca entonces, una profunda y auténtica actitud científica de todos(as) v cada uno(a) de los(as) lectores(as). Una actitud abierta y a la vez crítica que privilegie el conocimiento por encima de todo. Una actitud que favorezca una dinámica colaborativa en vez combativa y defensiva. Después de todo, la meta de la ciencia no es apuntar a un "Bueno pero... ¡TUYO!", ni a un "Malo pero... ¡MIO!", sino a un "Bueno... ¡Y NUESTRO!", nuestro, de toda humanidad, de todo el planeta, aunque cueste trabajo y ese no sea el panorama actual, tal como se muestra en la Figura 2.

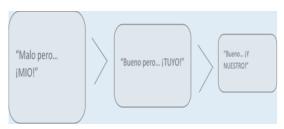


Figura 2. Preponderancia actual del egocentrismo posicional sobre la colaboración posicional. Modificada a partir de Opazo (2013b).

Por consiguiente, se invoca también una profunda y auténtica "colaboración posicional" que reemplace al "egocentrismo posicional". Boaventura Sousa Santos, diría que hemos formado conformistas incompetentes y

necesitamos rebeldes competentes. rebeldes Necesitamos capaces trabajar en equipo con una profunda y auténtica lealtad al conocimiento y a los pacientes. Rebeldes capaces de rebelarse en contra del ego con humildad, en contra del afán de prestigio con vocación, en contra de preferencias ciegas por un enfoque con inteligencia, en contra de nacionalismos con inclusión, en contra de la ambición con generosidad, en contra de individualismo con colaboración. En palabras de Alexandre Dumas, Todos para uno y uno para todos. ¡No es tarea fácil! Pero vale totalmente la pena intentarlo.

En síntesis, se pide a todos(as) y cada uno(a) de los(as) lectores(as) que no caigan en la trampa del diablo y que apunten a conseguir una colaboración posicional. Para ello se necesita esfuerzo y algo de ayuda divina:

Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las cosas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia.

Múltiples autores⁶.

Referencias

⁶ Existe controversia respecto al autor original, parece surgir de diferentes fuentes y en diferentes momentos de la historia de la humanidad.



- **Bertilsson, T. M. (2009).** Peirce's theory of inquiry and beyond. *Frankfurt am Main: Peter Lang.*
- **Chinn, C. A., & Brewer, W. F. (1998).** An empirical test of a taxonomy of responses to anomalous data in science. *Journal of Research in Science Teaching,* 35(6), 623-654.
- ICPSIcl (2012). Psicoterapia Integrativa: Miradas, Opciones, Decisiones [Video]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=FKAq0lnQA0E
- **Kuhn, T. S. (1962).** The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press. Primera edición en español (FCE, México), 1971.
- Opazo, R. (1992) Fuerzas de Cambio en Psicoterapia: Un Modelo Integrativo. En R. Opazo (Ed.), Integración en Psicoterapia (p. 400 -490). Santiago: Ediciones CECIDEP.
- **Opazo, R. (1997).** In the hurricane's eye: A supraparadigmática integrative model. *Journal of Psychotherapy Integration, 7,* 17–54
- **Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- **Opazo, R. (2004).** Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. *En H. Fernández Álvarez & R. Opazo (Eds), La integración en psicoterapia: Manual Práctica (p. 335 384)*. Barcelona: Paidós.

- **Opazo, R. (2013a).** Disparando contra el Enfoque Integrativo Supraparadigmático: Roberto Opazo al Paredón. *Revista AcPI, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, 5,* 7 27. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2013b). Enfoque Integrativo Supraparadigmático; Supraparadigma Integrativo y Psicoterapia integrativa [Material de clase]. Enfoque Integrativo Supraparadigmático. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Santiago de Chile, Chile.
- Opazo, R. y Bagaldi, V. (2009) Historia del Modelo Integrativo en Chile. *Revista AcPI, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa,* 1. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- **Popper, K. R. (1962).** La lógica de la investigación científica. Editorial Tecnos, S. A.
- **Reich, W. (1955).** La función del orgasmo (The function of the orgasm). México, Argentina.

Artículos



DESARROLLO ASERTIVO, EL ROL DE LOS PRINCIPIOS DE INFLUENCIA.

Javier Bahamondes Sasso *

Abstract

In this article the construct of "assertiveness" is analyzed in relation to the concept of "principle of influence", coined by the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). The review focuses on theoretical and applied development that has accumulated over the past 40 years and how it can help the integration of valid knowledge. Valid knowledge is understood as that which brings in prediction and change - in this case on the assertive development - at the level of the different paradigms proposed by the Approach.

Keywords: assertiveness, social skills, integrative approach, principle of influence.

Resumen

En el presente artículo se analiza el constructo de "asertividad" en relación con el concepto de "principio de influencia", propio del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). La revisión se centra en el desarrollo teórico y aplicado que se ha acumulado durante los últimos 40 años, y en cómo éste puede ayudar a la integración de conocimiento válido. Conocimiento válido es entendido como aquél que aporta en predicción y cambio - en este caso con respecto al desarrollo asertivo - a nivel de los diferentes paradigmas del Enfoque.

Palabras Clave: asertividad, habilidades sociales, enfoque integrativo, principio de influencia.

[·]Psicólogo de la Universidad Central de Chile, candidato a Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa en la Universidad Adolfo Ibáñez.



INTRODUCCIÓN

Ya sea desde la experiencia personal, el sentido común o los avances de las ciencias sociales, el ser humano parece un animal básicamente social, característica que compartimos como especie con otros primates como los chimpancés y los bonobos. Este hecho confronta, nos entonces, con la inevitabilidad del cruce entre distintas individuales en un ambiente profundamente interaccional y social, lo que a su vez nos presagia posibles roces y discusiones al defender esa misma individualidad. No es extraño para la mayoría de los adultos, por lo tanto, recordar discusiones con los padres en la adolescencia, con compañeros de trabajo cuando se trabaja en equipo e, incluso, con la pareja por una miríada de razones (Da Dalt y Difabio, 2002; Martínez, Inglés, Pigueras y Oblitas, 2010; Opazo, 2004). Discutir es parte importante del día a día, pero hacerlo de una manera asertiva, en contraste a una pasiva o agresiva, a veces prueba ser bastante difícil.

Así. asertividad, es entendida clásicamente como ese conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de la(s) otra(s) persona(s). Esta conducta puede incluir la expresión de emociones tales como ira, miedo, aprecio, esperanza, alegría, desesperación, indignación, perturbación, pero en cualquier caso se expresa de una manera que no viola los derechos de los otros. La conducta asertiva se diferencia de la conducta agresiva en que ésta, los mientras expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una persona, no respeta estas características en los otros (Alberti v otros, 1977, en Caballo 1983 p. 54).

Es importante recalcar que este constructo tiene diversas concepciones, que se explicarán detalladamente más adelante, por lo que la definición Alberti es propuesta por una momentánea, que sirve para introducir el presente concepto como central, tanto para las relaciones sociales en las cuales participamos, así como para la relación que tenemos con nosotros mismos.

Debido a la amplitud y la importancia de las relaciones sociales, trabajar terapéuticamente con la asertividad lleva inexorablemente a la posibilidad terapéuticos, muchos objetivos en distintos diagnósticos, contextos y con distintas consecuencias para quien consulta. Algunos ejemplos de esto es que su desarrollo puede utilizarse para mejorar el autoconcepto para prevenir el consumo problemático de drogas lícitas e disminuir síntomas ilícitas, ciertos depresivos, mejorar el rendimiento académico, e incluso incidir en la esfera sexual humana, aumentando probabilidades de tener orgasmos de manera sostenida en el tiempo con la



pareja (Landázabal, 2006, en Gaeta y Galvanovskis, 2009; Martínez et al., 2010; Santos-Iglesias y Sierra, 2010).

Lo anterior obliga, entonces, а preguntarse sobre el cómo acercarse al trabajo terapéutico con la conducta asertiva, especialmente si abarca tal cantidad de terreno contextual, con tantas posibles consecuencias a nivel afectivo, cognitivo, conductual, familiar, etc. Más aún, asumiendo las profundas raíces conductuales del término, la explicación causal en el desarrollo de la conducta asertiva tiende a ser, en sus concepciones más clásicas, sumamente estrecha, muchas veces centrándose únicamente en las variables que el enfoque conductual más clásico pueda concebir, dificultando y circunscribiendo la utilización de la técnica.

Intentar acercarse al fenómeno de la conducta asertiva desde una perspectiva que permita observarla en 360°, pero teniendo en cuenta la necesidad de hacerlo desde una perspectiva científica, que aporte a la predicción y cambio en psicoterapia se vuelve, entonces, de cardinal importancia (Bagladi, 2010; Opazo, 2001). Para esto, se analizarán en el presente trabajo las diferentes aristas de la conducta asertiva y el desarrollo de la misma desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), en función de sus seis paradigmas, a saber, el Biológico, el Afectivo, el Cognitivo, el Inconsciente, el Ambiental-Conductual y el Sistémico, todos ellos mediados por el sistema SELF, el cual le daría unidad y funcionalidad al sistema (Opazo 2001). El funcionamiento de este sistema SELF, en conjunto con el resto paradigmas, tiene consecuencia la aparición del concepto "principio de influencia", esto debido a que dicho funcionamiento le resta potencia a la explicación causal lineal del realismo ingenuo. Asumiendo entonces "la complejidad del sistema que complejiza el principio de causalidad" (Opazo 2001, p. 96), en el sistema psicológico tiende a ser más aplicable el concepto de propensión o probabilidad, ya que cualquier "efecto rara vez es seguro; a lo más es probable" (Opazo, 2001, p. 100) en dicho sistema. Desde esta idea, la elección de la palabra "desarrollo" por sobre "entrenamiento", refiriéndose a la conducta asertiva, hace alusión a la complejidad multifactorial, probabilística y contextual de la que habla el FIS.

BASES HISTÓRICAS DE LA ASERTIVIDAD

Hasta el día de hoy parece no existir consenso en la definición de asertividad, considerándose a veces como sinónimo de habilidad social, como una de estas habilidades o como competencia social. Pese a ello, desde la década de 1980 el procedimientos conjunto de de tratamiento para la conducta asertiva y el grupo de dimensiones conductuales a entrenar se ha mantenido relativamente estable (Matson y cols, 1980; Bornstein y cols, 1977; Romano y Bellack 1980, todos en Caballo 1983; De la Peña, Hernández y Rodríguez, 2003).



Los orígenes de la palabra "asertividad" se encuentran en el latín asserere o assertum, que significa "afirmar" o "defender" (Robredo, 1995, en Gaeta v Galvanovskis, 2009; Opazo, 2004), pero el concepto de la asertividad desde la psicología tiene sus raíces en la terapia de modificación de conducta, sobre todo en el trabajo de Salter, Wolpe y Lazarus. El primero en usar la palabra aserción es Wolpe en el año 1958. A pesar de esto, no es hasta la década de los sesenta que aparece el "entrenamiento asertivo" como una técnica más de la terapia conductual, de la mano de Wolpe y Lazarus. Ya en el año 1970 aparece el primer libro dedicado exclusivamente al tema de la asertividad, siendo Alberti y Emmons sus autores, y es a partir de los primeros años setenta que el constructo de la asertividad adquiere cada vez mayor expansión y popularidad (Caballo, 1983).

Como se comentaba, existe una cantidad de definiciones importante asertividad, siendo la más común y compartida hasta el día de hoy la expuesta previamente, que resulta del trabajo de Alberti y otros en 1977 (Caballo, 1983). García (2010), por otra parte, agrupa un conjunto de definiciones de asertividad y/o habilidad social en función del contenido, entendido como la expresión de la conducta y de las consecuencias, referidas éstas usualmente al refuerzo social. Comenta también que esta lista se encuentra ordenada siendo las primeras definiciones exclusivamente referidas al contenido de la conducta, la siguiente serie considera el contenido y las consecuencias y finalmente otras acepciones que únicamente toman en cuenta las consecuencias del comportamiento. Así, encontramos la asertividad definida a lo largo del tiempo como:

"La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás" (Libert y Lewinsohn, 1973, en García, 2010, p. 227).

"La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos" (Rimm y Masters, 1974, en García, 2010, p. 227).

"La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso el castigo" (Rich y Schroeder, 1976, en García, 2010, p. 227).

"La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social" (Klaus, Hersen y Bellack, 1977, en García, 2010, p. 227).

"La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad" (Wolpe, 1978, en García, 2010, p. 228).

"La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente



sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás" (Alberti y Emmons, 1978, en García, 2010, p. 228). "La expresión manifiesta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera que satisfaga los propios derechos personales sin negar los derechos de los demás" (MacDonald, 1978, en García, 2010, p. 228).

"El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres obligaciones similares de la otra persona y comparta esto derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto" (Phillips, 1978, en García, 2010, p. 228). "Un conjunto de conductas identificables,

"Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente" (Kelly, 1982, en García, 2010, p. 228).

"La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación) y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo)" (Linehan, 1984, en García, 2010, p. 228). "Toda habilidad social es un

comportamiento o tipo de pensamiento

que lleva a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en que está ". (Trianes, 1996, en García, 2010, p. 228).

Se puede observar en la progresión de las definiciones una paulatina pero sistemática complejización del concepto inicial, añadiendo más detalle pero al mismo tiempo adjetivos más difíciles de ser medidos de una sola manera (Caballo, 1983; García, 2010). Más aún, desarrollar una definición consistente del constructo parece ser particularmente difícil, puesto que éste es parcialmente dependiente del contexto. La asertividad debe de considerarse, entonces, dentro de un marco cultural determinado, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación, entre otros (Galassi y Galassi, 1978, en Caballo, 1983; Meichenbaum, Butler v Grudson, 1981, en García, 2010; Opazo, 2004).

Por otra parte, Da Dalt y Difabio (2002) proponen que, en general, la gran mayoría de definiciones de asertividad tienden a compartir cuatro componentes característicos, a saber, la afirmación de personales, la situación opiniones interpersonal, la consecución autorrefuerzo y el reforzamiento a los demás y la no utilización de conductas aversivas. Es de suma importancia agregar a estas características las que menciona Caballo (1983)haciendo referencia a Alberti (1977b), indicando que la asertividad es una característica de la conducta, no de las personas. Es una



característica específica a la persona y a la situación, no universal. Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales. Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción. Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina (p. 55).

En cuanto a las dimensiones de la asertividad, en general la teoría gira en torno de las definiciones de Lazarus, en 1973, y de Wolpe, en 1977 (Caballo, 1983; Gaeta y Galvanovskis, 2009; García, 2010). El primero propone que las cuatro dimensiones que definen el entrenamiento en asertividad son la capacidad de decir "no"; pedir favores o hacer peticiones; expresar sentimientos positivos y negativos, e iniciar, continuar y terminar conversaciones generales. Wolpe, por otra parte, menciona la conducta asertiva positiva y la negativa sembrando las bases (hostil), de distinciones posteriores de conductas no asertivas (Caballo, 1983).

las Ahora bien. dentro de conductas no asertivas existe, como es de esperarse, una cantidad parecida de definiciones como para las conductas asertivas. A pesar de esto, pareciera ser que en general giran en torno al continuo entre conducta pasiva y agresiva (Da Dalt y Difabio, 2002; De la Peña et al., 2003; García, 2010; Opazo, 2004). En particular, De la Peña et al. (2003) las definen afirmando que el primero de estos estilos caracterizado por la torpeza tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de las relaciones sociales, así como la falta de energía e iniciativa, no únicamente sociales sino también individuales. En otras palabras, los pasivos o inhibidos serían aquellas personas que abandonan sus derechos ante cualquier conflicto, al mismo tiempo que no permiten que los demás sepan lo que piensan (...) Las personas calificadas de agresivas, por otra parte, no toman en consideración los derechos de los demás. Pretenden, además, alcanzar de inmediato sus metas considerar a largo plazo sin consecuencias negativas Es decir, el estilo personal agresivo retrata a los individuos que basan todo en sus propios derechos, logrando sus objetivos a expensas de los demás (p. 12).

En cualquiera de estos casos, las personas tienen diferentes grados de dificultad en la forma eficaz de resolución de sus problemas. Sus repertorios conductuales constan de un menor número de alternativas y se añade el que se les dificulta anticipar las consecuencias de ellas, lo que en muchas ocasiones les lleva a escoger la que menos esfuerzo requiere en ese momento (De la Peña et al., 2003). Da Dalt y Difabio (2002) caracterizan estilos conductuales aclarando que no existen tipos puros, es decir, nadie es siempre asertivo o puramente agresivo, añadiendo que "estas tendencias suelen guardar relación con factores de la situación que resulten más o menos problemáticos y/o que el sujeto considere de mayor o menor relevancia" (p. 124). Estos estilos son analizados desde el



comportamiento externo, los factores cognitivos y los factores afectivos-conativos (Castanayer, 1999, en Da Dalt y Difabio, 2002), variables que se retomarán en el análisis por paradigma desde el EIS.

La medición de la asertividad, finalmente, es parte importante de cómo se entiende la misma. Furnham y Henderson (1984, en Carrasco, Clemente y Llavona, 1989) compararon los cinco inventarios de asertividad más utilizados en esa época, varios de los cuales siguen siendo parte importante de la evaluación habilidades sociales (Caballo, 2004): el inventario de asertividad de Wolpe-Lazarus, 1966; la escala de asertividad de Rathus, 1973; la escala de autoexpresión para universitarios de Galassi, De Lo, Galassi v Bastien, 1974; el inventario de aserción de Gambrill y Richey, 1975, y el inventario de asertividad de Bakker, Bakker-Rabdau v Breit. 1978. resultados de su investigación mostraron diferencias sustanciales entre los contenidos que cada uno de los inventarios medía, es decir, "cada cuestionario evaluaba comportamientos distintos aunque intentaban medir una misma cosa: la aserción" (Carrasco et al., 1989, p. 64). Carrasco et al. (1989) proponen entonces, para establecer criterios y comparar los diferentes instrumentos, buscar en los cuestionarios de asertividad tanto los componentes de la misma (tipos de comportamiento y distintos modos de llevarlos a cabo) y sus determinantes (tipos de situaciones y rango de personas implicadas). Así, los autores definen que los tipos de comportamiento se refieren a conductas de oposición, enfrentamiento y defensa (Alberti y Emmons, 1978; Jakubowski-1973; Carrasco, Spector, manifestación de opiniones personales (Hollandsworth y otros, 1977), dar y aceptar cumplidos (Lange y Jakubowski, 1976), hacer peticiones (Lazarus, 1973), expresar sentimientos positivos o de afecto y expresar el desagrado o el enfado (Eisler, Miller y Hersen, 1973; Callner y Ross, 1976; Hersen y Bellack, 1977); iniciar y mantener conversaciones (Galassi y Galassi, 1977), y expresar limitaciones personales (Gambrill Richey, 1975) (p. 64)

Con respecto a la forma o el modo de llevar a cabo estos comportamientos, los autores enumeran que "deben de manifestarse de forma directa (Alberti y Emmons, 1978; Lange y Jakubowski, 1976) sin ansiedad excesiva e inapropiada (Wolpe, 1973; Galassi y Galassi, 1977) y de una manera no amenazante ni punitiva para las otras personas implicadas en la interacción (Hollandsworth, 1977; Carrasco, 1984a)" (Carrasco et al., 1989, p. 70). En cuanto a las situaciones, diferencian en área familiar, laboral, amistades y servicios, mientras que en cuanto al rango de personas diferencian por sexo, figuras de autoridad o personas de distinta edad.

Las variables previamente mencionadas se midieron en la escala de Gambrill y Richey, concluyendo que, si bien este inventario recoge la mayoría de los



comportamientos que se han de considerar a la hora de evaluar la conducta asertiva, no se hace referencia a la manifestación de opiniones personales, a iniciar y mantener conversaciones, ni a la expresión del enfado, las cuales como se ha visto anteriormente, son parte de las múltiples definiciones de la conducta asertiva (Carrasco et al., 1989).

Debido lo anteriormente expuesto, la necesidad de complementar la medición y diagnóstico de la conducta asertiva y sus variaciones se vuelve perentoria. Los acercamientos conductuales y cognitivos han sido la fuente de gran parte del conocimiento que actualmente se maneja, pero, si se desea aumentar las probabilidades de cambio, el acercamiento al fenómeno debe ser reentendido desde una perspectiva integrativa.

PERSPECTIVA INTEGRATIVA: LOS PRINCIPIOS DE INFLUENCIA

Opazo (2001) define paradigma como "un marco conceptual amplio y compartido, que aporta planteamientos básicos en términos epistemológicos, metodológicos y etiológicos, que es capaz de orientar la investigación y que puede servir de fundamento а una aproximación psicoterapéutica que sea consistente" (p.45). El EIS explica el funcionamiento humano en función de la interacción de los diversos paradigmas existentes en Psicología (Biológico, Ambiental/conductual, Cognitivo,

Afectivo, Sistémico e Inconsciente), los cuales son modulados por un sistema SELF, el que interpreta los estímulos y contenidos de los diferentes paradigmas, entregando como resultado experiencias psicofacturadas particulares al individuo (Bagladi, 2010; Opazo, 2001). Así, al encontrarse involucrado cada paradigma en la explicación de la génesis de una función psicológica, es necesario explorar cada uno de ellos y su interacción (Opazo, 2001). Al respecto, Bagladi (2010) aclara que "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, pacientes" (p. 144).

Lo anterior empuja a la necesidad de altos estándares metodológicos, los cuales, en el EIS, enfatizan el rol de la predicción y el cambio para evaluar la calidad del conocimiento que será seleccionado como aportativo. Bagladi (2010) y Opazo (2001) han señalado desde el EIS algunas dificultades que se han dado en el ámbito de la psicología clínica, dentro de las cuales se encuentra la coexistencia de lo objetivo y lo subjetivo en el fenómeno psicológico humano, aludiendo de manera tácita al sistema SELF. Esto decanta, en que la aplicación de diferentes técnicas y procedimientos psicoterapéuticos, pueden tener efectos que no son del todo predecibles por el terapeuta debido a



diferencias nomotéticas e idiosincráticas (Bagladi, 2010). Por su parte, Opazo (2001) lo explica diciendo que si bien un terapeuta podría "predecir con bastante precisión – que su paciente ritualista revisará las puertas y las llaves antes de irse a dormir. Muchas veces, sin embargo, el clínico no logra predecir los hechos psicológicos ni producir los efectos deseados" (p. 96).

Como se comentó en la Introducción, la complejidad del sistema complejiza el principio de causalidad, por lo que en ciencia, y en especial en la ciencia psicológica, no se puede sino trabajar desde el mundo de las posibilidades y probabilidades, dejando de lado las certidumbres y las leyes (Prigogine, 1980, en Opazo, 2001). Sin embargo, el que un sistema sea complejo no asegura que todo su comportamiento lo necesariamente. Opazo (2001) sostiene que, a pesar de que nuestro sistema psicológico tienda a la complejidad, automáticos existen mecanismos У responsivos que funcionan por asociaciones simples, pasando muchas veces desapercibidas a la conciencia, como lo es un condicionamiento pavloviano excitatorio de demorado largo. Por ejemplo, algunas de estas asociaciones simples coexisten a su vez procesos de interpretación y significación consciente y compleja. Así, el autor acuña el concepto de principio de influencia, explicándolo como relación probabilística entre un hecho específico precedente y uno consecuente, aumentando el primero la probabilidad de ocurrencia del segundo. Agrega al constructo las dimensiones de dirección de la influencia, el grado de probabilidad del efecto y el grado de dependencia de la cultura en el análisis (Bagladi, 2010; Opazo, 2001).

El concepto de principio de influencia permite "humanizar" el principio de causalidad, asumiendo principios reguladores el funcionamiento en psicológico humano, los que permiten predecir la probabilidad de un efecto (Bagladi, 2010; Opazo, 2001). A pesar de también implica la acción esto, interviniente e interpretadora del sistema SELF en la vivencia particular de los estímulos. Así, cualquier estímulo por sí solo, difícilmente será necesario y suficiente para explicar toda la respuesta, sea esta afectiva, cognitiva, biológica, sistémica, etc. (Opazo, 2001).

Ahora bien. como mencionó se previamente, el principio de influencia tiene una direccionalidad, por lo que también involucra reconocer, a través de la observación científica, que casi todas las personas se verán influidas por el mismo principio, de formas que tienden a ser parecidas, siempre recordando que nada garantiza el efecto mismo. A su vez, el principio de influencia puede ser más o menos potente, más dependiente de la cultura o universal, o más o menos dependiente del sistema SELF. Por otra parte, el efecto puede ser más o menos probable, más o menos preciso, más explícito o subvacente, o más contingente o más dilatado (Opazo, 2001).



A lo anteriormente expuesto, Opazo (2001) añade que los principios de influencia pueden ser usados en la intencionalmente, psicoterapia alcanzar objetivos los terapéuticos acordados con el cliente. De este modo, "principios de influencia provenientes de diferentes paradigmas y que apunten hacia el mismo efecto, pueden potenciar la psicoterapia, al utilizar fuerzas de cambio específicas que aúnen influencias en la misma dirección" (Opazo, 2001, p. 102). El autor prosigue, explicando que "Dependiendo del diagnóstico integral, de los objetivos de la psicoterapia, de la motivación del paciente en el momento, de la calidad de la relación paciente/terapeuta, etc., el terapeuta va enfatizando uno u otro principio de influencia y lo va incorporando de una forma u otra" (p. 102).

Finalmente, una de las características más de importantes los principios influencia es que, si bien muchas veces los efectos de cada uno por separado pueden no verse a simple vista, estos cambios van aumentando en sumatoria, especialmente si los mismos provienen de diferentes paradigmas (Bagladi, 2010; Opazo, 2001) y están dirigidos al mismo cambio terapéutico. Así, "una administración oportuna y adecuada de los principios de influencia, permitirá al psicoterapeuta integrativo ir más allá del solo influir a través de las variables específicas del paciente, del propio terapeuta, y de la relación" (Opazo, 2001, p. 104).

PRINCIPIOS DE INFLUENCIA Y ASERTIVIDAD

Una vez explicados los principios de influencia y entendido el concepto de asertividad, no es extraño preguntarse sobre cómo el desarrollo del último puede verse actualizado, desde perspectiva integrativa en la práctica clínica, por el uso adecuado de los principios de influencia. Esto permitiría al terapeuta sumar en predicción y cambio, siempre y cuando el conocimiento válido sea destilado. Para esto, se revisarán a continuación los métodos y técnicas que podrían ayudar al desarrollo de la asertividad y/o habilidades sociales, haciendo hincapié en los diferentes paradigmas que propone el EIS. En este punto, se debe destacar que las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos actúan de acuerdo con este concepto de principio de influencia, ya que si bien no aseguran el cambio, aumentan probabilidades del mismo.

Paradigma Ambiental-Conductual

Debido a la larga tradición conductual que tiene el concepto de aserción, parece lógico iniciar el análisis con el paradigma desde el cual la gran mayoría de investigación y técnicas han sido desarrolladas.

Bellack y Morrison (1982, en Caballo, 2007), explican las bases de la intervención en habilidades sociales.



exponiendo cuatro modelos que abarcan los factores fundamentales en el desarrollo de la asertividad:

- a) Modelo de los déficits en habilidades
- b) Modelo de la ansiedad condicionada
- c) Modelo cognitivo evaluativo
- d) Modelo de la discriminación errónea

Consecuentemente, dice Caballo (2007), el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) comprende cuatro elementos en forma estructurada:

- 1. Entrenamiento en habilidades, donde se enseñan conductas específicas y se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. En específico, se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento.
- 2. Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación y/o una desensibilización sistemática.
- 3. Reestructuración cognitiva, la cual usualmente sucede de forma indirecta debido a los cambios en la conducta social.
- 4. Entrenamiento en solución de problemas, donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los "valores" de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesarlos para generar respuestas potenciales, a seleccionar una de esas respuestas y ejecutarla de

manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal (p. 183)

Es importante mencionar que la decisión para el uso de tal o cual técnica particular depende absolutamente del diagnóstico que se haga del cliente. Esto significa utilizar mecanismos de evaluación que puedan entregarnos información de las áreas específicas en las que éste tiene dificultades (Bagladi, 2010; Caballo, 1983; Caballo, 1997; Caballo 2007; Opazo, 2001). Usualmente la misma entrevista, el autorregistro y ciertos instrumentos de autoinforme son las herramientas que más comúnmente se utilizan determinar la habilidad asertiva de quien consulta. Esta idea, teniendo en cuenta la manera en que funcionan los principios de influencia, refuerza la necesidad de evaluar y diagnosticar tanto diferencial como integralmente el déficit o los problemas

Como se nombró previamente, el ensayo conductual es el procedimiento más empleado en el EHS. Caballo (2007) menciona que es a través de éste que se representan maneras apropiadas efectivas para la cultura de afrontar las situaciones de la vida que le son problemáticas a la persona. En esta simulación se le pide al actor principal, el paciente, que describa el qué, el quién, el cómo, el cuándo y el dónde de la escena, basada en una situación-problema real; aunque el autor comenta que el "por qué" debería evitarse. Se agregan, a su vez, otras personas significativas dentro de la escena, representado por el



terapeuta si es una sesión individual, u otros de ser una sesión grupal, a quienes se los llama por el nombre de quien representan. Es responsabilidad de guien lleva la técnica mantener al actor principal en el papel y que intente seguir los pasos conductuales mientras actúa. Si la persona tiene problemas con una escena, se detiene y se discute. Esto queda a la discreción del responsable de la técnica quien, evaluando el nivel de desagrado o perturbación, en vez de detener la escena por completo puede simplemente indicar la conducta deseada o apoyar y reforzar lo que ya se está haciendo (Caballo, 1997; Caballo, 2007). Todo lo anterior asume una definición operacional clara y alcanzable de la conducta que se quiere desarrollar, lo que a su vez puede homologarse a la importancia de tener objetivos claros y alcanzables en la psicoterapia integrativa (Bagladi, 2010; Opazo, 3001).

Para eficacia probar la de esta intervención se ha llevado a cabo una cantidad importante de investigación, la cual tiende a demostrar que ésta técnica en particular puede generar cambios significativos en diversas poblaciones y distintos diagnósticos (Lazarus, 1966; McFall y Lillesand, 1971; McFall y Marston, 1970; McFall y Twentyman, 1973, todos en Caballo, 2007), aunque pareciera ser que el ensayo conductual no es suficiente por si solo en población psiguiátrica, necesitando de ayuda de otros elementos (Eisler, Hersen y Miller, 1973; Hersen y cols., 1978b, todos en Caballo, 2007).

El modelado, por otra parte, utiliza "la exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que siendo el objetivo está del entrenamiento, lo que permitirá el aprendizaje observacional de ese modo de actuación" (Caballo, 2007, p. 197). En general, la técnica es un ensayo conductual llevado a su más básica expresión, llevando la descripción de la conducta a sus niveles más elementales, lo que le permitiría, a su vez, ilustrar componentes no verbales de una determinada conducta. Variables importantes a tener en cuenta son la edad y el sexo del modelo y el observador, incluso por sobre competencia del modelo (Schroeder y Black, 1985, en Caballo 2007); el tiempo de exposición al modelo, produciendo mejores resultados una exposición más larga (Eisler y Fredeirksen, 1980, en Caballo 2007) y la necesidad de evitar la interpretación de que la conducta modelada es la única forma correcta de comportarse, cerrando la posibilidad de desarrollar la flexibilización conductual generalización necesaria (Wilkinson y Canter, 1982, en Caballo, 2007).

En cuanto a la efectividad del modelado, los estudios parecen indicar que es un buen facilitador, especialmente con población psiquiátrica (Eisler, Blanchard y Williams, 1978, en Caballo, 2007) pero sus efectos tienden a palidecer en comparación al ensayo conductual en población general, por lo que es



importante evaluar, especialmente si tomamos en cuenta el concepto de principio de influencia, la necesidad de utilizar ésta técnica en particular (Eisler, Hersen y Miller, 1973; Friedman, 1971; Hersen y cols, 1979; Kazdin, 1974, 1975, 1976, 1979, 1980; O'Connor, 1972, todos en Caballo, 2007; Opazo, 2001).

La utilización de *reforzamiento* tiene lugar a lo largo de todo el proceso, independiente de cuál sea la técnica que se esté utilizando. Éste, como lo insinúa su posición privilegiada en la teoría conductual y en la terapia de conducta, sirve tanto para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, como para aumentar conductas adaptativas preexistentes en el paciente. Twentyman y Zimering (1979, en Caballo, 2007) exponen que el reforzamiento más empleado es el verbal, siendo las recompensas sociales los refuerzos más efectivos para la mayoría de la gente; aunque la utilización de claves no verbales también puede ser eficaces al momento de reforzar. Hay que recordar que el refuerzo se define como cualquier estímulo consecuencia que aumenta la probabilidad de que la conducta emitida se emita nuevamente. Debido a esto, y asumiendo ese porcentaje donde el refuerzo social no cumple su función, se vuelve necesario buscar qué es reforzante para el individuo, en toda su complejidad.

La *autorrecompensa*, según Goldstein, Gershaw y Sprafkin (1985, en Caballo, 2007), puede servir también para mantener conductas que no están siendo recompensadas por el ambiente externo en el que la persona se encuentra inserta, como a veces suele suceder con clientes cuyo ambiente tiende a ser menos que receptivo al cambio. Caballo (2007) explica al respecto que:

Una forma de ayudar al proceso de autorrefuerzo es asociarlo con un refuerzo secundario como el dinero. Por ejemplo, se puede cambiar una moneda de un bolsillo a otro después de una respuesta asertiva. Esta transferencia se acompaña por una autoverbalización positiva. Las monedas se van juntando para la adquisición de un refuerzo más amplio (p. 200).

Finalmente, las tareas para la casa son parte esencial del EHS, según Caballo (2007),ya que pueden actuar efectivamente como principios de influencia para la generalización cambio (Bagladi, 2010; Caballo, 1998; Opazo, 2001). La vida de la persona que se encuentra en psicoterapia transcurre en la sesión, por lo que los ejemplos y las correcciones se deben poner en práctica constante. A su vez, esto aumenta las probabilidades de que las conductas se flexibilicen para serle adaptativa a la persona en particular, lo cual Shelton y Levi (1981, en Caballo, 2007) resaltan, añadiendo que aumenta la motivación de trabajar en sesión por hacerlos partícipes del proceso.



Paradigma Cognitivo

Desde los aportes del paradigma cognitivo, el cómo los pensamientos afectan la conducta explícita y los afectos está sumamente estudiado e, incluso, gran parte de la terapia conductual utiliza conceptos como la reestructuración cognitiva para aumentar y asegurar los efectos de las técnicas previamente mencionadas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010; Caballo, 1998; Caballo, 2007; Opazo, 2001). Como se dijo previamente, los principios de influencia ocuparse para presionar hacia la misma dirección de cambio, por lo que, para aumentar las probabilidades de éxito de la intervención conductual, trabajar sobre las ideas, expectativas y creencias es necesario dependiendo del diagnóstico integral que se haya realizado previamente (Bagladi, 2010; Camargo, Rodríguez, Ferrel, Ceballos, 2009; López, Martín, de la Fuente, Godoy, 2000; Naranjo, 2008; Opazo, 2001).

Güell y Muñoz (2000, en Naranjo, 2008) proponen una lista con las creencias más comunes con respecto a la interacción social, sobre las cuales el terapeuta integrativo debería indagar, dividiéndolas en:

Creencias de la conducta asertiva

 Todas las personas tienen derecho de intentar conseguir lo que consideren

- mejor, siempre que no repercuta negativamente sobre otras personas.
- Todas las personas tienen el derecho de ser respetadas.
- Todas las personas tienen derecho de solicitar ayuda, no de exigirla, y a negarse a ayudar a otras personas si así lo desean.
- Todas las personas tienen derecho a sentir emociones, tales como el temor, la tristeza, la ira, la angustia y a expresarlas sin herir los sentimientos de las demás.
- Todas las personas tienen derecho de tener sus propias opiniones sobre cualquier situación y a manifestarlas sin ofender intencionalmente a otras personas.
- Todas las personas tienen derecho a equivocarse en sus actitudes, opiniones y comportamientos y a ser responsables de ello.

Creencias del comportamiento agresivo

- Solo yo tengo derecho a intentar conseguir mis objetivos y a defender mis derechos.
- Solo yo debo ser respetada en esta situación porque yo soy... y los demás son... o no son... y, por tanto, no merecen mi respeto.
- Solo yo tengo derecho a pedir que me ayuden y los demás no pueden negarse a ello. Solo yo puedo negarme a brindar ayuda
- Solo yo tengo derecho a sentirme... y a decirlo a... los sentimientos de los



demás no me interesan en absoluto. Son un problema.

- Solo yo tengo derecho a opinar sobre...
 los demás no tienen derecho porque...
- Solo yo puedo equivocarme y no me importan las consecuencias de mis actos u opiniones.

Creencias del comportamiento pasivo

- Comportarse de manera asertiva, defendiendo mis intereses y derechos personales, es negativo. Si actúo así, las otras personas pueden molestarse y dejar de apreciarme como amigo o amiga.
- Yo no me merezco el respeto de... porque él o ella es... y, en cambio, yo soy...
- Yo no tengo derecho de pedir ayuda a... en cambio, no puedo negarle mi ayuda aunque me cueste mucho hacerlo.
- No tengo derecho de sentirme triste, con enfado o temor y mucho menos expresarlo a...
- Yo no tengo derecho a opinar sobre... solo lo tiene él o ella porque...
- No puedo equivocarme ni en mis opiniones ni en mis comportamientos. (pp. 15-16)

A su vez, Riso (2002, en Naranjo, 2008) añade algunos pensamientos típicos que tienden a tener las personas cuya conducta es no asertiva, sin distinción

entre pasividad y agresividad, de la siguiente manera:

- Los derechos de las demás personas son más importantes que los míos.
- No debo herir los sentimientos de las otras personas ni ofenderlas, aunque yo tenga la razón y me perjudique.
- Si expreso mis opiniones seré criticada o rechazada.
- No sé qué decir ni cómo decirlo. No soy hábil para expresar mis emociones. (pp. 14-15)

Muchas de éstas ideas y creencias pueden ser trabajadas terapéuticamente mediante la presentación y análisis de los derechos humanos, y más en particular, lo que algunos autores han llamado los "derechos asertivos" (Caballo, 2004; Naranjo, 2008; Opazo, 2001). Roberto Opazo, en su libro *Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo* (2004), los resume de la siguiente manera:

- Cada persona tiene el derecho asertivo fundamental de experimentar y expresar sus afectos e ideas libremente.
- Cada persona tiene derecho a actuar de manera de promover su dignidad y auto-respeto
- 3. Cada persona tiene derecho a decir No, sin sentirse culpable.
- 4. Cada persona tiene derecho a ser tratada con respeto.
- Cada persona tiene derecho a cambiar de opinión.



- Cada persona tiene derecho a cometer errores.
- 7. Cada persona tiene derecho a pedir lo que quiere.
- 8. Cada persona tiene derecho a pedir información.
- Cada persona tiene derecho a hacer respetar sus derechos
- 10. Cada persona tiene derecho a sentirse bien consigo misma. (p. 29)

Si bien estos derechos que integra el autor tienden a agrupar otros derechos, existe uno que no se encuentra del todo expresado y que es importante, por una parte para proteger al *terapeuta* de la frustración, y así cuidar de la relación terapéutica manejando de paso la creación de objetivos terapéuticos más realistas y alcanzables, como para la persona que consulta, evitando la verticalidad de la relación. Este derecho asertivo es el derecho a **no serlo**. Como señalan Alberti y Emmons (1978, en Caballo, 1983)

Es convicción nuestra que cada persona debería poder escoger cómo actuar. Si puedes actuar asertivamente bajo determinadas circunstancias, escoges no hacerlo, hemos cumplido nuestro objetivo... ("el de enseñar a la gente a ser asertiva"). Si al contrario eres incapaz de actuar asertivamente (por ejemplo, no puedes escoger cómo comportarte, sino que te acobardas con la no asertividad o estallas en la agresión) te gobernarán los demás y tu salud mental se resentirá. Nuestro criterio más importante para tu bienestar es que tú haces la elección (p. 59).

Paradigma Afectivo

Parte importante de la conducta habilidosa, socialmente es el reconocimiento de los propios deseos para comunicarlos posteriormente a otro. Esto asume, entonces, la capacidad para reconocer dichos deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos. Así, es un proceso que involucra cierta habilidad para reconocer estados afectivos complejos у, más aún, comunicarlos efectivamente. Esto afecta el modo de interactuar con otras personas, estableciendo una probable ventaja en la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal si se maneja adecuadamente (Cotler y Guera, 1976; Rich y Schroeder, 1976, todos en Camargo et al., 2009; Nápoles, 2012; Naranjo, 2008).

Por otra parte, el control de la ansiedad social se encuentra en el centro de casi todas las definiciones de asertividad, lo cual empuja a evaluar y trabajar con constructos tales como la autoestima y el autoconcepto, los que influyen de manera positiva en el desarrollo asertivo y en el control de la ansiedad, apoyando así el trabajo que se hace desde el paradigma ambiental-conductual (Rice, 2000, en Naranjo, 2008).

Para Castanyer (1996, en Camargo et al., 2009), la asertividad y la autoestima son elementos psicológicos necesarios para



que un individuo pueda manejarse en la vida de una manera asertiva. Ahora bien, Tarazona (2005, en Camargo et al., 2009) define la autoestima como el confiar en las propias potencialidades, distinguiendo en ella dos componentes: la valía personal y el sentimiento de capacidad personal, es decir, el autoconcepto y la percepción de autoeficacia que tiene el individuo de sí mismo, ambos términos que se utilizan y se miden en la psicoterapia integrativa mediante la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI). Zaldívar (2004, en Camargo et al., 2009) añade que la autoestima es "la valoración que tenemos de nuestra persona, el valor que nos asignamos, relacionándose con la aceptación y con el grado de satisfacción de lo que somos, hacemos, pensamos y sentimos" (p. 95). Debido a esto, se sugiere que la manera en que un sujeto expresa su asertividad, permite inferir cómo está su autoestima.

A pesar de lo anteriormente expuesto, existe alguna discusión en la literatura sobre la correlación entre asertividad y autoestima, siendo los estudios de Alaniz, quien determina que dicha correlación es más bien débil (1997, en Camargo et al., 2009) y Morales, que suma diciendo que la relación entre asertividad y autoestima no fue significativa, como predictor de la cognición para la resolución de problemas (1993, en Camargo et al., 2009) algunos ejemplos. Estos estudios son confrontados por los datos extraídos de la investigación de Karagözoğlu, Kahve, Koc y Adamişoğlu (2007) sobre asertividad y autoestima en estudiantes universitarios de último año en Turquía; quienes encontraron que los estudiantes que tenían las calificaciones más altas en autoestima, las tenían en asertividad también.

Camargo et al. (2009) obtienen resultados parecidos al estudio de Karagözoğlu, Kahve, Koc y Adamişoğlu, explicando que para que una interacción nos resulte satisfactoria depende de que nos sintamos valorados y respetados, y eso, a su vez, no depende tanto del otro, sino de que poseamos una serie de habilidades para responder correctamente y una serie de convicciones o esquemas mentales que nos hagan sentirnos bien con nosotros mismos. Las personas que poseen estas habilidades son las llamadas personas asertivas (p. 101).

Esta información, por lo tanto, implica la utilización del diagnóstico de las variables afectivas representadas en la autoestima y la percepción de autoeficacia en el desarrollo de la conducta asertiva. Es necesario mencionar, a pesar de lo anterior, que los estudios parecen no asegurar la direccionalidad de la correlación, por lo que se requiere más investigación en éste ámbito.

Por otra parte, los vínculos afectivos que generamos en la familia y con los amigos a lo largo de la vida también influyen en el desarrollo de las habilidades sociales. Las relaciones interpersonales, retomando la idea anterior, pueden influir positivamente en la mejora de la autoestima (Huebner, Suldo y Gilman,



2006; Gilman y Huebner, 2006; Bijstra, Bosma y Jackson, 1994; Bijstra, Jackson y Bosma, 1995; Chou, 1997; Frankel y Myatt, 1996; Riggio, Throckmorton y DePaola, 1990; Riggio, Watring Throckmorton, 1993, todos en Martínez et al., 2010), mientras que del mismo modo, el éxito en las interacciones con los demás está relacionado positivamente con el afrontamiento de circunstancias sociales conflictivas, ya que se puede percibir el apoyo social proporcionado por padres y compañeros ante eventos estresantes. Esto podría ayudar a generalizar, desde contextos más protegidos, estrategias asertivas en la resolución de los mismos conflictos (Bijstra et al., 1994, 1995, en Martínez et al., 2010).

Paradigma Biológico

Debido a la propiedad profundamente conductual y social del constructo asertividad, parecen no existir muchos estudios que propongan principios de influencia desde el Paradigma Biológico en el desarrollo de la asertividad. Más aún, si bien existe evidencia empírica que relaciona ciertas drogodependencias con la asertividad, pareciera que en dichos datos aún existen tendencias que no explican la dirección de ésta relación. En palabras de López et al. (2000) las diferentes dimensiones de la asertividad diferentes mantienen implicaciones, específicamente Van Hasselt et al. (1993) confirman que los sujetos que inician tratamiento para su drogodependencia puntúan más alto en espontaneidad y Wills, Baker y Botvin (1989) deducen que los drogodependientes que recaen puntúan más alto en asertividad que los que no recaen. (p. 331)

Por otra parte, pareciera ser que bajos niveles de percepción de autoeficacia coinciden con el inicio del consumo de alcohol y drogas y, además, con las recaídas (Avant et al., 1995; Baldwin, Oei y Young, 1993; Bell, Ellickson y Harrinson, 1993; Has et al., 1995; Litman et al., 1977; Reilly et al., 1995 y Shiffman y Wills, 1985, todos en López et al., 2000), lo cual refuerza el valor del trabajo sobre la percepción de la autoeficacia como principio de influencia, en todo momento del desarrollo asertivo, especialmente con adolescentes en riesgo social y con drogodependientes.

En relación a los últimos dos puntos, López et al. (2000) concluyen, después de una investigación con más de 100 sujetos, que la asertividad predice tanto la cronicidad de la cocaína y heroína como la cantidad de heroína consumida. Los resultados obtenidos se hallan consonancia con la diferente evidencia empírica revisada en esta área (Rist y Watzl, 1983; Van Hasselt et al., 1993 y Will et al., 1989) que coinciden en resaltar el papel de la asertividad en el consumo de cocaína y heroína. Aunque podemos concluir desde nuestros propios resultados y de los estudios revisados que el papel de la asertividad es crucial en el campo de las drogodependencias, denotamos que existe todavía



controversia a la hora de entender dicha relación (p. 333).

Lo anterior se ve reforzado por las evidencias que sugieren que un estilo de conducta agresivo se encuentra relacionado con el consumo de drogas legales, al igual que la ansiedad social puede incrementar el riesgo de consumo drogas, especialmente en los de adolescentes más pasivos (Inglés et al., 2007; Clark, 1993; Goldberg y Botvin, 1993; Hover y Gaffney, 1991; Zimmerman et al., 2003, todos en Martínez et al., 2010). Si se asume que la agresividad es en realidad uno de los extremos del continuo de la asertividad, como dicen algunos autores, se podría explicar la más alta probabilidad de recaída en personas que marcan alto en asertividad, por ejemplo. En cualquier caso, tal como se comentó previamente, es un tema en el que aún falta por investigar.

Otra área interesante de analizar, donde asertividad puede tener mucha influencia, es en la sexualidad humana. Si bien ésta es un resultado de la interacción entre todos los paradigmas, y por supuesto del sistema SELF, las definiciones más aceptadas de la asertividad sexual tienden a describirla como "la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos los comportamientos sexuales más saludables" (Morokoff et al., 1997, en Santos-Iglesias y Sierra, 2010, p. 554). Si bien la salud es un concepto multicausal, pareciera ser que en esta definición la salud e higiene sexual a la que se refiere tiene un fuerte componente biológico, por lo que la variable biológica es sobre la que se estaría trabajando si hablamos de asertividad sexual.

Si bien, al parecer, la evidencia muestra que la asertividad sexual se relaciona de forma positiva con el deseo sexual, independiente del sexo del individuo, no parece existir una relación entre la misma y los niveles hormonales, ni en hombres ni en mujeres (Apt et al., 1993; Van Anders y Dunn, 2009, todos en Santos-Iglesias y Sierra, 2010), aunque existe una potente carencia de evidencia en ése ámbito (Santos-Iglesias y Sierra, 2010). Por lo tanto, durante el proceso de diagnóstico de las conductas asertivas, evaluar variables como el deseo sexual, la satisfacción sexual y marital, el número de orgasmos y las consistencias en alcanzarlos emerge como una necesidad, al igual que trabajar sobre esos temas, en especial si el desarrollo asertivo se enmarca en una terapia de pareja, por ejemplo (Greene y Faulkner, 2005; Haavio-Mannila ٧ Kontula, 1997; Hurlbert, 1991; Ménard y Offman, 2009, todos en Santos-Iglesias y Sierra, 2010).

Frente a esto, Santos-Iglesias y Sierra comentan los límites de la investigación actual, afirmando que: Sin embargo, estos estudios han sido elaborados mediante diseños *ex post facto*, lo que impide conocer los mecanismos o procesos por los cuales se da esta asociación y mucho menos cuál es la dirección de la misma. Por ejemplo, las



personas que tienen mayor asertividad sexual, ¿se comunican más con la pareja solicitando aquello que les resulta placentero y, por tanto, consiguen mayores niveles de satisfacción o, por el contrario, la satisfacción sexual crea un mayor vínculo en la pareja y es este vínculo el que favorece la asertividad sexual? (p. 570).

Por su parte, Livingstone et al. (2007, en Santos-Iglesias y Sierra, 2010) encontró que la asertividad es tanto causa como consecuencia de la victimización sexual, lo que, en conjunto con lo anterior, pone de manifiesto la necesidad de más investigación al respecto, a fin de profundizar sobre si la baja asertividad como consecuencia las surge experiencias de victimización, por ejemplo, o si es causa de las mismas. Como fuera, la existencia de experiencias de abuso en el área sexual indica la necesidad de evaluar y trabajar en el desarrollo asertivo de la persona puesto que diversos estudios coinciden en señalar el papel preventivo de la asertividad sexual ante conductas sexuales de riesgo (Hardeman et al., 1997; Kelly et al., 1989; Kelly et al., 1994; Sikkema et al., 1995, todos en Santos-Iglesias y Sierra, 2010).

Paradigma Sistémico

Como se mencionó previamente, las relaciones del individuo con su sistema familiar y cercano impactan en el desarrollo asertivo, poniendo de manifiesto la necesidad de evaluación e intervención en esta área (Martínez et al., 2010). Da Dalt y Difabio (2002) analizan esta variable integrando el concepto de modalidad educativa familiar, definiéndolo como "el estilo disciplinario ejercido por los padres en la orientación de sus hijos hacia la consecución de los valores asumidos" (p. 122). Este constructo descansa sobre las bases de la teoría de la comunicación, asumiendo que en la interacción familiar es central que exista una adecuada conexión entre de contenido y los los aspectos relacionales. Esto permite detectar en la educación familiar, según las autoras, dos dimensiones:

- a) Los valores jerárquicamente asumidos o contenidos de la educación
- b) El estilo disciplinario mediante el cual los padres promueven el logro de los valores elegidos (p. 130)

Ambas dimensiones se dan, a su vez, en relaciones simétricas tipos de У complementarias. Por esto. la importancia de trabajar desde este paradigma en una comunicación funcional, basada en relaciones flexibles, en función del objetivo, de la tarea a realizar y del contexto, se encaja dentro del marco de los principios de influencia de este paradigma que pueden apoyar al desarrollo asertivo (Da Dalt y Difabio, 2002; Marínez et al., 2010; Opazo, 2001, 2004).

La evidencia demuestra que el temprano aprendizaje de las conductas socialmente habilidosas ocurre en la familia.



añadiendo que un ambiente familiar que enfatiza la punitividad, amenazas y rechazo profundo por parte de los adultos significativos, es uno de los principales factores que predicen agresión en niños de sexo masculino. Se debe tener claro que respetar a la persona del niño, desde un contexto familiar, significa educarla y auxiliarla conforme a las características de la etapa evolutiva que atraviesa y a los rasgos temperamentales de cada individuo (Da Dalt y Difabio, 2002; Martínez et al., 2010). Es interesante cómo, desde este paradigma, podría sugerirse un desarrollo en habilidades parentales como un trabajo indirecto para el desarrollo asertivo temprano de los menores del sistema familiar.

Es necesario mencionar que Walker y Taylor (1991, en Da Dalt y Difabio, 2002) a través de una investigación longitudinal, hallaron que los predictores desarrollo moral parecen no relacionarse con la competencia moral de los padres, sino con el estilo de discusión parental en el problema moral real del niño. A esto, añaden que el estilo que predice el mayor grado de desarrollo moral es el que manifiesta un alto grado de conductas representacionales y de apoyo afectivo: los niños de padres que discuten basándose sólo en las relaciones de poder, se desarrollan menos (Barceló y Muñoz Redón, 2000, en Da Dalt, y Difabio, 2002). Esta información es importante al momento de generar un ensayo conductual o un modelado, ya que permite al terapeuta sugerir situaciones nuevas 0 pasadas relacionadas tipo de con este aprendizajes aumentan la que probabilidad flexibilización de ٧ generalización de la conducta asertiva.

Así, Da Dalt y Difabio (2002) concluyen que: Toda persona necesita sentirse querida y valorada, ser alguien para los demás. Esta motivación en el niño es de vital relevancia, y sobre ella se basará su autoestima y la confianza en sí mismo. De allí importancia valorar de explícitamente las acciones correctas y edificantes del niño, porque refuerzan las conductas prosociales. De este modo, mediante el apoyo afectivo los padres y educadores favorecen que el continúe ejercitándose en ellas mediante el apoyo dialógico proveen las razones que fundan el buen obrar, motivan la reflexión y promueven la internalización de las normas. A medida que vaya madurando, el niño será menos dependiente de la opinión de los demás, dando paso a criterios internos (p. 137).

Paradigma Inconsciente

Para Kenneth Frank (2001) el estudio de la asertividad desde un paradigma más bien psicodinámico vuelve a la palestra de la investigación durante los años noventa, enfocado tanto a la aplicación *en sesión* como fuera de la misma. El autor reconoce que la gran mayoría de los avances en el desarrollo de la conducta socialmente habilidosa ha sido dentro del paradigma ambiental-conductual y



cognitivo, lo cual a su vez marca la necesidad de interiorizarse más en las variables subyacentes a la conducta manifiesta. De esta forma, el autor propone que existen "tres áreas específicas de la técnica psicoanalítica en relación a la motivación exploratoriaasertiva: mejorar los sentimientos de autoeficacia del paciente, diferenciar interpretaciones dirigidas a la acción, y promover estrategias de afrontamiento adaptativas" (s/p). La primera ya se mencionó previamente en el paradigma afectivo, mientras que la última se refiere, a grandes rasgos, al desarrollo de nuevas conductas, por lo que el análisis se centrará en las interpretaciones dirigidas a la acción y el insight que éstas pueden provocar.

La capacidad de la persona que consulta insight desde generar interpretaciones que pueda hacer el terapeuta, puede ampliar y profundizar el cambio conductual el cambio У (2001)psicológico. Para Frank utilización en terapia del "darse cuenta" diferenciar permitiría clarificar, contrastar el cambio, intentando identificar e integrar estas nuevas experiencias y su significación; aun así, la mayoría de los insight, según el autor, son acumulativos ٧ conllevan no necesariamente una acción dramática que impacte sobre la manera en que la gente guía sus vidas.

Frank (2001), agrega aquí, las intervenciones orientadas al insight y orientadas a la acción llegan a mezclarse

juntas en un modo de trabajo que, como Wachtel (1993a) establece, "es a la vez psicoanalítico y activo, que intenta explorar y comprender y ayudar al paciente a dar forma a sus anhelos con modos que los presentan más realizables" (p. 600). Estos métodos tienen un doble objetivo: facilitar las acciones del paciente y los objetivos vitales, y fomentar las metas del análisis, tales como promover la profundización de la auto-conciencia (s/p).

Así, una postura más bien activa, que a la vez permita el análisis tanto en sesión como fuera de ella de los aspectos positivos y negativos de las propias conductas, cogniciones y afectos ligados a la conducta asertiva, suma hacia el cambio psicológico integral al cual se apunta desde la psicoterapia integrativa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el contenido revisado aparecen variadas ideas que son útiles de analizar, y que de una forma u otra, influyen en el cómo se utilizarán los principios de influencia previamente descritos en función de la conducta asertiva. La primera idea, mencionada la introducción, es la necesidad de cambiar el concepto de entrenamiento por el de desarrollo. Se dijo que este cambio se debía a la complejidad multifactorial, probabilística y contextual asertividad, la cual queda de manifiesto al revisar, paradigma por paradigma, la cantidad de información y acercamientos

ICPSI

terapéuticos que pueden existir, a lo que es necesario agregar ahora, después de dicho análisis, la miríada de principios de influencia que pueden existir. Esto quiere decir que la conducta asertiva se desarrolla como consecuencia de la interacción integrada de todos los paradigmas.

Ahora bien, perentorio también es mencionar la terminología que "desarrollo" asume un período temporal en el cual el "entrenamiento" se lleva a cabo, período que a su vez suma en complejidad: no es lo mismo trabajar sobre la conducta asertiva cuando se es adolescente, adulto o adulto mayor. Esta variable no se ha tomado en cuenta en el presente análisis puesto que, si bien cardinal en el diagnóstico integral y en la subsecuente postura de objetivos, asumía un nivel de especificidad que excedía las capacidades de un paper de estas características. No obstante, un estudio que tome en cuenta la variable edad para contextualizar más aún la terapia sobre asertividad debe ser llevado a cabo si se desea obtener el conocimiento válido que el EIS busca constantemente.

La distinción tácita que se hace en el análisis por paradigma entre técnicas y conceptos requiere, también, ser mencionada. Si bien desde el paradigma ambiental-conductual y el cognitivo aparecen técnicas que se puede utilizar para desarrollar la conducta asertiva, en el resto de paradigmas sólo se trabajó desde conceptos y constructos que podrían estar relacionados a la misma.

Esto se explica por la gran cantidad de investigaciones que se han llevado a cabo desde que el concepto de asertividad es acuñado, manteniendo a lo largo del tiempo una definición operacional más o menos cognitiva-conductual. Así, técnicas que se han creado para su desarrollo, como el EHS por ejemplo, son en su mayoría dependientes de estos paradigmas. El presente trabajo aporta, a lo que ya existe, cómo diferentes conceptos propios de otros paradigmas pueden, efectivamente, ayudar a la probabilidad de que el cambio psicológico se lleve a cabo, utilizando la idea de principio de influencia que el EIS entrega.

Si bien, entonces, se han analizado algunos principios de influencia que podrían ser de ayuda al momento de desarrollar la conducta asertiva, no se abordó sobre el papel integrador e interpretador del sistema SELF. La razón de ello radica en la especificidad del mismo en cada individuo, siendo difícil encontrar variables que puedan ser estímulos efectivos y que se compartan por muchas personas, por lo que el análisis de los principios de influencia que operan a nivel del sistema SELF, quizás, se deba hacer sesión a sesión, con el mismo cliente que se expone.

Hablar del sistema SELF obliga a analizar qué es propiamente nomotético e idiosincrático en el desarrollo de la conducta socialmente habilidosa, abriendo la discusión sobre el papel de la cultura en la concepción de qué es asertivo y qué no lo es. Como se



mencionó previamente, la conducta asertiva lo es en función tanto del contexto en que se da, los individuos o grupos con quienes se comunica la persona ٧ las consecuencias experimenta la persona que la emite. Así, lo que es realmente asertivo dependerá, para quien consulta, directamente de variables tanto nomotéticas como idiosincráticas, siendo éstas últimas las que deben trabajarse sesión a sesión, definiéndolas claramente, desde una perspectiva integradora, que permita la mejor utilización de las variables nomotéticas que se exploraron en el presente informe. Aun así, y al igual que con la variable edad desde perspectiva del desarrollo vital, investigación sobre el sistema SELF y la conducta asertiva queda pendiente, añadiendo la posibilidad de estudiar más a fondo el papel de la cultura chilena, en particular, en el desarrollo asertivo.

Debido a las múltiples definiciones de lo que es la conducta asertiva, un acercamiento desde el EIS, asumiendo la complejidad de la que se ha hablado previamente, se vuelve cada vez más necesario. Si bien a lo largo de los más de 40 años en que el constructo de lo que es la conducta asertiva, o las habilidades sociales o la competencia social, ha ido complejizando su concepción, queda claro que existe un largo camino que recorrer aún. La sobrecomplejización, a su vez, puede estarle restando al concepto potencia explicativa, añadiendo cada vez más variables que dificultan la predicción efectiva y el cambio real en psicoterapia. Así, para luchar contra un realismo ingenuo, pero a la vez contra un movimiento ecléctico desordenado, se requiere una definición clara y precisa que permita al psicoterapeuta integrativo entender qué buscar y cómo manejar el desarrollo asertivo.

Finalmente, es necesario recordar que la conducta asertiva es una decisión. Existen situaciones y contextos donde asertivo puede significar escapar o evitar en vez de enfrentar, por lo que la capacidad de discriminación contextual es muy importante. Situaciones de violencia y abuso, por ejemplo, son experiencias que, como se comentó, pueden tener profunda relación con la aserción, y deben ser analizadas caso a caso para entender cómo acercarse a ellas de una manera socialmente habilidosa, a fin de que pueda proteger a otros y al mismo individuo de consecuencias dañinas para su salud psicológica.

Por otro lado, la asertividad es una característica de la conducta, no de quien la emite. Esto protege de las etiquetas de personalidad que, muchas veces, minan el autoconcepto y la autoestima de quien consulta, constructos que, como se revisó, pueden efectivamente tener una incidencia en el desarrollo y emisión de la conducta asertiva. Así, se invita al psicoterapeuta integrativo a entender al cliente como un todo integral que se comporta, siendo la conducta de los diferentes paradigmas lo que se debe analizar.



REFERENCIAS

- Bagladi, V. (2010). Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa, 2, pp. 142-177.
- Beck, A., Rush A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depression, 19ª ed, Bilbao: Descleé de Brower.
- Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones, Estudios de Psicología, 13, pp. 52-62.
- Caballo, V. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, Madrid: Siglo XXI de España.
- Caballo, V. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales, Madrid: Siglo XXI de España.
- Camargo, A., Rodríguez, C., Ferrel, F., Ceballos, G. (2009) Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia), Psicología desde el Caribe, 24, 91-105. Recuperado http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2131227000
- Carrasco, I., Clemente, M., Llavona, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey, Estudios de Psicología, 37, pp. 63-74.
- Da Dalt, E., Difabio, H. (2002). Asertividad, su relación los estilos educativos familiares, Interdisciplinaria, 19(2), pp. 119-140. Recuperado
 - http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18019201
- De la Peña, V., Hernández, E., Rodríguez, F.J. (2003). Comportamiento asertivo y adaptación social: Adaptación de una escala de comportamiento asertivo (CABS) para escolares de enseñanza primaria (6-12 años), Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 8(2), pp. 11-25.
- Frank, K. (2001). Ampliando el campo del cambio psicoanalítico; la motivación exploratoria-asertiva, la autoeficacia, y el nuevo rol psicoanalítico para la acción, Aperturas psicoanalíticas, 11. Recuperado de

http://www.aperturas.org/articulos.php?id=000020 3&a=Ampliando-el-campo-del-cambiopsicoanalitico-la-motivacion-exploratoria-asertiva-

la-accion

la-autoeficacia-y-el-nuevo-rol-psicoanalitico-para-

en Psicología, 14(2), pp. 403-425. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2921199201

Gaeta, L., Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico, Enseñanza e Investigación

- García, A. (2010). Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social, XXI, Revista de Educación, 12, pp. 225-240, ISSN: 1575 - 0345.
- López, F., Martín, I., de la Fuente, E., Godoy, J. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas, Psicothema, 12(2), pp. 331-334, ISSN 0214 - 9915.
- Martínez, A., Inglés, C., Piqueras, J., Oblitas, L. (2010) Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente, Avances en Psicología Latinoamericana, 28(1), pp. 74-84, ISSN 1794-4724.
- Nápoles, M. (2012). Asertividad, promotores deportivos comunitarios y salud. Educación física y deportes, revista digital, 16(165). Recuperado de http://www.efdeportes.com/efd165/asertividadpromotores-deportivos-comunitarios.htm
- Naranjo, M.L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante comunicación y conducta asertivas, Actualidades Investigativas en Educación, 8(1), pp. 1-27, ISSN 1409-4703. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111
- Opazo, R. (2001). Psicoterapia Integrativa: Una delimitación Clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2004). Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática, International Journal of Clinical Health Psychology, 10(3), pp. 553-577, ISSN 1697-2600.

Vol. V. 2014



PSICODERMATOLOGIA Y ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO

Cecilia del Canto Shanel *

Abstract

By exemplifying with a clinical case, this paper attempts to show the Suprapadigmatic Integrative Approach as an alternative that contributes adressing Psychocutaneous disorders. For this purpose, conceptual and state of the art in Psychodermatology review is done. Also we present the most commonly used treatment approaches, and finally a psychological intervention in a patient with seborrheic dermatitis.

Keywords: Psychodermatology, Supraparadigmatic Integrative Model, Seborrheic Dermatitis.

Resumen

El presente trabajo pretende, mediante la ejemplificación de un caso clínico, mostrar el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, como una alternativa que contribuye al abordaje de los trastornos psicocutáneos. Para esto se realiza una revisión conceptual y del estado del arte de la psicodermatología; se presentan los abordajes terapéuticos más utilizados y finalmente se muestra una intervención realizada a un paciente con dermatitis seborreica.

Palabras clave: psicodermatología, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Dermatitis Seborreica.

-

Psicóloga Universidad Diego Portales. Magister en Psicología Social Universidad Autónoma de Barcelona / Universidad ARCIS. Especialista en psicoterapia integrativa ICPSI. mail:ceciliadelc@gmail.com



Introducción

La piel tiene un lugar especial en la psiquiatría por su capacidad de responder a estímulos y de expresar emociones como la ira, el miedo, la vergüenza y la frustración. A la vez proporciona una buena parte de la autoimagen y autoestima, jugando uno de sus roles principales en el proceso de socialización (Koblenzer, 1983).

A su vez, la piel tiene diversas funciones, primero que nada es el único órgano que se relaciona simultáneamente con el medio externo e interno formando una frontera entre lo propio y lo no propio, expresando las relaciones de los niveles físicos del ser ligándolos a los grandes sistemas de regulación del cuerpo y de la mente. (Grossbart, T. en Azambuja, R., 2000). Según Holubar la piel tendría una función ego-lógica, relacionada con la autoimagen y autoconfianza; y una función eco-lógica: mecánica, fisioquímica (hosmosis), térmica e inmunológica. El autor sostiene que, entre estas dos funciones, y relacionadas a ambas, están las funciones sensoriales, que permiten la comprensión del self y la experiencia del otro (Holubar, K., en Müller, M., Ramos, D., (2004)

La estrecha relación de la piel con el sistema nervioso la transforman en un órgano altamente sensible a las emociones; pudiendo estar en contacto estrecho con necesidades, deseos y miedos. Por otra parte todos problemas de la piel, independiente de su causa, tienen necesariamente un impacto emocional (Grossbart, T., en Azambuja, 2000). La evidencia R., percibida cotidianamente por los dermatólogos es que casi todas las dolencias de la piel producen ansiedad, preocupación, miedo, vergüenza otras emociones ٧ displacenteras en quienes las padecen; al mismo tiempo, consideran que muchas enfermedades a la piel, se ven agravadas por estados de tensión psicológica y que algunas enfermedades pueden incluso verse precipitadas por factores de estrés psicosocial (Azambuja, R., 2000).

Esta evidencia ha permitido que se vaya configurando la psicodermatología como un área de trabajo en la que dialogan dermatólogos, psiquiatras y psicólogos, con el fin de lograr un mejor tratamiento de los trastornos a la piel que se ven afectados o determinados por aspectos psicológicos.

El objetivo de este trabajo es mediante la ejemplificación de un caso clínico, Enfoque mostrar Integrativo Supraparadigmático, como una alternativa que favorece el abordaje de estos trastornos. Para esto se realiza una revisión conceptual y del estado del arte de la psicodermatología; se presentan los abordajes terapéuticos más utilizados y finalmente se muestra una intervención, psicoterapia integrativa, realizada a una paciente con dermatitis seborreica.



Definición Conceptual y Estado del Arte

Se denomina trastornos psicocutáneos a enfermedades aquellas con manifestaciones dermatológicas, pero influenciadas por el estado mental de quien la padece. El estudio de este tipo de enfermedades es llevado a cabo por profesionales tanto de la salud mental como de la dermatología, lo que ha dado paso a una suerte de interfase clínica denominada actualmente como Psicodermatología (conocida también dermatología psiquiátrica como dermatología psicosomática). Este nuevo campo de estudio clínico es definido por algunos autores como el área de colaboración, basada en la relación e interacción entre la Psiquiatría y la Dermatología, con el objetivo último de optimizar el pronóstico, tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. (Koblenzer, C.; Koblenzer, P.; Tausk, F. 2008).

Clasificación de los Trastornos Psicocutáneos:

Existen diversas clasificaciones de los trastornos psicocutáneos, sin embargo, a la fecha no existe una que sea universalmente aceptada, siendo una de las más empleadas la publicada por Koo en 1992 (Koo JYL, Lee CS, 2003). Consiste en la agrupación de enfermedades basada en el mecanismo psicopatológico involucrado, dando forma a tres grupos y un cuarto que agrupa otras condiciones no clasificables por este mecanismo (Sandoz, A. et. al en Wolf, K. 2008).

Trastornos psiquiátricos con síntomas dermatológicos: aquí la causa subyacente de los síntomas dermatológicos psiguiátrica, las personas presentarían lesiones cutáneas debido a mecanismos de defensa que operan de manera inconsciente. **Algunas** de las enfermedades de este grupo son: Delirio de Parasitosis, Excoriaciones Neuróticas, Dermatitis Artefacta, Tricotilomanía, Dismorfofobia. **Estados** Fóbicos. Trastornos Obsesivo Compulsivos, Trastornos Alimentarios. Prurito Psicógeno (Mercan, S., Kivanç, I., 2006).

Trastornos Dermatológicos con síntomas Psiquiátricos: en general se dice que cualquier enfermedad dermatológica puede desarrollar algún tipo repercusión psicológica, el nivel de stress que se genere -y la posibilidad de dar curso a un trastorno psiquiátrico- estará en directa relación con el grado de deformidad aue la enfermedad dermatológica genere, el tipo de región afectada, la naturaleza de las lesiones, y sobre todo con la susceptibilidad psicológica que presente el individuo, determinada a su vez por el nivel de autoestima y edad, entre otros (Mercan, S., Kivanç, I., 2006).

Trastornos psicofisiológicos: también llamado Grupo colaborativo, se trata de un conjunto de trastornos dermatológicos cuya etiología es multifactorial y aun no comprendida del todo. Aquí los factores psiquiátricos son instrumentales tanto en la etiología como en el curso de la enfermedad. La tasa de pacientes que



refieren gatillantes emocionales varía según la enfermedad: pudiendo ir de 50% en el Acné hasta un 100 % en Hiperhidrosis. Algunas de las enfermedades de mayor relevancia en este grupo son la Psoriasis, Dermatitis atópica, Alopecia Areata, Urticaria y Angioedema idiopáticos, Acné excoriado, Hiperhidrosis, Infecciones virales crónicas de la piel, Vitíligo (Mercan, S., Kivanç, I., 2006).

Situaciones Misceláneas:

Operativamente agrupa a desordenes o síntomas no clasificables en los tres anteriores, entre ellos están los Síndromes sensorio-cutáneos, Síndrome del púrpura Psicógeno, suicidio en paciente dermatológico y las RAM cutáneas a psicofármacos (Sandoz, A. et. al en Wolf, K. 2008).

Estos trastornos mantienen en algunos casos la misma denominación en el DSM V, como por ejemplo el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno delirante de tipo somático (delirio de parasitosis) y el trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia); otros corresponderían a los denominados Trastornos de síntomas somáticos y a Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas (American psichiatric association. United States of America 2013).

Estado del Arte

El punto de partida de la Dermatología Psicosomatica es atribuido al libro "Diseases of the Skin" publicado por Erasmus Wilson en 1850, donde se desarrolla una amplia descripción de enfermedades a la piel denominado como "Neurosis cutáneas". Un segundo hito de relevancia ocurre cuando Joseph Klauder, en 1925 plantea la importancia de la psicoterapia en la evolución de algunos trastornos dermatológicos. En términos generales se plantea que el desarrollo de la Psicodermatología, como disciplina, presenta cuatro fases evolutivas definidas por el método empleado en pos de acceder a la comprensión, descripción y enfoque terapéutico (Rodriguez-Cerdeira, C.; Pera-Grasa, J.; Morales, A.; Isa-Isa, R.; Arenas-Guzmán, R. 2011):

- Primero está la fase temprana o también llamada observacional, donde se establecieron relaciones de entre estructuras la personalidad estados de ánimo o conflictos emocionales con algunas dermatosis. La metodología aplicada se basa en descripción biográfica У psicoanalítica, apoyados con baterías de pruebas psicológicas, donde los pioneros fueron principalmente psiquiatras entrenados en psicoanálisis o dermatólogos que cooperaban con psiquiatras.
- En la década de los 60 surgieron críticas en torno a la significancia estadística, la selección de los individuos estudiados y los grupos control. Esto da paso a la siguiente fase denominada Metodológica, donde se va tomando en cuenta



aportes de diferentes disciplinas cuyas conclusiones van dando forma a la medicina psicosomática y la Psicodermatología.

- En la tercera fase, la tendencia es hacia el trabajo en equipo, investigadores y terapeutas toman conciencia de los límites de sus propias contribuciones ٧ importancia de reconocen la establecer contacto con otras disciplinas. Esto permite incorporar cada vez más factores en pos de un manejo integrador de los trastornos psicocutáneos.
- Fase contemporánea: esta etapa se caracteriza por un diálogo fecundo entre especialistas de la salud mental y cutánea que materializan investigaciones en todo el mundo. El 31 de mayo de 1987 puede ser considerado como el punto de partida para esta etapa, cuando se realiza el Primer Internacional de Congreso Dermatología Psicosomática organ izado en Viena, Austria. Esta fue la primera oportunidad para el intercambio de información científica y clínica cuya convocatoria asisten unas 200 personas de 20 países de todo el mundo. En 1991, se da forma a la Sociedad de Europea Dermatología Psiquiatría. У Paralelamente se forma Asociación de Medicina Psicocutánea de Norte América. Con el tiempo se irán agrupando

más profesionales en asociaciones locales de diversos países del mundo, los últimos hitos de importancia son la creación del Grupo de trabajo en Psicodermatología del Colegio Iberoamericano de Dermatología –CILAD- en 2008 y la Sociedad Japonesa de Psicodermatología en 2011.

A nivel de Chile y Sudamérica destacan algunos exponentes y conferencistas de Argentina (Francisco Tausk, se desempeña en Estados Unidos y en Chile Juan Honeyman del Hospital Clínico de la Universidad de Chile), que llevan a cabo grupos de discusión y mesas de trabajo dispuestas en los eventos científicos de región. A nivel de investigación se conocen algunas publicaciones en Dismorfofobia Calderón. P.: Zemelman, V.; Sanhueza, P.; Castrillón, M.; Matamala, J.; Szot, J. (2009) y vitíligo (Schwartz, R.; Sepúlveda, Quintana, J.; 2009).

Actualmente, la psicodermatología es un área que integra el trabajo de médicos y psicólogos, en busca de una comprensión integrada de las emociones y la piel. Cuando una persona presenta una enfermedad a la piel, se entiende que esta no es solo una manifestación orgánica, sino también psíquica. El síntoma deja de ser entendido en forma aislada, y se concibe como la expresión de un organismo, de un cuerpo que acarrea



una historia y que está inserto en un ambiente. (Silva, F., Zogbi, H., Fleck, P., Campio, M. 2005).

Abordaje terapéutico

Si bien el interés por un mejor abordaje de los trastornos psicocutáneos se hace evidente en la creación de sociedades conformadas por psiquiatras, dermatólogos y psicólogos, existe poca evidencia publicada respecto al trabajo realizado con dichos trastornos. Dentro de estas sobresalen las investigaciones orientadas a mostrar evidencia a favor de uno u otro enfoque terapéutico. De este modo, una investigación realizada en Brasil con pacientes con vitíligo permitió mostrar que el modelo analítico favorecía la comprensión simbólica de la enfermedad como manifestación de contenidos inconscientes que necesitaban ser integrados en la conciencia Müller, M., Ramos, D., 2004)

Por otro lado, investigaciones desde el enfoque sistémico sobre la estructura y dinámica de las familias con pacientes psicodermatosis que padecen revelado que una de las características disfuncionales más típicas es la tendencia a evitar la expresión de conflictos y tensiones emocionales dentro de la familia. Aquí, la dificultad para verbalizar las experiencias emocionales (alexitimia) no es consecuencia de una falta de imaginación ni de emociones para expresar, sino que es el resultado de emociones cuidadosamente filtradas con el fin de evitar tensiones y conflictos, a fin

de conservar la homeostasis del sistema familiar (Poot F, Bourlond A., 1995).

Una de las corrientes teóricas más presentes en la Psicodermatología es el enfoque analítico y psicodinámico. Partiendo desde el mismo Freud. analistas como Fenichel y Winnicott han realizado diversas contribuciones, que a través del tiempo generan un sustrato que se han construido bajo el descripciones psicoanalíticas de interacción entre algunas enfermedades dermatológicas y conflictos inconscientes. En 1974 el psicoanalista francés Didier Anzieu publica un artículo titulado "El yopiel" ("Skin-ego"). Su obra -completada y publicada en 1987- toma preceptos de los autores antes mencionados y desarrolla conceptos que hoy son utilizados en clínica: en términos generales se plantea que la piel es la envoltura del cuerpo de la misma forma que la conciencia envuelve al aparato psíquico, por lo tanto la estructura y funciones de la piel, tanto como la estructura y funciones del yo, presentan entre sí analogías que pueden ser muy fecundas para el trabajo de los psicoterapeutas (Anzieu D., Tarrab, G., 1990).

Poot hace una revisión teórica de los enfoques psicológicos con el objeto de indicar el aporte que cada uno puede hacer en el abordaje de los trastornos psicocutáneos. Sostiene que si la dolencia del paciente es de orden narcisista, el psicoanálisis permitiría al paciente identificar su verdadera identidad. Previo a esto el paciente debe aprender a



verbalizar sus emociones, fantasías y sueños. Respecto al enfoque conductista, el autor sostiene que este sería indicado para pacientes que requieren desarrollar habilidades reactivas frente la enfermedad; La terapia familiar sería la más adecuada en aquellos casos en que la enfermedad a la piel se relaciona con estresores provenientes del ambiente familiar del paciente (separaciones frecuentes, muerte temprana del padre o la madre u otras pérdidas significativas, alcoholismo, etc.) en estos casos la enfermedad tiene como función proteger la homeostasis del grupo familiar (Poot en Grimal, F., Cotterill, J., 2002).

Resulta interesante las conclusiones de una investigación sobre psicosomática y vitíligo que plantea la necesidad de desarrollar un modelo integrador que relacione la interacción de la mente, el cuerpo y el medio ambiente. En base a esta investigación, Ludwig, sostiene que sólo el análisis multifactorial permite la comprensión de la naturaleza de la enfermedad de la piel (Ludwig, M., Müller, M., Redivo, L., Calvetti, P., Machado da Silva, L., Hauber, L., Facchin, T., 2008).

Enfoque Integrativo Supraparadigmático y trastornos psicocutáneos

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), se presenta como una alternativa para abordar los trastornos psicocutáneos ya que entre otras cosas "plantea una apertura teórica al conocimiento proveniente de diferentes enfoques estimulando así el diálogo y la comunicación" (Opazo, R. 2001) aspecto que, tal como se vio anteriormente, ha permitido ٧ desarrollo caracterizado el la psicodermatología. El enfoque establece metodológicas claras favorecer investigaciones que aporten a la construcción de un cuerpo teórico válido que favorezca la predicción y el cambio en psicoterapia, proporciona además un marco guiador para realizar investigaciones que sean relevantes y que permitan ir acumulando conocimiento válido. Posibilita una interacción fluida entre los datos provenientes de la investigación, la teoría y la práctica clínica. Propone y rescata fuerzas de cambio (principios de influencia conceptos movilizadores) provenientes de diferentes enfoques y paradigmas, permitiendo un abordaje clínico sin sesgos teóricos, al servicio del paciente. Y, por último pero no por eso menos importante, permite una percepción de los 360 grados de la dinámica psicológica, favoreciendo una mirada integrativa del paciente, considerando sus aspectos problemáticas positivos sus deficiencias (Opazo, R., 2001).

El EIS permite abordar al sujeto en su totalidad tomando y superando relación cuerpo-mente-ambiente, propuesta desde la psicodermatología, para comprender y abordar todos los aspectos implicados en el desarrollo y mantención de un trastorno psicocutáneos. ya que integra las explicaciones y contribuciones que



diversos enfoques teóricos, por separado, han generado para la comprensión de estos trastornos.

Ejemplificación clínica

A continuación se expondrá, a modo de ejemplo, el abordaje terapéutico desde el EIS, de una paciente con dermatitis seborreica.

La dermatitis seborreica es una "dermopatía eccematosa inflamatoria" (Taube, K., en Grimalt, F., Cotterill, J., 2002. p. 221). Si bien su patogenia es desconocida, está asociada a varios factores tales como "composición anormal del sebo, las infecciones bacterianas y micóticas de la piel y el tubo digestivo y las reacciones anormales a los microorganismos y otros (Taube, K., en Grimalt, F., Cotterill, J., 2002. p. 222).

Se manifiesta clínicamente como placas eritematosas y descamativas, en ocasiones es difícil distinguirla de la psoriasis. Aparece en zonas de la cara, como cejas, párpados, barba y pliegues naso labiales. Puede presentarse también en el tronco, axilas, ingle, genitales y ombligo (Taube, K., en Grimalt, F., Cotterill, J., 2002).

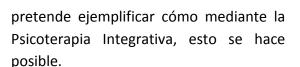
Su evolución es crónica, por lo tanto los pacientes con dermatitis seborreica deben convivir con el trastorno durante mucho tiempo. El desarrollo, evolución y gravedad del trastorno puede asociarse a factores psicológicos como el estrés.

"Para el paciente, la dermatitis seborreica constituye un factor estresante crónico que no sólo provoca molestias e inconvenientes físicos, sino también tiene consecuencias sobre la vida personal y social y sobre las actividades diarias" (Taube, K., en Grimalt, F., Cotterill, J., 2002. p 223).

El abordaje actual del trastorno debiera contemplar según Taube además del tratamiento sintomático local y sistémico, información detallada sobre la enfermedad, un plan de tratamiento personalizado, estrategias de afrontamiento del estrés u otros factores psicológicos que puedan incidir en el desarrollo, evolución y gravedad trastorno; y el abordaje las consecuencias en el trabajo, ocio y vida diaria (Taube, K., en Grimalt, F., Cotterill, J., 2002). El autor sostiene que además se debiera considerar la prevención mediante programas de educación para prevenir el rascado, adiestramiento conductista y métodos de relajación. Por lo tanto, el abordaje terapéutico debiera estar orientado a mejorar la adaptación, solucionar los problemas subjetivos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En base a lo anterior, es posible hipotetizar que un paciente que padece dermatitis seborreica, se verá beneficiado en su tratamiento dermatológico si en conjunto con este, acude a un proceso terapéutico que aborde todos los aspectos mencionados por el autor. El caso que se presenta a continuación

rania Integral



Identificación del paciente:

Mujer de 23 años (en adelante María), soltera sin hijos. Titulada hace 5 meses de Producción de Eventos en un Instituto Profesional de la ciudad de Santiago. Al momento de ingresar a psicoterapia se encontraba buscando trabajo.

Antecedentes:

Oriunda de la V región donde vivió hasta los 14 años.

Hija única. Sus padres mantuvieron una relación prolongada de encuentros eventuales. Él falleció cuando ella tenía 2 años, por lo tanto no tiene recuerdos de este; María mantiene una relación esporádica y distante afectivamente con la familia paterna.

Se crio con sus abuelos paternos y una tía, ya que su madre se trasladó, por motivos laborales, a vivir a Santiago cuando ella tenía 6 años de edad. Hasta los 14 años veía a su mamá solo los fines de semana cuando ésta viajaba a visitarla. A esa edad su madre la trae a vivir con ella para que realice la enseñanza media en un colegio de la capital. Desde ese momento hasta la fecha, viven juntas.

La madre de María ha dedicado su vida a trabajar para mantener a su hija, a sus padres y para brindar apoyo económico a una de sus hermanas. De acuerdo a lo referido por María, su madre no ha vuelto a tener relaciones de pareja.



A los 20 años fue al psicólogo porque pensó que su enfermedad a la piel podía estar relacionada con estrés. Asistió a la primera sesión y luego la madre se negó a apoyarla económicamente argumentando que debía aprender a resolver los problemas sola, tal como ella lo había hecho hasta la fecha.

Motivo de consulta:

María es referida por el dermatólogo quien le diagnóstico dermatitis seborreica asociada a estresores ambientales; la indicación médica fue iniciar tratamiento tópico y psicoterapia. A la fecha de ingreso, María ya había comenzado el tratamiento tópico por lo que solo presentaba signos de la dermatitis seborreica en su frente. Sin embargo, refiere que esta le afecta su cara completa.

La paciente refiere: "quiero cambiar mi actitud petulante, no pescar tanto los problemas para que no me queden dando vuelta en mi cabeza por días y conseguir que mi madre entienda que ya no soy una niña y que me dé la libertad que me corresponde" Profundizando un poco más plantea "quiero crecer como persona, lograr ser más perseverante y enfrentar de mejor manera mi vida, sobre todo con mi mamá que no me deja realizarme".

Diagnóstico por paradigmas:

Paradigma biológico

 Refiere buena salud física, alteraciones previas a su ciclo



menstrual y problemas a la piel en forma recurrente.

- Presenta moderada sintomatología ansiosa y depresiva (insomnio de conciliación, irritabilidad, llanto, pena y desanimo).
- No realiza actividad física.
- Presenta Neuroticismo moderado lo que se traduce en una cierta tendencia a experimentar sentimientos negativos y una relativa dificultad para manejar el estrés.
- Da cuenta de psicotisismo alto, lo que se evidencia en su impulsividad o dificultad para controlar impulsos y deseos. Hay una marcada necesidad de gratificación inmediata.
- Presenta extroversión alta, lo que implica que disfruta de actividades sociales, que es orientada a la acción y muy volcada hacia el mundo exterior.

Paradigma ambiental-conductual

- Posee un reportorio conductual moderado, sin embargo producto de su impulsividad es poco asertiva, llegando incluso a presentar indicadores bajos de agresividad.
- Su comportamiento frente a los conflictos hace que estos frecuentemente se mantengan.
- Su uso del tiempo libre es el adecuado dentro de las posibilidades que tiene.

- Presenta una historia con presencia tanto de refuerzos como de castigos. La motivación para realizar cosas se instalaba desde lo extrínseco: el refuerzo era dado siempre antes de la ejecución de la conducta.
- Ha vivido en un ambiente extremadamente protector.
- Ha tenido dos relaciones de pareja. Una de ellas es la que mantiene hasta la fecha.
- Existen necesidades que la paciente identifica como fundamentales de ser cubiertas en esta etapa de su vida y que no se encuentran satisfechas debido a los conflictos materno-filiales.
- En el ámbito laboral se encuentra un poco frustrada debido a las pocas posibilidades de trabajo existentes y las bajas remuneraciones ofrecidas.

Paradigma cognitivo

- Presenta autoimagen baja, la representación que tiene de sí misma está fuertemente condicionada por su falta de realización personal y profesional.
- Percepción de autoeficacia media.
- Estilo atribucional externo, por ejemplo María atribuye la dermatitis seborreica exclusivamente a su madre y no a la relación que ambas mantienen y a su estilo de afrontamiento frente a estresores ambientales.



- Baja capacidad de autocrítica, alto nivel de exigencias y perfeccionismo.
- Da cuenta de irracionalidad cognitiva alta. Estos pensamientos irracionales son muy acordes con sus altos niveles de exigencia y perfeccionismo hacia sí misma y los otros.
- Tiene una fuerte tendencia al pensamiento rumiativo sin que lleguen a constituir obsesiones.
- Su proceso de toma de decisiones suele ser inadecuado ya que se ve influenciado por su impulsividad, hay una escasa evaluación conducta-consecuencia.
- Sus expectativas hacia la terapia son altas.

Paradigma afectivo

- María atribuye gran importancia a la apariencia física, por lo tanto los episodios de brote de la dermatitis seborreica han ido afectando negativamente su autoestima.
- Posee baja tolerancia a la frustración, factor identificado como desencadenante de los episodios de dermatitis seborreica.
- Presenta ánimo relativamente estable, sus cambios son atribuibles a su baja capacidad para tolerar estresores ambientales.
- Posee una gran dificultad para reconocer emociones y

- sentimientos (alexitimia secundaria), su repertorio emocional es escaso y sin matices. Se contacta fácilmente con afectos disfóricos.
- Si bien posee un umbral hedónico bajo, su capacidad de disfrute, en ocasiones, se ve entorpecida por pensamientos rumiativos negativos que le impiden disfrutar.
- Su capacidad de empatía es moderada.
- Posee una ansiedad social fluctuante condicionada por la aparición de los eccemas.
- Si bien existe motivación a la terapia, esta no se traduce necesariamente en una motivación al cambio. María espera que los otros cambien para estar bien.

Paradigma inconsciente

- María es una persona muy volcada hacia el exterior, no se siente cómoda consigo misma por lo que no ha desarrollado capacidad de introspección y por lo mismo presentan un bajo awareness.
- Alexitimia secundaria

Paradigma sistémico

 Familia de origen conformada por su madre y sus abuelos maternos.
 Desde muy joven la madre de María asume el rol de "la mujer de la casa" desplazando a su madre en las tareas del hogar y a su



padre en el rol de proveedor. Los abuelos asumen la crianza de María quienes, en concordancia con la madre, adoptan una actitud de sobreprotección hacia la nieta.

- María comienza a vivir con su madre en la adolescencia, donde los temores y expectativas de esta respecto al futuro de María, se incrementan aumentando su protección hacia ella. Esto va generando tensiones en la relación ya que María siente que su madre le impide crecer.
- Pautas de interacción rígidas: la madre trata a María como a una adolescente irresponsable y María se comporta como tal.
- Límites rígidos en el subsistema materno-filial impidiendo a los miembros conocer las necesidades del otro.
- Limites muy flexibles entre la familia nuclear de María y la familia de origen materna.
- El conflicto entre María y su madre es desviado hacia los conflictos existentes en la familia materna.
- María mantiene una relación de pareja desde hace 4 años. Es descrita como una relación simétrica con un costo energético moderado. Las principales dificultades que tienen son atribuidas a su madre.
- Sus relaciones interpersonales son relativamente conflictivas, tanto a nivel familiar como social. Tiene

pocos amigos y sus relaciones son superficiales.

Sistema self

- Baja capacidad de introspección y conocimiento de sí misma.
- Baja autoimagen y autoestima, moderada percepción de autoeficacia
- Dificultad para mirar desde distintos ángulos
- Se desorganiza fácilmente cuando las cosas no resultan como ella quiere o cree que debieran ser.
- Sus nortes orientadores corresponden a una fase del desarrollo previa (adolescente)
- Su vida carece de un sentido trascendente (presentismo)
- Es capaz de activarse con objeto de satisfacer sus necesidades sin embargo, no persevera.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos que se co-construyeron al inicio del proceso terapéutico fueron los siguientes:

- Generar motivación al cambio.
- Disminuir impulsividad.
- Modificar enfrentamiento a situaciones de estrés.
- Modificar pensamientos irracionales
- Mejorar relación materno filial.
- Aumentar autoestima, autoimagen y autoeficacia
- Ensanchar awareness integral.



Principios de Influencia que han sido activados en el proceso

- La motivación al cambio del paciente, la calidez y empatía del terapeuta, influyen aumentando la probabilidad de morfogénesis en el sistema psicológico del paciente.
- La motivación al cambio por parte del paciente influyen aumentando la probabilidad de que alcance los objetivos que se han planteado en su psicoterapia.
- La ingesta de ciertos fármacos específicos influye aumentando la probabilidad de ciertos afectos, cogniciones o conductas específicas.
- Ejercicio sistemático influye aumentando la probabilidad de relajación.
- El ambiente que responde en forma contingente a las conductas influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico en la persona.
- Un repertorio conductual amplio y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente.
- Un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico.
- La presencia de un estado afectivo positivo influye aumentando la probabilidad de que se fortalezcan expectativas de autoeficacia.

- La presencia de un estado de ánimo positivo estable influye aumentando la probabilidad de que la persona tenga una autoimagen positiva.
- Una mayor valoración cognitiva de las consecuencias positivas de la conducta influye aumentando la probabilidad de que esas consecuencias tengan un valor reforzante.
- La emisión de una conducta positiva percibida positivamente por la otra persona, influye aumentando la probabilidad de que ésta responda a su vez con una conducta positiva
- Una autoimagen y una autoestima positivas, influyen aumentando la probabilidad de un mejor awareness del propio mundo cognitivo emocional.
- Una tendencia generalizada a marginar de la conciencia las propias respuestas emocionales, influye aumentando la probabilidad de que se presenten desajustes psicofisiológicos
- El ampliar el "awareness" de la persona acerca de la relación entre su conducta y las consecuencias que le siguen, influye aumentando la probabilidad de que acceda a eventos reforzantes y se aleje de eventos frustrantes.

Conceptos movilizadores utilizados en el proceso



- Estímulos efectivos
- Principios de influencia
- Espacios de significación cognitiva
- Cogniciones afectivodependientes
- Awareness integral
- Conducta pulsante
- Trasfondo eficaz

Principales logros obtenidos hasta la fecha:

- María ha mantenido el tratamiento dermatológico durante todo proceso terapéutico, evidenciando una gran mejoría. Si bien los eccemas en la piel aparecieron en dos oportunidades, (ambas al inicio del proceso) la magnitud de ellas disminuyó, lo que María tolero muy bien, sin que esto fuera en desmedro de su calidad de vida.
- Mediante control ginecológico se manejaron los cambios en el estado de ánimo vinculados a los períodos menstruales, disminuyendo considerablemente la irritabilidad.
- Se logró manejar el insomnio, por medio de psicoeducación en higiene del sueño.
- María comenzó a realizar actividad física percibiendo un cambio favorable en el estado de ánimo, lo que ha permitido que la conducta se mantenga en el tiempo.
- María aprendió técnicas de relajación mediante la respiración y empezó a realizar con mayor

- frecuencia actividades recreativas que le generaban afectos positivos.
- Se identificaron las situaciones específicas que generaban mayor estrés y mediante modeling se ensayaron e implementaron estrategias de abordaje diferentes.
- María comenzó a identificar sus verdaderas necesidades (diferenciando "lo que necesito" de "lo que quiero") esto permitió que fuera aprendiendo a postergar gratificaciones, disminuyendo considerablemente la frustración frente a lo que no se podía obtener.
- Se amplió el repertorio conductual y se fue trabajando la asertividad y empatía.
- Se realizó trabajo con reconocimiento y entrenamiento de emociones, se logró que identificar aprendiera а sensaciones corporales ligadas a disfóricas emociones У placenteras, esto favoreció el control de impulsos.
- Mediante la construcción de un trasfondo eficaz de logro mejorar autoeficacia y autoestima.
- Se logró que identificara y asumiera responsabilidades frente a sus problemas adoptando una apertura al cambio.
- Cambios importantes en su funcionamiento psicológico y en la imagen de sí misma ha permitido



una mejor pulsación del ambiente, lo que ha favorecido que María cambie la lógica refuerzo-conducta por la de conducta-refuerzo.

- Se identificaron pensamientos irracionales, logrando que algunos de estos se modificaran mediante la instalación de pensamientos alternativos. La evaluación positiva de las consecuencias que ha tenido en su vida pensar de una manera distinta ha permitido el arraigo de estos cambios y la motivación para comenzar a trabajar en aquellos que no se han cambiado aún.
- Se trabajó con la Madre de María: etapas del desarrollo vital y sus necesidades, estrategias de reforzamiento y límites; esto se ha traducido en un cambio importante en la relación. María ha logrado aceptar y respetar a su madre, entendiendo que hay cosas que no van a cambiar, solo mejorar.
- Previo al proceso de psicoterapia, las crisis de dermatitis seborreica se presentaban cada vez que discutía con su madre. Ahora las discusiones han disminuido y María las enfrenta de una manera distinta. Los resultados obtenidos hasta la fecha se traducen en María en el último año, no ha vuelto a presentar eccemas en su rostro.

En la medida que el proceso fue avanzando y la evaluación de los logros alcanzados fue positiva, se han ido incorporando otros objetivos vinculados al desarrollo personal. Esto se abordado a nivel de replanteamiento de proyectos vitales (como por ejemplo estudiar una carrera que le permita un profesional desarrollo vinculado desarrollo personal). El proceso con María no ha concluido, aún faltan aspectos por reforzar y otros que no han sido abordados; así como tampoco se ha hecho un anclaje de los cambios obtenidos.

Conclusiones

El presente trabajo solo ha pretendido realizar una ejemplificación clínica del abordaje de un trastorno psicocutáneo desde el EIS, con el objetivo de mostrar la integrativa psicoterapia como alternativa terapéutica. La revisión del caso expuesto permite mostrar cómo la mejoría del paciente se logra gracias a la construcción conjunta de objetivos claros y alcanzables; la realización de diagnóstico integral que manifiesto las áreas que requieren ser trabajadas con el paciente, de esta manera, el mismo diagnóstico, además de ser una herramienta terapéutica en sí misma⁹ guía el diseño de la intervención; y por último el uso creativo y oportuno de los principios de influencia, los conceptos

herramienta de intervención durante todo el proceso.

-

⁹ En Psicoterapia Integrativa se utiliza para el diagnóstico la Ficha de Evaluación Clínica Integral, que no solo cumple con la función diagnóstica sino que además constituye una

ICPSI

movilizadores y otras técnicas específicas. La extensión del trabajo realizado impide explayarse y mostrar, por ejemplo como el uso no común de los factores comunes a todos los enfoques van contribuyendo al cambio terapéutico.

Hasta la fecha las intervenciones en trastornos psicocutáneos han privilegiado el uso de un enfoque u otro de la psicología. El abordar estos trastornos desde el EIS implica asumir una postura neutral frente a los seis paradigmas del modelo, dejando que mediante el diagnóstico integral, estos nos muestren los caminos a seguir en el proceso de intervención rescatando los aportes de cada paradigma en función de cada caso o paciente.

Ahora bien, a partir de lo expuesto no es posible establecer generalizaciones por lo que se hace necesario realizar investigaciones que permitan ir generando evidencias sobre los aportes de este modelo en relación a la predicción y el cambio en psicoterapia de los trastornos psicocutáneos.

Tal como se muestra en la revisión del estado del arte, se encuentra poca evidencia que de cuenta del trabajo terapéutico realizado con estos pacientes; y la evidencia encontrada del trabajo realizado en Chile, proviene de Dermatólogos, no se encuentra nada desde la psicología. Por lo tanto, se hace necesario también investigar qué está pasando con estos pacientes en nuestro país están siendo derivados

psicoterapia? ¿cómo se está trabajando con ellos? ¿existe diálogo entre los profesionales que se están haciendo cargo de estos trastornos? ¿es posible establecer un perfil del paciente dermatológico que permita definir lineamientos de intervención específicos o deben ser abordados como cualquier otro paciente?

El tema abre un sin número de interrogantes que sin duda, más temprano que tarde requerirán de respuestas.

Referencias

- American psichiatric association,. United States of America (2013). DSMV Diagnostic and Manual of mental disorder. Fith edition. Isbn 978-0-89042-554-1.
- **Anzieu, D., Tarrab, G.,** (1990) A Skin for Thought: Interviews with Gilbert Tarrab on Psychology and Psychoanalysis. London, Karnac Books.
- Azambuja, R., (2000) Dermatología Integrativa: a pele em novo contexto. An bras Dermatol. Extraído el 13 de abril de 2013 desde www.anaisdedermatologia.org.br
- Calderón, P., Zemelman, V., Sanhueza, P., Castrillón, M., Matamala, J., Szot, J. (2009). Prevalence of body dysmorphic disorder in Chilean dermatological patients. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. Extraído el 6 de febrero de 2014 de www.onlinelibrary.wiley.com.
- Grimal, F., Cotterill, J., (2002) Dermatología y Psiquiatría. Aula Médica Ediciones. Extraído el 6 de febrero de 2014 de www.hispasante.hispagenda.com
- **Koblenzer C.,** (1983) Psychosomatic concepts in dermatology. Extraído el 17 de febrero de 2014 en www.archderm.jamanetwork.com
- Koblenzer, C., Koblenzer, P., Tausk, F., (2008) What is psychocutaneous medicine? Extraído el 17 de febrero de 2014 en www.archderm.jamanetwork.com



- **Koo, JYL., Lee, CS.,** Eds Psychocutaneous medicine. New York, Marcell Dekker, Extraido el 17 de febrero de 2014 en www.sciencedirect.com
- Ludwig, M., Müller, M., Redivo, L., Calvetti, P., Machado da Silva, L., Hauber, L., Facchin, T., (2008) Psocodermatología e as intervencoes do psicólogo da saúde. Mudancas – Psicología da Saude. Extraído el 6 de febrero de 2014 de www.lilacs.bvsalud.org
- Müller, M., Ramos, D. (2004) Psicodermatología: uma interface entre psicología e dermatología. Psicología, ciência y profissão. Extraído el 17 de febrero de 2014 de www.lilacs.bvsalud.org
- Mercan, S., Kivanç, I., (2006) Psychodermatology: A Collaborative Subject of Psychiatry and Dermatology; Turkish Journal of Psychiatry. Extraído el 13 de abril de 2013 desde www.lilacs.bvsalud.org
- Opazo, R. (2001). Psicoterapia Integrativa, Delimitación Clínica. Ediciones ICPSI.

- Poot F, Bourlond A. (1995) Systemic analysis and dermatology. Another reading about symptoms and treatment. Ther Fam; www.archderm.jamanetwork.com
- Rodriguez-Cerdeira, C., Pera-Grasa, J., Morales, A., Isa-Isa, R., Arenas-Guzmán, R. (2011).

 Psychodermatology: Past, Present and Future.

 Extraído el 6 de febrero de 2014 de www.lilacs.bvsalud.org
- Wolf, K., Goldsmith, L., Katz, S., Gilchrest, B., Paller, A., Loffell, D., eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7thedn. New York, NY: McGraw Hill. Extraído el 17 de febrero de 2014 de https://www.mcgraw-hill.com
- Schwartz, R., Sepúlveda, Quintana J., (2009) Factores Psicobiológicos en vitíligo infantil:



El Hombre agresor de su pareja: Un actor desconocido Aproximación a un Modelo Teórico de Tipologías de hombres Maltratadores

Javier Barría Muñoz ·

Abstract

This paper presents an approach to a Theoretical and Empirical Model of Typologies of Male abusers, based on significant sample size of about 832 men, 18 to 78 years old, from the fifteen centers across Chile implementing the program "Men for a life without violence" (HEPVA) of the National Service for Women. The findings show that male abusers are a distinct group from the population of non-abusive males. The main characteristics of this group are: the difficulty of expression of anger and its internal and external control, the preponderance of fearful/disorganized attachment, and misogynistic and sexist beliefs about women and violence. The research is based on the continuity of typological research based on cluster analysis that comes attached to the need for an empirical body that allows to discuss different approaches to research and treatment of offenders towards their partners.

Keywords: types of male abusers, domestic violence, men abuse their partners, violent coercive control.

Resumen

El presente trabajo muestra una aproximación a un Modelo Teórico-Empírico de Tipologías de Hombres maltratadores, basado en un tamaño de muestra significativo de un total de 832 hombres, de 18 a 78 años, de los quince centros de Arica a Punta Arenas que implementan el programa "Hombres por una vida sin violencia" (HEPVA) del Servicio Nacional de la Mujer. Los hallazgos muestran que los hombres maltratadores son un grupo distinguible de la población de varones no maltratadores. Entre las características principales de este grupo están: la dificultad de expresión de la ira y su control interno y externo, el predominio de estilos de apego temeroso/desorganizado y preocupado, y creencias machistas y misóginas en relación a la mujer y a la violencia. La investigación se basa en la continuidad de las investigaciones tipológicas basadas en análisis de clúster que viene unida a la necesidad de contar con un cuerpo empírico que permitan dialogar entre distintos enfoques de investigación y tratamiento de agresores hacia sus parejas.

Palabras clave: tipología de hombres maltratadores, violencia de género, hombres que maltratan a su pareja, control coercitivo violento.

^{*}Doctor en Psicoterapia y Etiología Clínica Universidad de Chile-Pontificia Universidad Católica de Chile. Psicólogo y Trabajador Social. La correspondencia relativa a debe ser dirigida a Javier Barría, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Edificio Monseñor Gimpert, Avenida Brasil 2830, Valparaíso, Chile, teléfono (56) (32) 2273357. Email: javier.barria@ucv.cl

ICPSI

Introducción

La violencia intrafamiliar es uno de los problemas más graves de nuestra sociedad. Adopta múltiples modalidades incluvendo el maltrato psicológico, económico, abuso sexual, y el maltrato físico, llegando en su extremo más cruel en el homicidio de la pareja íntima (Calvete, 2012). Sin embargo, la figura del hombre como perpetrador de la violencia se mantiene escasamente estudiada, como lo manifiesta el metaanálisis donde se revisan 944 investigaciones sobre violencia intrafamiliar, el 93,5% estaban centradas víctimas: preferentemente en las mujeres, y solo el 6,5 % de las investigaciones restantes se enfocaban en los hombres maltratadores, y en sus modalidades de tratamiento (Carrasco-Portiño, Vives-Cases, Gil-González, & Álvarez-Dardet, 2007).

La violencia intrafamiliar es una enfermedad social, que requiere de un diagnóstico y tratamiento. Una de las modalidades de investigación que se han seguido, es el levantamiento de perfiles del hombre maltratador para establecer un diagnóstico de atención de acuerdo a la gravedad de la violencia producida (Cavanaugh & Gelles, 2005).

No obstante, no se ha llegado a un consenso entre los investigadores sobre un perfil común que reúna las

características suficientes que puedan generar un diagnóstico diferencial y una tipología única (Loinaz, Echeburúa, & Torrubia, 2010). Tampoco se ha podido establecer, si los maltratadores son una población distinguible de los hombres sin historia de violencia con su pareja (Ferrer, Bosch, García, Manassero, & Gili, 2004).

Una forma de abordar la complejidad de la problemática de la violencia de pareja, fue optar por un paradigma investigación multiaxial 0 multidimensional. La perspectiva multiaxial ha sido asumida especialmente en España, donde se ha entendido que la violencia de pareja podría ser el efecto de una serie de factores de riesgo, o variables causales, tales como: características psicopatológicas y de personalidad, las creencias y distorsiones cognitivas en relación a violencia y feminidad, y las formas de resolución de conflicto, entre otras (Echeburúa, Amor, & Corral, 2009; Echauri, 2010; Loinaz, 2008).

La perspectiva multiaxial fue la elegida para la presente investigación con el propósito de despejar dos incógnitas adicionales. La primera, establecer si existen diferencias entre la población masculina que ejerce maltrato y la población de hombres que no tienen historia de maltrato hacia su parejas, y la segunda, es incluir variables

Vol. V, 2014



intervinientes, como son los trastornos de personalidad y el apego, en relación a la gravedad producida por la violencia del suieto.

Una de las dificultades que presentan las investigaciones en Latinoamérica, es que los programas de atención con hombres maltratadores y su judicatura están en una fase piloto como política social, como es el caso de Chile que comenzó a atender con un programa nacional especializado en el año 2011 (Barría & Macchiavello, 2012). A su vez, la escasa literatura latinoamericana con hombres maltratadores sólo se ha basado en la experiencia clínica particular (Corsi, Dohmen & Sotés, 1994), o han incluido una sola variable de análisis: personalidad (Aguilera, 2004) entrevistas en profundidad que indagan violencia y creencias hacia la violencia y género (Madrigal, 2010).

Factores de riesgo asociados al maltratador

Se propone una hipótesis teórica, sobre la participación de los hombres en la violencia doméstica, la cual sería un continuo que iría desde la no violencia a la violencia. Por lo cual, se denominó: Teoría del continuo No Violencia -Violencia Masculina". Esta teoría se basa en el dato empírico estimativo, que la proporción de hombres que no ejercen

violencia hacia su pareja es de 5 a 1, es decir, de cada cuatro parejas que se forman, una sufre violencia, aproximadamente entre el 25 al 30% de las parejas, sufren algún tipo de violencia (SERNAM, 2012).

Los grupos de hombres van desde los sujetos que no tienen historia de violencia previa, a los cuales considerarán como igualitarios, pacíficos, y respetuosos. Pasando por un segundo grupo donde estarían los machistas, que no estarían exentos de conflictos, pero donde existe una mayor probabilidad de abandonar la violencia como forma de mediación de conflicto. Los grupos tercero y cuarto, serían los machistas, violentos psicológicos, físicos y sexuales, que se considerarían como hombres dominantes, violentos, irrespetuosos. Estando en la cúspide de la pirámide los delincuentes, antisociales, asesinos y femicidas.

La propuesta teórica del continuo "Violencia - No Violencia Masculina", implica asumir un paradigma multiaxial donde están relacionados factores de riesgo asociadas al maltratador que facilitarían la violencia perpetrada hacia las mujeres, y que actuarían como variables causales o intervinientes. A su vez, permite entender la lógica psicojurídica de la intervención con hombres maltratadores, quienes estarían dentro sociopático, de un espectro con



responsabilidad jurídica frente a sus actos, ya que su conducta abusadora estaría poniendo en riesgo la vida de su pareja íntima y demás miembros de su familia (Hamel & Nicoll, 2006), por lo cual

hay que detenerla y reeducar hacia formas pacíficas de resolución de conflictos (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2009).

Grafico N° 1.
Factores de Riesgo asociados al maltratador.

FACTORES RELACIONALES Y DE LA HISTORIA FAMILIAR		FACTORES PSICOPATOLÓGICOS Y AFECTIVOS		
Insatisfacción de la rel pareja Necesidad de padar y cor	ntrol	Ira, Hosti Depresión DOMÉSTICA:		
FACTORES COGNITIVOS	FACTORES CONTEXTUALES		USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS	
 Atribución externa de la responsabilidad 	• Ces	antía		

Como vemos en el Gráfico N°1, los factores multicausales de riesgo asociadas al maltratador se pueden englobar de la siguiente forma. Primeramente existen **Factores** Relacionales y de la Historia Familiar: como haber presenciado o sufrido abuso en la niñez (Dekeseredy & Dragiewicz, 2007; Blaquez, Moreno, & García-Baamonde, 2010); y por lo tanto, de antecedentes violencia transgeneracional en la familia de ambos (Cabrera & Granero, 2010); actitudes en favor de la justificación de actos violentos (Bosch, Ferrer, & Gilli, 1999); que se justifican desde la posesividad y el control que el Hombre maltratador ejerce sobre su mujer, sintiéndose su "propietario" (Dutton & Haring, 1999; Dutton, Corvo & Hamel, 2009); por actos de "desobediencia" de la mujer según las creencias sexistas del hombre (Wardham, 1996; Gondolf, 1997; Zarza & Frojan, 2005).



En segundo lugar, existen factores Psicopatológicos y Afectivos: como son la Inestabilidad emocional, que implica un déficit en el control de las emociones, baja tolerancia a la frustración con incontroladas reacciones desproporcionadas a los estímulos, e inseguridad. La Impulsividad agresividad, se entiende como una disposición afectiva conductual ٧ suspicaz y afectable por los sentimientos por parte del maltratador, quien además sería sensible y dependiente a la relación de pareja. Tiende a interpretar los hechos en su perjuicio, e incluso existiría una tendencia a la celotipia y a la paranoia. Una Alta conflictividad consigo mismo, un alto nivel de ansiedad, que produce al sujeto un intenso malestar psíquico, sobreexcitación y posibilidad de reacciones explosivas (Vargas, 2010; Castellanos. Lachica. Molina & Villanueva, 2004).

Estilos de apego inseguro o ambivalente. Babcock, Jacobson, Gottman, & Yerinton (2000), examinaron las diferencias en las relaciones de los hombres violentos, los estilos de apego y la regulación emocional. Encontraron, que los hombres violentos desean cercanía con su pareja, pero también distancia y libertad, sin embargo, no quieren lo mismo para sus esposas y es probable que les dificulte el ser abandonados o abandonar a su pareja. Babcock et al.

(2000) hipotetizan que un estilo de apego ambivalente, más la conducta ansiosa del hombre podría llegar a ser una fuente de violencia cuando empieza a tener miedo por la pérdida de su relación de pareja.

Robinson (2005) menciona que el apego no explica la conducta violenta, pero permite entender los procesos psicológicos y emocionales presentes, déficit tales como: cognitivos reactancia emocional, además de cierta tendencia a la impulsividad. Los adultos con estilo de apego ansioso-evitativo, tienden a llevarse no tan bien con los demás, debido al uso ineficiente de estrategias de afrontamiento, es menos probable que se vean como agradables, y apreciados, y tienden a ver a otros como menos bien intencionados (Holtzworth-Monroe & Stuart, 1994).

Dutton (1999) en su hipótesis de la maltratador personalidad del había descrito que los cónyuges violentos tienden al estilo de apego ansiosoambivalente. Estos adultos informan que tienden a la soledad, al temor y al miedo al perder a sus cónyuges (Robinson, 2005). Además, existe evidencia que los hombres violentos están mucho más preocupados por el abandono en las relaciones, son más dependientes y tienden a experimentar niveles más altos de los celos que hombres con otros



estilos de apego (Holtzworth-Monroe & Stuart, 1994).

En tercer lugar, están los factores asociados al uso y abuso de sustancias y drogas: el alcohol y el abuso de drogas, están implicadas en relaciones violentas, tanto entre las víctimas y los autores (Dutton, 1999). En cuarto lugar están los factores cognitivos: Distorsiones cognitivas ligadas a la creencia sobre la Dominancia, necesidad de imponer las propias opiniones y que las cosas se hagan a su modo, a menudo ligada al orgullo y amor propio con intolerancia a la humillación y al desaire (Quinteros & 2008).En quinto carbajosa, existirían factores de contexto, carácter distal, como por ejemplo el estrés por bajos ingresos y el desempleo (Magdol, Moffitt, Caspi, Fagan & Silva, 1997).

Tipologías de hombres Maltratadores

Una de las controversias entre los investigadores es que no existe un perfil único. Hay un consenso a partir de la evidencia empírica de dos a tres tipos de maltratadores. Como vemos en la Tabla N° 1, están a) los maltratadores sólo violentos con su familia, y b) los maltratadores violentos generales. Existe un grupo intermedio que no todos los

investigadores lo informan, que sería el grupo de maltratadores ciclotímicos o inestables emocionalmente.

Los primeros esfuerzos de clasificación empíricos-deductivos se generaron a partir de las experiencias clínicas y de consultas de los profesionales que comenzaban a trabajar con hombres agresores y sus familias (Holztworth-Munroe & Stuart, 1994), siendo un avance importante el establecimiento de perfiles diferenciales psicopatológicos y de trastornos de personalidad a partir de instrumentos como el MMPI (Minnesota multiphasic personality inventory) y del **MCMI** (Millon Clinical Multiaxial Inventory) (Amor, Echeburúa, Loinaz, 2009). Estos estudios, se centraron en establecer tipologías en base a tres dimensiones: la gravedad de la violencia, la generalidad de la violencia (hacia su mujer, niños y demás personas) y la presencia de psicopatología clínica y trastornos de personalidad (Johnson & Ferraro, 2000).

La primera tipología más citada, es la de Dutton y Golant (1997) quienes separan a los maltratadores en tres categorías: a) Tipo A: Maltratador Básico, b) Tipo B: Maltratador Hipercontrolador y c) Tipo C: Maltratador Psicópata (citados en Quinteros y Carbajosa, 2008). La segunda tipología más citada, es la de *Holztworth-Munroe y Stuart (1994*), quienes a partir



de un análisis de 15 investigaciones, llegaron a la conclusión que hay tres subtipos de hombres que maltratan:

- a) Violentos sólo en la familia (FO). Establecieron, que aproximadamente el 50% de los maltratadores son Violentos solo con su familia, con una violencia de baja severidad y generalidad, con baja implicación delictiva por parte del agresor y niveles bajos de abuso de alcohol e intensidad moderada de la ira, que vendría siendo similar al maltratador básico informado por Dutton y Golant (1997).
- b) Una segunda de categoría maltratadores son: los Disfóricos/Borderline ((DB). Un 25% de las muestras analizadas, la constituían sujetos violentos contra la pareja, más severos que los FO, con una violencia extrafamiliar e implicación delictiva moderada. baia 0 Este subtipo padecería, además del trastorno de personalidad borderline o esquizoide, niveles moderados de abuso de alcohol y altos niveles de depresión e ira.
- c) Un tercer grupo, lo constituyen los c) Violentos en general (GVA). Un 25% de la muestra, presentaban niveles moderados a alto de violencia hacia su

pareja, con una implicación delictiva y características de la personalidad antisocial, con consumo abusivo de alcohol, y niveles moderados de ira y bajos de depresión, que vendría siendo similar al Maltratador Psicópata de Dutton y Golant (1997).

Posteriormente, Cavanaugh y Gelles (2005) establecieron una categorización de los maltratadores a partir del riesgo potencial del agresor hacia la víctima. Se establecen tres niveles: a) Agresores de bajo riesgo, a lo menos el 50% de las muestras de maltratadores presentan menos patología y similar al resto de la Un segundo población. grupo Agresores de riesgo moderado, presencia moderada de violencia, con moderado a bajo control de la ira, y con moderado a alto nivel de psicopatología. Este grupo, es similar al informado por disfórico/límite de Holztworth-Monroe v Stuart, y los hipercontroladores de Dutton. Un tercer grupo, o de alto riesgo, con una larga historia de violencia intra y extrafamiliar, con consecuencias asociados al abuso y el maltrato, que permiten reconsiderar una de las primeras teorías tipológicas de Dutton (1988) sobre antisociales, con un alto nivel de psicopatología, con un alto riesgo incluso de femicidio.



Tabla 1.
Síntesis de tipologías de Maltratadores a partir de Riesgo del Agresor

	Agresores de Bajo Riesgo	Agresores de riesgo	Agresores de Alto Riesgo	
		moderado		
Gondolf (1988)	Tipo III-típica		Tipos I y II	
Jacobson & Gottman (1995)	Pitbull		Cobra.	
Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)	Violento solo con su familia	Disfórico-límite	Violencia Generalizada	
Hamberger, Lohr, Bonge, y Tolin (1996).	No patológica	Pasivo-agresivo- dependientes	Antisociales	
Dutton & Golant (1997)	Cíclico	Hipercontroladores	Psicopático	
Johnson (1995)	Terrorista Intimo, violencia solo con la pareja		Violencia Generalizada	
Saunders (2003)	Solo en la familia	Emocionalmente Volátiles	Generalizado	
Echeburúa et al (1997,1999, 2009)	Solamente violento con la familia		Generalizado	
Bajo la gravedad de la violencia	Bajo la gravedad de la violencia	Moderado gravedad de la violencia	Alta severidad de la violencio	
Baja frecuencia de la violencia	Baja frecuencia de la violencia	de frecuencia moderada de la violencia	de alta frecuencia de la violencia	
Poco o nada de la	Poco o nada de la	de moderada a alta	Los altos niveles de	
psicopatología	psicopatología	psicopatología	psicopatología	
Por lo general, sin	Por lo general, sin		Por lo general, tienen	
antecedentes penales	antecedentes penales		antecedentes penales	

Fuente: Cavanaugh y Gelles (2005); Quinteros y Carbajosa (2008).

Como vemos en la Tabla N°1, los maltratadores de bajo riesgo y de riesgo moderado que han realizado maltratos físicos o psicológicos ocasionales a su pareja, tienen un mejor pronóstico de revertir sus conductas violentas (Hanson & Wallace-Capretta, 2005), sin embargo los agresores de alto riesgo o antisociales se cuestiona que si una terapia psicoeducativa sea suficiente (Dutton, 1988) y que como señalan Hamel y Nicholl (2006) un hombre antisocial o con violencia generalizada, tiene que medidas estar sometido a otras

restrictivas (de tipo penal) que permitan su control conductual de manera más efectiva.

Una tercera modalidad, desde un enfoque fisiológico, es la propuesta de Gottman y Levenson (citados en Quinteros & Carbajosa, 2008), quienes midieron la respuesta cardiaca de hombres golpeadores, en reposo y durante un conflicto, identificaron dos grupos; Maltratador Tipo I o Cobra, y maltratador tipo II o Pitbull. Se produce, lo que denominaron, ensamblaje

Vol. V, 2014

ICPSI

fisiológico: el contagio de la aceleración fisiológica del uno al otro. ensamblaje fisiológico, cuando se analizan con detalle las emociones subvacentes, no es simétrico, sino que sutiles diferencias existen en devolución y el contagio de elementos negativos de las mujeres y de los hombres. Las emociones negativas que predominan entre los hombres son ira y desprecio, mientras que las correspondientes de la mujer son tristeza y miedo.

Método

Diseño: Se diseñó una investigación no experimental y transeccional, de carácter descriptivo y correlacional.

Muestra: La muestra incluyó a la totalidad de la cohorte atendida entre los meses de Enero 2012 a Enero de 2013 de los usuarios del programa "Hombres por una Vida sin Violencia" (HEPVA) del Servicio Nacional de la Mujer de las 15 ciudades capitales regionales de Chile. La muestra quedó conformada por 832 sujetos que cumplían los requisitos de ser mayor de 18 años y que hayan sido derivados por violencia física psicológica de Fiscalía, Tribunales de Familia, Juzgados de Garantía, Instituciones del estado, FFAA, Instituciones de Educación, Salud y empresas en general. Además se incorporaron a la muestra, los sujetos ingresados al programa por demanda espontánea que asisten en forma voluntaria al programa, y una muestra control de 100 de sujetos sin historia de violencia previa.

Técnicas de Recolección de datos. Para este estudio fueron utilizados cinco instrumentos.

El IMAFE Inventario de Creencias en Relación la **Femeneidad** V Masculinidad. El inventario de creencias relación a la femeneidad masculinidad, mide los papeles de género a partir de la evaluación de características masculinas y femeninas de personalidad, machismo y sumisión (Lara, 1993, citado en Gil, 2005). Consta de cuatro escalas de las cuales se caracterizan seis perfiles, masculino, femenino, machismo, androginia, indiferenciación o sin extremos y sumisión. La escala de 60 ítemes fue sometida a prueba de consistencia mediante interna el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente estandarizado de .78, lo cual indica un buen nivel de consistencia interna.



Escala de Tácticas de Conflicto CTS-2 (Conflict Tactics Scales-2). Se utilizó la versión española de la CTS-2, adaptada por Loinaz (2009), la cual fue chequeada con la versión original de Straus, Hamby, Mc Coy y Sugarman (1996). Mide el grado en que una pareja se ven envueltos mutuamente en ataques físicos o psicológicos, así como el uso del razonamiento y la negociación para resolver conflictos (Straus et al., 1996). Tiene 78 ítemes: 39 para cada miembro de la pareja. La escala de 39 ítemes, correspondientes a las categorías de análisis del maltratador, fue sometida a prueba de consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente estandarizado de .91, lo cual indica un alto nivel de consistencia interna.

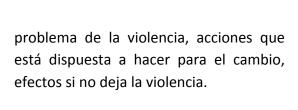
Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Spielberger, versión española de Miguel-Tobal, Casado, Cano y Spielberger 2001). El instrumento consta de 49 ítemes relacionados. La primera subescala de 14 ítems, Ira-estado, mide la intensidad de la emoción de la ira en un momento determinado. La segunda escala de 10 referidos a la *Ira-rasgo*, *mide* la disposición para sentir ira habitualmente. Y la tercera escala, de 24 ítems, mide la Expresión y control de la ira. La escala de

ítemes, correspondientes a las categorías de análisis del maltratador, fue sometida a prueba de consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. obteniéndose un coeficiente estandarizado de .934, lo cual indica un alto nivel de consistencia interna,

Escala de Experiencia en Relaciones Cercanas (ECR). Se utilizó en forma definitiva la versión de Figueredo y Gaxiola (2007) y revisada con la versión de Fraley (2006). La escala de 49 ítemes, correspondientes a las categorías de análisis del maltratador y de la población sin historia de violencia. Fue sometida a prueba de consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente estandarizado de .791, lo cual indica un buen nivel de consistencia interna.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, 1997; versión española de TEA Ediciones). Es un autoinforme de solo 175 ítems con un formato verdadero-falso, que evalúa diferentes aspectos de la personalidad a través de 26 escalas (Cardenal, Sánchez y ellas, Ortiz-Tallo, 2007). De 11 corresponden a patrones clínicos de personalidad: Esquizoide, Evitativa,

Vol. V, 2014



ICPSI

depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádica, Compulsiva, Negativa (Pasivo-agresiva) y Autodestructivo; 3 a una patología grave de la personalidad: Esquizotípica, Límite y Paranoide: 7 a síndromes clínicos: Ansiedad. Trastorno Somatomorfo (histeriforme), Bipolaridad, Distimia, dependencia al alcohol, Abuso de y Trastorno de estrés sustancias, Posttraumático; y tres síndromes clínicos graves del Trastorno Pensamiento (psicoticismo), Depresión mayor Trastorno delirante. Asimismo, dispone de 4 escalas de fiabilidad y validez: Sinceridad, Deseabilidad Validez, Distorsión. Los coeficientes alfa de consistencia interna de la versión española para las diferentes escalas oscilan, en general, entre 0,70 y 0,90 (Cardenal, Sánchez, y Ortiz-Tallo, 2007).

Procedimiento. La batería de instrumentos fueron aplicados por los equipos técnicos de cada ciudad donde se ejecuta el programa "Hombres por una vida sin violencia". Los instrumentos se aplicaron en las 4 primeras sesiones, que sirven de diagnóstico integral del sujeto.

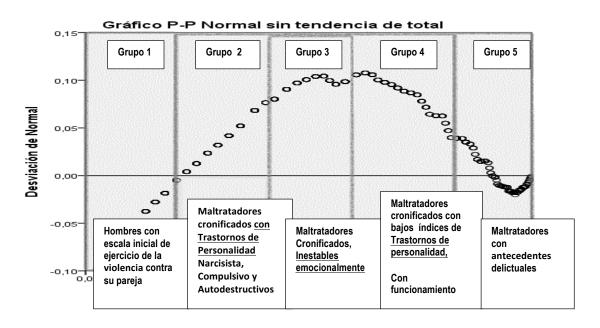
Cuestionario General sobre Violencia (Barría & Macchiavello, 2011, 2012). El Cuestionario General sobre Violencia de Barría y Macchiavello (2011, 2012). Los ítemes obtienen antecedentes sobre las variables tales como: a) antecedentes sociodemográficos; b) Antecedentes Delictuales; c) Historia Familiar; d) relación de pareja; e) relación de pareja y familia nuclear actual; f) efecto de la violencia en los niños, g) Estado de salud; h) Resolver el problema: aceptación del

Resultados

El análisis de los datos se centró en la elaboración de una teoría unificada que permita discriminar las tipologías actuales a partir de porcentajes de participación de los grupos maltratadores y no maltratadores por clúster, en relación al riesgo expresado en las tácticas de conflictos usadas. Se pueden distinguir dos grupos: el 49% corresponden a alto y extremo riesgo y el 51% a medio y bajo riesgo, el grupo de control de hombres sin historia de maltrato se incluiría en el grupo de bajo riesgo.



Grafico N° 2.
Distribución Normal de la Violencia Cronificada.



En el Grafico N° 2, podemos apreciar que el ejercicio de la violencia se distribuye normalmente, estando en la esquina izquierda con un 18% de la muestra, los hombres que están iniciando una escalada de violencia (Grupo 1), por lo tanto, marcan puntajes altos de violencia física y psicológica en la escala de tácticas de conflicto. Son principalmente de demanda espontánea y derivados del Tribunal de Familia. Se cree, que en grandes poblaciones está frecuencia aumenta levemente en un 20% de los hombres. Son un grupo contradictorio, porque aparecen de alta peligrosidad, se han auto-denunciado de haber infringido violencia grave hacia su pareja, y ellos mismos han solicitado ayuda, pero también desertan en un número superior al 60%.

En la esquina derecha, también se ubicó de maltratadores al grupo con antecedentes delictuales (Grupo 5) que se encuentran repartidos entre los derivados por fiscalía y espontáneos, con un porcentaje del 8%. Existiría acuerdo con el grupo de violentos en general encontrados análisis en los de Holtzworth-Munroe (2004) y Dutton (1999),sin embargo, existe discrepancia basada en que este grupo aparece utilizando violencia psicológica y baja frecuencia de violencia física, por lo cual, sería una continuación de los hombres con violencia cronificada.



Los grupos dos, tres y cuatro, de derecha a izquierda, corresponden al 67% de la muestra de maltratadores, son violentos solo con su pareja, no tienen antecedentes delictuales y el ejercicio de la violencia se encuentra cronificado. La hipótesis que la violencia se encuentra cronificada, se basa en la información que desde el inicio del primer episodio de violencia al presente sobre el 70% tiene más de 5 años de ocurrencia. En la investigación de Barría y Macchiavello (2012), se encontró que el ejercicio de la violencia era primordialmente psicológica.

Sin embargo, revisando la pregunta desde cuanto tiempo de iniciada la relación de pareja se produjo el primer episodio de violencia, el 52,8% menciona que inicio la violencia entre el pololeo y los 6 primeros meses de iniciado la relación de pareja. Por lo tanto, éste grupo refleja una violencia cronificada, predominantemente machista misógina, y donde la principal estrategia de resolución de conflictos es la violencia psicológica para mantener los privilegios masculinos, concordante con el concepto de "terrorismo íntimo" descrito por Jhonson (2006).

Por lo tanto, la violencia cronificada no se puede atribuir solo atribuir a la hipótesis de la diferencia de género, ya que como veremos a continuación la muestra de trastornos de personalidad y síndromes clínicos son un 100% mayor que en poblaciones normales. Dutton y Bodnarchuk (2005), plantean que en poblaciones normales los trastornos de personalidad corresponden a un 20%, en cambio, en la muestra de maltratadores alcanza al 37%. El segundo grupo, se divide en tres subgrupos reconocibles:

- El primer grupo (Grupo 3), a) el análisis de clúster los agrupó dentro de cuadros de trastornos del ánimo (distimia, depresión, bipolaridad, personalidad autodestructiva), lo por cual correspondería а un grupo inestable emocionalmente. hipotetiza que éste grupo es de alto a extremo riesgo, y requiere atención farmacológica, de adicional a la psicoterapia.
- b) El segundo grupo (Grupo 2), presenta trastornos de personalidad, especialmente el T.P Narcisista, T.P Compulsiva y el T.P autodestructiva, lo cual correspondería a un grupo con déficit en la empatía. Son un grupo funcionalmente adaptados.
- c) Un tercer grupo (Grupo 4), bajo nivel presenta un trastornos de personalidad que correspondería al grupo de derivación de fiscalía de hombres no maltratadores. Se



requiere, seguir realizando investigaciones con este grupo cronificado que presenta bajos indicadores de trastornos. Se hipotetiza que este grupo podría presentar rasgos de control sobre su emocionalidad y agresividad al estilo de un psicópata frío como lo describe Dutton (1999).

En la esquina derecha está el grupo de baja frecuencia de violencia (Grupo 1), correspondiente al grupo control y un porcentaje del 6% de demanda espontánea y tribunales de familia. Este grupo, en los reportes de autoinforme del CTS-2, no aparecen perpetradores de violencia física, sino psicológica. Pareciera que se asustaran con el incremento violento de las discusiones, y quieren prevenir posibles agresiones físicas más graves.

Discusión

Hacia una propuesta de Tipologías de hombres maltratadores, aproximaciones desde un enfoque multiaxial

La gran dificultad que tiene la construcción de tipologías, es que existe una idea dominante como la expresada por Bonino (2008), que existen tantos maltratadores como hombres existentes, por lo tanto, preguntarse por posibles

tipologías en un sinsentido. Sin embargo, existe otro grupo de investigaciones (Loinaz, et al. 2010; Dutton, 1999; 2008; Echeburúa et al, Barría v Machiavello, 2012), que están haciendo un esfuerzo por superar esta idea simplista V generar un enfoque coherente, empíricamente fundado, para poder intervenir terapéuticamente en forma eficiente.

Se ha demostrado que el enfoque de construcción de tipologías, tiene una coherencia empírica y una continuidad teórica, que permite señalar que los maltratadores son un grupo homogéneo y distinto de la población de hombres sin historia de violencia. Entre los hallazgos más importantes que permiten afirmar la distinción está en que existen características comunes, tales como: La dificultad de expresión de la ira y su control interno y externo, un predominio **Estilos** de de apego Temeroso/desorganizado y preocupado, y creencias machistas y misóginas en relación a la mujer y a la violencia.

Dificultad de expresión de la ira y su control interno y externo: la ira es precognitiva, es un mecanismo biológico de evaluación de peligros o situaciones amenazantes que permiten al organismo anticiparse al riesgo. Está presente en una amplia variedad de trastornos de personalidad y síndrome clínicos (Miguel-



Tobal et al., 2001). Sin embargo, el enfoque de la psicopatología aunque aporta elementos muy importantes para entender el comportamiento del hombre agresor, requiere de la comprensión de éste desde una visión socio-cognitiva.

Existe una ideología masculina idealizada de cómo debería ser un Hombre dentro de la cultura occidental, por ejemplo, un verdadero hombre: debería controlar sus emociones, ser siempre racional, si se le presenta una pelea nunca rehuir; debe tener una carrera exitosa y ganar mucho dinero; capaz de mantener una familia; duro y fuerte; y nunca fallar (Kaufman, 1997). Por tanto, existe un aprendizaje socio-cognitivo de la expresión de la ira, que está dada entre los jóvenes en el roce y el despliegue físico, y la descarga de la tensión. Por lo tanto, se plantea que al hombre se le ha enseñado a expresar solo una emoción: "la ira" y en ese sentido es monotemático, expresa un amplio abanico de emociones solo a través de la ira: tensión, miedo, pena, vergüenza, cariño, solo por medio de la ira.

Predominio de Estilos de apego Temeroso/desorganizado y preocupado: como menciona Guidano (1997) y Nardi, Bellantuono, y Moltedo (2010), el hombre es un animal intersubjetivo, vive esencialmente en dos esferas: en una esfera existencial, principalmente experiencial-emotiva y en una esfera de explicación (narrativa) de su experiencia, principalmente en el lenguaje. Vive sintonizado con los otros, por lo tanto las perturbaciones emocionales más intensas en el decurso de la vida del sujeto serán la mantención y ruptura de las relaciones afectivas significativas.

Desde éstas afirmaciones, se planteó la hipótesis que la teoría del apego podría ser central en la distinción entre maltratadores y no maltratadores, en tanto que investigaciones (Babcock, 2006) señalan la predominancia de los estilos de apegos desorganizados y preocupados, a su vez Dutton (1999) había señalado que el desorganizado podía explicar hasta el ochenta y ocho por ciento de la violencia ejercida por el maltratador. Esto implica, que sujetos con estilos de apego preocupados, son fóbicos, celosos, y requieren en forma insistente la cercanía de la pareja (Jhonson, 2005; Lecannelier, Ascanio, Flores, & Hoffmann, 2011). A su vez, los sujetos con estilo de apego desorganizado, establecen relaciones amor-odio, con necesidad de independencia y cercanía, enviando señales equivocas a la pareja; muestran paranoides y demandantes de sexo hacia su pareja (Guzmán Contreras, 2012). A su vez, las investigaciones de Fonagy (2005)muestran una relación significativa con Vol. V, 2014



los trastornos bordeline de la personalidad.

Creencias machistas y misóginas en relación a la mujer y a la violencia: Como se planteó anteriormente, las creencias misóginas deben tomarse con prudencia, porque no representan un odio propiamente tal hacia la mujer, sino autoafirmaciones de lo que son los roles asignados de hombre y mujer, que son propios de la identidad. Por lo tanto, no se concuerda con el enfoque cognitivo, por ejemplo de Echeburúa (2008), que sostiene el machismo o la misoginia serían "creencias" O "creencias erróneas"; sino como se ha visto en Garda (2004); Bourdieu (2000) y Kaufman (1997) corresponderían aspectos de la identidad del sujeto. Estas "creencias" son parte de la configuración de la identidad masculina, que entran en crisis frente a la protesta femenina. Por lo tanto, ¿Qué molesta al sujeto?, al maltratador le incomoda la oposición de la mujer. El maltratador no intenta dialogar, él realiza un monólogo y una interpretación de una vía: la de él. Dentro de la cultura patriarcal, se da por supuesto el dominio del hombre, por lo tanto en estos sujetos con escaso repertorio emocional y narrativo la oposición emerge como una violación a la identidad del sujeto.

Ocho tipologías en una línea de continuo Maltratador-No Maltratador

tipológica La síntesis en hombres maltratadores, se ha ido creando en una lógica de establecer una línea de riesgo hacia la pareja de: bajo, mediado y alto riesgo (Gondolf, 1988; Jacobson & Gottman, 1995; Dutton & Golant, 1997). La línea más general, gruesa y obvia es la que propone Echeburúa et al. (2004), que no realiza una investigación empírica de tipologías sino una extraordinaria síntesis. Concluye que a partir de las investigaciones antes nombradas se podrían inferir dos grupos; los violentos solo con la pareja o intrafamiliares, y los maltratadores con comportamientos antisociales, por lo cual son agresivos extrafamiliares y en diversos contextos. Esta distinción general no permite verificar si existen otros grupos presentes, porque adolece deficiencias como falta de grupos de control, o comparaciones con otros tipos de muestras.

Por lo cual, se propone una *nueva tipología* con base empírica (750 maltratadores) y con la presencia de un grupo control (100 no maltratadores), que permite inferir una primera línea divisoria de tres grupos, con sus correspondientes subdivisiones.



a) No maltratadores/o sin historia de violencia. Este grupo no presenta trastornos de personalidad. Tienen un buen manejo de la ira y control internoexterno de la expresión verbal de ésta. Serían sujetos con un estilo de apego preferentemente seguro y con creencias de tolerancia y aceptación del género. Corresponde al grupo de Bajo y sin riesgo de violencia hacia su pareja íntima.

Por otra parte se puede plantear que existen dos subgrupos:

1. Hombres con máxima empatía. Se concuerda con Baron-Cohen (2011) que existe un subgrupo que denominaremos de máxima empatía. Se hipotetiza que su probabilidad de actuar en forma agresiva en muy baja, pueden ser sacerdotes, budistas, personas que han renunciado a la violencia de distintas formas. Se propone que este grupo es menos de 8% de los hombres no maltratadores.

El segundo gran subgrupo que se propone a partir de los datos empíricos, le denominamos:

2. Hombres Sin historia de violencia previa y con empatía promedial. Se plantea que no están exentos de los conflictos, pero si se producen pueden ser ocasionales y con una alta probabilidad de buscar formas de mediación pacíficas. Se cree que este grupo accede en mayor cantidad a las

terapias de familia, u otras terapias individuales, por propia iniciativa. Además se asume que es un grupo promedio, con una asertividad promedio, que constituyen la mayoría o el 92% de los No maltratadores.

De acuerdo al análisis de clúster, podrían corresponder a los sujetos que si inician una escalada de violencia pero se auto denuncian y solicitan ayuda terapéutica.

- b) Maltratadores solo con su pareja *íntima:* En este grupo se encontraron cuatro subdivisiones a) Inestables emocionalmente, b) Con trastornos de personalidad У c) Con rasgos psicopáticos, d) Sin trastornos de personalidad.
- 3.- Hombres Inestables
 Emocionalmente. Con presencia
 trastornos clínicos de depresión mayor,
 consumo de alcohol, y con Trastornos de
 la personalidad Negativista y Depresiva.
 Existen escasas investigaciones que
 relacionen Depresión y violencia, por lo
 cual se hipotetiza que la importancia de
 la depresión es su comorbilidad.

La depresión, está a la base de otros trastornos, tales como: ansiedad, consumo de alcohol, trastornos de personalidad Negativista y estrés postraumático. Este grupo correlaciona como de alto a extremo riesgo. Es difícil de distinguir lo destructivo que puede ser



para la relación de pareja, vivir con un sujeto con un trastorno del ánimo que es una enfermedad crónica de la cual el sujeto no controla necesariamente sus emociones. Sujetos que no están tratados medicamente, y que niegan la enfermedad, y que se solapa en otras comorbilidades como la adicción y la negatividad.

Hombres con presencia de trastornos de personalidad: especialmente Narcisimo, Obsesivo Compulsivo, Histrionismo. síntomas unidos a de ansiedad, trastornos somatomorfos У del Los pensamiento. trastornos de personalidad que más correlacionan con la violencia son el Narcisimo, y los Trastornos Obsesivos Compulsivos, en primer lugar, y luego el trastorno Histriónico.

- 4.maltratadores obsesivo-Los compulsivos, han sido parcialmente diagnosticados. Α este tipo de maltratador, fue denominado como Hipercontroladores por Dutton (1999). A su vez, se cree que éste grupo su principal dificultad está en el déficit en la empatía, en la grandilocuencia y en el ritualismo.
- 5.- Los maltratadores Narcisistas, son incapaces de ponerse en el lugar de las necesidades del otro, además de ser incapaces de crear relaciones íntimas

de emociones (Baron-Cohen, 2011). Es interesante, que los trastornos del pensamiento y somatomorfo, estén correlacionados con estos grupos, que pueden ser sintomatología de celos patológicos y preocupación extrema.

duraderas, y con una marcada pobreza

Además estos dos subtipos (Obsesivocompulsivo y Narcisista) correlaciona con los mayores porcentajes de violencia física y psicológica

- 6.- Con estructura psicopática. Este grupo también ha sido parcialmente diagnosticado por Dutton (1999). Son sujetos crueles, fríos emocionalmente. De acuerdo a Baron-Cohen (2011) estarían dentro de los sujetos con empatía "0", asociados a delitos graves antisociales y asesinatos. Aunque su porcentaje no supera el 6%, lo que llama la atención es que se encuentran ocultos entre los sujetos que no presentan trastornos de la personalidad o que son capaces de esconder o mentir de manera tal que los instrumentos psicométricos no los detectan.
- 7.- Hombres iracundos Sin trastornos de personalidad: aunque este grupo no muestra la presencia de trastornos de la personalidad, presenta problemas de control y expresión de la ira, principalmente, apego temeroso y preocupado, y misoginia y machismo,



que los hacen distintos de los sujetos sin historia de violencia.

c) 8.- Delincuentes habituales, antisociales en general, homicidas y asesinos. Este grupo también ha sido parcialmente diagnosticado (Dutton, 1999), pero accede a programas masivos del estado en una tasa inferior al 3%. Básicamente son antisociales con antecedentes de robo, hurto o tráfico de drogas.

A continuación, en el gráfico N° 3, se mostrará un resumen de las tipologías que emergen de la presente investigación y que fueron descritas anteriormente a modo de Modelo Teórico. Se incluye información sobre la presencia o ausencia de trastornos de personalidad y otros cuadros clínicos, estilos de apego, control interno y externo de la ira, y creencias en relación a masculinidad y feminidad. Debajo de la tabla se muestra la distribución normal con la proporción poblacional estimada de hombres maltratadores y no maltratadores.

Gráfico N° 4.

Modelo Tipológico de Hombres Maltratadores y su distribución Normal

						Violento	
Con	Con Empatía	Sin trastornos de	Inestables emocional-	Con presencia de Trastornos	Con baja presencia de	Delincuentes habituales,	
Maxima No presentan t de la personali		Iracundos, con baja regulación de la ira	Depresión mayor, consumo de alcohol y Negativista y Trastorno de la personalidad depresiva	Compulsivo, narcisismo, histriónicos, ansiedad y trastornos Somatomorfo y del pensamiento	Se presume un grupo con manejo y frialdad de su emocionalidad con estructuras psicópata de la personalidad	esta población accede en un porcentaje menor al 8% de usuarios de programa sociales implementac os por el estado	
Con buen mand ira y control int	•	Con dificultades	s en la expresión ve	rbal y física de la iro	ау		
Con estilos de o preferentemen Con creencias o	te seguro	Con estilo de apego temeroso/desorganizado y preocupado					
tolerancia y ac	epción del	Con creencia machistas y misóginas en relación a la mujer y a la					



Referencias

- Aguilera, A. (2004). Características psicológicas del hombre golpeador de su compañera permanente, residente en la ciudad de Bucaramanga. Revista Médica Universidad Autónoma de Bucaramanga; 7 (20), 73-83.
- Aldarondo, E. y Mederos, F. (2002) Programs for Men Who Batter: Intervention and Prevention Strategies in a Diverse Society. Civic Research Institute, Inc., Kingston, NJ.
- Amor, P., Echeburua, E., y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja. International Journal of Clinical and Health Psychology; 9 (3), 519-539.
- Babcock, J., Jacobson, N., Gottman, J., y Yerington, T. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and noviolent. Journal of Family Violence, 15 (4), 391-409.
- **Baron-Cohen, S. (2012).** Empatía Cero. Nueva teoría de la crueldad: alianza editorial.
- Barría, J. y Macchiavello, A. (2012). Anatomía de los hombres que ejercen violencia hacia sus parejas: primer levantamiento de datos para el diseño de un perfil del hombre maltratador. Disponible en revista psicologia.com vol. 16 (2012): http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1470/
- Barría, J. & Macchiavello A. (2012). Hombres que ejercen maltrato hacia sus parejas: un actor desconocido primera aproximación a los datos para el diseño de un perfil. Revista de Familias y Terapias, 33 (12): 54-65.
- Blaquez, M., Moreno, J., & García-Baamonde, M. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. Psicología y Salud, 20 (1), 65-75.
- Bonino, L. (2008). Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, España.
- Boira, S., Del Castillo, M., Pablo Carbajosa, P., y Marcuello, C. (2012). Contexto del tratamiento y alianza terapéutica: Factores críticos en la intervención con maltratadores por orden judicial. Documento en espera de publicación.
- Bosch, E. & Ferrer, V. (2000). Causas Psicosociales de la violencia de género; el papel de las creencias misóginas. Comunicación presentada al congreso interdisciplinar sobre la violencia de género. 9 noviembre al 01 de diciembre. Málaga (espanya). Disponible en: http://www.uib.es/servei/comunicacio/sc/projectes/arxiu/nousprojectes/genere/genero.pdf
- Bosch, E., Ferrer, V., & Gilli, M. (1999). Discriminación y violencia hacia las mujeres, capitulo 1. Historia de la misoginia. Barcelona: Antrophos-UIB.
- **Bourdieu, p. (2000).** La Dominación Masculina. Barcelona: Anagrama.

- Cabral, B. & García, C. (1997). De cómo en la arqueología de la violencia nos tropezamos con el género. Disponible en : www.saber.ula.ve/bitstream/.../16339/1/arqueologia -violencia.pdf
- Cabrera, M. & Granero, M. (2010). La transmisión generacional de la violencia de género: análisis cualitativo de las variables implicadas. 11° congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Disponible en: http://hdl.handle.net/10401/1096
- Cantera, L. (2004). Más allá del género: Nuevos enfoques de nuevas dimensiones y direcciones de la violencia en la pareja. Tesis para optar al Grado de Doctor en Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1010105-171441/lce1de1.pdf
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo (2007). Los Trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una Propuesta integradora. Clínica y Salud, 18 (3): 305-324.
- Carrasco, Vives, C., Gil, D. & Álvarez, C. (2007). ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja?. Una revisión sistemática. Revista Panamericana de Salud Publica; 22 (1), 55-63.
- Castellano, M., Lachica, E., Molina, A., & Villanueva, H. (2004). Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. Cuadernos de Medicina Forense; 35, 15-28.
- Cavanaugh, R. & Gelles, R. (2005). The Utility of Male Domestic Violence Offender Typologies New Directions for Research, Policy, and Practice. Journal of Interpersonal Violence; 20 (2), 155-166.
- Corsi, J., Dohmen, M., & Sotés, M. (1995) Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Dekeseredy, W., & Dragiewicz, M. (2007).

 Understanding the complexities of feminist perspectives on woman abuse: A commentary on Donald G. Dutton's Rethinking domestic violence. Violence Against Women, 13, pp. 874-884.
- **Dutton, D. (1999).** El Golpeador. Un Perfil Psicológico. Editorial Paidós.
- **Dutton, D. & Bodnarchuk (2005).** 1. Trough a Psychological lens. Personality Disorder and Spouse Assault. En Current Controversies on Family Violence (Loseke, D & Cavanaugh).
- Dutton, D. & Haring, M. (1999). Perpetrator personality effects on post-separation victim reactions in abusive relationships. Journal of Family Violence; 14 (2), 193-204.
- Dutton, D., Corvo, K., & Hamel, J. (2009). The Gender Paradigm in Domestic Violence Research and Practice Part 2: The Information Website of the American Bar Association. Aggression and Violent Behavior, 14,1, 30-38.
- **Echauri, J. (2010).** Eficacia de un Programa de Tratamiento Psicológico para hombres maltratadores en la relación de pareja. Tesis para optar al grado de



- Doctor en Psicología, Universidad de Navarra, España. Documento No publicado.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2004). Violencia en la pareja. Instituto de Victimología, Madrid. Disponible en:
 - http://www.institutodevictimologia.com/Formacion1 1e.pdf
- Echeburúa, E., Amor, P., & Corral, P.(2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles psicológicos. Pensamiento Psicológico; 6 (13), 27-36.
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. International Journal of Clinical and Health Psychology; 9 (1), 5-20.
- **Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010).** Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. Actas Españolas de Psiquiatría, 38 (5): 249-261.
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, C., Torres, E. & Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. Psicothema: 18 (3), 359-366.
- Ferrer, V., Bosch, E.. García, M., Manassero, A., & Gili, M. (2004). Estudio meta-analítico de características diferenciales entre maltratadores y no maltratadores: el caso de la psicopatología y el consumo de alcohol o drogas. Psykhe; 13 (1), 141-156.
- **Fonagy, P. (2005).** Apegos Patológicos y Acción Terapéutica. Revista de Psicoanálisis, 4. Disponible en: http://www.aperturas.org/articulos.php?id=104&a=A pegos-patologicos-y-accion-terapeutica
- Gondolf, E. (1997). Characteristics of Batterers in a Multi-site Evaluation of Batterer Intervention Systems. Minnesota Center Against Violence and Abuse: Providing research, education, and Access to violence related resources. http://www.mincava.umn.edu/documents/gondolf/b atchar.html#id2370976
- Guidano, V. (1997). Relación entre vínculo y significado personal desde una perspectiva narrativa para explicar el proceso de cambio. Curso-Taller organizado por la Sociedad de Terapia Cognitiva Posnacionalista, Universidad Diego Portales. Transcripción de Angélica Carrasco, revisada y corregida por Augusto Zagmutt. Disponible en: http://posracionalismo.cl/wp-
 - content/uploads/2010/03/relacion_entre_vinculo_y_significadosignificado_persona_una_perspectiva_narrativa.pdf
- **Guzmán, M. & Contreras, P. (2012).** Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhe*, 21 (1): 69-82.
- **Hamel, & Nicholls (2006).** Approaches to domestic violence a gender-neutral guide for research and treatment. Springer Publishing.
- Hanson, R. & Wallace-Capretta, S. (2005). A Multi-Site Study of Treatment for Abusive Men 2000 2005. Public Works and Government Services Canada. http://www.eurowrc.org/11.men_violent/men-program-en/06.men_program.htm

- Holtzworth-Munroe & Stuart (1994). Typologies of Male Batterers: Three Subtypes and the Differences Among Them. *Psychological Bulletin* I, 16(3), 476 497.
- Johnson & Ferraro (2000). Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 948 963.
- Kaufman, M (1997). Theorizing Masculinities, capítulo "Men, Feminism, and Mens's Contradictory 1 Experiences of Power". Thousand Oaks, Sage Publications: 142-165.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., & Flores, F. (2011). Apego y Psicopatología: Una Revisión actualizada sobre los Modelos Etiológicos del Apego Desorganizado. Terapia Psicológica, 29 (1): 107-116.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M. & Sánchez, I. (2011). Clasificación Multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. International Journal of Clinical and Health Psychology; 11(2), 249-268.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., & Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. Psicothema; 22 (1), 106-111.
- Loinaz, I. (2008). Aproximación Teórica y empírica al estudio de las tipologías de agresores de pareja.

 Ministerio del Interior. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Madrigal, L. (2010). Los hombres asumimos nuestra responsabilidad: Las masculinidades en la prevención de la violencia de género. Disponible en: kolectivoporoto.googlepages.com/HombresPVG.pdf
- Miguel, J., Casado, M., Cano, A., & Spielberger (2001). Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo. Tea Ediciones. Madrid.
- Millon, Th., & Davis R. (2007). Inventario Clínico Multialxial de Millon III. Tea Ediciones.
- Millon, Th., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Rammath (2006). Trastornos de Personalidad en la Vida Moderna. Masson S.A.
- Magdol, Moffitt, Caspi, Fagan & Silva (1997). Gender Differences in Partner Violence in a Birth Cohort of 21-Year-Olds: Bridging the Gap Between Clinical and Epidemiological Approaches. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 65, (1), 68-78.
- Nardi, B., Bellantuono, C. & Moltedo, A. (2010). Una aproximación adaptativo-evolutiva a las organizaciones de significado personal (O.S.P) de Vittorio Guidano: Nuevas perspectivas en la psicoterapia Postracionalista. Gaceta Psiquiatría Universitaria, 6 (1): 63-70.
- Quinteros, A. & Carbajosa, P. (2008). Hombres Maltratadores. Tratamiento Psicológico de Agresores. Grupo 5 Acción y Gestión Social, S.L. LDM Editorial.
- Robinson, L. (2005). Investigating a batterer typology: the role of personality characteristics, attachment, and family of origin dynamics. Submitted to Texas A&M University in parcial fulfillment of the requirements for the negree of Doctor of Philosophy. The University of Texas at Austin.



- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. Psico-USF, 8, (2), 163-173.
- Straus, M., Hamby, S., Mccoy, S. & Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scale: Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, *17*(3): 283-316.
- Vargas, J. (2010). Psicología del hombre que ejerce violencia contra la pareja y la familia. Revista el Cotidiano. 164, (1), 53-60. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=32515894008
- Wardham. B. (1996). The Myth of male Violence?. Journal XY: men, sex, politics, 6 (1). 26-30.
- Zarza, M. & Frojan, M. (2005). Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. Anales de Psicología; 21 (1), 18-26.



Intervención en Mujeres Drogodependientes desde una Aproximación Integrativa

Maureen Budge E. *

Abstract

The following study is part of the research conducted by the Chilean Institute for Integrative Psychotherapy in the area of drug addiction, developed by Ph D. Veronica Bagladi. This research aims to identify the variables involved in the phenomenon of addiction in the population of women, describing and comparing clinical symptoms in a sample of fourteen patients evaluated at one month and twelve months of treatment. On the other hand, it seeks to describe and analyze the specific characteristics of addiction treatment performed with women, in an intensive outpatient program, from the report of the treating professionals. Among other results, significant changes were obtained in fifteen scales FECI (Record of Clinical Integrative Assessment) after treatment, statistically significant changes (less than 0.05) in ten scales. These findings indicate that women with drug addictions have certain distinct and specific clinical features, which require a comprehensive intervention, which should incorporate a gender perspective. In turn, it can be concluded that treatment made from the Supraparadigmátic Integrative Approach (EIS) was effective, generating significant changes in patients through interventions which became effective stimuli.

Key words: Addiction - Gender Perspective - Gender Identity - Self - Effective Incentives - Integrative Psychotherapy – Supraparadigmatic Integrative Approach.

Resumen

El siguiente estudio se enmarca dentro de la línea de investigación del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa en el área de drogodependencias, desarrollada por Ph D. Verónica Bagladi. Por medio de esta investigación se pretende identificar las variables presentes en el fenómeno de adicción en la población de mujeres, describiendo y comparando la sintomatología clínica de una muestra de catorce pacientes evaluados al mes y a los doce meses de tratamiento. Por otro lado, se busca describir y analizar las características específicas del tratamiento realizado en adicciones con mujeres, en un programa ambulatorio intensivo, a partir del reporte de los profesionales tratantes. Dentro de los resultados, se obtuvieron cambios relevantes en quince escalas del FECI (Ficha de Evaluación Clínica Integral) luego del tratamiento, y cambios estadísticamente significativos (con una significación menor a 0,05) en diez escalas. Estos hallazgos indican que las mujeres con drogodependencias presentan ciertas características clínicas diferenciadas y específicas, que requieren de una intervención integral que debe incorporar la perspectiva de género. A su vez, se puede concluir que el tratamiento realizado desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) fue efectivo, generando cambios significativos en las pacientes por medio de intervenciones que se transformaron en estímulos efectivos.

Palabras clave: Adicción – Perspectiva de Género – Identidad de Género – Self – Estímulo Efectivo - Psicoterapia Integrativa – Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

* Psicóloga Cínica Universidad Diego Portales. Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia Integrativa Universidad Adolfo Ibáñez - ICPSI. Especialista en Psicoterapia Integrativa ICPSI. Contacto: ps.maureen.budge@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de adicciones en la población de mujeres a nivel nacional e internacional han aumentado de manera preocupante. Por ejemplo, con respecto al abuso de alcohol en mujeres, las tasas incrementaron desde un 29,93% en 1996 a un 49,90% en el año 2004 a nivel nacional. A su vez, la cifra de dependencia en mujeres ha subido a un 6,76%, calculando que habría dos mujeres dependientes de alcohol por cada cinco hombres en nuestro país (CONACE, 2004).

Se entiende por adicción el estado de "dependencia física o psicofisiológica de una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas claros de deprivación, o la dependencia a una sustancia como el alcohol u otras drogas, hasta el punto de que detener su consumo resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales importantes (Mora & Sanguinetti, 1994).

Es posible postular que los trastornos adictivos forman parte de uno de los problemas más graves en el campo de la salud mental a nivel mundial, debido a la profunda alteración y compromiso biopsicosocial que generan, provocando consecuencias negativas en gran parte de la sociedad, debido al

bajo nivel de funcionamiento y a la recurrencia en conductas disruptivas y antisociales, como robos, accidentes automovilísticos, fomento del tráfico de drogas, etc.

Las estadísticas de consumo por lo general reflejan una realidad parcial ante la tendencia a ocultar la verdad entre quienes son consumidores de sustancias. Existiendo así un subregistro de este fenómeno, debido a los estigmas socioculturales en torno al consumo en el género femenino. El abuso de drogas puede ocurrir a edad, cualquier sin embargo aproximadamente la mitad de las mujeres que usan drogas ilícitas se encuentran en edad de procrear, o sea entre los 15 y 44 años de edad, lo que presenta un factor de riesgo obstétrico y neonatal de importancia (Ballesteros, 2000).

Las mujeres acuden recurrentemente a los servicios de salud buscando ser medicadas, lo cual se relaciona con el alto abuso de benzodiacepinas. Por otro lado "las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos del ánimo y de ansiedad y en todos los estratos socioeconómicos reciben más sustancias psicotrópicas recetadas o automedicadas. Cuando se abusan ciertas drogas de prescripción, como los opiáceos, los depresores del sistema nervioso central (SNC) los



estimulantes, por alterar la actividad cerebral, pueden llevar a la dependencia y posible adicción" (OMS, 2001).

Por otro lado, existen una serie de factores de riesgo en la población de mujeres, desde predisponentes biológicos, que facilitan el desarrollo y mantenimiento de una adicción a las drogas u alcohol en mujeres, hasta factores psicosociales, que permiten visualizar a las mujeres, como un grupo vulnerable cuando nos referimos a drogodependencias.

Se cree que el tratamiento de rehabilitación con mujeres debería tener un enfoque distinto al del tratamiento con hombres, debido a su mayor complejidad y a las diferentes causas y mantenedores que sostienen la adicción en cada grupo. Así también, es más frecuente que las mujeres presenten problemas de salud adicionales a la adicción, sumado a mayores antecedentes de experiencias traumáticas. Existen mayores índices de fracaso terapéutico en los tratamientos de rehabilitación con mujeres. Las causas de esta problemática dicen relación con la falta de apoyo familiar, o desconocimiento por parte de ésta, acudiendo las mujeres solas tratamiento. A su vez, se ha pesquisado que las adicciones en mujeres conllevan un mayor nivel de complejidad, ya que presentan más problemas psiguiátricos,

médicos y sociales que los hombres, manifestando una gran variedad de dificultades y obstáculos que requieren intervenciones múltiples en diversas áreas (Brown & cols., 1991).

A su vez, la falta de oferta de tratamientos efectivos y especializados, aue orienten sus intervenciones incluyendo una perspectiva de género que permita producir adherencia al tratamiento ٧ transformaciones relevantes a nivel de la rehabilitación, hacen que sea de suma relevancia realizar una investigación acerca de las intervenciones que se transforman en estímulos efectivos para el tratamiento con mujeres.

CONCEPTOS RELEVANTES

Mujeres y Adicciones: Una Mirada Biopsicosocial

La **identidad de género** es una producción cultural que se gesta a través de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas, donde lo que se considera femenino y masculino es una idea construida culturalmente a partir del modo en que han sido percibidas las diferencias biológicas (CONACE, 2006). Históricamente, gran parte de las mujeres ha aprendido a centrar su vida en los demás, sin esperar valoración



por su aporte social, ubicándose en un lugar secundario. Su identidad, por tanto, está puesta en las relaciones, en especial con su pareja e hijos.

Esta forma de construcción de género tiene sus consecuencias en la salud de las mujeres, tanto a nivel individual como social. A nivel individual, por medio de la socialización, reproduce paradigmas culturales de femineidad y masculinidad sexistas, se generan actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres. Existiendo, a nivel social, una división sexual del trabajo y una valoración diferencial reflejada en términos de prestigio y remuneración. Dentro de este marco, las mujeres drogodependientes, reciben del contexto micro y macrosocial una reprobación y estigmatización desde lo que se espera culturalmente de ellas (tanto a nivel de normas como de roles de género). "Mientras más diferencia existe entre el rol de género adscrito al ser mujer y el ejercicio y cumplimiento eficaz del mismo, mayor es el nivel de estrés que se vive y, por tanto, mayor el riesgo de desarrollar trastornos que interfieran con su salud. autoimagen, autoestima y autoeficacia estarán entonces condicionadas a la diferencia entre el rol de género esperado social y culturalmente y la

vivencia del ejercicio del rol" (CONACE, 2006).

Con respecto al curso de los trastornos asociados al consumo de sustancias, se puede evidenciar que entre las mujeres se hace más acelerado y fulminante "Se ha descrito que para desarrollar dependencia, las mujeres necesitan beber, fumar o utilizar drogas ilegales por menos tiempo y en menor cantidad que los hombres. Se ha visto también que la severidad de la adicción, así como la cantidad y la gravedad de las complicaciones médicas (osteoporosis, hepatitis У cirrosis alcohólica, complicaciones neuropsiquiátricas, infección con VIH) y psicosociales (embarazos indeseados la en adolescencia y prostitución, entre otros) es generalmente mayor entre las mujeres" (Morales, E. & cols., 2003).

Por otro lado, se ha podido constatar 70% de las que un mujeres consumidoras de sustancias han vivido circunstancias vitales adversas, mencionando antecedentes de violencia intrafamiliar, maltrato físico y abuso sexual (NIDA, 2002).

Otro agravante a la situación femenina es que la percepción social y cultural hacia la mujer dependiente está llena de prejuicios, estigmas y rechazo, lo cual dificulta el acceso a un tratamiento



profesional acorde con sus necesidades de género. Las mujeres suelen diferir de los varones en lo que se refiere a sus razones para emplear sustancias, sus psicosociales problemas ٧ necesidades de respuesta. Además en general se encuentran en peores condiciones de supervivencia. El común de las mujeres latinoamericanas tiene menor acceso а educación, capacitación técnica, salud esparcimiento (Correa & Jadresic, 2005).

cuanto durante En al apoyo el de tratamiento, las esposas consumidores masculinos generalmente permanecerán a su lado, cambio en una mujer drogodependiente, comúnmente es abandonada por su esposo y se la aleja de sus hijos, en varios casos quitándole la custodia de los menores.

Las mujeres alcohólicas presentan un inicio más tardío de consumo problemático de alcohol, tendencia a beber solas y a escondidas, culpa, mayor tendencia suicida, alta relación con eventos traumáticos, asocian el consumo a psicofármacos y son más vulnerables a las consecuencias físicas del consumo de alcohol.

Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) y Adicciones

Desde el EIS la adicción se produce, entre muchas causas, a partir de las experiencias tempranas que influyen en el desarrollo del Self del paciente con un trastorno adictivo. Se entiende por Self, núcleo central personalidad que contempla seis funciones; toma de conciencia, identidad, significación, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida. En el caso de las adicciones se encuentran especialmente alteradas, la función de identidad (baja autoestima, autoimagen y pobre autoconocimiento) y la de significación (asociada a la traducción de experiencias). Es posible afirmar que el Self de la persona adicta se encuentra altamente desestructurado. construyéndose infancia desde la con fuertes contradicciones, es así como la droga le hace sentir sensación de coherencia cuando la consume por primera vez (Kushner, & Guajardo, 2005).

Desde el EIS las adicciones son vistas como multifacéticas y multicausales, derivan de diversas etiologías y presentan una fuerte resistencia al cambio. Es por esto que la **Psicoterapia Integrativa** EIS amplía las posibilidades de comprensión y de intervenciones



posibles, poniendo en acción múltiples fuerzas de cambio. Respecto de las intervenciones, está comprobado que resulta mucho más efectivo el trabajo con terapias de grupo que con terapias individuales (Moreau, 1999 Fernández-Álvarez & Opazo, 2004). Comúnmente las personas adictas manipulan al terapeuta y abandonan tempranamente los tratamientos. Por el contrario los grupos de autoayuda, especialmente las Comunidades Terapéuticas, son bastante eficaces en la rehabilitación de las adicciones.

Dentro de las técnicas utilizadas por el EIS (Fernández-Álvarez & Opazo, 2004) se destacan: la generación del vínculo, uso de la confrontación; manejo de umbrales perceptuales; historia de mi vida; autobiografía y espiritualidad.

A pesar de la complejidad de la problemática presentada, existen muy pocas investigaciones que den cuenta del proceso de intervención en rehabilitación con mujeres adictas y no existe ninguna investigación acerca de los alcances de la psicoterapia en adicciones propuesta desde el EIS con mujeres. Lo anterior debido a la gran dificultad para analizar una muestra de estudio que permanezca en tratamiento el tiempo suficiente como para evaluar y comparar resultados.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo exploratoria descriptiva, desde el EIS, el cual permite una visión integradora y abarcativa para describir el perfil de mujeres que consulta por adicciones y a su vez, pesquisar los logros alcanzados luego de un año de tratamiento.

La **muestra** de pacientes fue obtenida en la Comunidad Terapéutica "Madre Teresa de Calcuta" de Corporación La Esperanza, ya que el dispositivo de intervención utilizado se encuentra definido a partir de los planteamientos del EIS. La muestra se conforma por el total de mujeres drogodependientes que ingresaron a tratamiento rehabilitación entre marzo del año 2010 y agosto del año 2012, y permanecieron en tratamiento hasta la fase de reinserción, que corresponde a meses de tratamiento doce aproximadamente, conformando una muestra total de catorce pacientes, entre los 24 hasta los 57 años de edad y nivel socioeconómico medio-bajo. Todas cumplen con los criterios diagnósticos de Dependencia Sustancias, según DSM-IV y CIE-10 y presentan un Grado de Compromiso Biopsicosocial de moderado a severo.

Se consideró como **variable independiente** el *tratamiento de*



rehabilitación en adicciones, que fue operacionalizado según sus etapas:

- Etapa de "Acogida", al mes de tratamiento.
- 2. Etapa de "Reinserción", a los

Tabla №1: Características Clínicas al Mes y a los Doce Meses de Tratamiento

Meses de Tratamiento						
	N	Media Pre Tto	Media Post Tto			
Neuroticismo	14	13,64	7,79			
Extroversión	14	13,21	13,86			
Psicoticismo	14	3,86	2,36			
Escala L	14	8,14	8,79			
Autoimagen	14	34,36	39,57			
Autoestima	14	35,64	45,71			
Autoeficacia	14	19,79	21,36			
Asertividad	14	11,79	32,29			
Satisfacción Matrimonial	8	45,88	51,71			
Satisfacción Necesidades	14	34,07	39,00			
Ansiedad	14	9,57	2,86			
Depresión	14	7,57	1,86			
Alexitimia	14	39,21	27,64			
Toleracia a la Frustración	14	11,79	14,71			
Irracionalidad Cognitiva	14	39,43	33,79			
Perfeccionismo	14	49,93	43,86			
Gambrill Ritchie	14	46,21	34,29			
Repertorio Conductual	14	53,29	56,57			
Vulnerabilidad Biológica	14	19,07	11,14			

doce meses de tratamiento.

La variable dependiente corresponde a las características clínicas de las mujeres en estudio, desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático, operacionalizada a través de las Escalas Cuantitativas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI). De esta forma fue posible evaluar el efecto de la variable independiente, el tratamiento, sobre la variable dependiente, las características clínicas de las mujeres

en rehabilitación. Se aplicó el FECI a la muestra total de pacientes, tanto al mes de como a los doce meses de tratamiento, para obtener datos cuantitativos que permitieran comparar la sintomatología clínica en dos momentos claves del tratamiento y poder evaluar la influencia de éste.

A su vez se efectuó un análisis por categorías a partir del focus group realizado al equipo tratante, para incorporar la perspectiva de género en la intervención con mujeres drogodependientes desde el EIS.

RESULTADOS

A continuación se describen las características clínicas de las pacientes al mes y a los doce meses de tratamiento (ver tabla nº 1). Luego se agrupan los resultados por paradigma.

Paradigma Biológico

Fue posible pesquisar que al mes de tratamiento la mayoría de las pacientes que consultan presentan niveles medios de neuroticismo, extroversión, psicoticismo, depresión y deseabilidad social. Por otro lado, los puntajes en las escalas de ansiedad y vulnerabilidad biológica se encuentran altos, lo que sería concordante con los factores



causantes y mantenedores de adicción. Α los doce meses de tratamiento es posible observar una serie de cambios significativos en la mayoría de las escalas que componen este paradigma. La escala neuroticismo disminuvó significativamente, así también la de psicoticismo. Los niveles de ansiedad bajaron notoriamente, de altos a bajos, luego del proceso psicoterapéutico, lo que puede ser leído a partir del tratamiento farmacológico que recibieron algunas usuarias. Así también los niveles de depresión disminuyeron de medios a bajos, luego de un año de tratamiento desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático. La escala de vulnerabilidad biológica también disminuyó significativamente, pues los puntajes bajaron de altos a medios, debido a que los síntomas con que las pacientes consultaron se lograron manejar y disminuir en su mayoría.

Paradigma Cognitivo

Al mes de tratamiento las pacientes presentan niveles medios de irracionalidad cognitiva y autoeficacia, existiendo una tendencia a distorsionar la realidad y a presentar sesgos cognitivos que alteran la interpretación de la realidad. Con respecto a la autoeficacia, existe una tendencia a la

sensación de fracaso para desenvolverse en las diferentes áreas. A lo largo del proceso psicoterapéutico se producen cambios, ya que en la evaluación post-tratamiento los puntajes de irracionalidad cognitiva disminuyen (de medios a bajos) y los de autoeficacia aumentan (de medios a altos).

Paradigma Ambiental-Conductual

Es posible observar que al mes de tratamiento, las mujeres presentan un amplio despliegue y repertorio de conductas sociales junto con niveles de asertividad media los cuales coinciden con la observación clínica ni con la literatura, que avala que las personas drogodependientes tenderían a compensar sus precarias habilidades sociales por medio del consumo. Esto puede estar respondiendo a una autopercepción distorsionada por el consumo, ya que al hacer un análisis específico, es posible observar que la autoevaluación se realiza desde conductas desplegadas en momentos de consumo, en donde existen menores represiones el despliegue para conductual. Luego, a los doce meses de tratamiento, se pueden observar cambios significativos en el grupo, especialmente a nivel de asertividad, donde los puntajes aumentaron al alto. Durante rango el proceso psicoterapéutico las pacientes comprenden lo que significa



asertivas y lo practican diariamente en la Comunidad, constituyendo uno de los objetivos más difíciles para algunas, debido a sus altos niveles de impulsividad, sin embargo se obtienen resultados terapéuticos exitosos, los cuales coinciden con la observación clínica al final del proceso.

Los niveles de ansiedad social se encuentran medios, lo cual se observa clínicamente en la mayoría de las usuarias, a pesar que un pequeño grupo, conformado por el 28% de las pacientes, presenta elevados montos de ansiedad social. Luego, los niveles de ansiedad social disminuven significativamente, de medios a bajos, lo cual se explica desde el desplante en el grupo de terapia y las distintas psicoeducativas actividades aue fomentan a las usuarias a desarrollar diferentes habilidades sociales frente al para exponer sus trabajos realizados en terapia.

Paradigma Afectivo

Se puede apreciar que el grupo de pacientes que consulta presenta baja tolerancia a la frustración, debido a que existiría una escasa capacidad para enfrentar los conflictos y aprender de ellos. Además presentan un grado de satisfacción de necesidades medio, lo cual se comprende desde su

problemática, junto con la gran variedad de conflictos psicosociales que presentan al consultar. Luego de los 12 meses de tratamiento, las pacientes muestran una tendencia al aumento en la escala de tolerancia a la frustración, de baja a media, así mismo los niveles de satisfacción de necesidades se ven aumentados, lo cual se explica desde el apoyo psicosocial que se le realiza a las usuarias (ficha de protección social, subsidios, inscripción en consultorio, beneficios en la municipalidad, etc).

Paradigma Inconsciente

Con al paradigma respecto inconsciente, al mes de tratamiento el grupo presenta un nivel medio de alexitimia, lo cual dice relación con la capacidad para reconocer escasa emociones y expresarlas, siendo este uno de los factores que estaría a la base de personalidades propensas a desarrollar adicciones, debido a que la gran dificultad para canalizar emociones reprimidas hace que sea común la evasión de éstas por medio de sustancias, así como también el desarrollo de enfermedades psicosomáticas. A los doce meses de tratamiento, el grupo de mujeres evaluado disminuye significativamente sus niveles de alexitimia, logrando reconocer sus emociones, identificándolas y expresándolas.



Paradigma Sistémico

El grupo de mujeres que ingresa a tratamiento con una relación de pareja corresponde a un 57% del total de la muestra, este conjunto presenta un nivel medio de satisfacción de pareja, lo cual se explica desde las situaciones abusivas y de poca comunicación que algunas han experimentado, junto con el consumo de alcohol y drogas de algunos. Cabe señalar que todas las pacientes que ingresaron a tratamiento acompañadas por sus parejas, se mantuvieron con éstas hasta los doce meses del tratamiento, momento en que se realizó la segunda evaluación del FECI, arrojando puntajes altos en la escala satisfacción de pareja. Aunque no fueron estos puntaies estadísticamente significativos, SÍ parece relevante destacar que las pacientes se mantuvieron estables con sus parejas y con la percepción de tener meior relación luego una tratamiento en su etapa intensiva, principalmente en términos comunicación y confianza mutua. Lo cual dice relación con las sesiones familiares realizadas quincenalmente durante el proceso de intervención.

Sistema SELF

Al mes de tratamiento las pacientes niveles medios presentan autoestima y autoimagen. Lo anterior se puede explicar a partir de los efectos producidos por el consumo en donde existe sustancias, sensación de dicotomía, entre la culpa partir del consumo ٧ consecuencias de éste, y por otro lado las altas expectativas generadas al visualizar que es posible dejar el consumo, ya que en general todas las pacientes al contestar el FECI se encontraban con al menos un mes de abstinencia de drogas. Luego de la etapa intensiva de tratamiento producen cambios significativos, donde es posible apreciar que los niveles de autoestima y autoimagen aumentan de manera relevante, arrojando puntaies altos У transformándose así en indicadores claros de éxito terapéutico.



Tabla №2 Comparación PRE y POST Tratamiento (Prueba de muestras relacionadas)					
Subescalas del FECI Sig. (bilateral)					
Par 1	Neuroticismo	0,004			
Par 2	Extroversión	0,568			
Par 3	Psicoticismo	0,016			
Par 4	Escala L (Deseabilidad Social)	0,302			
Par 5	Autoimagen	0,001			
Par 6	Autoestima	0,000			
Par 7	Autoeficacia	0,098			
Par 8	Asertividad	0,030			
Par 9	Satisfacción de Pareja	0,215			
Par 10	Satisfacción de Necesidades	0,079			
Par 11	Ansiedad	0,000			
Par 12	Depresión	0,001			
Par 13	Alexitimia	0,002			
Par 14	Tolerancia a la Frustración	0,063			
Par 15	Irracionalidad Cognitiva	0,065			
Par 16	Perfeccionismo	0,060			
Par 17	Gambrill Ritchie (Ansiedad Social)	0,041			
Par 18	Repertorio Conductual	0,217			
Par 19	Vulnerabilidad Biológica	0,007			

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Es posible concluir que las mujeres con drogodependencias presentan ciertas características clínicas diferenciadas y específicas, las cuales permiten conocer el perfil de mujeres que consulta en un tratamiento de rehabilitación, y así propiciar una intervención oportuna e integral que permita abordar todas las problemáticas que este grupo presenta.

De esta manera se puede afirmar que, a partir de las dos fuentes de información utilizadas en este estudio, tanto de los resultados cuantitativos que arrojan las escalas de aplicación del FECI pre y post tratamiento, como de los reportes por medio del análisis del focus group realizado al equipo tratante, el perfil de mujeres que consulta en un tratamiento de rehabilitación es diferente que el de hombres.

Es así como un perfil diferente al masculino, conlleva un tipo de tratamiento con un planteamiento distinto que debe incorporar la perspectiva de género, atravesando todas las intervenciones que se realizan con mujeres, debido a que nos encontramos con un sujeto diferente, con necesidades distintas y complejas a la vez.

A partir del análisis cualitativo sobre la discusión grupal realizada con el equipo tratante, con el fin de conocer las específicas características de la intervención con mujeres en adicciones, surgieron cuatro grandes categorías de análisis: la Perspectiva de Género como Eje Transversal de la Intervención; los Obstáculos en el Tratamiento; las Repercusiones Afectivas en la Persona del Terapeuta y los Desafíos en el tratamiento con Mujeres Drogodependientes. Estas categorías en conjunto las con



subcategorías que las conforman¹¹, permitieron definir pautas para guiar la intervención con mujeres, las que fueron integradas con los resultados conclusiones cuantitativos, en generales que se transforman en luces orientadoras para el tratamiento con mujeres drogodependientes. Es posible concluir que la intervención realizada desde el EIS en adicciones fue eficaz, a partir de los resultados cuantitativos otorgados luego del análisis de la aplicación del FECI, anterior y posterior al tratamiento, donde se pueden observar cambios estadística clínicamente significativos en quince de las diecinueve escalas medidas con el FECI, lo cual refleja un alto porcentaje de éxito luego de la terapia. En este sentido llama la atención el alto nivel efectividad del de tratamiento implementado, teniendo consideración lo difícil que es obtener resultados positivos en un tratamiento de adicciones, debido a la gran afectación que existe a nivel biológico en las pacientes.

Es preciso señalar que de las quince escalas en las que hubo cambios relevantes, en diez de ellas se obtuvieron cambios estadísticamente significativos (con una significación menor a 0,05)¹² lo cual concuerda con

la observación clínica de las pacientes. Asimismo las cinco escalas restantes muestran una tendencia importante al cambio. Específicamente, las escalas que presentan cambios significativos a nivel estadístico corresponden a los niveles de Neuroticismo; Psicoticismo; Autoimagen; Autoestima; Asertividad; Ansiedad; Depresión; Alexitimia; Ansiedad Social y Vulnerabilidad Biológica. Por lo tanto, se puede observar que, las diferencias mayormente significativas a nivel cuantitativo, se presentaron en las escalas que corresponden paradigmas Biológico; Ambiental -Conductual; Inconsciente y Sistema Self, lo anterior se podría explicar desde los objetivos terapéuticos planteados en psicoterapia individual, orientados a los cambios que las pacientes realmente pueden lograr y a sus mayores necesidades y demandas, sobre todo en el área relacional, para intentar desarrollar relaciones constructivas a partir de conductas

Así también, a nivel biológico, la disminución sintomática surge como una demanda importante al comienzo del tratamiento, y como se puede apreciar, estos cambios se mantienen en el tiempo, ya que al año de tratamiento los síntomas ansiosos y depresivos desaparecen, junto con una

asertivas y adaptativas.

¹¹ El desarrollo de las categorías y subcategorías se encuentra disponible en la tesis completa.

³ Ver tabla № 2.



modificación significativa en términos de vulnerabilidad biológica.

Por otro lado, respecto de los cambios paradigmas biológico los ambiental - conductual, es posible hipotetizar que al presentarse en la mayoría de los casos, el inicio del consumo en una etapa de adolescencia tardía, existe un desarrollo de la identidad un poco más consolidado, que cuando el consumo se inicia en edades más precoces. Lo cual explicaría los cambios significativamente relevantes producidos al interior de estas escalas y del Sistema Self, que incluye las escalas de autoestima y autoimagen, que denotan un cambio estadístico relevante, junto con la escala de autoeficacia, en la cual se observa una tendencia significativa al cambio, correspondiente al paradigma cognitivo.

Desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático, estas tres escalas, autoestima, autoimagen y autoeficacia, forman parte del sentido de identidad, el cual se alcanzó a conformar de una manera más sólida que en los casos en que el consumo es más precoz (pubertad o adolescencia temprana) interfiriendo de manera negativa en esta etapa del ciclo vital, donde corresponde la conformación de la identidad, proceso que ve interferido por consumo de el

sustancias químicas que afectan el sistema neurológico, en un momento crucial donde se produce la poda sináptica, y por ende afecta al Sistema Self en su conjunto.

Con respecto al paradigma inconsciente, los niveles de alexitimia disminuyeron notoriamente, lo cual ocurre al dejar el consumo de drogas que fomentaba un bloqueo en el área afectiva, junto con el trabajo de reconocimiento y modulación de emociones, tanto a nivel de terapia grupal e individual.

Otro factor relevante a considerar surge del grupo de pares en terapia, ya que por un lado las usuarias de tratamiento logran visualizar que no son las únicas que han pasado por esta problemática y al ver los progresos en sus compañeras comienzan a confiar en el dispositivo. A su vez, por medio del grupo, se desarrolla la seguridad de las usuarias de tratamiento generando un efecto dominó, mediante el cual ellas mismas se potencian para volver a creer en sí mismas como mujeres, madres, hijas, hermanas y esposas con un rol importante en la sociedad y una misión en sus vidas, las cuales anteriormente no tenían un norte o sentido orientador.



Además, parte importante de los objetivos del programa terapéutico se orientan al aprendizaje de nuevas habilidades, lo cual fortalece a las mujeres en su Sistema Self y las ayuda a descubrir aspectos de ellas mismas que antes no conocían. Asimismo, se facilita que retomen su autoconfianza al darse cuenta de su capacidad de aprender y también de enseñar a sus pares de tratamiento, en los diversos talleres y capacitaciones que se realizan. Las mujeres en tratamiento aprenden a mirarse de una manera diferente y a aceptarse tal cual son, conociendo sus fortalezas y también sus debilidades, permitiéndose tener una visión integral acerca de su autoconcepto.

Considerando la perspectiva de género, es necesario tomar en cuenta que en la presente muestra se observa, según lo recogido en el focus group, que una vez que las mujeres adhieren al tratamiento, se comprometen con éste y manifiestan transformaciones de manera más rápida y efectiva que el grupo de hombres. Lo anterior se podría explicar desde el mayor arraigo afectivo que tienen las mujeres, en donde la vía de entrada para motivarlas al cambio, es la afectiva, presentando awareness un integral que contemplaría un mayor desarrollo en el área emocional que en el grupo de hombres, los cuales en general logran revelar cambios significativos en plazos más prolongados que las mujeres. Es así como la sensibilidad o potenciación del área afectiva en las mujeres, se puede transformar en una conducta pulsante a considerar por parte del terapeuta que intervenga en rehabilitación con grupos femeninos.

Lo anterior dice relación con los motivos de ingreso de las pacientes a tratamiento, debido a que la mayor causa de ingreso fue propiciada por la posibilidad de perder a sus hijos. A su vez, en la dinámica que se da al interior del grupo, a partir de la observación clínica realizada en este espacio terapéutico, fue posible indagar y analizar los comportamientos recurrentes de cada grupo y su manera de relacionarse. En este sentido, la experiencia de trabajo grupal en adicciones, desde grupos de hombres, está permeada por la conformación de un sentido de identidad grupal basado en los lemas, canciones, rimas y gritos creados por ellos mismos como fuente diaria de motivación e identidad, donde la confrontación es validada como un ente protector que a su vez conlleva cierto estatus dentro de los miembros del grupo que se atreven a cuestionar a sus compañeros.

Por el contrario, dentro de los grupos de terapia de mujeres, prima el



ejemplo de la buena conducta, asociada a la abstinencia del consumo, iunto a las identificaciones comunes que se generan al ser madre, teniendo en cuenta que el 100% de la muestra son progenitoras. Lo femenino es validado desde la autoimagen, en donde la presentación y cuidados personales se transforman en un indicador fundamental de sanidad y de abstinencia. La confrontación también es utilizada por el grupo pero tiene otro matiz y forma de expresión que en el grupo de hombres, ya que tienden a ser más complacientes que los hombres. Con respecto a los lemas y gritos comunes éstos no existen, siendo reemplazados por las muestras de cariño y reforzamiento vía afectiva, así como también las confrontaciones más efectivas, son las que se basan en las consecuencias que sus actos tendrán para otros, como sus hijos y familiares.

De esta manera, es posible concluir que el ámbito relacional es de gran trascendencia para las mujeres, quienes le encuentran sentido a iniciar un tratamiento siempre y cuando tenga como resultado recuperar el vínculo con otro significativo, sea éste su hijo, pareja o grupo familiar en conjunto. Perder su empleo o agravar su estado de salud física, no constituyen un ente movilizador significativo en el grupo de mujeres.

En este sentido se resalta el grado de gravitación del sistema familiar, dado que la principal fuente de motivación para ingresar a tratamiento es la amenaza de perder a sus hijos por sus conductas negligentes. Sería interesante realizar un estudio que analizara las distintas variables asociadas a esta temática en mujeres que se encuentran en rehabilitación, tales como número de hijos, edades y sexo de éstos, posturas frente al consumo, estado de salud física, y cómo estas variables afectan dinámica de consumo y el tratamiento en sí en las mujeres que son madres, comparándolas con las que no lo son.

Por otro lado, dentro de las directrices del tratamiento, considerando el grupo al cual se encuentra dirigido, se puede plantear que la modalidad tratamiento ambulatoria tiene sus ventajas para el grupo femenino, debido a las variables expuestas tanto a nivel teórico, asociadas expectativas en torno a los roles que hoy cumple la mujer en la sociedad, y a de los resultados nivel de la investigación, donde por un lado el equipo tratante propone un tipo de tratamiento basado en las características del grupo atendido y por otro lado, las mujeres respondieron de manera eficaz a la modalidad de tratamiento implementada.



El tratamiento ambulatorio le permite a la muier mantener el contacto diario con sus hijos, familiares y redes sociales de apoyo, a su vez esto fomenta la posibilidad de seguir funcionando en los quehaceres diarios del hogar de una manera diferente que cuando se encontraba en consumo, lo cual es un refuerzo positivo para la mujer, quien se siente útil y funcional al poder mantener su hogar en buenas condiciones.

Otro beneficio es que no se produce el "burbuja" efecto del sistema residencial, ya que en la modalidad ambulatoria, la paciente enfrentarse de manera habitual a los riesgos de una recaída, identificando factores que la gatillan, previniéndolos y por ende evitando una posible recaída interminable al salir de la internación. Esta posibilidad, de enfrentarse de manera cotidiana a los factores de riesgo personales de cada paciente, permite trabajar las recaídas, en caso que se produjeran, como parte del tratamiento y del aprendizaje de éste y poder monitorear que no se vuelvan a producir. El nivel de autoeficacia que poseen las mujeres al poder manejar sus vidas de manera más autónoma que en un tratamiento residencial, es un estímulo efectivo para volver a creer en sí mismas v desarrollar la autoconfianza y autoestima.

Luego de una observación a un nivel más específico, se puede concluir que las pacientes con un nivel socioeconómico medio, presentan mayores cambios luego del tratamiento, que las pacientes con nivel socioeconómico bajo, ya que éstas últimas muestran diferencias significativas sólo en los niveles de autoestima y ansiedad. En cambio las pacientes con un mayor nivel socioeconómico, manifiestan variaciones las escalas de en neuroticismo; autoimagen; autoestima; asertividad; ansiedad, depresión, alexitimia, psicoticismo, irracionalidad cognitiva; perfeccionismo; ansiedad social y vulnerabilidad biológica.

Es así como se puede concluir que al encontrarse satisfechas las necesidades básicas de una persona, ésta podrá enfocarse en sus logros terapéuticos y dedicar más tiempo y energía a su tratamiento. Por el contrario, una persona que no tiene cubiertas sus necesidades básicas, tendrá centrarse en satisfacerlas antes que priorizar su desarrollo en términos de autoconocimiento, sentido de vida y autorrealización. Existiendo una visión cortoplacista, que debido necesidades apremiantes, no permitiría



priorizar las consecuencias a largo plazo que conlleva la rehabilitación en todos los ámbitos de la vida de las muieres.

En relación al nivel educacional de las usuarias de tratamiento, ocurre algo similar, ya que existen variaciones significativas en las pacientes que presentaban Estudios Técnicos Completos, no así en las que presentaban menor preparación a nivel educativo. Se podría hipotetizar que un mayor nivel educativo potencia ciertas características que ayudan al desarrollo eficaz de la psicoterapia, las cuales dicen relación con la capacidad de aprender y de incorporar nuevos conocimientos, realizando cambios a nivel neurológico y estructural.

Podríamos afirmar que mujeres con un grado de satisfacción de necesidades medio a alto, junto con un nivel educacional superior tendrán mayores expectativas de cambio luego de un tratamiento de rehabilitación.

Llama la atención que las pacientes que se encontraban en una relación de pareja presentaron menos cambios estadísticamente significativos que las que no se encontraban en pareja. Las mujeres que se encontraban solteras presentaron variaciones en siete escalas, (neuroticismo; psicoticismo; autoimagen; autoestima; ansiedad; depresión e irracionalidad cognitiva)

mientras que las pacientes que se encontraban en pareja durante el tratamiento, presentaron diferencias significativas en cinco de las diecinueve escalas del FECI. Surgen interrogantes acerca del apoyo que constituye la pareja para una mujer que comienza un tratamiento de drogas. Las mujeres son mayormente criticadas al iniciar un tratamiento de rehabilitación y en muchas ocasiones son sus parejas los principales opositores al tratamiento. La codependencia fomentada por el sistema familiar; manifestada en su alta resistencia al cambio y constante boicot hacia el tratamiento, puede se constatar tanto a nivel de la familia de origen como de pareja, quienes muchas veces también son consumidores. El hecho de que la mujer permanezca en consumo permitiría que el foco de atención de los conflictos familiares e individuales se centre en este hecho, facilitando el mantenimiento de otras dinámicas disfuncionales al interior de los sistemas.

No obstante, al hacer un análisis cualitativo de mayor profundidad, sobre los casos presentados en la muestra, es posible observar que más que un apoyo la pareja constituye un factor estresor para las mujeres, considerando que del total de mujeres que se encontraban en pareja, sea casadas o en una relación de



convivencia, el 83% de las parejas eran hombres consumidores de alcohol y/o drogas, con los cuales dentro de su historia de pareja se encontraba el consumo como un factor en común. Ya sea porque él consumía y ella lo probó pero se hizo dependiente con facilidad, debido a la vulnerabilidad biológica que sitúa en desventaja a la mujer ante la mayor posibilidad de generar una dependencia a las drogas, asociada a factores hormonales y de metabolismo femeninos, o porque ella lo llevó al consumo y él cree manejarlo, sin embargo cada cierto tiempo consume sin lograr controlar cantidades o frecuencia. A su vez, es relevante mencionar que las mujeres que se encontraban en pareja no obtuvieron cambios significativos en las escalas de depresión y de irracionalidad cognitiva, como sí lo hicieron las que se encontraban solteras.

Por ende, todas las mujeres de la muestra que se encontraban en pareja, mantuvieron conductas de consumo con sus parejas en el pasado y cuando comenzaron su tratamiento, ellos disminuyeron notoriamente consumo o en algunos casos lo dejaron por completo. Sin embargo, es posible afirmar que es muy fácil que esta momentánea, abstinencia se desvanezca con facilidad, si es que no existe un tratamiento especializado, que permita sostener los cambios de las parejas de las mujeres en rehabilitación.

Otra arista de este asunto, es que la mujer al ingresar a tratamiento cambiará de manera integral, por lo tanto lo mismo ocurrirá con la relación. En esa etapa de transición, la mujer debe realizar un duelo por características que deja atrás, ya que estando "limpia" y sin consumo deberá efectuar un trabajo de autoconocimiento y de configuración de identidad incorporando su historia junto con la nueva mujer que es hoy, con todas sus experiencias y el aprendizaje de ellas. Por ende, sus características de personalidad se verán moduladas a medida que avanza la terapia, se empoderará y tendrá una mirada diferente ante la vida, en donde se permitirá disfrutar de ésta desde sus aspectos más sencillos, como los sabores y colores que antes la droga no le permitía sentir y diferenciar. Las pacientes tienden a señalar que todos los días eran iguales, tenían sensación de que el tiempo no pasaba, las enfermedades y alegrías no eran percibidas, ya que se encontraban en un estado de inercia afectiva en donde nada cobraba relevancia.

Es así como durante el tratamiento la vida recobra sentido y sus prioridades





cambian, sus hijos son esenciales en este proceso junto a una mayor valoración respecto de su salud y comprensión del sentimiento felicidad, а su vez existe una apreciación diferente del tiempo y la necesidad de recuperar lo perdido. En este proceso la pareja vive un rol difícil, ya que debe conocer a su pareja en abstinencia, y construir una nueva relación a partir de sus cambios, en general este proceso conlleva un mayor empoderamiento de la mujer, lo cual no siempre es bien tolerado por los hombres, quienes en ocasiones se quejan de que sus parejas se tornaron aburridas y responsables, por lo que de vez en cuando consumen en presencia de ellas, a veces propiciando el consumo, ya que por lo general consumen de manera disruptiva sin logar medir las cantidades y efectos, lo cual constituye un factor de riesgo adicional a los ya abordados. En algunos casos esto llevó a la ruptura de pareja, ya que la mujer evolucionó de una manera diferente que el hombre, y la relación dejó de tener sentido para ambos, en otros casos el hombre comienza un tratamiento para apoyar los cambios de su mujer y logran mantenerse estables.

Las pacientes dependientes al alcohol presentaron cambios sólo a nivel de la escala de neuroticismo, así también las

pacientes dependientes a pasta base, quienes sólo mostraron mejoras en sus niveles de autoestima y alexitimia, junto con una tendencia al cambio en la escala de tolerancia a la frustración. En cambio, las pacientes dependientes a cocaína evidencian variaciones importantes en las escalas de neuroticismo; psicoticismo; autoimagen; autoestima; ansiedad; depresión; alexitimia y vulnerabilidad biológica junto con una tendencia al cambio en la escala de irracionalidad cognitiva.

Esta diferencia, a nivel de resultados según la sustancia identificada como droga problema, puede interpretarse desde los efectos del alcohol, como droga depresora, y los efectos de la cocaína, como droga estimulante. El efecto de rebote depresivo y trastornos del pensamiento y memoria, que producen el alcohol y la base. podrían explicar pasta las diferencias en los resultados del tratamiento cuando se comparan con pacientes que ingresan por consumo de cocaína.

Asimismo, deben considerarse los efectos diferenciados, en hombres y mujeres, a nivel de un mayor deterioro físico en éstas últimas luego del consumo de pasta base como de alcohol, debido al mayor porcentaje de



grasa corporal que poseen las mujeres, el cual deriva en un menor porcentaje de agua corporal, lo que trae como consecuencia que el alcohol en torrente sanguíneo de la mujer se diluirá menos y será superior que en un hombre. A su vez, el estómago de la mujer permite el ingreso de mayores cantidades de alcohol al intestino delgado para su absorción que el estómago del hombre, debido a que los hombres producen un mayor porcentaje de encimas que se encargan de procesar el alcohol y dividir sus componentes. Además las mujeres son а desarrollar más propensas enfermedades hepáticas debido al consumo de alcohol durante un tiempo más corto y en menos cantidad que los hombres, lo cual estaría relacionado con los efectos hormonales de los estrógenos.

Por otro lado, es posible señalar que las pacientes que habían realizado un tratamiento anteriormente son las que obtuvieron mayores resultados positivos luego del proceso de terapia, modificando significativamente sus niveles de neuroticismo, psicoticismo, autoestima, ansiedad, depresión y vulnerabilidad biológica, junto a una tendencia relevante al cambio en la escala de autoimagen. Empero, las usuarias que habían realizado dos o

más tratamientos anteriores no presentaron variaciones significativas.

En este sentido, el hecho de haber tratamiento realizado un anteriormente fue un estímulo positivo el tratamiento, podría se hipotetizar entonces que las pacientes que ya habían realizado un proceso de intervención poseían cierto grado de autoconocimiento que facilitó apertura a nivel de la vivencia del proceso terapéutico.

Llama la atención que las pacientes que permanecieron durante mayor tiempo en consumo presentaron mayores cambios positivos a nivel clínico. Las pacientes que llevaban menos de cinco años de consumo presentaron transformaciones sólo a nivel de autoestima, por el contrario las que llevaban más de quince años de consumo problemático presentaron diferencias significativas a nivel de neuroticismo: psicoticismo; autoimagen; autoestima; ansiedad; depresión, alexitimia; irracionalidad cognitiva y vulnerabilidad biológica.

Analizando en conjunto estas dos variables, se puede observar que el haber realizado un tratamiento anterior junto con una mayor cantidad de años de consumo problemático, se pueden transformar en factores motivacionales para iniciar un proceso terapéutico,



manifestados en una mayor adherencia y compromiso para mantenerse en éste e iniciar la interiorización de los cambios a nivel conductual y cognitivo.

Se puede concluir que la toma de conciencia del problema incide positivamente en la motivación al cambio. Además en las pacientes que presentaban quince años de consumo existe un aprendizaje acerca de la relación conducta consecuencia a largo plazo, que no es posible observar en las pacientes que llevan menos años de consumo. Así también, el haber participado de un proceso terapéutico abre posibilidades para tener mayores del expectativas acerca éxito terapéutico, ya que existe cierta predisposición positiva al autoconocimiento y al cambio. Las pacientes saben cuáles los lineamientos del dispositivo de comunidad terapéutica y consultan con un mayor compromiso para adherir a él.

Respecto de los aspectos neurobiológicos, existen grandes diferencias entre hombres y mujeres, que repercuten en la intervención realizada, en la concurrencia de patología dual y en la gravedad de la adicción, generando un mayor compromiso biopsicocial en población de mujeres

drogodependientes. En este sentido, en las mujeres que presentaban un grado de compromiso biopsicosocial moderado se observaron mayores cambios significativos que en las pacientes con un compromiso severo. Es posible reafirmar que al existir una mayor afectación de las áreas biológica, psicológica y social los pronósticos para el tratamiento de rehabilitación serán menos ambiciosos.

En cuanto a la existencia de patología dual en el tratamiento con mujeres en adicciones, su manejo clínico adecuado, términos diagnósticos У intervención, es una característica elemental del equipo tratante, ya que existe un mayor riesgo de patología dual en mujeres drogodependientes que en hombres consumidores. Dentro de los diagnósticos clínicos frecuentes se encuentran el Trastorno Afectivo Bipolar y el Trastorno de Personalidad Limítrofe. En comparación con población general de mujeres, donde las patologías más recurrentes son los trastornos ansiosos У depresivos.

A partir de la mayor recurrencia en ciertos diagnósticos, surge la interrogante sobre los factores desencadenantes diferenciados del consumo en hombres y en mujeres. Al parecer en los primeros existe una gran



influencia del medio, tendiendo a los trastornos externalizantes, y en el caso de las muieres, éstas se verían más bien afectadas por los traumas y conflictos en sus relaciones interpersonales más cercanas, tendiendo a los trastornos internalizantes. En este sentido, existe una influencia directa desde el tipo de vínculo que se genera durante los dos primeros años de vida, ya que este factor interferirá positiva negativamente en el desarrollo de los subsistemas del Self, pudiendo inclinarse hacia la potencial configuración de una adicción.

Es así como a partir del presente estudio se abren nuevos caminos de investigación y análisis en el tipo de vínculo que se generó en los primeros años y las consecuencias que éste puede tener en las adicciones femeninas, debido a la tendencia que existe en las mujeres a desarrollar trastornos internalizantes, asociados a los traumas vividos en la primera infancia. Sumado al antecedente en donde se hipotetiza una mayor capacidad de arraigo efectivo en el awareness integral en mujeres sería interesante abrir una línea de investigación en esta área.

En relación a los diagnósticos de las pacientes en el Eje II (DSM-IV) se puede observar que las mujeres que

presentaban un trastorno de personalidad limítrofe son las que mayores cambios tuvieron luego de la terapia, modificando significativamente sus niveles de autoimagen; autoestima; alexitimia y ansiedad. Junto con una tendencia relevante al cambio en las escalas de satisfacción de necesidades y vulnerabilidad biológica. Lo anterior se puede interpretar desde diferentes vías, la primera dice relación con la importancia de realizar un diagnóstico posterior al consumo de drogas, ya que el diagnóstico se puede encontrar teñido por el consumo. Es tal la influencia de la droga en el cuerpo de la mujer, que lo más probable es que los diagnósticos que se realicen deban ser cuestionados luego de unos nueve a doce meses de tratamiento, cuando los efectos de la droga dejen de permear el sustrato biológico que se encuentra a la base.

Resulta difícil diferenciar si la adicción desencadenó la patología dual o si ésta propició la adicción, y en este último caso la droga sería utilizada con un fin "curativo" a la enfermedad primaria. A los doce meses de tratamiento, el impacto a nivel biológico ha disminuido y corresponde realizar un nuevo diagnóstico que permita conocer a nuestra paciente sin las alteraciones biológicas que produce el consumo de sustancias.



Por lo tanto es fundamental despejar el impacto que producen las drogas a nivel biopsicosocial antes de realizar un que el diagnóstico, ya sustrato biológico se encontrará profundamente influirán alterado. Además circunstancias, tales como los años de permanencia en consumo y la edad de inicio de éste, ya que en algunas ocasiones estos factores producirán modificaciones estructurales en la personalidad. Como por ejemplo, durante iniciar el consumo adolescencia, momento crítico en el cual se producen reestructuraciones a nivel neurológico que perdurarán por el resto de la adultez.

La segunda vía de interpretación, dice relación con el tipo de trastorno de personalidad. Debido a la complejidad y cronicidad de los trastornos personalidad existe una alta resistencia al cambio, sin embargo en la muestra aquí presentada, las pacientes con trastorno de personalidad limítrofe presentaron un alto campo de variación del Self. El campo de variación del Self corresponde al grado en que el Self individual puede modificarse en la social. interacción éste sería potencialmente diferente en cada trastorno de personalidad, presentando mayores posibilidades de cambio en los trastornos limítrofe, histriónico y dependiente. Relacionando las escalas del FECI que conforman el Sistema Self con los cambios experimentados luego del tratamiento en las mujeres con trastorno de personalidad limítrofe, se observa que éstas modificaron niveles significativamente sus autoestima У autoimagen, corroborando lo planteado a nivel teórico.

En otro horizonte de análisis, se observa que en la muestra total de pacientes existieron cambios significativos a nivel de autoestima y autoimagen. La escala de autoeficacia sólo muestra una tendencia al cambio. Esto se puede explicar desde la historia de las pacientes, donde existe una serie de experiencias en las que no ha habido una resolución de conflictos eficaz. siendo estos doce meses de psicoterapia, insuficientes para modificar este historial de repetidas frustraciones.

su vez, durante el proceso terapéutico la autoestima se nutre de la experiencia vivida en la relación terapeuta paciente, por lo tanto se existan espera que mayores modificaciones a nivel de autoestima que de autoeficacia. Se puede concluir escalas entonces, que las de autoestima y autoimagen, son más permeables al cambio luego de un



proceso psicoterapéutico, que la escala de autoeficacia.

Por otro lado. las usuarias de tratamiento que presentaban antecedentes legales sólo aumentaron niveles de autoestima sus disminuyeron los de irracionalidad cognitiva. En cambio las que no los presentaban, modificaron once de diecinueve escalas medidas con el FECI post-tratamiento. Se podría concluir entonces que el hecho de no presentar antecedentes delictuales es un factor cambios predictivo para esperar a nivel clínico postsignificativos tratamiento rehabilitación de drogas.

concluir Se puede que existen variaciones sustanciales a nivel de la asertividad afectiva luego del proceso de rehabilitación. Esto se debe a que las mujeres aue ingresaron tratamiento lograron conocerse conectarse con sus emociones. A nivel interpersonal, se posibilitó consiguieran expresar sus afectos, especialmente con sus hijos. Por otro lado se dieron instancias terapéuticas para que pudiesen pedirles perdón a sus familiares más cercanos, por todo el daño que les generaron estando en fue consumo, lo cual bastante reparador para ambos, en estos casos generalmente escogían a sus madres y

parejas. La capacidad de darse cuenta de la necesidad de pedir perdón y de expresar sus sentimientos, surge luego de un trabajo psicoterapéutico en el que se permite el desarrollo de la asertividad a nivel afectivo. Este trabajo es fundamental y se convierte en un estímulo efectivo con mujeres, para quienes lo afectivo tiene un valor primordial. Fomentar la asertividad afectiva tuvo efectos en la movilización de las mujeres durante su proceso terapéutico, logrando mayor adherencia a éste junto con transformaciones significativas en sus relaciones interpersonales y la calidad y construcción de éstas.

En resumen, es posible señalar que dentro de las características de la intervención que se realiza con mujeres, se encuentra la Perspectiva de Género como una noción central, que tiñe todas las acciones que se realizan en la Comunidad Terapéutica, una incorporando tanto visión particular como un trato especial con las usuarias. Influyendo en el tipo de vínculo que se busca generar; el diagnóstico, en términos de patología dual; en la incorporación de sus hijos en el tratamiento; la infraestructura del lugar; las intervenciones psicosociales e integrales; las características que debe presentar el equipo técnico; fármacos utilizados; la elección de los



talleres programáticos extra У capacitaciones; el dispositivo de modalidad terapéutica comunitaria y ambulatoria; el trabajo diferenciado con mujeres embarazadas; la alta importancia a nivel de gravitación del sistema familiar una ٧ vulnerabilidad biológica entre otras características específicas.

En esta misma línea surgieron recomendaciones para un trabajo diferenciado con mujeres embarazadas, como por ejemplo propiciar un trato especial donde no se permite profundizar en conflictos, centrado más bien en la psico-educación, contención e intervención psicosocial. A su vez el embarazo la crianza pueden ٧ transformarse en estímulos efectivos que potencien la motivación y el cambio en mujeres. Así es como también la amenaza de perder a sus hijos, debido a las denuncias por negligencia y abandono, es una de las motivaciones más frecuentes efectivas de las madres para ingresar al tratamiento.

La intervención con mujeres debe ser multidisciplinaria, ya que se trabaja no sólo en el aspecto de salud mental sino también en diversas áreas como: salud física; asesorías sociales y comunitarias; educacionales; legales y laborales. Desde el Modelo Integrativo

Supraparadigmático se trabaja con las seis funciones del Self de las usuarias, se hace un diagnóstico cuantitativo y cualitativo por medio del FECI, el cual se transforma en un norte orientador para trazar los objetivos de su plan de tratamiento individual, del cual las usuarias tienen conocimiento. Luego de año un de tratamiento aproximadamente, al finalizar la fase intensiva de la terapia, se vuelve a aplicar el FECI. haciendo devolución con la usuaria sobre sus logros, momento en donde ésta es capaz de visualizar sus cambios de manera concreta.

Dentro de las características que se sugieren para el equipo tratante, la y creatividad flexibilidad en la búsqueda de soluciones ante los conflictos diversos aue surgen la Comunidad diariamente en Terapéutica son aspectos primordiales, junto con la creación de un vínculo seguro y reparador para lo cual se buscan personas cálidas, empáticas, flexibles, con sentido del humor, tolerancia a la frustración y con la necesaria distancia operativa para potenciar la autonomía y el desarrollo personal de las mujeres consumidoras, quienes tienden a generar un vínculo dependiente. Así también, el trabajo en equipo surge como una valiosa herramienta para no las asumir



deserciones como un fracaso personal, sino como un conjunto de factores que se deben analizar para aprender de las dificultades que se presentan en el trabajo con adicciones, así como la importancia de mantener una comunicación fluida y constante entre los profesionales.

Las prácticas de autocuidado se transforman en algo primordial, ya que como se ha planteado, el tratar con mujeres requiere de un vínculo especial y diferente, que exige estar constantemente disponible para responder a todas sus demandas y necesidades específicas.

Por otro lado, en algunos casos se pudo observar el vínculo que con profesionales del sexo opuesto permitió reparar la devaluación que existe hacia la figura masculina, producto de repetidas experiencias traumáticas asociadas al maltrato. abuso, dolor, miedo, explotación, vergüenza y culpa asociadas hacia el género masculino.

No obstante, la relación con figuras terapéuticas femeninas cobra la misma relevancia, debido a las identificaciones que se generan desde la salud y la abstinencia, como un modelo a seguir, al ser personas que no han sido drogodependientes, factor importante

en la selección del equipo tratante. Así también se posibilita una reparación desde la figura materna, generalmente percibida como ambivalente y conflictiva en la mayoría de las pacientes, permitiéndoles reelaborar esta relación y resignificar su historia de vida.

Uno de los **obstáculos** que surge en el tratamiento con mujeres, discriminación y estigmatización social, a partir del incumplimiento de las diversas funciones que exige el rol femenino. La discriminación ocurre en todos los niveles y de diferentes formas. Esto provoca consecuencias en las mujeres consumidoras, generando que se escondan en lugar de pedir ayuda, por vergüenza o miedo a manifestar sus conflictos v rechazadas.

Algunas instituciones legales y de salud dificultan el tratamiento, ya que intervienen desde el desconocimiento e intentan generar cambios por medio de amenazas, lo cual generalmente rabia en las provoca usuarias, fomentando que perpetúen el consumo constante frustración por la incapacidad de resolver conflictos que sienten. De esta forma, las instituciones tienden a replicar lo que ocurre con sus parejas y familiares quienes intervienen con ellas por medio de amenazas, ya



que dentro de su desesperanza no saben a qué otro recurso recurrir. Lamentablemente esto se transforma en una intervención iatrogénica, ya que genera mayor presión en la mujer y por ende altos deseos de consumir para aplacar este sentimiento.

A su vez, el ambiente social en donde se desenvuelven las mujeres constituye un factor de riesgo importante, ya que el narcotráfico no está regulado y diariamente se enfrentan a la tentación de volver a consumir, por lo general conviven con familiares que consumen o sus vecinos, en su mayoría traficantes, propician esta conducta de manera gratuita para que recaigan.

Las recaídas recurrentes y deserciones factores dificultan son que el tratamiento, existiendo dos fases críticas en éste: Acogida y Reinserción, que corresponden a la primera y última fase del programa de tratamiento de Comunidad Terapéutica. Al parecer existe un efecto dominó en las cuando deserciones, generalmente ocurren dos o más deserciones el grupo comienza a desintegrarse y es difícil que las usuarias se mantengan en tratamiento.

Esto refleja la importancia de la terapia de grupo en adicciones, ya que las identificaciones comunes y proyecciones que se dan por medio del grupo de pares, conforman una fuente motivación primordial en tratamiento. Cabe señalar, que el alto porcentaje de deserciones constituyó una dificultad para lograr concertar la muestra para realizar esta investigación, tomando un período de tres años para conseguir aplicar la prueba post tratamiento en catorce pacientes que se mantuvieran en el proceso hasta finalizarlo.

Dentro de los desafíos a desarrollar a nivel comunitario, existe una necesidad urgente de educar a la sociedad sobre drogodependencias, concientizándola problemática respecto de la entregando la información requerida para poder identificar los síntomas del consumo de drogas y saber a qué lugares asistir a pedir ayuda. Existe poca información y difusión acerca centros de tratamiento por comuna, tipos de tratamiento especializados y gratuidad de estos programas. Además existir una persona drogodependiente a nivel familiar se tiende a invisibilizar el problema en lugar de pedir ayuda, generando codependencia a nivel familiar perpetuando la problemática, debido a la falta de información que existe en torno a esta enfermedad crónica.

La prevención es un desafío sumamente relevante, desde políticas públicas, con un proyecto de ley que la



instaure en los colegios a partir de primero básico, hasta la rehabilitación de la mujer como un ente preventivo para sus hijos. Una mujer rehabilitada tiene la posibilidad de constituirse en un ejemplo de superación a partir de su experiencia negativa con el consumo de drogas, así es como una madre rehabilitada puede prevenir el consumo en sus hijos, detectando rápidamente los factores de riesgo que inciden en su experiencia ٧ resaltando consecuencias negativas de lo que vivió a partir de su adicción. Esto es fundamental, ya que en general estos niños se encuentran expuestos a un ambiente psicosocial de alto riesgo factores de junto con crianza predisponentes a generar una adicción, ya que seguramente no existe un ejemplo de resolución de conflictos a nivel familiar ni un adecuado abordaie de las frustraciones de la vida diaria.

Otro desafío, es desarrollar estrategias de prevención a nivel escolar, para la detección precoz de niños con riesgo para presentar alteraciones en su Sistema Self, que pudieran convertirse en factores de riesgo para facilitar una futura adicción, generando acciones protectoras desde la infancia e intervenciones con los padres y figuras significativas de los niños, orientadas a la prevención desde la comunicación al interior del hogar, fortalecimiento del

autoestima de los menores y entrega estrategias de resolución conflictos. Por otro lado, parece relevante la orientación hacia los padres de hijos adolescentes en donde la detección del consumo inicial, puede prevenir un tipo de consumo problemático que conlleva una mayor dependencia.

Para lograr responder a la alta demanda de casos de drogodependencia en mujeres, que lamentablemente van en aumento, surge la necesidad apremiante de crear Centros de Desintoxicación Gratuitos, para que las usuarias puedan limpiar parte de las alteraciones de conciencia que se han producido a nivel biológico, producto del consumo. Asimismo hacen falta Centros Residenciales v Ambulatorios de Mujeres y de Madres Embarazadas, teniendo consideración que la mayor prevalencia de consumo en mujeres ocurre en edad fértil. La gran estigmatización social que existe hacia el consumo de drogas en la mujer interfiere en que este problema no logre visualizarse de manera integral para abarcar todas sus aristas.

Es así como, desde el Supraparadigma Integrativo abren luces de se intervención para el trabajo de adicciones en mujeres, esperando ser un aporte para los profesionales que trabajan en el área de las



drogodependencias. Uno de los desafíos implícitos de esta investigación era poder despejar las intervenciones iatrogénicas para centrarse en las acciones que se transforman en estímulos efectivos específicos para el proceso de terapia con mujeres, lo cual deriva en una conducta pulsante distintiva de parte del terapeuta, según el grupo con el cual se intervenga en adicciones. En este sentido se espera aber entregado pautas de intervención claras, prácticas y concretas para los equipos multidisciplinarios que tienen el arduo desafío de trabajar en adicciones, posibilitando alternativas de tratamiento diferenciadas para el trabajo con mujeres, grupo de alta complejidad que cada vez presenta estadísticas más elevadas de consumo a nivel nacional e internacional.

REFERENCIAS

- Arriero, M. (2000). Alcoholismo femenino. *Jano;* 59:10. Recuperado el 14 de febrero de 2013, de http://www.jano.es/jano/ctl_servlet?_f=1&esMedico=1.
- **Ballesteros, M. (2000).** *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino EDIS.* Madrid: Instituto de la Mujer.
- Brown, V.; Melchior, L. & Huba, G. (1991). Level of burden among women diagnosed with severe mental illness and substance abuse. *J Psychoactive Drugs 1999; 31* (1): 31-40. Recuperado el 23 de febrero de 2013, de http://lib.bioinfo.pl/paper:10332636.

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2004). Mujeres y tratamiento de drogas: orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2004). Centro de documentación e información, Sexto estudio nacional de drogas en la población general de Chile. Recuperado el 4 de septiembre de 2012, de http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2006). Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. Proyectos de Tratamiento y Rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Santiago de Chile: Andros impresores.
- Correa, E. & Jadresic, E. (2005). Psicopatología de la Mujer. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Fernández-Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico. Barcelona: Paidós.
- Kushner, D. & Guajardo, H. (2005). El Trastorno Adictivo: Una forma de dar Coherencia a la Construcción de Realidad. Artículo publicado en Revista Proyecto de Organización Proyecto Hombre de España N° 56 de Diciembre de 2005.
- Mora, F. & Sanguinetti, A. (1994). Diccionario de Neurociencias. Madrid: Alianza Editorial.
- Morales, E.; Sánchez-Hervás, E. & Tomás, V. (2003). Abuso y dependencia a drogas en la mujer. Conductas Adictivas Vol. 3 (1): 49-50.
- National Institute of Drog Abuse (NIDA, 2002).

 Advances in research on women's health and gender differences. US Department of Health and Human Services. Recuperado el 15 de febrero de 2013, de http://www.nida.nih.gov/.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.



Terapia de Reparación en Abuso Sexual Infantil: conceptualizaciones de la experiencia traumática, parámetros de logros terapéuticos y expectativas del proceso, desde la perspectiva de psicólogos tratantes¹³.

Macarena Silva C.*

Abstract

This article will describe, analyze and systematize the conceptualizations that Psychotherapists have child sexual abuse, the parameters of therapeutic achievements, and their previous expectations in "Terapia de Reparación". A relational, qualitative, descriptive and analytical methodology was used, part of the grounded theory, conducting semi-structured individual interviews to 11 psychologists, from 7 protection programs specializing in Child Abuse and Sexual Abuse, collaborators of the National Youth Service (Sename in Santiago, Chile). The results confirm the existence of different conceptualizations of child sexual abuse and the notion of harm. Given the above, it is possible to account for a variety of therapeutic goals professionals arise, making it difficult to systematize programs. It was also noted that when evaluating results, quantitative assessment criteria and short-term results prevail. Also, the fundamental role of nonspecific variable "expectations" in the therapeutic process is highlighted.

Key words: Child sexual abuse, therapeutics achievements, expectations of psychoterapy.

Resumen

En este artículo se describen, analizan, y sistematizan las Conceptualizaciones que los Psicoterapeutas tienen del abuso sexual infantil, sus parámetros de logros terapéuticos, y sus expectativas previas de la Terapia de Reparación. Se utilizó una metodología cualitativa, descriptiva y analítica relacional, enmarcada en la grounded theory, realizando entrevistas individuales semiestructuradas a 11 psicólogos tratantes, de 7 Programas de protección especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil, colaboradores del Servicio Nacional de Menores (Sename, en Santiago de Chile). Los resultados confirman la existencia de conceptualizaciones diversas acerca del abuso sexual infantil y la noción de daño. Dado lo anterior, es posible dar cuenta de una gran variedad de objetivos terapéuticos que se plantean los profesionales, lo cual dificulta la sistematización de los programas. Además, se observó que al momento de la evaluación de resultados, priman criterios de evaluación cuantitativa y de resultados a corto plazo. Así también, se destaca el rol fundamental de variable inespecífica "expectativas" en el proceso terapéutico.

Palabras Claves: Abuso sexual infantil, logro terapéutico, expectativas de la psicoterapia

¹³ Este artículo ha sido desarrollado a partir de la Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología, mención Clínica Pontificia Universidad Católica de Chile.

Psicóloga Clínica, Universidad Diego Portales. Magíster en Psicología, mención Clínica Pontificia Universidad Católica de Chile. Contacto: mdsilva6@uc.cl



Introducción

El Abuso Sexual Infantil (ASI), es un problema que ha sido abordado desde múltiples disciplinas. Las conceptualizaciones más recurrentes, lo definen como un tipo del maltrato infantil; como un tipo de abuso de poder, y como una forma de abuso sobre la sexualidad de la persona (Save the Children, 2001). Así también, es entendido como una experiencia traumática (Larraín & Bascuñán, 2012).

Suponiendo que los conceptos que se tengan acerca de este fenómeno, orientan los objetivos terapéuticos, es importante conocer cuáles son estas conceptualizaciones previas desde el lugar de los psicólogos tratantes.

En Chile, el ASI es también considerado un delito, por lo tanto su abordaje está sujeto a un procedimiento penal, siendo el Servicio Nacional de Menores (Sename) el organismo encargado de colaborar al sistema judicial en el tratamiento. Esta entidad cuenta con la colaboración de los *Programas de protección especializados en la reparación del daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual infantil* (PRM).

A pesar del aporte que pueden proporcionar los PRM en torno a las modalidades terapéuticas, es posible evidenciar que la investigación asociada a la experiencia del ASI y a la eficacia de los tratamientos, es limitada, lo que impide transferir y ampliar los conocimientos a nuevos ámbitos de la práctica clínica (Gómez, Cifuentes, & Sieverson, 2010).

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito, y considerando que los PRM son un referente nacional en el tratamiento del ASI, es necesario desarrollar más conocimiento e investigación, para abarcar la gran población de niños y adolescentes vulnerados en sus derechos.

La investigación en psicoterapia, ha dado cuenta de la existencia de *Variables Específicas e Inespecíficas*, que influyen directamente en la efectividad de la terapia. Las variables específicas están asociadas a las técnicas e intervenciones específicas que caracterizan a cada modalidad psicoterapéutica (Chatoor y Kruprick, 2001, citado en Santibañez, Román, Chevenard, Irribarra, & Muller, 2008) mientras que las variables inespecíficas se refieren a las condiciones generales



de la terapia, tanto del consultante, del terapeuta y de la relación terapeuta – paciente (Santibáñez et al., 2008).

Según Lambert (1991, citado en Bagladi, 2003), el 85% del logro terapéutico estaría dado por las variables inespecíficas, mientras que sólo el 15% correspondería a las variables específicas de cada modelo de psicoterapia.

Dentro de las variables inespecíficas, el 30% del logro en terapia corresponde a los factores comunes de la relación terapéutica, el 40% al cambio extra terapéutico y el 15% a las expectativas de resultado del proceso terapéutico. Estas últimas corresponden a lo que el paciente sabe de la ayuda que se le va a proporcionar (Norcross, 2002; Lambert, 1992, citado en Mussi, 2005).

Según lo anterior, ya que la efectividad de la terapia principalmente determinada por las variables inespecíficas (Lambert, 1991, citado en Bagladi, 2003), es fundamental considerar la importancia de las variables del terapeuta en la eficacia de la Terapia de Reparación del ASI.

Tal como se señaló, dentro de las variables inespecíficas, se ha estudiado

que las expectativas que tiene el paciente acerca de su futura terapia y de su terapeuta, tienen importancia con respecto a la efectividad de ella, sin embargo son escasas las investigaciones en torno a las expectativas del terapeuta.

Así también, cobra especial relevancia la conceptualización previa que existe sobre logro terapéutico, ya que en base a lo que esto signifique para los será considerada terapeutas, la eficacia de la terapia de reparación. Al respecto, el logro terapéutico, puede ser evaluado como tal, a partir de dos orientaciones: a partir de la evaluación de resultados del proceso, como de la percepción subjetiva de alcance de objetivos establecidos en terapia (Novoa, Benguria, & Guerra, 2010).

Por lo tanto, es importante distinguir las expectativas previas y parámetros de logro que tienen los terapeutas en la Terapia de Reparación.

Según lo expuesto previamente se puede plantear que existen diversos factores que se asocian a la eficacia de la Terapia de Reparación del ASI, entre ellos: las conceptualizaciones previas del ASI, las expectativas del terapeuta acerca del paciente y del proceso, y los parámetros que el terapeuta considera como logro. En base a ello, se realizó



el presente estudio, con el objetivo de determinar las relaciones que existen entre los factores anteriormente descritos, y en qué medida inciden en el proceso terapéutico.

Principales conceptualizaciones del Abuso Sexual Infantil

Como un tipo de maltrato infantil.

El maltrato infantil es definido por el Sename (2013), como toda "acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño(a) de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad (Chile. Sename, 2013, p.2).

Por su parte, Barudy (1998), señala que el maltrato surge en oposición a la noción de buen trato y de bienestar infantil descrita en los Derechos del Niño, de este modo, corresponde a toda privación de derechos y libertades, que impidan el pleno desarrollo del niño.

Como abuso de poder.

El ASI es considerado un abuso de poder, ya que hay una relación de asimetría de edad entre el abusador y su víctima, y el uso de coerción (Larraín y Bascuñán, 2012), donde por medio del uso de la fuerza, amenazas y engaños, el adulto utiliza al niño con la finalidad de su propia gratificación sexual (Finkelhor, 1992, citado en Larraín y Bascuñan, 2012).

Como una forma de abuso sobre la sexualidad de la persona.

Según el Ministerio de Salud de Chile, el ASI es considerado como el "involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no acordes a su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad" (Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 10).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el ASI como "la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales" (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 10).

Las actividades consideradas como ASI, pueden ser con o sin contacto físico, y pueden variar desde la penetración



vaginal, oral o anal, tocaciones intencionadas de los genitales o partes íntimas, exposición de los órganos sexuales de los adultos, automasturbación, y acto sexual intencionado o pornografía, con la finalidad de obtener excitación, gratificación sexual. agresión, degradación u otros propósitos similares. De igual forma, se incluyen los diversos tipos de explotación sexual comercial infantil (Barudy, 1998; González, Martínez, Leyton & Bardi, s/f; Ministerio de Justicia, 2005; citado en Ministerio de Salud, 2011).

Como una experiencia traumática.

Una experiencia traumática es un acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca, inesperada e incontrolable, la cual pone en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo. Esta puede tener consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. (Echeburúa, Corral, & Amor, 2005, p. 340)

Así también se explica como "la presencia de eventos negativos que son tan intensos, inesperados y dañinos que provocan un quiebre vital y una cicatriz". (Chía, Bilbao, Páez,

Iraugi, & Martín- Beristain, 2011, p. 166)

El ASI es considerado "una experiencia traumática que causa un grave daño en la salud mental de los niños y niñas que lo han sufrido" (Larraín y Bascuñán, 2012, p.19).

Al respecto, Barudy (1998) formula que lo traumático de la experiencia se debería al uso injusto y abusivo de la sexualidad del niño, niña 0 adolescente, por parte de un adulto. Donde, por la naturaleza sexual de los actos, se encuentra fuera de su repertorio conductual habitual, lo que altera las percepciones y emociones de su entorno, creando una distorsión en su autoconcepto, imagen del mundo y capacidades afectivas (Barudy, 1998).

Finkelhor (1988, citado en Pool, 2006), considera que con el ASI se incorporan aspectos sexuales en las relaciones interpersonales de modo precoz, que provocan una dinámica traumatogénica, que explica la sintomatología y desestructuración que sufren las víctimas.

Bajo tales consideraciones, el ASI puede configurarse como una experiencia traumática ya que altera el desarrollo biopsicosocial actual y futuro del niño, niña o adolescente,



generando consecuencias negativas a corto y a largo plazo. Si bien no todos los niños tienden a presentar un daño psicológico, en la mayoría de los casos suelen tener repercusiones negativas en sus estados psicológicos (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Como delito.

Desde la dimensión judicial, el ASI es considerado un delito, al ser una vulneración contra la libertad e indemnidad sexual, correspondiente a la Ley N°19.617 del Código Penal. Por lo tanto, su transgresión implica una penalización, desde 3 años de prisión y un día, a 10 años. "Mientras menor es la víctima mayores pueden llegar a ser las penas". (Larraín & Valdebenito, 2007, p. 57)

Investigaciones acerca de la Terapia de Reparación del Abuso Sexual Infantil

Hetzel-Riggin, Brausch У Montgomery (2007), dan cuenta que el tratamiento psicológico a niños o adolescentes que han sido abusados sexualmente, tiende а producir resultados mejores que el no tratamiento. Dentro de las técnicas específicas más eficaces, los autores destacan la terapia de juego para el funcionamiento social, la terapia cognitivo-conductual, y de apoyo para los problemas de conducta, las terapias cognitivo-conductual, familiar e individual, para los trastornos psicológicos, así como la terapia cognitivo-conductual y la terapia de grupo para el bajo concepto de sí mismo.

Harvey У Taylor (2010),también realizaron un meta análisis acerca del estudio diversos de enfoques de tratamientos y sus resultados de las psicoterapias orientadas a víctimas de ASI, donde la mayoría de estos fueron eficaces en la reducción de síntomas, concluyendo la importancia de seleccionar tratamiento acorde a las necesidades individuales (Harvey & Taylor, 2010).

No obstante, Rull y Pereda (2011), señalan más tarde que si bien son diversos los trabajos publicados sobre cómo tratar las múltiples consecuencias del Abuso Sexual Infantil desde diversas disciplinas, perspectivas teóricas y formatos, ninguno ha podido demostrar la superioridad global sobre los otros, siendo los programas que combinan diferentes técnicas en búsqueda del mayor beneficio del paciente, los que más conseguido efectos relevantes (Rull & Pereda, 2011).



Expectativas y logros de la psicoterapia.

Las investigaciones acerca de las expectativas en la terapia, están orientadas principalmente a las expectativas del consultante. Es así que se plantea que éstas inciden en una serie de variables del proceso terapéutico, como por ejemplo la duración del tratamiento, la asistencia y deserción a las sesiones y los resultados del tratamiento (Alcázar, 2007).

Al respecto, Opazo (2001, pp. 166-167) señala que:

Expectativas positivas de cambio, del paciente - realistas y no excesivas - influyen aumentando la probabilidad de éxito de la Psicoterapia. La creencia positiva del paciente en su terapia, influye aumentando la probabilidad de éxito de la psicoterapia. La creencia positiva del paciente en su terapeuta, influye aumentando la probabilidad de éxito en la Psicoterapia

Dichas expectativas, inicialmente, "no sólo se refieren al tratamiento propiamente tal (técnicas, duración, etc.), sino que también involucran expectativas acerca del terapeuta y creencias en relación a los logros o beneficios que éste pueda obtener de la atención" (Stiles, Shapiro

& Elliot, 1986; Navarro, Schindler & Silva, 1987; Zalaquett & cols., 1982, citado en Santibáñez et al, 2008, p.92)

Krause (2005, en Novoa et al., 2010), señala que las expectativas poseen cualidades motivacionales, ya que afectan la valoración de la conducta que se va a realizar. Además, destaca que las expectativas de las personas sobre lo que debe hacer, el cómo lo hará y lo que obtendrá con eso, posee un efecto en la conducta, influyendo en la motivación y el esfuerzo que se le dedique.

Junto a esto, si los terapeutas consideran las expectativas con que llegan los consultantes, esto les posibilita planificar objetivos acorde al tiempo de duración de la terapia según lo que esperan, así como también aclarar y corregir dudas y creencias del consultante, incorporándolas dentro de la planificación terapéutica (Winkler, Cáceres, Fernández, Sanhueza, 1989, citado en Santibáñez et al, 2008).

De esta manera, al considerarse las expectativas, los logros terapéuticos debieran coincidir entre el consultante y el terapeuta (Cáceres, C., Barraza, M., Barranco, F., Buccicardi, A. & Grau, V, 2000, citado en Santibáñez, 2008)





Sin embargo, existe una discusión importante acerca de lo que se considera como logro terapéutico la definición de la eficacia terapéutica, ya que existen diferencias la consideración del cambio terapéutico como estadísticamente significativo versus clínicamente significativo (Santibáñez et al., 2009). La primera concepción equivale al mejoramiento del funcionamiento general de la persona atribuido a una disminución de los trastornos y síntomatología específica, donde a menor sintomatología mayor será el logro terapéutico (Winkler, citado en Novoa et al., 2010), mientras que la segunda corresponde a la percepción subjetiva de alcance de objetivos establecidos en la terapia (Duncan, 2000, citado en Novoa, et al., 2010).

Es así que tal como plantea Llanos & Sinclair, (2001), en la terapia orientada a la reparación del ASI es fundamental que se genere un contexto que permita la manifestación de las expectativas, respetando la definición del tipo de ayuda que desea recibir el paciente y los objetivos que desean alcanzar.

En Chile se realizó una investigación cuantitativa que buscó

conocer la relación existente entre las expectativas terapéuticas y el logro terapéutico en 64 pacientes adolescentes que habían sido víctimas de abusos sexuales, y 14 terapeutas. resultados evidenciaron relación estadísticamente significativa entre las expectativas terapéuticas y algunos indicadores de logro terapéutico. En el caso de los terapeutas, aquellos que tenían mayores expectativas en la terapia fueron los mayores que logros percibieron en la terapia. Mientras que aquellos terapeutas que menores expectativas tenían en la terapia fueron los que menores logros percibieron en la terapia. Estas expectativas no tenían relación alguna con los logros terapéuticos de los pacientes, sino que sólo tenían relación con la propia percepción subjetiva de alcance de logro terapéutico (Novoa et al., 2010)

Metodología

El presente estudio adoptó una metodología de investigación cualitativa, descriptiva y analítica relacional.

Participantes



Se contactaron psicólogos tratantes de Programas de Protección Especializados en la reparación del daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual infantil (PRM), pertenecientes a Santiago de Chile.

Se utilizó una estrategia de muestreo teórica, considerando como criterios de inclusión, que fueran psicólogos clínicos infanto juveniles, con un mínimo de dos años de experiencia clínica en el área de reparación del abuso sexual infantil. Mientras que los criterios de variación fueron el género, las instituciones de trabajo, y el enfoque teórico de los psicólogos.

El número de entrevistas estuvo sujeto a variación, según la saturación teórica de la información (Strauss & Corbin, 2002) y según la disponibilidad de recursos durante la investigación. Así, se alcanzó un total de 11 entrevistas, pertenecientes a 7 PRM distintos.

Procedimiento de la investigación

Inicialmente se revisó el *Catastro de la Oferta Programática de la Red Sename* (Chile. Sename, 2013), y se contactó a los directores de las instituciones, con la finalidad de coordinar una reunión para explicarles la investigación,

solicitar apoyo y autorización para acudir a estos lugares.

Luego, se tomó contacto con los psicólogos y se les solicitó su participación voluntaria y firma del Consentimiento Informado. A continuación, se procedió con las entrevistas individuales en profundidad, las cuales fueron grabadas.

Posteriormente, estas entrevistas fueron transcritas, y se realizaron los análisis correspondientes al procedimiento de codificación establecido por la Grounded Theory. Esta información fue triangulada para evitar sesgos.

Instrumentos de recolección de información

Se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada, y se realizó una revisión inicial acerca las Bases técnicas de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil construidas por el Sename (2013).

Análisis de la información

Como estrategia cualitativa de análisis de datos, se utilizó el procedimiento



establecido por la Grounded Theory, el cual contempló un análisis descriptivo y un análisis analítico relacional.

procedimiento inicial fue la codificación abierta de los datos, posteriormente realizó se la codificación axial ٧ luego la codificación selectiva, lo que permitió la generación de un modelo teórico para explicar el fenómeno de estudio (Strauss & Corbin, 2002).

Resultados

Análisis Descriptivo

Conceptualizaciones de psicólogos tratantes acerca del abuso sexual infantil.

Los psicólogos definen el ASI, como una forma de abuso de poder, que implica una interacción sexual, entre un niño, niña o adolescente y un adulto, cuyo fin es la gratificación del agresor o de quién está en la posición de poder. Este poder está asociado a una diferencia de edad, a una diferencia de estatus social y a una diferencia física, entre el niño y el agresor.

Así también, varía según las características de la actividad sexual, ya que puede ser vivido con o sin

violencia, con o sin tocaciones, y con o sin penetración. Además, puede ser intrafamiliar o extrafamiliar.

Asimismo, es entendido como una experiencia de exacerbación de lo corporal por sobre lo que el niño es capaz de representar, lo que genera una alteración en los procesos de simbolización, que se asocia a una desorganización psíquica y en consecuencia, a un trauma que se instala en el desarrollo.

Dentro de las consecuencias, no existe un cuadro ssintomatológico o un síndrome único frente al ASI, sino que existen síntomas pesquisables que se asocian a la dinámica abusiva en el ámbito físico, emocional y psicológico, relacional, conductual, y de la personalidad e identidad.

Logros y eficacia de la Terapia de Reparación, desde la perspectiva de psicólogos tratantes.

Los logros establecidos por los PRM, según los entrevistados, están predefinidos en una pauta del Sename, donde los criterios de medición son cuantitativos y se orientan a la evaluación general del programa.



Los logros que refieren los usuarios, según la percepción de los psicólogos tratantes, se orientan a la disminución y desaparición de sintomatología asociada al ASI. No obstante, estos logros no son generalizables ya que dependen de lo que cada paciente y familia evalúa como logro.

Según los psicólogos tratantes, los logros que más destacan, son: la remisión reorganización У de sintomatología asociada a la dinámica abusiva o asociada a la agresión sexual; la normalización de conflictos; la resignificación e integración de la experiencia en la historia de vida; desarrollo de conocimientos acerca del ASI; validación del relato del niño por parte de la familia y revinculación con habilidades ésta; desarrollo de parentales y configuración de la familia como un contexto protector.

En cuanto a la eficacia de la Terapia de Reparación, esta es cconsiderada eficaz a nivel individual, sin embargo, si el contexto no es participativo, la eficacia se ve entorpecida, ya que la terapia debe involucrar intervenciones familiares y contextuales, tanto en el ámbito social como jurídico. Por ende, la eficacia de este proceso terapéutico depende tanto del niño, como de su familia.

Además, la eficacia varía si es medida desde lo cuantitativo o lo cualitativo. De modo cuantitativo, la evaluación se orienta a la evaluación general del programa, a través de indicadores generales, mientras que desde lo cualitativo no existirían indicadores. De esta manera, la eficacia está más centrada en el cumplimiento de los objetivos establecidos previamente en los PRM, que desde el punto de vista de los niños.

Expectativas de la Terapia de Reparación del Abuso Sexual Infantil, desde la perspectiva de psicólogos tratantes.

Se espera que la terapia posibilite la resignificación de la experiencia asociada al ASI, y que el proceso facilite una mejor vinculación con la familia y así contar su apoyo.

Desde un punto de vista más técnico, se espera desarrollar más material científico de trabajo, una mayor sistematización del proceso y mayor reflexión con los equipos de trabajo.

Las expectativas que los psicólogos tratantes tienen de los usuarios, por una parte son positivas,



ya que se espera que los niños tengan plasticidad, receptividad, apertura al cambio y resiliencia. Sin embargo, la infancia, es vista como una etapa de indefensión, por lo que los niños dependen de los adultos para su protección y desarrollo. En base a esto, esperaría que las familias se contribuyeran al proceso terapéutico pero por el contrario, muchas veces son percibidas como obstaculizantes del tratamiento al no adherir a este.

Las expectativas que los psicólogos tratantes recogen del sistema consultante, en el caso de los niños, en general se caracterizan por

Dificultad en la sistematización.

ser poco claras o similares a las de los adultos que los apoyan, o muy generales. En el caso de los adultos, sus expectativas de la terapia se orientan fundamentalmente a borrar la experiencia, o que esta sea una instancia sancionadora, dada estrecha relación de los centros con el sistema iudicial el carácter У obligatorio del tratamiento.

Análisis Relacional

Conceptualizaciones previas del Abuso Sexual Infantil, desde psicólogos tratantes.

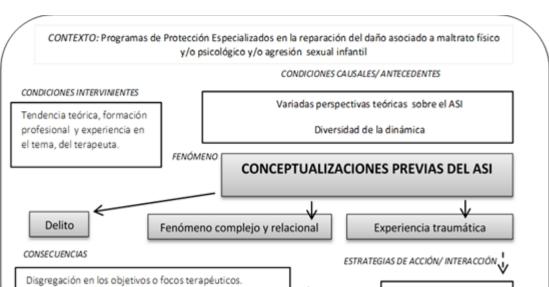


Figura 1. Conceptualizaciones previas del Abuso Sexual Infantil, desde psicólogos tratantes.

Fuente: Elaboración propia

Discusión en torno al

daño (visión lineal vs visión compleja)



En la Figura 1 se observa el fenómeno correspondiente а Conceptualizaciones previas del Abuso Sexual Infantil, desde psicólogos tratantes, las cuales se estructuran en tres grandes categorías. La primera, es considerar el fenómeno como un delito: "por ser más bien un tema que implica necesariamente una transgresión que es un delito, hay algo muy victimológico" (e. II, p.6).

Así ASI también, el es entendido como un fenómeno complejo, ya que implica comprensión de la experiencia, a partir de múltiples factores interrelacionados (características del niño, del abuso, de la familia, del contexto, etc), y que a la vez, hacen que el fenómeno sea impredecible e inexplicable a partir de una lógica causa efecto. De esta manera, el fenómeno no se reduce solo a la actividad sexual abusiva, sino múltiples problemáticas que instaladas previamente, que hablan de contextos dañados o alterados más allá del paciente mismo, como por ejemplo la sexualidad a nivel familiar.

Además, es entendido como un fenómeno relacional ya que involucra distintos sistemas, el cual necesariamente se da en una relación con otro, a través de una interacción sexual inserta en una dinámica de

poder, en un contexto familiar y social específico a cada caso.

Paralelamente. el ASI es entendido como una *experiencia* traumática en tanto es visualizada como una experiencia violenta en sí misma, invasora y transgresora, tanto en el plano físico, psicológico, corporal y sexual. Sin embargo, depende del cómo la experiencia es incorporada en la vida psíquica, para que se configure o no como un trauma. De esta forma, si bien se reconoce la gravedad de la experiencia, se enfatiza la subjetividad de quien la vivencia, los elementos de la dinámica abusiva, los recursos personales para su afrontamiento, y la capacidad de resiliencia.

Dentro de los antecedentes de fenómeno, se encuentran las variadas perspectivas teóricas que abordan el ASI, la diversidad de la dinámica y sus múltiples consecuencias.

Como condiciones intervinientes que pueden modificar el impacto de las condiciones anteriores, se encuentra la tendencia teórica del terapeuta, su formación profesional y experiencia en el tema.

Como acciones e interacciones entre los actores y el fenómeno, surge la discusión en torno a la Vol. V. 2014



conceptualización del daño producido por el ASI, ya que aún no se tiene clara su definición: "Ahora, qué es el daño, es algo aue aún no está conceptualizado según lo que yo he investigado para esta área." (e. XI, p. 16).

Por una parte, existe una visualización lineal del daño, donde se hipotetiza que si hay abuso sexual, necesariamente existe algún tipo de daño. Sin embargo, existe segunda perspectiva que plantea que depende fundamentalmente de las características del niño y del entorno, para la configuración del daño.

Las conceptualizaciones anteriormente señaladas, tienen como consecuencias, una disgregación en los objetivos o focos terapéuticos, como así también, una dificultad en la sistematización de la terapia.

Parámetros de logro de la Terapia de Reparación del Abuso Sexual Infantil.

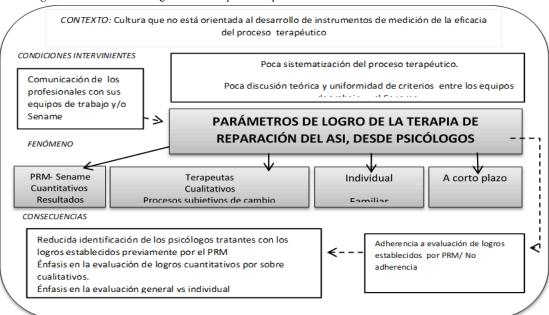


Figura 2. Parámetros de logro de la Terapia de Reparación del Abuso Sexual Infantil

Fuente: Elaboración propia

En la Figura 2 se observa el fenómeno correspondiente a los parámetros de logro de la Terapia de Reparación del

Abuso Sexual Infantil, desde los psicólogos entrevistados.



En una primera categoría, se alude a los logros establecidos previamente por los PRM según el Sename, donde prima una perspectiva cuantitativa y orientada a los resultados finales del proceso terapéutico, los cuales se orientan principalmente a la reducción sintomatológica.

En una segunda categoría, los terapeutas plantean la necesidad de sistematizar desde una perspectiva también cualitativa, la cual considera los logros a partir de la evaluación de los procesos subjetivos de cambio, donde se establecen la normalización de conflictos, la resignificación de la el desarrollo experiencia, V conocimientos y comprensión de la experiencia abusiva.

En una tercera categoría, se alude a logros a nivel individual y familiar. Se recalca la importancia de la incorporación de la familia en el proceso, y la revinculación con las figuras significativas.

Finalmente, en una cuarta categoría, los logros del proceso, son considerados a corto plazo, ya que la fase de seguimiento sólo se le asignan tres meses, por lo que se desconoce la evolución de los resultados terapéuticos a largo plazo.

Como antecedentes que se relacionan a los parámetros de logro señalados, los psicólogos entrevistados, describen la escasa sistematización del proceso terapéutico en los PRM; hay pocas instancias de discusión teórica sobre el tratamiento, y poca uniformidad en los criterios de trabajo terapéutico en torno al abuso sexual infantil entre los equipos de trabajo y el Sename. Esto incide en la diversidad de parámetros de logros del proceso terapéutico, los cuales no necesariamente coinciden con los planteados explícitamente en los PRM.

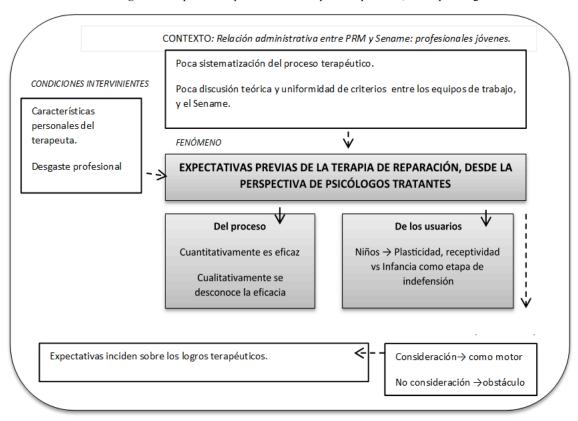
Como condiciones que interactúan con el fenómeno, incide la comunicación de los profesionales con sus equipos de trabajo y/o con el Sename.

Por otro lado, las estrategias de acción e interacción con el fenómeno, se traducen en adherir o no adherir a la evaluación de los logros establecidos por los PRM, versus la utilización de criterios personales e individuales en la consideración de los logros.

Expectativas previas de la Terapia de Reparación del Abuso Sexual Infantil, desde psicólogos tratantes.



Figura 3. Expectativas previas de la Terapia de reparación, desde psicólogos tratantes



Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3, se observa el fenómeno de las expectativas previas de la Terapia de Reparación, desde psicólogos tratantes, las cuales se orientan al proceso terapéutico, y en torno a los usuarios.

Las expectativas del proceso, dan cuenta de la necesidad de mejorar la eficacia de la terapia en términos cualitativos. Esto se explica, porque la terapia es considerada eficaz, desde un punto de vista cuantitativo, y desde la evaluación de la reducción sintomatológica, sin embargo, desde un punto de vista cualitativo, se desconoce dicha eficacia o no existen estándares claros que puedan dar cuenta de esta.

Además, se suma el escaso material científico de trabajo tanto para el psicodiagnóstico y la terapia, la escasa información sobre las intervenciones terapéuticas y el material clínico, poca fluidez de información e instancias de reflexión con los compañeros y otros centros acerca del proceso terapéutico en los PRM, por lo tanto, poca sistematización del proceso terapéutico.

Paralelamente, las expectativas que los psicólogos tienen acerca del pronóstico terapéutico de los niños son positivas, dada su plasticidad, receptividad y resiliencia; sin embargo, existe una percepción de baja adherencia de los adultos al proceso, por lo tanto, como los niños dependen de los adultos



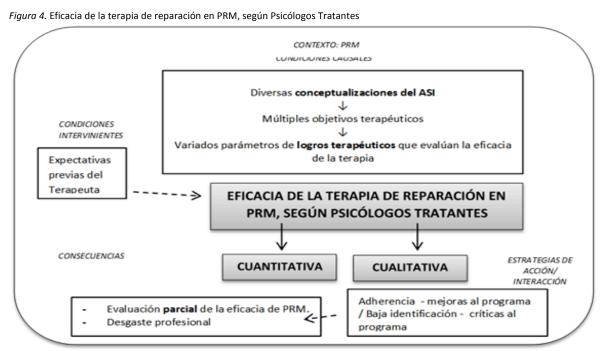
para la asistencia y participación en la terapia, las expectativas respecto a la eficacia y evolución del proceso suelen ser negativas, ya que no basta con la participación del niño, sino que también del contexto para que el proceso sea eficaz.

Las condiciones que intervienen y que alteran el impacto de las condiciones causales o antecedentes del fenómeno, son las características personales del terapeuta, la asistencia a terapia individual, el desgaste profesional, y las conceptualizaciones del Abuso Sexual Infantil, ya que estos factores pueden mitigar lo que los psicólogos esperan de la terapia y sus usuarios.

Como estrategias de acción e interacción, existe una mayor consideración y toma de conciencia de las propias expectativas de los terapeutas de la terapia y de sus usuarios, las cuales son consideradas como un motor de la terapia, lo que en algunos casos, ha sido posible a través de un proceso terapéutico personal; mientras que en otros casos, las expectativas no son consideradas en el proceso terapéutico, y se configuran como obstáculos de la terapia.

Como consecuencias, las expectativas intervienen sobre los logros, ya que dependiendo de lo que se espere de la terapia, se configurarán también los objetivos terapéuticos. Además, permiten estar atentos a los sesgos personales y/o de los usuarios, que pueden manifestarse en la terapia.

Análisis



Fuente: Elaboración propia



La Figura 4, presenta el fenómeno selectivo acerca de la *Eficacia de la terapia de reparación en PRM, según psicólogos tratantes,* el cual surge como resultado de la integración de las conceptualizaciones del ASI, las expectativas previas de la terapia y los parámetros de logro de la terapia.

Como antecedentes del fenómeno, estas variables se relacionan en que las diversas conceptualizaciones del ASI, crean múltiples objetivos terapéuticos, los que a su vez establecen variados parámetros de logros terapéuticos que evalúan la eficacia de la terapia. Estas variables a su vez también se ven mediadas por las expectativas previas de los psicólogos tratantes acerca del tratamiento y de los usuarios.

Lo anterior incide en que al haber una diversidad las gran en conceptualizaciones teóricas У expectativas del proceso de atención, no hay objetivos claros y consensuados del tratamiento psicológico. Por una parte están los objetivos planteados por las bases técnicas de los PRM, los cuales orientan una evaluación de la eficacia del proceso a partir de lo cuantitativo, mientras que por otra, surgen objetivos complementarios por parte de los psicólogos tratantes que no están necesariamente sistematizados, y que son evaluados desde lo cualitativo. Por lo tanto, si por eficacia se entiende el cumplimiento de los objetivos planteados en los PRM, la evaluación de la eficacia de la Terapia de Reparación resulta ser parcial, ya que incorpora de modo insuficiente el punto de vista de los psicólogos tratantes y de los usuarios en su evaluación.

Producto de lo anterior, los psicólogos interactúan adhiriendo a los métodos de evaluación establecidos por los PRM, los que se orientan a una evaluación principalmente cuantitativa y de resultados, sin embargo, esta evaluación parece no ser representativa para ellos dada la complejidad del fenómeno del Abuso Sexual Infantil, desarrollando críticas a los programas de tratamiento, lo cual incide en una baja identificación con éstos, y en la evidencia del desgaste profesional al que se ven expuestos.

Conclusiones y Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo el describir, analizar y sistematizar las relaciones existentes entre las conceptualizaciones del abuso sexual infantil, los parámetros de logros terapéuticos y expectativas previas de la terapia, orientada a la reparación del abuso sexual infantil realizada en PRM, desde la perspectiva de psicólogos clínicos tratantes en Santiago de Chile.

Los resultados confirman dentro del discurso de los psicólogos entrevistados, conceptualizaciones previas del abuso sexual infantil, que lo definen como un delito, en tanto es una transgresión y una vulneración a los derechos del niño, por lo tanto debe ser penalizado.



Así también, es considerado un fenómeno complejo, caracterizado principalmente por el uso del poder y la asimetría, en dinámicas de interacción sexual, donde la gratificación es del agresor (Finkelhor, 1992; Larraín y Bascuñan, 2012).

Además es entendido como un fenómeno relacional, el que puede ser intrafamiliar o extrafamiliar, cuyas dinámicas se asocian al chantaje y la manipulación, junto con una dinámica de silencio, que da cuenta de un momento particular en la historia de cada familia, así como también de problemáticas ya instaladas en las habilidades parentales, y en los estilos de comunicación.

Junto a lo anterior, el ASI es considerado una experiencia traumática (Finkelhor, 1988; Larraín y Bascuñan, 2012): en tanto es una exacerbación de lo corporal por sobre lo que el niño es capaz de simbolizar. Dentro de las consecuencias, no se puede establecer un síndrome único (Echeburúa y Corral, 2006), y destacan las consecuencias en el ámbito físico, emocional y psicológico, relacional, conductual, y de la personalidad e identidad (Pereda, Guilera, Forns, y Gómez- Benito, 2009). No obstante, depende del cómo se vivencie, y de las características del niño y su entorno, para la configuración del daño, ya que incluso hay niños asintomáticos (Manassis & Adler- Nevo, 2005, citado en Nuñez, 2010).

Al respecto, existe una discusión en torno a la noción de daño provocado por el ASI, en cuanto a lo que es y cómo se manifiesta. Por una parte, se considera que si hay abuso, debe existir algún tipo de daño, sin embargo, otros psicólogos señalan que no siempre hay una evidencia de éste, y que hay una sobrevaloración del daño, por lo tanto, se mira donde no siempre existe.

Según lo anterior, estas conceptualizaciones son variadas y poco consensuadas, sobre todo respecto a la noción de daño, por lo tanto no existe consenso sobre lo que se debe trabajar en la terapia, lo cual incrementa la dificultad en la sistematización de los programas.

En cuanto a los objetivos terapéuticos, existe una amplia gama, destacando además la necesidad urgente de establecer objetivos terapéuticos que involucren lo individual, familiar, contextual y a largo plazo.

Los objetivos que más destacan son:

- Detención y protección frente al Abuso Sexual Infantil
- Resignificación de la experiencia abusiva
- Aclaración y comprensión del Abuso Sexual Infantil
- Revinculación y fortalecimiento de redes de apoyo
- Fortalecimiento de la autoestima



En cuanto a los logros de la terapia, los resultados confirman la existencia de los siguientes parámetros:

Logros cuantitativos y generales, donde si hay un cumplimiento de objetivos superior al 80%, el programa es considerado eficaz (Chile. Sename, 2013). Logros de resultados del proceso terapéutico, los cuales se orientan principalmente a una reducción sintomatológica (Winkler, 1999 citado en Novoa, Benguria & Guerra, 2010).

Logros individuales y familiares, que incorporan tanto al niño o adolescente y sus figuras significativas.

Logros desde la percepción subjetiva de alcance de objetivos establecidos en la terapia (Duncan, 2000, citado en Novoa, Benguria & Guerra, 2010), como la normalización de conflictos, resignificación de la experiencia, el desarrollo de conocimientos y comprensión de la experiencia abusiva, como la incorporación de la familia en el proceso.

Logros a corto plazo, ya que el programa dura sólo 12 meses, donde el seguimiento tiene destinados tres meses.

Además, según lo establecido en las bases técnicas de los PRM, los logros que priman en la evaluación de la eficacia de la Terapia de Reparación en los PRM, son criterios ligados a lo estadísticamente significativo por sobre lo clínicamente significativo (Santibáñez, Mella, & Vinet, 2009).

Según lo expuesto, la eficacia de la Terapia de Reparación resulta ser parcial, ya que priman criterios de evaluación general, cuantitativos, de resultados y a corto plazo, según lo establecido en las bases técnicas de los programas.

En cuanto a las expectativas, estas son bajas en torno a la eficacia integral del proceso de intervención, y son ambiguas ante los usuarios, ya que se visualiza a los niños como muy receptivos y con mucha plasticidad, sin embargo la infancia es vista como una etapa de indefensión. En consecuencia, si las expectativas poseen cualidades motivacionales, ya que afectan la valoración de la conducta que se va a realizar (Krause, 2005, en Novoa et al. 2010), estas mismas expectativas acerca de la eficacia de la Terapia de Reparación, influyen negativamente.

En cuanto a las expectativas, correspondientes al sistema interviniente se orientan básicamente a la eficacia del programa, las expectativas previas de los niños respecto al proceso percibidas por los psicólogos tratantes, se caracterizan por ser poco claras o similares a las de los adultos que los apoyan, y en el caso de los adultos, las expectativas se orientan fundamentalmente а borrar experiencia o a considerar la terapia como sancionadora.

Según el párrafo anterior, las expectativas son discordantes entre el sistema interviniente y consultante, por lo tanto, los logros no son consensuados, ya que lo que el sistema de intervención



considerará como logro, no necesariamente va a coincidir con lo esperado por el sistema consultante. Por el contrario, tal como lo plantea Cáceres et al., (2000, citado en Santibáñez, 2008) al considerarse las expectativas, los logros terapéuticos debieran coincidir entre el consultante y el terapeuta. De este modo, falta una evaluación de la eficacia más integral que incorpore ambos sistemas, tanto interviniente como consultante, evidenciando la necesidad de incorporar las expectativas de los usuarios en la planificación de objetivos y logros.

Respecto al conocimiento acerca de la importancia del uso de las expectativas en el proceso terapéutico desde los psicólogos existen dos tratantes, tendencias. Por una parte existen conocimientos previos acerca del rol de las expectativas en la terapia, las cuales son como un *motor* que guía la terapia, mientras que en aquellos casos en que hay un desconocimiento sobre la importancia de éstas. son conceptualizadas como *obstáculo*. Sin embargo, no hay un uso general sistematizado de las expectativas en la planificación de los objetivos de la terapia.

Este limitado conocimiento de la importancia de la consideración de expectativas la terapia, hace en tratamientos poco acordes las necesidades de los usuarios. Pues si los niños no tienen claro cuáles son sus expectativas acerca del proceso, y los padres tienen expectativas erróneas de éste – como borrar la experiencia o visualizar la terapia como una forma de castigo – esto incidirá en que los niños no tengan claro por qué están en la terapia, mientras que los padres, probablemente tendrán una baja adherencia al tratamiento.

En consecuencia, se confirma que las expectativas del terapeuta también inciden como una variable inespecífica de la Terapia de Reparación realizada en PRM, por lo tanto, es fundamental estar atentos ante estos sesgos. Además, es esencial saber cuáles son las expectativas de los usuarios para que la terapia sea más efectiva desde un punto de vista integral del proceso.

De esta forma, las conceptualizaciones del ASI, los parámetros de logros terapéuticos, y expectativas previas de la terapia, orientada a la reparación del ASI realizada en PRM, se relacionan en que según las características de éstas, incidirán en la eficacia cualitativa de dichos programas.

La relevancia de esta investigación, es enfatizar que más que lo que se pueda suponer o decir acerca de lo que se está haciendo a nivel nacional con la problemática del Abuso Sexual Infantil, es necesario dirigirse específicamente a los equipos de tratamiento dirigidos por el estado, y el cómo se está trabajando en esto. Ya que a partir de esta investigación, queda el precedente de que hay poca claridad, poco consenso y una amplia diversidad de opiniones y



conceptualizaciones acerca del fenómeno, así como modos de trabajar en la reparación o resignificación de la experiencia traumática. Donde, si bien se destaca la riqueza de lo no específico, si se considera que estos programas representan una política a nivel país, es sumamente preocupante la falta de sistematización de estos desde una mirada clínica.

Así también, además de clarificar los programas, es necesario trabajar en la salud mental de los equipos de trabajo, y así evaluar cómo la persona que está implementando los programas, está vivenciando estas experiencias, ya que en esencia, la problemática del abuso es poco clara, confusa y desgastante.

Como aportes, se destaca la necesidad de considerar las variables del terapeuta en el estudio de la eficacia, destacando el rol que juegan las expectativas en el proceso. Junto con enfatizar el carácter relacional de la Terapia de Reparación, recalcando la co-construcción e intersubjetividad del proceso terapéutico, y la importancia de considerarlo como tal en el estudio de su eficacia.

Dentro de las limitaciones de este estudio, es necesario considerar las dificultades en la obtención de la muestra, la que por estar compuesta mayoritariamente por mujeres, entrega una primera aproximación al tema. Así también, la dificultad de utilizar el criterio de diferenciación de los enfoques teóricos en una muestra pequeña. Una

segunda limitación del estudio, hace referencia a que los resultados tampoco son generalizables a todos los PRM, ya que fueron obtenidos de una muestra correspondiente solo a la provincia de Santiago de Chile.

Como desafíos para nuevas investigaciones se sugiere el realizar estudios similares diferenciados según terapeutas con mayor experiencia profesional y que trabajen en el sistema privado. Así también, resulta relevante extender el estudio a otras ciudades de Chile, junto con contrastar la información desde el punto de vista de los usuarios y las instituciones asociadas.

También se considera necesario el poder realizar estudios acerca de cómo los modelos de déficit vs los modelos de competencias, inciden en las conceptualizaciones del ASI, las expectativas y los parámetros de logros.

Finalmente, se dejan como interrogantes el cómo poder potenciar la evaluación de la eficacia cualitativa de la Terapia de Reparación en ASI y la generación de instrumentos que midan la eficacia. Además, de cómo se pueden incorporar las etapas del desarrollo, género, familia y contexto, en la sistematización del proceso terapéutico.

Referencias



- **Alcázar, R. (2007).** Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, *30*(5), 55-62.
- Bagladi, V. (2003). Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de San Luis, Argentina.
- Barudy, J. (1998). El dolor invisible en la infancia, una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Buenos Aires. Paidós Iberica.
- Chía, Bilbao, Páez, Iraugi, & Martín- Beristain. (2011).

 La importancia de los eventos traumáticos y su vivencia: el caso de la violencia colectiva. En D. Paez, C. Martín Beristain, J. González, N. Basabe, & J. De Rivera, Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz. Madrid: Fundamentos.
- Chile. Ministerio de Salud. (2011). Guia Clínica Clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de Abuso Sexual . Obtenido de http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f3 63a745e04001011e011120.pdf
- Chile. Sename. (2013). Bases Técnicas Línea Programas.

 Programas de protección especializada en
 maltrato y abuso sexual infantil (PRM). Obtenido
 de
 http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p4_

04-02-2014/BASES_TECNICAS_PRM.pdf

- Chile. Sename. (2013). Catastro de la Oferta Programática de la Red Sename. Obtenido de http://www.sename.cl/wsename/ot
- **Echeburúa, E. y Corral, P. (2006).** Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011).

 Tratamiento Psicológico de Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un enfoque integrador. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 19(2), 469-486.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo.

 Obtenido de http://paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/18-LA-RESISTENCIA-HUMANA-EN-EL-PROCESO-DEL-DUELO-Echeburua.pdf
- Gómez, Cifuentes, & Sieverson. (2010). Características asociadas al abuso sexual infantil en un programa de intervención especializada en Santiago de Chile. Summa Psicológica, 7, 91-104.

- Harvey, S., & Taylor, J. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children. Clinical Psychology Review, 30, 517-535.
- Hetzel Riggin, M., Brausch, A., & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for. *Child Abuse & Neglect*, 125 - 141.
- Larraín, S., & Bascuñán, C. (2012). Cuarto Estudio de Maltrato Infantil. Obtenido de http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Publicacio nes
- Larraín, S., & Valdebenito, L. (2007). El Maltrato deja huella. Obtenido de http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Publicacio nes
- **Llanos, M.T. & Sinclair, C. (2001).** Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psykhe, 10*(2), 53-60.
- Mussi, C. (2005). Entrenamiento en habilidades terapéuticas. Cómo mejorar los resultados en psicoterapia. Obtenido de http://interoceanica.org.mx/wp/download/Capell aniaUMI/Entrenamiento%20e%20habilidades%20 terape%CC%81uticas.doc.
- Novoa, P., Benguria, A., & Guerra, C. (2010). Relación entre las expectativas terapéuticas y el logro terapéutico: un estudio en jóvenes víctimas de abuso sexual. En C. O. Paicaví, Espejos de Infancia.
- Nuñez, L. (2010). Evaluación de daño psíquico en niños preescolares que han sido víctimas de agresión sexual a partir del test de apercepción infantil CAT-A. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Universidad de Chile. Santiago.
- **Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica.* Santiago: ICPSI Psicoterapia Integrativa.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención del Maltrato Infantil. Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/978 9243594361_spa.pdf
- Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito. (2009). Child Abuse & Neglect: The International Journal, 6(33), 331 - 342.
- Pool, A. (2006). Análisis Desde el Modelo Traumatogénico de los Indicadores Gráficos Asociados a Agresiones Sexuales Infantiles en la Prueba Persona Bajo la Lluvia. *Psykhe, 15*(1), 45-55.



- Rull, & Pereda. (2011). Rull, J., & Pereda, N. (2011).

 Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas.

 Anuario de Psicología, 81 -105.
- Santibañez, P., Mella, M., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la Psicoterapia y su relación con la Alianza Terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26, 267-287.
- Santibañez, P., Román, M., Chevenard, C., Irribarra, & Muller. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, *26*(1), 89-98.
- Save the Children. (2001). Abuso Sexual Infantil;
 Manual de formación para profesionales.
 Obtenido de Save the Children:
 http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91
 /Manual.pdf

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá: Contus.
- **Taylor, S. & Bogdan. (1987).** Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.



Estudio exploratorio de demandas de atención a usuarios derivados por Tribunales de Familia al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

Natalia Palma-Rojo *
Daniela Robles. **

In this article we present a review of the current requests for admission and intervention carried out in the Chilean Institute of Integrative Psychotherapy, to consultants derived from the Family Courts. We conducted a review of records of audiences, generating a database covering requests made between the years 2009 and 2013, sent from the courts. We got an overview of the requirements that family courts ask to the institution, as well as a first approximation to the difficulties and limitations detected in the therapeutic work and research.

Keywords: psychology, judicial system, courts of family therapy in the judicial context, E.I.S., ICPSI.

En esta investigación se presenta una revisión y análisis de las solicitudes de ingreso e intervención efectuadas por los tribunales de familia de Santiago al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Se realizó una revisión de actas de audiencia y/u oficios, generando una base de datos que abarca las solicitudes realizadas entre los años 2009 y Mayo de 2013. Se obtuvo una panorámica general de los requerimientos que realiza Tribunales de Familia a la Institución, así como también una primera aproximación a las dificultades y limitaciones detectadas dentro en el quehacer terapéutico y de investigación.

Palabras claves: psicología, sistema judicial, tribunales de familia, terapia en el contexto judicial, EIS, ICPSI.

[·] Psicóloga Universidad Santo Tomás. Diplomada en evaluación psicológica adulto e infanto juvenil. Estudiante de Magister en Psicología Clínica Universidad de Santiago de Chile. psnataliapalma@gmail.com

^{**}Psicóloga Universidad Santo Tomás. Diplomada en Evaluación adulto e infantil- juvenil. Estudiante de Magister en psicología clínica, Universidad Santiago de Chile psdanielaroblesr@hotmail.com



Introducción

Desde la implementación en nuestro país de los Tribunales de Familia bajo la ley n° 19.968, cuyo antecesor fue tribunales de menores, es que en el sistema iudicial ha presentado importantes cambios en donde se espera la creación de un sistema judicial tribunales especializados con temáticas específicas, es posible señalar que ya en 1993, la comisión nacional de familia, plantea la necesidad de un organismo que se inserte en temáticas familiares, pero solo en 1997, es enviada como proyecto de ley, siendo hasta el año 2001 que el presidente, solicita se revise y se realicen correcciones. (Turner, 2002)

El año 2005, se aprueba y publica en Chile, la Ley 20.084, sobre responsabilidad penal adolescente. En adelante, la nueva ley se enmarca en un proceso de reforma integral y de modernización del sistema de justicia, abandonando el paradigma tutelar para asumir los mandatos de la Convención Internacional de los Derechos del niño, niña y adolescente, a quienes ahora se les concibe como sujetos de derechos, que requieren de protección integral.

La creación de tribunales de familia, y la preocupación de éste por el bienestar superior del niño, se rige bajo el concepto moderno del niño, en donde

se manifiesta que los niños tienen los mismos derechos que los adultos. Tribunales de familia por tanto, crea un nuevo derecho de familia y por ende, se plantea la necesidad de buscar nuevos enfoques que permitan comprender la dinámica familiar. Es así como, las leyes de familia contemplan la epistemología sistémica, la cual comprende a la familia como sistemas yuxtapuestos. (Turner, 2002).

Esta nueva forma de ver al sistema familiar termina por dar comienzo el año 2005, al funcionamiento de tribunales de familia, contemplando no solo los aspectos legales, sino que también la consideración de enfoques que permitan no solo comprender sino promover la resolución de conflictos en beneficio del bienestar superior de los niños.

Considerando lo anterior, es que la psicología no puede estar ajena a la conflictiva tanto individual como de grupo familiar en el contexto judicial, y posible encontrar diversas investigaciones enmarcadas dentro del actual contexto judicial. Psicología y derecho, si bien ambas pertenecen a la llamada área de las ciencias sociales, ha estado rodeadas de conflictos, basados principalmente en las características de estos campos de estudio (Lösel, 1992, en Muñoz, Manzareno y Alcázar, 2011). Debemos de considerar que ambas



disciplinas son muy fértiles en diversos campos de estudio, por lo que la apertura de la psicología hacia el mundo de lo legal, genera en los investigadores y terapeutas nuevas inquietudes (Muñoz, Manzareno y Alcázar, 2011)

Como es sabido en la psicología clínica, poder implementar para una intervención eficaz, es necesario primero tener claridad respecto a cuales serán nuestros objetivos terapéuticos. Y, con ellos, cuál será el modelo o teoría que nos guíe hacia el "éxito" en el proceso terapéutico. Dentro de la bibliografía actual, es posible observar que las temáticas asociadas a la familia y, específicamente, a las familias en procesos judicializados es escasa y nos indica la necesidad de considerar diversos factores, heterogéneos multicausales.

Considerando la escasa información existente y la necesidad de relevar las experiencias adquiridas profesionales intervinientes en el área, el presente trabajo busca aportar, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmatico, información relevante para comprensión la abordaje de las temáticas problemáticas familiares judicializadas. En esta línea de investigación, especial importancia adquiere el Modelo Integrativo Supraparadigmatico cuanto aportaría riqueza al análisis de los resultados obtenidos al comprehender la complejidad de la problemática y favorecer una mirada que integre los distintos factores participantes.

Desde sus inicios en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, como lo señala Bagladi (2010) "nuestro empeño estará siempre en buscar el mejor conocimiento posible, para ponerlo a disposición de la psicoterapia y de nuestros pacientes (p170). investigación de ICPSI ha abarcado diversas y variadas temáticas, dando cada una de ellas cabida a diferentes líneas de Investigación. Como resultado de las diferentes investigaciones, en torno al Supraparadigma Integrativo, se espera ir derivando y decantando principios de influencia posibles de poner al servicio de la comprensión de etiología v conformación diferentes realidades y problemáticas clínicas. Así como fuentes de vías de abordaje e intervención más eficientes y adecuadas (p 146-147). En lo referido a las Problemáticas Clínicas que ha abarcado nuestra investigación, son múltiples las áreas de estudio (Depresión, Ansiedad, Tr de Personalidad, Pb. de pareja, Adopción, Maltrato, Abuso, VIF, Tr del desarrollo, Tercera edad, Adicciones, Manipulación Intrafamiliar, etc). En cada una de ellas ha procurado aportar comprensión de su funcionamiento y

ICPSI

etiología, así como al abordaje clínico y psicoterapéutico de las mismas. 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 y los desarrollos en evolutividad (Schmidt, 2007; Cardemil, 2010; Boye y Quintana, 2013; entre Así, los resultados de la otros). investigación, se han contextualizado e integrado dentro del Supraparadigma Integrativo: permitiendo, en muchos contrastar y/o proponer casos, principios de influencia de relevancia (Bagladi, 2010, p150).

Considerando lo señalado, queda de manifiesto la importancia de estudios y sistematizaciones en torno temáticas de las familias en procesos judicializados, dado que es en estos grupos primarios en donde desarrollan niños nuestros adolescentes y donde se puede aportar al bienestar y desarrollo, o no, de vuestra sociedad; ya que marcarán a la persona para la vida.

Es por tanto que como institución de Salud Mental, el instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, ha tomado el reto de abrirse a este nuevo campo no solo de intervención, sino que también de investigación. Realizando sus primeras aproximaciones al campo jurídico a mediados de la década del 2000. Si bien los inicios fueron lentos,

como institución se formaliza el deseo de participar más activamente en el contexto judicial, entregando diversas prestaciones a los usuarios derivados de Tribunales de Familia, cada uno con temáticas y objetivos de intervención (diagnóstico y/o terapéutico) distinto.

Con el tiempo, se observó un aumento de significativo las derivaciones provenientes del sistema judicial, por lo que el equipo coordinador se plantea la inquietud sistematizar más claramente ¿cuáles son las temáticas derivadas, cuál o cuáles son las solicitudes realizadas desde el sistema judicial?. Lo anterior para dar una mejor respuesta a las demandas y también para capacitar y/o formar profesionales idóneos para desempeñar una labor que presión implica alta у, proporción significativa con escasa colaboración de los usuarios.

Metodología

Para la elaboración del presente artículo, de carácter exploratorio, donde se toma una muestra de 1123 sujetos, que fueron derivados al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, entre marzo de 2009 y mayo de 2013.

Para realizar dicho análisis, se realizó una revisión acabada de la documentación enviada por el sistema judicial (Actas de audiencia y/u Oficios),

ICPS

en donde el Magistrado a cargo del caso determinó el requerimiento realizado a la institución. Dichos antecedentes, fueron ingresados en primera instancia a formato Excel, para posteriormente ser traspasados los datos al programa SPSS versión 22, a fin de poder realizar análisis estadísticos, siendo este el primer estudio realizado por ICPSI dentro del marco de la psicología en el contexto judicial.

Dichos datos permitieron extraer la frecuencia de temáticas consultadas y/o requeridas por Tribunales de Familia, se consideraron dos variables a analizar:

- 1.- Solicitud de ingreso: en donde se consideraron las siguientes opciones; ingresos a evaluación, terapia, ingresos sin especificación de los requerimientos, ingreso a taller, modalidad evaluación y terapia, así como también la modalidad terapia y asistencia a talleres.
- 2.- Tipo de intervención solicitada: con el objetivo de lograr mayor especificidad se explora el tipo de intervención solicitada, desglosándose en treinta sub divisiones de solicitud y problemática descrita.

Además de lo anterior, se realizó búsqueda de estudios en dos bases de datos respecto a la temática de la psicología en el marco legal, siendo estas Scielo y Redalyc.

Resultados

La revisión realizada, permitió establecer frecuencias dentro de las solicitudes realizadas desde el sistema judicial a nuestro Instituto.

En la tabla N° 1, se presentan las frecuencias de los datos de ingreso de los usuarios, cuando llegan a consultar. En dicha tabla es posible dar cuenta que de un total de 1123 sujetos, el 53,1% la modalidad ingresan baio evaluación psicológica también O llamada peritaje psicológico, en tanto que el 41,8% de la muestra es derivada a terapia. Se registra también las solicitudes de ingreso sin especificación correspondientes al 1,4% de la muestra. Por otra parte, los ingresos al taller de habilidades capacitación en competencias parentales, solo llega al 0,6%; en tanto que aquellos sujetos derivados a realizar terapia psicológica y taller anteriormente descrito, corresponden al 0,1%.

Tabla N°1

Ingreso								
				Porcentaje	Porcentaje			
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado			
Válido	evaluación	596	53,1	53,1	53,1			
	terapia	469	41,8	41,8	94,8			
	no se especifica	16	1,4	1,4	96,3			
	taller	7	,6	,6	96,9			
	evaluación y terapia	34	3,0	3,0	99,9			
	terapia y taller	1	,1	,1	100,0			
	Total	1123	100,0	100,0				



En la tabla N° 2, se realiza un análisis de mayor especificidad, estableciendo la frecuencia del tipo de evaluación específica solicitada: evaluación psicológica, evaluación psiquiátrica, evaluación social, evaluación psicológica y social.

Tabla N°2

Tipo de evaluación								
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Por centaje acumulado			
Válido	Evaluación Psicológica	533	47,5	82,1	82,1			
	evaluación psiquiátrica	12	1,1	1,8	84,0			
	Evaluación Psicológica y Psiquiátrica	71	6,3	10,9	94,9			
	Evaluación Psicológica y Social	18	1,6	2,8	97,7			
	Sin Especificación	15	1,3	2,3	100,0			
	Total	649	57,8	100,0				
Perdidos	Sistema	474	42,2					
Total		1123	100,0					

En la tabla N° 3, se exponen las frecuencias con respecto a los tipos de intervenciones realizadas.

Los datos obtenidos de la muestra dan cuenta de las siguientes frecuencias, exponiendo los valores más significativos. De una muestra de 1123 sujetos, 458 de ellos correspondientes al 40,8% solo fue derivado evaluación psicológica. Observándose 110 sujetos correspondientes al 9,8% derivado a la institución sin especificación procedimiento terapéutico a seguir, mientras que el 8,6% poseen la indicación de dar inicio a terapia revinculatoria, paterno o materno filial.

En tanto a las terapias de habilidades parentales corresponde el 8,2%,

correspondiente a 92 sujetos. Es posible apreciar también solicitudes por parte de tribunales de familia de terapias con múltiples objetivos con una frecuencia de 75 sujetos, que representan al 6,7% de la muestra total.

En la misma tabla, es posible observar las frecuencias en otro tipo de intervenciones donde los porcentajes obtenidos son más bajos, pero no menos importante para próximas investigaciones.

Tabla N°3

	Intervención terapéutica					
				Porcentaje	Porcentaje	
		Frequencia	Porcentaje	válido	acumulado	
Válido	Terapia en habilidades parentales	95	8,5	17,0	17,0	
	Terapia de revin cualción	102	9,1	18,3	35,3	
	Terapia de control de impusos	2	,2	.4	35,7	
	Terapia reparatoria vinculo/abuso	38	3,4	6,8	42,5	
	Terapia adicción a pornografia	1	.1	.2	42,7	
	Terapia de resolución de conflictos	4	.4	.7	43,4	
	Terapia violencia intrafamiliar	9	.8	1,6	45,0	
	Terapia manejo conductual	1	.1	,2	45,2	
	Terapia comunicacional	6	,5	1,1	46,2	
	Terapia elaboración de duelo	5	.4	.9	47,1	
	Terapia familiar/disfunción	36	3,2	6,5	53,6	
	Terapia resolución problemas personales	2	,2	.4	53,9	
	Terapia relacional	2	,2	.4	54,3	
	Terapia restauración relaciones familiares	3	,3	.5	54,8	
	Terapia fortalecimiento lazos parentales	6	,5	1,1	55,9	
	Terapia reestablecimiento relación directa y regular	9	.8	1,6	57,5	
	terapia de pareja	2	,2	.4	57,9	
	dos o más objetivos	78	6,9	14,0	71,9	
	Sin especificar	156	13,9	28,0	99,8	
	20	1	.1	,2	100,0	
	Total	558	49,7	100,0		
Perdidos	Sistema	565	50,3			
Total		1123	100,0			



Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de temáticas solicitadas por el poder judicial, más específicamente Tribunales de Familia, tanto en la modalidad de ingreso como como en el tipo de intervención a realizar.

En primera instancia es posible identificar amplio porcentaje de derivados a fin de realizar algún tipo de evaluación siendo estos 592. correspondientes a una muestra de 1123 solicitudes de ingreso, cercano al 50% de muestra. Lo anterior pone de manifiesto la importancia que ha dado el poder judicial a la consideración de las variables psicológicas, psiguiátricas y sociales, permitiendo no solo un mejor entendimiento del caso a caso sino que también permitiendo tomar decisiones más cercanas a la realidad del usuario, por así decir humanizar el sistema judicial.

Por otra parte, no es menor que 469 sujetos, correspondientes al 41,8%, sean derivados inmediatamente a terapia, explicitando la o las problemáticas generales a tratar, sin dejar de considerar que en el proceso terapéutico se desprenderán otras que no han sido planteadas, puesto que no son expuestas explícitamente en el sistema judicial,

tales como elementos de la historia de vida de los consultantes.

Con respecto a las intervenciones realizadas, es posible apreciar un amplio número de solicitudes hechas por el sistema judicial: algunas de objetivos específicos y otras de múltiples objetivos, sin embargo en ambos casos se observan solicitudes de trabajo terapéutico, así como actas en donde solo se solicita la incorporación del sujeto a la institución.

Lo anterior, genera importantes dificultades a la hora de decidir la intervención a realizar, por cuanto nos debemos plantear preguntas tales como: ¿qué se debe evaluar? ¿Para qué debemos evaluar?, ¿Cuáles son las temáticas a trabajar terapéuticamente?. Lo anterior es altamente relevante puesto que los usuarios en su gran mayoría, inician evaluaciones o procesos terapéuticos en contra de su voluntad, siendo obligados a asistir e invertir en términos económicos.

Por otra parte, se observa otra limitación, y esta dice relación con que las disciplinas involucradas, que son Psicología y Derecho, no comparten términos, existiendo diferencias significativas, tanto a nivel cualitativo: en lo qué hacer, así como dificultades en la consideración de los tiempo terapéuticos; buscando en algunas ocasiones soluciones rápidas, no

ICPSI

considerando que en muchos de los casos, los usuarios no se encuentran en condiciones psicoemocionales para abrir y/o trabajar terapéuticamente ciertas temáticas.

Considerando todo lo anterior, es que se hace necesario realizar investigaciones en el área psicológica judicial, a fin de masificar y esclarecer conceptos, tanto del derecho a la psicología, como de la psicología al derecho, todo esto con el fin de que el usuario logre provecho de la instancia terapéutica en su beneficio.

Siendo lo anterior de una relevancia central dado que el desarrollo afectivo los niños comienzan aprender de los otros, a modo de modelaje, las claves permiten leer las diferentes que situaciones emocionales y sociales, facilitando también la adaptación a un nuevo entorno y haciéndose parte de éste.....conformando las futuras realidades sociales de nuestro país.

En cuanto a los alcances de este estudio, no debemos olvidar que la realidad de que el sistema Familiar es muy cambiante (una demanda al mes siguiente puede retirada: ser entre progenitores reencuentros anteriormente divorciados, etc.) y el Sistema Judicial Familiar, también se ve en la obligación de ir modificándose y estructurándose en relación dinámica familiar. En el fondo, lo que importa, es la necesidad que actualmente existe con respecto a la clarificación de éste fenómeno, lo relevante que salgan a la luz nuevas investigaciones, aportándonos mayor conocimiento válido y especificidad en cuanto a diagnóstico e intervención.

En este contexto, la presente revisión pone de manifiesto lo fundamental de generar expectativas realistas en torno a la intervención que se lleva a cabo con los adultos, niños, niñas y adolescentes, derivados a atención psicológica desde los tribunales de familia. Si consideramos lo que ocurre en los procesos de psicoterapia, esto es. que las de las partes expectativas son predictoras del éxito que se alcanza (Bagladi, 2003), es esencial entonces (a) trabajar en el planteamiento de inicio de expectativas realistas al cualquier intervención de estas características, (b) ajustarlas a tiempo con los distintos actores involucrados, (c) explicitar las que vayan surgiendo durante la intervención y (d) distinguir con la mayor claridad posible entre aquellas que se asumirán como parte de la atención psicológica entregada (y cómo) y entre aquellas que deberán ser articuladas por otros actores (o las propias familias) a posteriori.

Especial relevancia debe ser otorgada a las características de los integrantes de los equipos de trabajo directo con las familias en procesos judicializados. El



trabajo con estos sistemas familiares 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 conocimiento de los aspectos dimensiones de la realidad con la que se enfrentaran. Así, suelen darse escenarios de escasa formación en cuestiones específicas del trabajo con familias judicializadas que supera el conocimiento de los equipos sobre las características particulares del sistema a intervenir.

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 desgaste profesional personal, 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 con familias judicializadas; así como la desinformación en cuanto procedimientos derivados de las políticas públicas y estatales, pueden incrementar aún más las dificultades, derivando en un

alto nivel de desgaste profesional y de la salud integral de los equipos de trabajo.

Aún con todas las dificultades que plantea el trabajo con esta realidad psicosocial, cada vez más presente, todas estas familias están sembrando su futuro. Y cuando esto ocurre satisfactoriamente, la gratificación que sienten los propios individuos y quienes han trabajado 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, cada vez menos apoyo institucional, porque ha desarrollado recursos propios para apoyarse a sí misma y continuar avanzando (Fuentes, León, y Ramírez, 2010, p).

En este trabajo hemos querido compartir nuestras aproximaciones y resultados incipientes de investigación. Estamos ciertos que aún nos falta mucho por recorrer. No obstante, partir de todo lo expuesto en la sistematización desarrollada, resulta evidente que la



implementación de adecuados programas de atención 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.

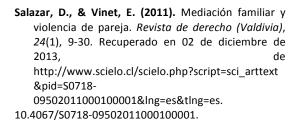
A nivel general contar con conocimiento específico y especializado que orienten las decisiones y las intervenciones tanto de los equipos de trabajo como de los diversos organismos involucrados. A nivel específico conocer y sistematizar las experiencias de los actores involucrados, más allá de los lineamientos generales que puedan entregarse a nivel estatal, dado que el conocimiento y manejo de las características idiosincrásicas de cada sistema familiar particular resultan esenciales para que el proceso de intervención psicosocial sea del mayor aporte posible.

Resulta también necesario contar, además de la asesoría especializada en materias afines a las temáticas tratadas, con formación especializada y con la supervisión constante de las distintas actividades realizadas.

Todo lo anterior hará posible la integración y el desarrollo de personas, culturas, instituciones y naciones más satisfechas y realizadas.

Referencias

- Bagladi, V. (2003). Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de San Luis, Argentina
- **Bagladi, V. (2010).** Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E. I. S.) Rev. AcPI, Vol 2, 141–176.
- 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.
- Coelho, L. C. E. (2011). Reflexión. Ser Padre, Ser Madre, Ser Padrastro, Ser Madrastra: Aspectos Psicológicos y Jurídicos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21() 125-130. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315026314 012
- De la Torre, J. (2006). LOS PUNTOS DE ENCUENTRO FAMILIAR: UN ENFOQUE ACTUAL DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE RUPTURA FAMILIAR. Anuario de Psicología Jurídica, 16() 65-73. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315024763 005
- Fuentes, M.; León, M.J. y Ramírez, R. (2010). Una intervención psicosocial: Refugiados en Chile. Rev. AcPI, Vol 2, 177 186.
- Morales, L. A. & García López, E. (2010). Psicología
 Jurídica: quehacer y desarrollo. *Diversitas:*Perspectivas en Psicología, 6(2) 237-256.
 Recuperado de
 http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=679151400
 04
- Muñoz, J. M., Manzanero, A. L., Alcázar, M. Á., González, J. L., Pérez, M. L. & Yela, M. (2011). Psicología Jurídica en España: Delimitación Conceptual, Campos de Investigación e Intervención y Propuesta Formativa dentro de la Enseñanza Oficial. Anuario de Psicología Jurídica, 21() 3-14. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315026314 002



- Schmidt, Mª I. (2007) "Maltrato infantil sistematización teórico y apreciación clínica desde el Supraparadigma Integrativo". Tesis Magíster UAI-ICPSI, Santiago, Chile.
- Varela, C, Percepción de los actores jurídicos en el campo de la reforma procesal penal, recuperado en html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/Revista1 7/Articulo21.pdf



- Turner, S. (2002). LOS TRIBUNALES DE FAMILIA. *lus et Praxis*, 8(2), 413-443. Recuperado en 16 de diciembre de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0718-00122002000200013&Ing=es&tIng=es. 10.4067/S0718-00122002000200013.
- Vázquez, B. (2008). Aportaciones de la Psicología a la Modernización del Sistema Judicial Español. Conferencia Inaugural del IV Congreso de Psicología Jurídica y Forense, Murcia, 8, 9 y 10 de mayo de 2008. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18 (5-10). Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315024785 002



Actualizaciones en Intervención en crisis

Silvia Urra R. *

Abstract:

This paper aims presents an approach to crisis intervention reviewing the theoretical models at its base, the variables considered to be involved, and the proposed guidelines for a psychotherapeutic intervention.

Keyword: Crisis intervention, event, person, context, Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), trauma.

Resumen:

El presente trabajo presenta una aproximación a la Intervención en crisis revisando los modelos teóricos a su base, las variables intervinientes consideradas por estos, y las líneas y estrategias de intervención psicoterapéutica propuestas.

Palabras claves: Intervención en crisis, Evento, persona, contexto, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, trauma.

Magíster © Psicología Clínica Mención Psicoterapia Integrativa UAI-ICPSI

[·] Psicóloga Universidad Santo Tomás. Diplomado en psicodiagnóstico Adulto Diplomado en Intervención en Crisis



Introducción

Cuando nuestras vidas pierde el equilibrio que creíamos conocer, cuando un evento produce inestabilidad y la angustia se apodera de la vivencia actual, se corre el riesgo de que el sistema se desintegre o que logre un nuevo equilibrio. ¿De qué depende que se logre el crecimiento?, ¿Qué variables precipitan el daño a corto, mediano o largo plazo?.

Existen crisis esperadas y crisis no esperadas, Kart Slaikeu refiere que existen variables a tener en cuanta al evaluar las crisis; señala que se debe considerar la gravedad del suceso, por ejemplo, el asesinato de un ser querido tiene potencial en sí mismo para ser considerado como crisis. Otra variable a considerar son los recursos personales, ya que algunas personas manejan de mejor manera las tensiones. Una Tercera variable a considerar, es el contexto social en el cual se encuentra inmersa la persona y específicamente quienes están al momento de ocurrida la crisis, dado que las crisis se caracterizan por un "colapso en la capacidad para resolver problemas", es fundamental la ayuda que otros puedan brindar, ya que de esto depende como la persona en crisis enfrentará el cambio.

"La desorganización extrema que acompaña a la experiencia de crisis conducirá pronto a alguna forma de reorganización, negativa o positiva, para la víctima y sus familiares". (Slaikeu, 1996). Independiente de la resolución que tenga la crisis vivida, siempre implicará un cambio, un 'antes y después de', nunca se volverá al estado anterior.

Por lo tanto, la intervención en crisis se puede definir como "un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familiar a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de efectos de crecimientos (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza".

Descripción Histórica

En el año 1942, tras un incendio en Boston en donde murieron 493 personas y las victimas sobrevivientes fueron atendidas en el Hospital General de Massachussets, por lo cual Lindemann y colaboradores del hospital configuraron un informe clínico del suceso, dejando establecidos los síntomas psicológicos de las víctimas, lo cual constituyó la base para posteriores trabajaos sobre duelo, en donde sobresalta el rol que se le atribuyó terceros participantes, concepto que posteriormente utilizado en el Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley (Boston).



Gerald Caplan, a partir del trabajo de Lindemann, fue el primero en magnificar la importancia de las crisis en la psicopatología adulta: "un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de individuo el parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis" (Caplan, 1964, página 35).

A consecuencia de lo planteado por Caplan, es que Erikson (1963) planteó que las personas crecen y se desarrollan en una serie de ocho transiciones e incluyó la importancia de los recursos personales y sociales, en la resolución de las crisis del desarrollo tanto como mejoramiento o empeoramiento.

A principios de 1960, creció en Estados Unidos un movimiento para prevenir el suicidio, el cual se apoyaba en la teoría de crisis de Caplan, las cuales ofrecían líneas de atención telefónicas las 24 horas del día. Programas que se apoyaron en voluntarios no profesionales. Si bien comenzaron para prevenir el suicidio, ocurrió que en el tiempo trataban multiplicidad de crisis. "La idea fue comprender la grave desorganización y perturbación en términos de la teoría de la crisis, en todos lo casos, lo mismo en las crisis de suicidio, que en las de divorcio, desempleo, maltrato conyugal o rebeldía adolescente" (Slaikeu, 1996). Hubo crecimiento de los centros de

prevención para el suicidio, lo que

presentó la necesidad de formar movimientos comunitarios de salud mental, por lo que la Comisión del Congreso Estadounidense para la Salud y Enfermedad Mental, aprobó el acta de los Centros Comunitarios de Salud Mental en 1963, esto con el fin de no restringirlos a los hospitales.

Entre 1960 y 1970 comenzaron a publicarse escritos sobre intervención en crisis, desde el ámbito de la psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social que daban cuentas de casos y de cómo ayudar a individuos y familias en crisis.

Tomó mayor valor en la sociedad, cuando la intervención en crisis se fundamentó en el tratamiento breve, así pudiéndose programar una diligente utilización de los recursos. Y así se comenzó a entender que el dolor emocional y el sufrimiento están limitados en el tiempo, pudiendo generar resultados positivos o negativos en el tiempo.

En 1979, Baldwin señala que dado el carácter interdisciplinario de la intervención en crisis, el cual se ha fortalecido en teoría y en la práctica, podría conducir a unir a los profesionales de la salud. Con la visión de cuidado de salud mental y física, entregando un tratamiento integral a las personas.

En Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile, ha venido trabajando desde la década de los 90 en intervención en crisis, trabajando en casos de violencia, abuso y maltrato, intervención en crisis en



comunidades luego de catástrofes naturales e intervención en crisis en instituciones luego de sucesos traumáticos.

Influencias Teóricas

Charles Darwin con su teoría de la evolución y adaptación de los animales a su ambiente, enfatiza la idea de la supervivencia del más apto y la lucha por la existencia entre los organismos vivos y el medio. Esto condujo a la idea de ecología humana, cuya hipótesis es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Moos, 1976, página 6).

Otra influencia teórica relevante en la teoría de la intervención en crisis, viene de teóricos como Carl Rogers (1961), y Abraham Maslow (1953),auienes enfatizaron la realización en У crecimiento positivos del hombre, se enfocaron en la tendencia del hombre hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar horizontes. Este postulado de autorrealización del hombre es congruente también con quienes proponen que la conducta humana es intencional y dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas, lo cual es esencial en las teorías en que las crisis se consideran momentos en que propósitos se ven obstaculizados o inalcanzables.

Una tercera línea teórica relevante para la intervención en crisis, es propuesta por Erikson (1963), quien al describir el ciclo vital del desarrollo en ocho etapas, le otorgó a cada etapa la presencia de un reto, transición o crisis. Alejándose así de la teoría psicoanalítica que señala que la vida se basaba en lo sucedido en la infancia y niñez muy temprana.

Una cuarta influencia teórica proviene de la investigación, ya que al estudiar como las personas lidian con el estrés vital extremo, aparece la lucha con traumas provocados en campos de concentración, la muerte de seres amados, cirugía, agonía en niños y desastres. Holmes y sus colaboradores, demostraron correlación entre el estrés de sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad (Holmes y Masuda, 1973).

Prevención

En el ámbito de la salud, la prevención es dividida en tres formas. La prevención primaria es la que se orienta a la reducción de ocurrencia de trastornos y por lo tanto, está destinada a que los problemas no se instalen en las personas. Existe la prevención secundaría que se enfoca en la reducción del daño que han provocado los sucesos y por ello se destinan estrategias para cuando el problema ya está instalado. La prevención terciaria se refiere a reparar el daño que ha provocado el suceso mucho tiempo después de ocurrido.



Por lo que Intervención en crisis se puede realizar en las tres formas de prevención, teniendo mayor prevalencia en la prevención secundaria.

	PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
OBJETIVOS	Reducir la incidencia de los trastornos mentales. Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humano a través del ciclo vital.	Reducir los efectos debilitantes de la crisis vital. Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.	Reparar el daño hecho por crisis vitales no resueltas, esto es, tratamiento de mentales/emocio nales.
TÉCNICAS / ESTRATEGIAS	Educación pública, cambios en la administración en relación con los tensores ambientales. Enseñar a los niños habilidades para resolver problemas.	Intervención en crisis: Primeros auxilios psicológicos; Terapia para crisis.	Psicoterapia a largo plazo reentrenamiento, medicación, rehabilitación.
POBLACIONES ASEDIADAS	Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo.	Victimas de experiencias de crisis y sus familias.	Pacientes, casos psiquiátricos.
OPORTUNIDAD	Antes de que los sucesos de crisis ocurran.	Inmediatamente después del suceso de crisis.	Años después del suceso de crisis.
AYUDANTES / SISTEMAS COMUNITARIOS	Gobierno (poderes legislativo, judicial, ejecutivo); escuelas, iglesias/sinagogas, medios de comunicación.	Profesionales al frente, (abogados, clero, maestros, médicos, enfermeras, policías, etc). Familias, sistemas sociales. Psicoterapeutas y consejeros.	Profesionales de la salud y la salud mental en hospitales y clínicas de consulta externa.

Cuadro 1-1. Intervención en crisis en el ambiente. (K. Slaikeu).

Teorías

Es necesario poder distinguir entre conceptos como "estar bajo presión" o saber si cuando hablamos de una crisis a la vez nos referimos de alguna manera a una psicopatología. Por lo tanto, es

necesario entender cuando una persona está o no en crisis, ya que de esta manera la ayuda se vuelve oportuna e idiosincrática.

Para Karl Slaikeu una crisis es "Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo". (Slaikeu, 1996).

Lillibridge lo define como "Alteración en el equilibrio, cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico" (Lillibridge y Klukken, 1978).

Caplan en 1964 da énfasis al trastorno emocional, al desequilibrio y al fracaso en la solución de problemas.

"Todos los seres humanos pueden estar expuestos en ciertas situaciones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en el tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de



numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros significantes")" (Slaikeu, 1996).

En el anterior párrafo, se habla de sucesos precipitantes, los cuales tienen un comienzo identificable. Autores han definido algunos sucesos vitales que precipitarían esperablemente crisis dada su naturaleza, ejemplo de aquello son:

- Embarazo y nacimiento (Caplan, 1960).
- Maternidad sin matrimonio (Floyd y Viney, 1974).
- Transición de la casa a la escuela (Klein y Ross, 1958).
- Transición de la casa a la universidad (Silber, 1961).
- Compromiso y matrimonio (Rapoport, 1964).
- Cirugía y enfermedad (Janis, 1958; Titchener y Levine, 1960).
- Duelo (Lindemann, 1944; Parkes, 1972)
- Migración y reubicaión (Brown, Burditt y Liddell, 1965; Viney y Bazelley, 1977).
- Jubilación (Cath, 1965).
- Desastres naturales (Baker y Chapman, 1962).

- Cambios sociales y tecnológicos rápidos (Toffler, 1971).

Es necesario considerar el entorno donde el sujeto se desenvuelve como también lo que el significa para la persona, ya que si bien hay suceso que en sí mismos sugieren el comienzo de una crisis como pudiese ser la muerte inesperada de un ser querido o una violación, sin embargo, también sucesos del desarrollo como el embarazo, pueden elicitar las crisis.

Un principio básico que se establece en la teoría de la crisis, es que el inicio de la crisis se enlaza a algún suceso de la vida del individuo. Nowak (1978) refiere que el impacto de un suceso depende de su intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

Holmes y Rahe (1967) investigaron la relación entre salud física y cambios importantes en la vida que provocan tensión como la muerte del cónyuge, divorcio, embarazo, cambio de casa, etcétera. A dichos cambios vitales se les asignó un peso numérico, los cuales se suman para calificar los cambios que experimenta una persona en periodo de tiempo específico. El cuadro 1-2 muestra cómo es que desde este modelo teórico, una crisis vital sería cambios de vida que sumen por sobre 350 puntos en un periodo de un año.



GRADO	SUCESO EN LA VIDA	VALOR
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65
4	Cumplimiento de sentencia penal	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesiones personales o enfermedad	53
7	Matrimonio	50
8	Despido del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Trastornos sexuales	39
14	Un nuevo miembro en la familia	39
15	Reajustes en los negocios	39
16	Cambio en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio de profesión	36
19	Cambio en el número de discusiones con el	35
	cónyuge	
20	Hipoteca o préstamo para una compra	31
	importante (ej: casa)	
21	Juicio hipotecario o por préstamo	30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo o hija que abandona el hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logros personales sobresalientes	28
26	Esposa que empieza o deja de trabajar	26
27	Inicio o término de la escuela	26
28	Cambios en las condiciones de vida	25
29	Corrección de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en las condiciones y horarios de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio en las diversiones	19
35	Cambio en las actividades de la iglesia	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo para una compra menor (ej: auto)	17
38	Cambio en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11
	' '	

Cuadro 1-2. Escala en la tasa de readaptación social. (Holmes & Rahe, 1967).

Tipos de crisis

Se ha definido crisis circunstanciales y crisis del desarrollo.

Las crisis circunstanciales son aquellas que son inesperadas o accidentales y están dado por factores ambientales, por ejemplo: incendios, asaltos, violaciones, cambios de residencia, divorcio, desempleo.

Las crisis del desarrollo, se refiere al paso de una etapa del crecimiento a otra, ya que cada etapa del desarrollo tiene tareas del crecimiento y cuando hay interferencia en la realización de dichas tareas, se posibilita una crisis. Esto, desde la teoría de la crisis, quiere decir que son esperables o "predecibles" dado que se conoce que las personas tienen etapas decisivas que enfrentar en algunos momentos específicos de la vida.

Y en los sistemas familiares se ha descrito las etapas en el ciclo familiar y el paso de una etapa a otra es lo que se ha llamado crisis (Aron, 2013):

En familia sin hijos:

- Etapa del Compromiso: Comprende desde que la pareja decide formalizar la relación, hasta que efectivamente lo hace.
- Etapa de Luna de Miel: Desde que se formaliza la relación, hasta que llega el primer hijo.

En familia con hijos:

- Etapa de Familia con Lactantes: Desde que nace el primer hijo, hasta que éste cumple los 2 años.
- -Etapa de Familia con Preescolar: Desde que el primer hijo cumple los 2 años,



hasta que cumple 5 ó 6 años e ingresa a kinder.

- Etapa de Familia con Escolares: Desde que el hijo entra a edad escolar, hasta la etapa de adolescencia.
- Etapa de Familia con Adolescentes: Etapa compleja (comprende desde los 12 ó 13 años), hasta que el primer hijo se va de la casa.
- Etapa de Familia Como Plataforma de Despegue: Corresponde al momento en que el primer hijo se va de casa.
- Etapa de Familia Nido Vacío: Corresponde a cuando todos los hijos se han ido de la casa familiar.
- Etapa Familia de Personas Mayores: Es cuando uno o ambos miembros de la pareja se jubilan.
- Etapa de la Familia que se disuelve: Uno de los dos miembros de la pareja muere (viudez).

Crisis, Apego y Resiliencia

John Bowlby plantea el apego como la capacidad de vincularse una cría con su adulto cuidador y que la vinculación con otro en importante para el desarrollo de las personas. Describiéndose así tres tipos de apego:

- <u>Apego Seguro</u>: Cuyas características principales son:
- 1.- El niño busca la cercanía de la figura de apego.
- 2.- El niño protesta cuando la figura de apego se va.
- 3.- El niño es capaz de separarse de la figura de apego para explorar el mundo.
- 4.- Cuando el niño sale a explorar el mundo y se cae, vuelve a la figura de apego, ya que es su base segura.

Aquellos cuatro puntos antes descritos, son esenciales para el desarrollo humano, como plantea Boris Cyrulnik (2001): "Quiéreme para que tenga el coraje de abandonarte... La figura del vínculo afectivo (madre, padre, o toda persona que se ocupe con regularidad del niño), además de tener una función de protección, permite la puesta en marcha de un estilo de desarrollo emocional e induce una predilección de aprendizaje". (pág 67-68).

- <u>Apego Inseguro</u>: Al niño le cuesta separarse de su figura de apego, por lo tanto le cuesta explorar y le cuesta aprehender. (Tiene que ver con la disponibilidad de la figura de apego y por ende con la seguridad del vínculo).
- <u>Apego desorganizado</u>: Figuras de apego no disponibles y no estables.

"Para un desarrollo sano, debe haber a lo menos cinco figuras de apego sanas" (Aron, 2013).

En situaciones de crisis las personas buscan figuras de apego.

Resiliencia

La resiliencia es un concepto desde la física, que alude a característica de los materiales, en cuanto a su capacidad de recuperación luego de recibir un trauma. Por ejemplo la goma es un material resiliente, el vidrio no lo es.



La editorial Gedisa refiere la resiliencia como "la capacidad humana de superar traumas y heridas. Las experiencias de huérfanos, niños maltratados abandonados, víctimas de guerra o catástrofes naturales, han permitido constatar que las personas no quedan encadenadas a los traumas de la vida, sino que cuentan con un antídoto: la resiliencia. No es una receta de felicidad, sino una actitud vital positiva que estimula a reparar daños sufridos, convirtiéndolos, a veces, hasta en obras de arte. Pero la resiliencia difícilmente puede brotar en la soledad. La confianza y solidaridad de otros, ya sean amigos, maestros o tutores, es una de las condiciones para que cualquier ser humano pueda recuperar la confianza en sí mismo y su capacidad de afecto".

Boris Cyrulnik (1998) plantea cuando que el concepto de resiliencia pasó a las ciencias sociales, significó "la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo". (pág 10).

<u>Características para la resiliencia</u> (Capacidad para recuperarse). (Aron, A.2013):

1.- Haber tenido un adulto significativo que "tuvo fe en uno". Seguridad en uno mismo, radicado en logros y en la confianza que transmiten los cuidadores.

 Tener redes sociales activas: vínculos de confianza con otros, ya que actúa como amortiguador de las crisis.

Apego y Resiliencia

Boris Cyrulnik habla de los tutores de resiliencia que son las otras figuras de apego. Personas significativas en la vida del sujeto que operan como figuras de apego significativo y no son sus figuras de apego primario.

"Todos los niños necesitan sentir que son importantes para alguien" (Aron, A. 2013).

Es por ello que Boris Cyrulnik plantea que el niño aprende "para alguien" y que la negligencia es de lo que más estragos le causan al desarrollo del niño.

Redes sociales personales

Se conforma por aquellos vínculos de confianza que se establecen en la vida, como amigos, familia, compañeros y comunidad.

A continuación, gráfico de redes sociales personales, en donde los círculos distinguen frecuencia y el centro de la red es la persona. (Aron, A.



2013)



Dimensiones: (a) Tamaño: Se refiere a cuán poblada está la red (número). (b) Amplitud: Ubicación geográfica de la red. (c) Reciprocidad: Medida en que los vínculos que establezco con las personas de mi red, es reciproco. (d) Densidad: Medida en que los distintos puntos de la red se conocen entre ellos. Las ventajas de las redes con alta densidad, es que se activan rápidamente.

Funciones de la red: (a) Apoyo emocional: compartir con otra persona la experiencia que se vive. Existe el apoyo emocional cotidiano que es querer contarle a alguien lo que le pasó en lo cotidiano. Apoyo emocional en crisis: necesidad de compartir con otros cuando se vive una situación de crisis.

(b) Apoyo Instrumental: en especies, servicios e información. En especies se refiere a cosas concretas, sentir que hay otro que puede apoyar tangiblemente. Servicios son las cosas que los amigos o las familias hacen por la persona en crisis, como por ejemplo cuidar a los niños, hacer trámites, resolver problemas. Información: se refiere a la información

relevante que nos entregan, las redes sociales nos filtran la información. (c) Retroalimentación: Nos dice cómo lo estamos haciendo en nuestro comportamiento. "Retroalimentación y regulación social" "cuidado de la salud". (d) Identidad: Cada persona forman una parte de su propia identidad, por eso es doloroso cuando alguien de su red social se va.

Respuestas inmediatas a las crisis

Bajo el contexto anormal de una situación de crisis, se considera normal reacciones de paralización, shock, dificultades para responder, miedo, percepción de indefensión, angustia, desborde emocional, disociación, inconcordancia ideoafectiva, etcétera.

Sin embargo, hay reacciones que no son estadísticamente normales y que por lo tanto, requieren una atención distinta a la intervención en crisis, aquellas son: patología conversiva, patología ansiosa, patología disociativa, etcétera.

Trauma

Se refiere a un suceso negativo, intenso, brusco, inesperado, incontrolable, que no forma parte de las experiencias habituales, que es vivido con percepción de riesgo para la integridad física o psíquica personal o de los más cercanos, al cual se reacciona con miedo extremo, terror o indefensión.

Vol. V. 2014

Epidemiológicamente se plantea que las personas tenemos un 60 % de probabilidad de vivir un evento traumático.

Sin embargo, el estar expuesto a un evento traumático no es predictor de desarrollo de psicopatología por ello. Y se ha evaluado que luego de transcurridos seis meses del evento traumático, el 25% de las personas presentan diagnóstico de Trastorno por estrés post traumático, depresión mayor, abuso de sustancias, ansiedad, trastorno de pánico o trastorno de alimentación. (Barrera, R. 2013).

En la evaluación de riesgo psicopatológico se debe considerar el factor biopsicosocial, y para ello se evalúa si la persona ha vivido o ha estado expuesto anteriormente algún trauma y el significado atribuido al evento traumático, éste siendo elemento mayormente determinante que el evento Además debe mismo. se evaluar sintomatología asociada a un trastorno por estrés agudo y síntomas disociativos. Fracasar en la recuperación del trauma, puede originar el trastorno por estrés postraumático.

Tipos de trauma:

Tipo I o único o agudo, Tipo II o repetido o crónico Tipo III o mixto

Agudo: si los síntomas duran menos de 3

meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.



Intervención en Crisis

Cuando hablamos de Intervención en crisis, es necesario especificar que hay distintos niveles de intervención, los cuales se detallan a continuación:

1.- En un nivel primario se encuentra el "Primer Apoyo" o también llamado Primeros Auxilios Psicológicos, lo cual refiere a la primera ayuda en el momento de la crisis, por tanto, requiere que sea de forma inmediata para el apoyo de la persona afectada y su objetivo es que la persona pueda restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.

Los primeros auxilios psicológicos pueden ser realizados por cualquier personal capacitado para ello y no es necesario que sea realizado por psicólogos, ya que no es lo mismo que un proceso psicoterapéutico.

- 2.- En un nivel secundario se encuentra la Intervención en Crisis, lo cual tiene por objetivo lograr:
- Restaurar las funciones de los mecanismos de adaptación.
- Incrementar y reforzar las capacidades de las personas para resolver problemas.
- Ayudar a las personas a desarrollar un sentido interno de orden y tener la perspectiva para organizar su nueva realidad.
- Ayudar al procesamiento psicológico de las emociones que son propias de los eventos de crisis.



- Ayudar a que las personas puedan ejercer sus destrezas para reconstruir sus mundos, utilizando los recursos que disponen.
- Ayudar a las personas a reintegrarse a sus redes sociales que pueden haber estado interrumpidas por el desastre. (Cohen, 1988).
- 3. En el nivel terciario se encuentran las Terapias de Reparación, en donde se trabajan en dos dimensiones:
- Dimensión relacional, que es la reparación como acto de restitución de la dignidad y esperanza en los otros.
- Dimensión de elaboración, que está referido a la reparación como oportunidad de procesar e integrar las vivencias traumáticas, creando una nueva narrativa, tomando distancia, procesando, recuperar manejo y control, resignificando e integrando la experiencia. Por tanto se requiere manejo de profesionales especializados.

Es necesario considerar que para la Intervención en crisis se utiliza narración de los hechos por parte de la persona que ha vivido la crisis. La narración de los hechos no es lo mismo que el "relato de los hechos", ya que éste último tiene relevancia en el mundo iurídico, en donde se necesita determinar la ocurrencia de los hechos. Cuando hablamos de la "narración de los hechos", está referido a los discursos que tienen personas sobre lo ocurrido, permitiendo el acercamiento а emociones que se generan tras la crisis, lo cual permite entender cómo las personas construyen una verdad que les permite tolerar lo ocurrido y seguir viviendo. Es necesario tener especial cuidado cuando estas narraciones están marcadas por auto-reproches, culpas, autoacusaciones y vergüenza. Se focaliza en trabajar alternativas para entender los hechos, favoreciendo la expresión emocional y bloqueando narraciones estereotipadas. La narración de los hechos no es un requisito para la intervención en crisis, pero sirve para permitir y facilitar el trabajo terapéutico.

En la narración de los hechos, existen condiciones facilitadoras, como lo son: (Barrera & Machuca, 2013).

- Si la persona piensa que puede ser útil narrar los hechos de manera estructurada.
- Si desea hacerlo en el contexto de un vínculo de apoyo, para favorecer la reconceptualización.
- Condiciones ambientales adecuadas: tiempo y espacio.

Las narraciones estereotipadas sin resonancia afectiva, de manera mecánica no son útiles al proceso

El arte no consiste en captar el máximo número de detalles, sino, en el momento adecuado, conectar con emociones para después estructurar los hechos

En las entrevistas se debe dar al paciente elecciones que pueda hacer, para restaurar el sentido de control.

Es necesario tener algunas consideraciones básicas al principio de realizar la intervención en crisis, por lo que es necesario preguntarle a la persona



si quiere hablar, se le explica que se le realizarán algunas preguntas, se le solicita que nos cuente lo que estime pertinente que debemos saber y que esto implica que no hay necesidad que nos cuente todo lo ocurrido y que incluso pueden existir cosas que quisiera reservarse y por último que lo haga en su propio ritmo y que si desea parar puede hacerlo.

Para la entrevista es necesario tener consideraciones como la actitud corporal del terapeuta, ya que se debe considerar estar ubicado físicamente frente a la persona, permitiendo un contacto visual, teniendo precaución con el contacto físico no sea invasivo para la persona. El terapeuta debe estar atento a cómo comunica a través de la corporalidad, ya que por ejemplo, hay momentos en donde dejar de mirar es importante.

Es importante considerar además, que el terapeuta debe estar libre de prejuicios o de "etiquetas" y por ello se asuma partiendo de cero.

El terapeuta debe tener un constante ejercicio de autocontrol, especialmente en momentos en donde las narraciones pueden provocar horror.

En cuanto al silencio, el terapeuta debe poder tolerarlo sin perder calma, así como tolerar las emociones que se provocan, especialmente de dolor y de angustia. Y ante aquello el terapeuta puede mostrar sus propias reacciones emocionales mientras sean empáticas y no centradas en la historia personal del

terapeuta. Cuando se pretende reflejar, aclarar o contener al paciente, es especialmente relevante no usar frases "clichés" u obvias, como "la vida es así", "debes tener resignación", "no vale la pena mirar hacia atrás", "ya pasó", Y asumir que cuando se trabaja con la memoria traumática, es necesario escuchar activamente y acompañar en el proceso de integrar lo ocurrido. Ante lo cual no es necesario plantearle al paciente que "entendemos" o nos "imaginamos" por lo que está pasando. Dado que en una intervención en crisis, el paciente no se puede ir de la sesión en peores condiciones que con las que llegó, es necesario tener en cuenta el tiempo que se dispone para trabajar y así evitar abrir temas que no se puedan cerrar en el transcurso de la sesión.

Para asegurar la integridad física y psicológica del paciente, que es el objetivo de la intervención, el terapeuta debe contener los desbordes emocionales y conductuales, asegurarse que el paciente esté acompañado por su red, entregar las instrucciones sobre las actividades inmediatas que debe realizar y asegurarse que el paciente las entendió y las va a seguir.

Existen competencias transversales que deben estar presentes durante toda la intervención, en donde el terapeuta debe validar emociones que surjan en los pacientes en crisis y normalizar las reacciones esperables. Además, para el trabajo en crisis es necesario no enjuiciar al paciente, no es necesario justificarlo,



pero sí entenderlo. Cuando corresponda y sea atingente, se realiza una connotación positiva para fortalecer al paciente, se le muestra que esto podría ser una oportunidad de crecimiento y se releva su capacidad para vivir lo que está ocurriendo. El foco tiene que estar en la narración, la descompresión y el plan de acción, es decir, se trabaja sobre la base de poder contestar a las preguntas "¿qué pasó?, ¿cómo se sintió y cómo se siente? y ¿qué va a hacer?.

Como competencia del terapeuta interventor, se pide la capacidad de una escucha activa, lo que conlleva poder ayudar al paciente a organizar su relato, clarificándolo y logrando verbalizar las emociones. Para ello es necesario que las preguntas sean abiertas. Frente a los contenidos de culpa paralizante, que con frecuencia se pueden presentar bajo momentos de crisis, es necesario mostrarle al paciente que hay situaciones vitales en las cuales es imposible poder controlar y el terapeuta debe ayudar a que el paciente pueda jerarquizar necesidades, desde las más básicas, como sueño, alimentación, higiene, abrigo, cuidados médicos.

El terapeuta debe ir evaluando la necesidad de mayor o menor distancia física y es necesario considerar que hay casos donde la cercanía física puede ser altamente perjudicial, como en casos de abuso o maltratos.

Parte esencial del trabajo en intervención en crisis, está dado por la activación y uso de las redes sociales, para los cuales hay que explorar las redes sociales disponibles que tenga el paciente, informar sobre las redes institucionales con las cuales cuenta y evaluar cuánto el paciente puede activar sus redes.

El terapeuta debe constantemente promover el sentido de seguridad a través de la estabilización, la esperanza, ayudar a comprender lo que ha pasado en el evento que gatilla la crisis y lograr focalizarse en resolver problemas para otorgar calma y buscar en los recursos que tiene el paciente para sanarse a sí mismo, promoviendo la confianza en sus propias capacidades.

El divorcio como Crisis en la infancia

La familia se constituye para los niños como su soporte emocional y físico, por ello, cuando los padres se separan, lo más frecuente es que sea una experiencia altamente dolorosa. También cabe mencionar que en niños que viven con padres con permanente conflictos entre ellos, la separación podría constituir un alivio.

Slaikeu (1996), señala que dentro del ciclo vital familiar, el divorcio o la separación se configura como una de las crisis de mayor importancia, dado que atenta contra la estabilidad y lo conocido previamente como estructura familiar, llevando a los miembros de la familia a un necesario reajuste de la estructura y función.



Capponi (2003) plantea que en la separación de los padres, en los niños se provoca un sentimiento de soledad y temor respecto del futuro y en lo cotidiano, dado por el cambio en la estructura familiar.

Uno de los factores de riesgo para los niños respectos de un proceso de separación de sus padres, es que ellos lo involucren en sus desacuerdos, generándose así un conflicto de lealtad hacia ellos.

Wallerstein (1996), refiere que tras la separación de los padres, los niños que deben enfrentar las siguientes tareas:

- Lograr comprender en forma realista lo que la separación de sus padres implica para la familia y cuáles serán los cambios concretos que deberán asumir.
- La retirada estratégica de los hijos/as del conflicto parental.
- Elaborar la pérdida de la familia intacta y la pérdida de la percepción, simbólica o real que se tiene respecto de la protección que la familia.
- Asumir la ausencia de uno de los padres de modo cotidiano en el hogar, usualmente el padre.
- Asumir que la separación de los padres es una decisión voluntaria de al menos uno de los padres.
- Enfrentar el dilema que implica reconocer que todos estos cambios familiares han sido provocados por las personas a cargo de su protección y crianza.

- Trabajar los sentimientos de culpa frente a la separación de los padres.
- Aceptar que la separación de sus padres es permanente; y recuperar la confianza en el amor.

Al ser el divorcio o la separación una crisis familiar, se esperaría que los padres pudiesen apoyar emocionalmente a los niños, sin embargo, dado que además hay una crisis en pareja y por aquellos estresores, se dificulta que los padres puedan suplir las necesidades emocionales de sus hijos.

Factores protectores: Milicic, (2013), Garmezy (1983, citado en Grych & Finchman, 1997), Se destacan como factores protectores de los niños/as en situaciones de estrés, variables como una autoestima positiva, el contar con apoyo familiar, destacando la participación de la familia extensa y la intervención de organizaciones sociales principalmente de la escuela. En este sentido, las personas que conforman la red de apoyo social del niño/a cumplen roles importantes en actividades tales como la recreación; el dar consejo; el otorgar ayuda en tareas cotidianas; ser fuente de apoyo emocional y/o proveer de feedback positivo, (Wolchik, et al 1989, citados en

Intervención en crisis para niños cuyos padres estén en proceso de separación (Milicic, 2013)

Decálogo 0-3 años.

Grych & Fincham, 1997).

1. Explicar a través de un medio significativo la situación.



- 2. Mantener relaciones familiares, el contacto y los vínculos.
- 3. Vivir con la madre. Logro de la confianza básica (confianza v/s desconfianza).
- 4. Mantener el espacio físico permanente, que los padres sean nómades, no el niño.
- 5. Primar el bienestar del niño.
- 6. Acordar normas y límites. Acuerdos deben actualizarse cada 3 ó 4 años (niño va creciendo, distintas necesidades)
- Mantener la estabilidad frente a los niños (irritabilidad, pena, rabia). Capacidad de pedir ayuda.
- 8. Permitir que el niño fortalezca el vínculo con ambos padres.
- 9. Mantener rutinas con los niños, pese a las visitas (horarios,etc.)
- 10. Establecimiento de canales adecuados de comunicación entre los padres.

Decálogo 3 a 6 años

- Hablarles Claro, con un lenguaje que puedan entender. Importante no dar tanto detalle.
- 2. Explicarles las rutinas.
- 3. Establecer límites claros.
- 4. Fortalecer el apego, no dejar de ver a ninguno de los dos padres.
- 5. Acuerdo en el discurso de ambos padres respecto a la separación.
- No utilizar al niño como "mensajero" o de "espía" del otro. Cuidar el conflicto de lealtades.
- 7. Reconocer el sufrimiento del niño.
- 8. Contener al niño, con todas las reacciones que provoca.
- 9. Pedir ayuda si es necesario.
- 10. Mantener al niño cerca del resto de la familia.

Decálogo 6-9 años.

- Explicar, y dejar que el niño exprese su opinión.
- 2. Respetar los horarios, rutinas, límites.
- 3. Hacerlos partícipes de los acuerdos que se tomen.
- Ambos padres deben estar a cargo de la crianza, de reglas y normas. Llegar a acuerdos.

- 5. Hacer negociaciones fuera del hijo.
- 6. No utilizar al hijo para obtener información del otro.
- 7. Que el niño participe y opine.
- 8. No caer en descalificaciones delante del niño.
- 9. No dejar de entregar afecto porque están más grandes.
- 10. Mantener comunicación con familia extensa.

La enfermedad como crisis.

Dado que la noticia de una enfermedad crónica, grave o de mal pronóstico, es una situación inesperada que altera la vida, puede ser vivenciada como una crisis o un evento traumático, ya que se produce un fuerte impacto emocional, una sensación de amenaza física, espiritual o psicológica y la vida se puede identificar en "antes y después" de la enfermedad.

Con una alta probabilidad, las personas intentan superar las causas físicas de la enfermedad y darle un significado desde afectivo y desde lo cognitivo. Enfrentando las pérdidas que implica los costos físicos de la enfermedad, de la autonomía y de la manera de enfrentarse con otros, ya que muchas veces conlleva depender físicamente de otros y perder autonomía, por lo que se comienza a vivenciar sentimientos de soledad. Frente a dicha situación, la persona enferma necesita de un amplio apoyo de redes familiares, sociales y profesionales, recibir la información de manera clara y recibir el cuidado de otros.

Respecto de la familia del paciente enfermo, es necesario explorar las



relaciones del paciente con cada uno de los miembros del grupo familiar, como así también la etapa del ciclo vital familiar, el manejo que la familia haya tenido en crisis anteriores, cuáles son los tipos de límites, la distribución de roles y variables socioeconómicas. Todo lo anterior ya que la familia es testigo del deterioro que va sufriendo el paciente enfermo, lo que genera sufrimiento, especialmente ligado a al angustia, impotencia, dolor y sensación de pérdida. Por lo que comienza el duelo anticipatorio.

Esto permitirá que el equipo interventor prevenga el empeoramiento de la crisis, así como conocer con qué recursos cuenta el sistema familiar y hacer visibles a otros miembros de la familia que necesiten apoyo adicional, además de conocer a quién es la persona con la cual trabajar para dar las noticias en los momentos críticos.

Se debe fortalecer el respeto por la forma en que cada uno de los miembros de la familia, enfrente la enfermedad, propiciando una adecuada comunicación, normalizando los cambios que tendrá el sistema familiar y visibilizando a los niños en este proceso (Wormald, 2013).

El equipo interventor, tiene la responsabilidad de cuidar los aspectos emocionales y médicos del paciente enfermo. Por lo que es un equipo que está cotidianamente frente al sufrimiento, enfrentando la imposibilidad de sanar y debiendo mantener relación

tanto con la persona enferma como con el caregiver.

A la hora de dar malas noticias a los familiares y cuidadores, se recomienda la utilización del modelo EPICEE (Rodríguez, 2010):

- Entorno: Que se refiere al lugar físico donde se darán las noticias, el cual debe ser un lugar privado.
- Percepción: Se refiere a personalizar la información, tomando claridad de qué entienden y cómo perciben la información.
- Invitación: Se refiere a cuánta información el paciente quiere recibir.
- Conocimiento: Se refiere a que la información debe ser dada de forma empática y directa, evitando ser bruscos o falsamente optimistas.
- Empatía: Se refiere a la actitud permanente que debe tener quien entrega las malas noticias, explorando las emociones que se provocan y comprendiéndolas.
- Estrategia: Consiste en realizar un resumen de lo que se ha dicho, comprobar qué han entendido y formular un plan de trabajo.

El equipo interventor debe prevenir la traumatización vicaria, creando espacios formales de descompresión emocional, pudiendo ritualizar las perdidas y favoreciendo las relaciones con el equipo.

Duelo como crisis.

Elizabeth Kübler Ross (1969), definió etapas del proceso ante la muerte:

(a) Existiría una reacción inicial de incredulidad y negación, lo cual funciona



como un mecanismo de defensa para que la psiquis se vaya acomodando lentamente y no de una vez. En esta primera fase del duelo es común escuchar a los deudos decir frases como "esto no puede estar ocurriendo".

- (b) Para ir saliendo de la fase de negación, surge la rabia y la irritabilidad, aquí el deudo comienza a ver que la muerte de su ser amado es real y se muestra inconforme con lo que esta viviendo de manera obligada, surgen preguntas como ¿por qué a mi? ¿Por qué ahora?.
- (c) También surge la negociación, esta es una etapa que pasa muy rápidamente, en donde el deudo trata de negociar con Dios, con la vida o con lo cual sean sus creencias, para poder tener algún tipo de contacto con la persona fallecida, ya sea a través de experiencias sobrenaturales, sueños, etc. A cambio de esto el deudo hace promesas, sacrificios, buenas obras, etc.
- (d) Tristeza y depresión surge cuando el deudo se da cuenta que la negociación no le ha dado resultado, por lo que si el ambiente y su personalidad se lo permite, comenzará a exteriorizar la depresión a través de llantos y desánimo.
- (e) Aceptación, en donde el deudo puede comenzar a recordar al fallecido sin sentir el mismo dolor inicial y puede reconstruir su vida sin él.

Se sabe que estas fases no ocurren necesariamente en un orden cronológico, ya que pueden irse traslapando unas a otras, y que por lo general son acompañadas con respuestas como ansiedad, asombro, pánico, aislamiento y muchos temores. (Fonnegra, 2002, p. 126).

Cuando estas fases llegan a su fin, el deudo puede tener una sensación de coherencia interna y estabilidad emocional, marcados por afectos más positivos. Cuando este proceso se realiza de manera completa y sana, la persona que ha fallecido no es olvidada, sino que se integra en la mente, como un recuerdo positivo que le otorga al deudo fuerza interior para enfrentar nuevos desafíos. (Horwitz, 1992 citado en Gálvez & Godoy, 1999)

Parkes y Weiss luego, de un estudio realizado en Harvard, pudieron establecer algunos parámetros para categorizar algunos de los determinantes más importantes que influyen en la respuesta que el sobreviviente puede generar frente a la pérdida de un ser significativo. (Parkes y Weiss, 1983 citado en Worden, 2002).

Los determinantes que influyen son:

- (a) Quien era la persona.
- (b) La naturaleza del apego.
- (c) Tipo de muerte.
- (d) Antecedentes históricos.
- (e) Variables de personalidad
- (f) Variables sociales
- (g) Otros tipos de estrés simultáneos.

El trabajo de duelo es ir elaborando, lo cual consiste en atribuir significado emocional y cognitivo a la pérdida y a la historia que se tuvo con la persona que ha fallecido.

Worden refiere que hay factores que pueden complejizar la elaboración de un proceso de duelo, como por ejemplo: tener duelos previos no resueltos,



relación ambivalente con el difunto, relación de dependencia con el difunto, que el tipo de muerte sea de forma repentina, problemas económicos escasas redes de apoyo.

Al ser el duelo un proceso normal, no siempre requiere de acompañamiento terapéutico, sino que se recomienda buscar ayuda cuando existe intensos y/o permanentes sentimientos de culpa, ideación y/o planificación suicida. síntomas físicos preocupantes, dificultades permanentes en funcionamiento cotidiano y abuso de sustancias.

Trauma y Duelo

Cuando el tipo de muerte es inesperada y repentina como en casos de desastres naturales, accidentes, homicidios, etc, los cuales tienen por sí mismo potencial traumático, provocando un proceso de duelo aún más doloroso, con reacciones severas y complicadas. Por lo que el estado de shock y la incredulidad, provocan que la persona sienta que sus capacidades habituales para resolver problemas son insuficientes.

Factores que pueden hacer que una Muerte sea Traumática y el Duelo más Complicado: (Fundación Piero Rafael Martínez. Panamá).

- Lo súbito, sorpresivo y no anticipado de la muerte.
- La violencia, mutilación o destrucción del cuerpo.
- Si la muerte fue determinada por factores al azar que pudieron haber sido evitados.

- Las muertes múltiples

Todo esto hace esperable que se altere la concepción de mundo seguro y por lo tanto, los síntomas durarán por más tiempo. Por lo que hay manifestaciones clínicas como la compulsión a la repetición, que busca entender la muerte y recuperar el control.

Dado el tipo de muerte, que es repentina, es altamente probable que se generen culpas, por no haber podido resolver conflictos previos y/o despedirse.

Este tipo de muerte, puede llevar a que se desencadene un trastorno por estrés post-traumático.

Además, cabe destacar que se ha establecido el duelo en los padres como especialmente complejo, ya que tienden a ser acompañados con sentimientos intensos de culpa, por sentir los padres que no pudieron cuidar a su hijo y se ha observado que las manifestaciones de este duelo, pueden durar toda la vida. Además, provoca divisiones familiares, en donde con frecuencia uno de los padres culpa al otro y se ha reportado que si la pareja parental tenía conflictos previos, la probabilidad de separación aumenta, estableciéndose que el 50% de las parejas que pierden a un hijo, se separan. (Flórez, D).

Por otro lado, cuando el deudo es un niño, se tiende a invisibilizar. Algunos padres piensan que los hijos no logran darse cuenta de lo que ocurre, pretenden

Vol. V. 2014

que sin hablar se sufra menos, tienden a creer que mientras menor es el niño, la muerte afecta menos. Sin embargo, los niños le dan explicaciones a lo que pasa a su alrededor, para darle sentido a lo que ocurre, por lo tanto, se requiere una lógica menos adultista, que pueda visibilizar al niño con sus necesidades y con sus capacidades de amar y sentir, por que la muerte de personas significativas, les afecta y por ello requieren:

- Enterarse de la muerte.
- Comprender gradualmente lo ocurrido.
- Obtener validación de la vivencia emocional.
- Mantener el sentido de seguridad personal.
- Participar en la vivencia familiar de la pérdida.

Por lo que los adultos al cuidado del niño deben otorgar la información de manera oportuna, dando oportunidad a que los niños pregunten y rememoren, favoreciendo la expresión emocional, propiciando rutinas estables ya que si la muerte ocasiona una crisis, los niños pueden dejar de ver el mundo como un lugar seguro y estable, por lo que además se deben reforzar las redes.

(Machuca y Barrera, 2013).

Evidentemente, los adultos pueden estar impactados por su propio proceso de duelo, por lo que el niño se ve afectado por la condición de la muerte ocurrida y por cómo percibe a sus vínculos cercanos. Por lo que no se debe exponer a los niños



si no habrá un adulto que lo contenga y pueda cubrir sus necesidades.

La intervención en crisis en duelo, tiene por objetivo que las personas se logren sentir seguras y protegidas, considerando características propias de las primeras etapas del duelo como la dificultad para asimilar información. La característica particular de la intervención en crisis, variará de acuerdo al tipo de muerte, que por lo general, cuando se realiza una intervención en crisis se trata muertes violentas y/o repentinas.

Familia en crisis

La familia puede atravesar crisis normativas e inesperadas, en donde lo que se pierde es la homeostasis habitualmente conocida y por tanto, la crisis se crea en el contexto de la interacción familiar y se puede agudizar según la etapa individual de cada uno de sus miembros y si rememoran hechos dolorosos de la historia familiar.

Froma Walsh, crea el "Modelo de resiliencia familiar", que consiste en un mapa conceptual para identificar los procesos de la familia para disminuir el estrés y ser menos vulnerables en situaciones de riesgo, propiciar salud y crecimiento más allá de la crisis, fortaleciendo a la familia para soportar situaciones adversas por largo tiempo. (Machuca, A. 2013)



Por lo cual, es un modelo que releva las fortalezas de la familia en momentos de crisis, centrándose en la comunicación y en la resolución de conflictos, por tanto, la resiliencia está basada en las relaciones.

Con la intervención se busca reducir la disfunción y mejorar el funcionamiento tanto familiar como individual.

Niños y niñas frente a crisis (Barrera, R. 2013)

Cuando los niños y niñas atraviesan por un evento que tiene potencial traumático, se provocan temores a que el evento vuelva a ocurrir, a ser separado de sus padres y miedo a que su familia le pase algo.

De acuerdo a la edad del desarrollo, se esperan reacciones normales. por ejemplo, en etapa pre-escolar, se espera sentirse desvalido. inseguridad, preocupación por quedar abandonado. En etapa escolar, es normal en situación de crisis sentir miedo y estar focalizado en los eventos críticos. En etapa de preadolescencia es normal tener reacciones relacionadas al grupo de pares y sentimientos de culpa. En la adolescencia, se espera que en situaciones de crisis exista dificultad en el control de emociones, temores por pérdidas de familiares y pares.

Sin embargo, puede desarrollarse sintomatología que requiere de atención.

Por ejemplo, en etapa pre-escolar se pueden generar síntomas de miedo a la hablar, oscuridad, dificultad para problemas de control de esfínteres, problemas de apetito, llanto o gritos excesivos y frecuentes. En etapa escolar, se considera síntomas irritabilidad, llanto fácil, conductas agresivas, retraimiento, baja de interés en la escuela y grupo de pares, malestares físicos. En etapa de preadolescencia, síntomas son alteraciones del sueño y del apetito, problemas de conducta, retraimiento social, síntomas disociativos, malestares físicos. Y en etapa de adolescencia, sintomatología sería disminución en la lucha por control con padres, cambio de amigos, síntomas depresivos y/o ansiosos, síntomas somáticos, etc. (Guía de consejería de crisis para niños y familias en casos de desastres". www.omh.state.ny.us).

En las crisis, cambia la visión de mundo que han tenido previamente los niños, niñas y adolescentes, modificándose además la visión sobre sus padres.

Los niños, niñas y adolescentes necesitan comprender lo que ha ocurrido para volver a sentirse seguros y expresar su estado actual.

Los objetivos en la intervención en crisis con niños, niñas y adolescentes, son disminuir el dolor psicológico que ha provocado el evento, prevenir secuelas como su capacidad de aprender, que se afecten sus relaciones interpersonales y la forma en que enfrentarán futuras dificultades. Además, reincorporarlos a



actividades cotidianas como familia y colegio (Guía práctica de salud mental en desastres).

La psicóloga Josefina Martínez, plantea que la intervención en crisis con niños, niñas y adolescentes, consiste crear el contexto para hablar de lo ocurrido, brindando contención emocional. mantenerlos cerca de sus seres queridos, comprender su necesidad de mayor cercanía. retomar rutinas. evitar sobreexponerlos a noticias que recuerden el evento, transmitir esperanza, jugar, revisar cómo entienden lo ocurrido, adecuarse a la edad para dar información y que sea manejable, recordarle a los adultos que pueden tranquilizarlos con palabras y acciones. Por último es muy importante dejar abierta la posibilidad a futuras conversaciones y motivar la expresión a través del juego, ya que este último permite tener control de lo ocurrido, procesarlo y volver a reír.

Referencias

- **Allende, I. (1994).** Paula. Buenos Aires: Ed Sudamericana.
- American Orthopsychiatry Association, (1958).

 Orthopsychiatry and the School. New York.
- Aron, A. (2013). Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2013.
- Barrera, R. (2013). Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. Clase "Niños y crisis".
- Barrera, R & Machuca, A. (2013). Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. Clase Duelo.

- Baker, G. W., & Chapman, C. W. (1962). (Eds.), Man and society in disaster. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1998). El Apego. Buenos Aires. Ed: Paidos
- **Bowlby, J. (1993).** La pérdida afectiva: tristeza y depresión (Vol. III). Ed. Paidos: Barcelona.
- Brown, H. F., Burditt, V. B., & Liddell, C. W. (1965). The crisis of relocation. In H. J. Parad (Ed), *Crisis intervention: Selected readings*, New York: Family Service Association of America.
- Caplan, G. (1961). An approach to community mental Elath, New York: Grune & Stratton.
- Cath, S. H. (1965). Some dynamics of the middle and later years. In H. J. parad (Ed.), *Crisis intervention:*Selected readings. New York. Family Service Association of America.
- Cáceres, C., Manhey, C. & Raies, A. (2004). Comprensión sistémico-relacional del proceso de separación conyugal. De familias y terapias. 18, 31-54.
- **Capponi, R. (2003).** *El amor después del amor.* El Camino del amor sexual estable. Santiago: Grijalbo.
- Cohen, R. (1988). Intervention Programs for Children.
- **Cyrulnik, B. (2001).** *Los patitos feos*. Una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa
- **Cyrulnik, B. (2003).** *El murmullo de los fantasmas.* Volver a la vida después de un trauma. Barcelona: Gedisa.
- **Cyrulnik, B. (1993).** Los alimentos afectivos. Argentina: Nueva Visión.
- **Cyrulnik, B. (2006).** *Diálogos sobre la naturaleza humana*. Buenos Aires:Paidos.
- **Cyrulnik, B. (2014).** *Sálvate, la vida te espera*. Buenos Aires: Debate.
- Cyrulnik, B. (2009). Me acuerdo.... Barcelona: Gedisa.
- **Cyrulnik, B. (2006).** *De cuerpo y alma.* Neuronas y afectos: la conquista del bienestar. Barcelona: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2004). El amor que nos cura. Barcelona: Gedisa.
- **Cyrulnik, B. (2011).** *Morirse de vergüenzas.* El miedo a la mirada del otro. Buenos Aires: Debate.
- Cyrulnik, B. (1995). Del gesto a la palabra. La etología de la comunicación en los seres vivos. Barcelona: Gedisa.



- Cyrulnik, B. (2008). Autobiografía de un espantapájaros. Testimonios de resiliencia: el retorno a la vida. Barcelona: Gedisa.
- **Cyrulnik, B. (1998).** *La maravilla del dolor.*.El sentido de la resiliencia. Buenos Aires:Granica.
- Cyrulnik, B. (2014). Cuando un niño se da muerte. Barcelona: Gedisa.
- Fontana, A. & Frey, J. (1995). Interviewing. The art of science. En N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Hanbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks: Sage Publications.
- **Flórez, D.** Duelo. Universidad de Antioquia. Medillín. Colombia.
- Floyd, J., & Viney, L. L. (1974). Ego identity and ego ideal in the unwed mother. British Journal of Medical Psychology.
- Gianella, C. & Pérez, F. (2004, septiembre). Mediación, mediadores y familia. Ponencia presentada en el Seminario Mediación Familiar en el Contexto Judicial. Una Revisión De Experiencias. Facultad de Derecho y Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- **Glaser, B.G. & Strauss, A. L. (1967).** The discovery of Grounded Theory. Chicago: Publishing Company.
- Grych, J. & Fincham F. (1997) Children's adaptation to divorce. From description to explanation. En Wolchik, Sh.A. & Sandler, I.N. (Eds.), *Handbook of children's Coping*. Linking theory and Intervention. Plenum Press, New York, p.159-193.
- Holmes, T. H., & Masuda, M. (1973). Life change and illness susceptibility. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds), Stressful life events: Their nature and effects. New York: John Wiley & Sons.
- Isaacs, M. & Montalvo, B. (2001). Divorcio difícil.

 Terapia para los hijos y la familia. 2° reimpresión.

 Amorrortu. Editores. Argentina.
- Janis, I. (1958). Psychological stress. New York: John Wiley & Sons.
- Jongsman, A. E.; Peterson, L. M. & McInnis, W. P. (2000). The Child Psychotherapy Treatment Planner. Second Edition. Wiley. New York, NY.
- Klein, D. C., & Ross, A. Kindergarten entry: A study of role trasition. In M. Krugman (Ed).

- Krause, J., Cornejo, M. & Radovcic, J. (1998). Texto 2: Diseño de estudios cualitativos. Proyecto de capacitación y asesoría para la realización de estudios cualitativos a equipo de alcohol y drogas. Ministerio de salud.
- **Kubler-Ross, E. (1993).** Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo: Barcelona.
- **Leon, K. (2003).** Risk and protective factors in young children's adjustment to parental divorce: a review of research. *Family Relations* Minneapolis. Vol.52.lss.3, p.258.
- **Lindemann, E. (1944).** Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*.
- Machuca, A. (2013). Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. Clase "Crisis y resiliencia familiar".
- Milicic, N. (2013). Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2013.
- Moos, R. H.(1976). (Ed). Human adaptation: Coping with life crises. Lexington, Mass.: D. C. Heath & Co.
- **Muñoz, M. & Reyes, C. (1997).** Formas de separación matrimonial y sus principales consecuencias en Chile. *Revista de Trabajo Social*. N°69.
- Neimeyer, R. (2002). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Ed. Paidos: Barcelona.
- Palma, A; Taboada, P; Nervi, F. (2010). Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Ediciones UC: Santiago.
- **Parkes, C. M. (1972).** Bereavement: Studies of grief in adult life. London. Tavistock.
- **Patton, M. (1980).** Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage.
- **Rapoport, R. (1964).** Transition from engagement to marriage. *Acta Sociologica*.
- Ravazzola, M.C. (2001). Resiliencias Familiares. En Medillo, A. & Suarez Ojeda E. N. (Comp.), Resiliencia: Descubriendo nuestras fortalezas. Paidos. Tramas Sociales. Buenos Aires. p.103-122.
- **Roizblatt, A. (1997).** La familia y la separación matrimonial. Santiago. Dolmen Ediciones.
- Rodríguez, J. Comunicación Clínica: cómo dar malas noticias. http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf



- **Silber, E. (1961).** Adaptive behavior in competent adolescence. *Archive of General Psychiatry.*
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación. Editorial El Manual Moderno: 2º Ed. México, D.F.
- **Schuurman, D. (2003).** Never the same. Coming to terms with the death of a parent. St. Martin's Press: New York.
- **Titchener, J. L., & Levine, M. (1960).** Surgery as a human experience: The psychodynamics of surgical practice. New York: Oxford University Press.
- **Toffler, A. (1971).** Future shock. New York: Bantam Books.
- Véliz, P. (2004). Divorcio, nulidad y separación: Los caminos frente a la ruptura. Santiago, Ediciones Cerro Manquehue.

- Wallerstein, J. & Blakeslee, S. (1996). Second chances. Men, women and children a decade after divorce. Houghton Mifflin Company. New York.
- Wallerstein, J., Lewis, J. & Blakeslee, S. (2001). El inesperado legado del divorcio. Ed.Atlántida. España.
- **Worden, W. (1997).** El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Ed. Paidos: Buenos Aires.
- Wormald, F (2013). Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2013.
- Viney , L. L., & Bazaley, P. (1977). Affective responses of housewives to community relocation *Journal of Community Psychology*.