

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Estimados lectores en este nuevo número de AcPI les presentamos el trabajo de investigación bibliográfica, reflexión teórica y sistematización de experiencias clínico-sociales de nuestros colaboradores. Es así como en esta ocasión encontraran artículos sobre temáticas de relevancia en la sociedad actual. Realidades como el impacto psicológico y salud mental en la población refugiada; sistematización de las características de la intervención en crisis desde el EIS; un análisis de los aportes y daños derivados del uso de redes sociales en adolescentes; y una propuesta de protocolo de intervención en crisis en suicidio. Todas temáticas de especial actualidad y relevancia clínica. Así también, en las Reflexiones Integrativas se abordan las demandas que implican las dinámicas de la sociedad actual para el desarrollo personal de nuestra población.

Por otra parte, en esta publicación hemos incluido una nueva sección, Reflexiones Clínicas, destinada a fomentar el trabajo de reflexión y análisis crítico de los futuros psicólogos clínicos que están en su práctica profesional de pre-grado; son trabajos que desarrollaron a raíz de su experiencia en el inicio de su desarrollo profesional aplicado a diversas realidades socio-relacionales que enfrentaron en su quehacer profesional. Trabajos que hemos considerado serán de aporte e incentivo en la búsqueda de conocimiento válido que nutra nuestra labor. Dentro de ellos el uso de juegos de rol como espacio de autocuidado y prevención del burnout; las consecuencias del maltrato infantil en las relaciones interpersonales adultas; el sustrato psicoemocional de enfermedades somáticas prevalentes en la vejez; la violencia intrafamiliar en la mujer; y, la sexualidad, intimidad y relaciones de pareja en la construcción del self en adolescentes y adultos jóvenes.

Estamos ciertos que los temas tratados en este nuevo número de AcPI son de relevancia actual, estimulan la reflexión y alientan en la búsqueda de mejores respuestas desde la psicología clínica a las necesidades de nuestra sociedad.

Verónica L. Bagladi L.
Directora

INDICE

Editorial	3
Artículos	
Impacto Psicológico y Salud Mental en la Población Refugiada. Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) <i>Ps. Mg@ Marcela Vega F.</i>	6
Intervención en Crisis en Suicidio: Protocolo para los Consultorios ICPSI <i>Ps. Mg. Silvia Urra R.</i>	26
Aportes y daños derivados del uso de redes sociales en adolescentes <i>Ps. Lorenza Tagini C.</i>	35
Modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático <i>Mg. María Fernanda Herrera A.</i>	56
Reflexiones Integrativas	
Desarrollo Personal en los tiempos actuales <i>Ps. Natalie Hernández A...</i>	76
Desarrollo Personal: ¿un norte cambiante? <i>Ps. Francisca Campos R.</i>	82
Reflexiones Clínicas	
Dungeons and Dragons como espacio de autocuidado para prevenir y trabajar con psicólogos que presentan burnout. <i>Ps. Javiera Sandoval H.</i>	89
Consecuencias del maltrato infantil en las relaciones interpersonales durante la adultez del sobreviviente al maltrato <i>Ps. Francisco Rivas L.</i>	96
El sustrato psicoemocional del desarrollo de enfermedades somáticas prevalentes en la vejez: una revisión. <i>Ps. Isadora Díaz Y.</i>	104
La mujer víctima de violencia intrafamiliar (VIF) Una aproximación desde la teoría del apego, el trauma y la organización de la personalidad. <i>Ps. Jazmín Pérez M.</i>	123
Tú y ¿yo?: Importancia de la sexualidad, intimidad y las relaciones de pareja en la construcción del Self en adolescentes y adultos jóvenes. <i>Ps. Matías Amengual E.</i>	129

Artículos

Impacto Psicológico y Salud Mental en la Población Refugiada Una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Mg. Marcela Vega Fernández*

Abstract

In this article we will address the impact on mental health that may suffer people who are forced to move from their country of origin or habitual residence to another recipient country. Traumatic experiences, emotional and material losses, problems of adaptation and social integration, coupled with structural factors such as poverty, inequality and discrimination, increase the probability of developing a series of psychological disorders or disorders in the refugee population. An initial approach, from the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS), contributes to the knowledge, understanding and approach to the subject, bearing in mind, the great challenges that remain in the field of mental health; for those who face these life circumstances and for professionals who accompany a deep and necessary repair process for the well-being of those affected.

Key words: refugee, psychosocial approach, psychological impact, risk factors

Resumen

En el presente artículo abordaremos el impacto en salud mental que puede llegar a sufrir las personas que se desplazan forzosamente, desde su país de origen o de residencia habitual, hacia otro país receptor. Las vivencias traumáticas, las pérdidas afectivas y materiales, los problemas de adaptación e integración social, sumados a factores estructurales como la pobreza, la desigualdad y la discriminación, aumentan la probabilidad de desarrollar una serie de alteraciones o trastornos psicológicos en la población refugiada. Una aproximación inicial, desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), aporta en el conocimiento, comprensión y abordaje del tema, teniendo presente, los grandes desafíos que aún quedan en el ámbito de salud mental, para quienes enfrentan dichas circunstancias de vida y para los profesionales que acompañan en un proceso de reparación profundo y necesario para el bienestar de los afectados.

Palabras clave: refugiado, enfoque psicosocial, impacto psicológico, factores de riesgo

Introducción

En la actualidad se vive una de las crisis humanitarias más severas de la historia, lo que ha obligado a millones de personas a abandonar sus hogares y buscar seguridad en otros países.

Los conflictos armados movilizan a las víctimas del exterminio y la violencia sistemática a consecuencia de las guerras y conflictos que tienen lugar en sus territorios. La población que se desplaza de manera forzosa se ve expuesta a una serie de circunstancias

Psicóloga Clínica, Asistente Social, Especialista en Derecho Internacional Humanitario, Migración y Políticas Públicas.
Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
ps.mvegaf@gmail.com

que las convierten en un grupo especialmente vulnerable y el impacto en la salud mental de estas personas, es uno de los aspectos que requiere mayor atención.

Los efectos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos en el corto plazo, pero también pueden deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas. Niños, niñas, adolescentes y adultos se desplazan con el único objetivo de un mayor bienestar. Para muchos, esa realidad esperada es difícil de alcanzar. Algunos la logran tras mucho esfuerzo y perseverancia, pero también existen otros que caen en la frustración y desaliento que genera un sistema que no proporciona oportunidades y que en muchos casos rechaza lo diferente.

En el presente artículo abordaremos los principales factores de riesgo que inciden en el desarrollo de desajustes psicológicos en la población refugiada, para luego abordar las principales secuelas en la salud mental de estas personas, teniendo de referencia una mirada desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS). Finalizaremos esbozando algunas recomendaciones para abordar estos problemas desde la realidad chilena.

Contexto Internacional

El mundo está siendo testigo del mayor número de desplazamientos del que se

haya tenido registro. Según cifras del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) a finales de 2018, 70 millones de personas se han visto obligadas a abandonar sus hogares a causa de una serie de conflictos (ACNUR, 2019).

Los Estados tienen la responsabilidad de proteger a sus ciudadanos y residentes, velando que sus derechos fundamentales sean resguardados y respetados en el orden interno, sin embargo, esto no siempre ocurre y, por diversas situaciones, los Estados incumplen este deber (Reyes & Romero, 2018, pág. 6). En este momento, surge la necesidad de “protección internacional”, la que ha sido definida por el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) como: *“todas las actividades destinadas a asegurar el acceso igualitario y el disfrute de los derechos a mujeres, hombres, niñas y niños bajo la competencia del ACNUR, de acuerdo con los instrumentos legales pertinentes, incluyendo el derecho internacional humanitario, los derechos humanos y el derecho internacional de los refugiados”* (ACNUR, 2005, pág. 8).

Lo anterior, supone que la protección internacional deberá otorgarse a una persona cuando sus derechos humanos se vean amenazados o vulnerados en su país de nacionalidad o residencia habitual y cuando la protección de ese Estado sea considerada insuficiente o inexistente, de modo tal, que la

protección de un tercer Estado se torne necesaria.

La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967 son los principales instrumentos internacionales en esta materia. Ambos, constituyen el marco normativo del régimen de protección internacional para refugiados y solicitantes de asilo.

La definición de refugiado se encuentra contenida en el párrafo 2 de la sección A del artículo 1 de la Convención de 1951 y comprende a toda persona que : *“ debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión , nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos , fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él”* (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1951).

Por su parte, la Declaración de Cartagena (1984), considera como refugiados también a *“las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva*

de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público” (Coloquio Sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios, 1984).

Contexto Nacional

Chile es uno de los Estados Parte de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y de su Protocolo Adicional de 1967.

En el año 2010, el país aprobó la Ley nacional N°20.430 que establece las disposiciones sobre protección de refugiados, la cual incorpora la definición de refugiado consagrada en la Convención y la definición regional de la Declaración de Cartagena de 1984, así como las garantías y obligaciones de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en Chile.

Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se estima que el número de inmigrantes en nuestro país asciende a 1.251.225 personas residentes al 31 de diciembre de 2018, de las cuales 646.128 corresponden a hombres y 605.097, a mujeres. Esta cifra corresponde al 6,6% de la población.

Según la estimación, cerca del 60% del total de personas migrantes tiene entre 20 y 39 años. Por su parte, los cinco países desde donde proviene la

mayoría de ellas son Venezuela, con 288.233 personas; Perú, con 223.923; Haití, con 179.338; Colombia, con 146.582 personas, y Bolivia, con 107.346 personas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019).

Dentro de este universo, aproximadamente 15.000 personas corresponderían a refugiados y solicitantes de asilo que viven actualmente en el país (ACNUR, 2019). De esta cifra, es posible observar que las personas son provenientes de diferentes países de América Latina, África, Asia y Europa, pero actualmente la mayoría proviene de Colombia y Venezuela (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2018)

El derecho a la salud mental como un derecho humano

El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

La salud se describe como un estado de "*completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o enfermedad [propriadamente tal]*" (Organización Mundial de la Salud, 1946, pág. 1). La salud mental puede, a su vez, definirse como "*un estado de bienestar en el que un individuo se da cuenta de sus*

propias habilidades puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y puede contribuir a su comunidad" (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El derecho a la salud se reconoce, explícita o implícitamente, en varios instrumentos de derechos humanos, incluido el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24), el Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad (art. 25) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (arts. 10 (h), 11 (1) (f), 11 (2), 12 y 14 (2) (si)). Todos estos instrumentos han sido ratificados por el Estado chileno.

El marco legal formal se ha complementado con los compromisos políticos asumidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, especialmente el Objetivo 3, cuyo objetivo es garantizar vidas saludables y promover el bienestar de todos en todas las edades. Por su parte, la meta 3.4 aborda la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental y el bienestar (Organización Mundial de la Salud, s/f)

Finalmente, cabe señalar que la salud mental es también una necesidad del

individuo, de la familia y de la sociedad. Es un balance dinámico de cada persona consigo misma y con su contexto. Incluye la idea de crisis, esperada e inesperada, común a la condición humana, siendo determinante la participación activa de la persona en la posibilidad de dar respuestas a sus propias crisis y a los cambios del contexto social.

1.-Principales factores que inciden en la aparición y desarrollo de desajustes o trastornos psicológicos en la población refugiada.

La migración forzada requiere de múltiples adaptaciones en periodos cortos de tiempo. Ante estos cambios, las personas se vuelven más vulnerables y los problemas de naturaleza social y psicológica preexistentes pueden resultar exacerbados (ACNUR, OIM, MHPSS.net, OMS, 2015, pág. 3).

Los refugiados o solicitantes de asilo pueden sentirse abrumados, confundidos o angustiados. Experimentar miedos y preocupaciones extremas, tener estallidos de emociones exacerbadas. Muchos se ven afectados por múltiples pérdidas y están en proceso de duelo por las personas, lugares y la vida que dejaron atrás. Algunos pueden tener reacciones que afecten su capacidad de funcionamiento y que, por lo tanto, se vea afectada su capacidad para cuidar de sí mismos y de sus familias, así como

sentirse incapaces de poder hacer frente a los peligros y riesgos en su camino.

Hay numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos que interactúan e influyen en que las personas desarrollen desajustes psicológicos. A continuación, revisaremos algunos de los principales.

-Edad

La edad es un factor que puede predisponer a una mayor vulnerabilidad a padecer un trastorno de salud mental. Dichos trastornos, tendrían una mayor prevalencia tanto en los segmentos mayores como en los más jóvenes (Jurado, Alarcón, Martínez-Ortega, Mendieta-Marich, 2017)

-Escarización

Resulta de crucial importancia en el desarrollo evolutivo de toda persona el acceso a una buena escolarización. Sin embargo, y como es de suponer, los países en conflicto presentan graves problemas en este ámbito.

Según un informe emitido en septiembre de 2016 por el ACNUR, asciende a 1,75 millones la cifra de niños refugiados que no acuden a la escuela primaria y a 1,95 millones los adolescentes refugiados que no van a la escuela secundaria. Los refugiados tienen cinco veces más probabilidades

de estar fuera de la escuela que el promedio global (UNHCR, 2016, pág. 8). En la escuela se desarrollan valores, habilidades sociales y de comunicación, se fomenta el compañerismo, la solidaridad, se forma parte de un grupo de pares, todo ello necesario para una adecuada formación de la personalidad. No obstante, este desarrollo se ve truncado en estas situaciones de emergencia y privan al individuo de parte importante de su desarrollo personal.

-Acontecimientos vitales; exposición a traumas en el país de origen o durante el viaje

Dentro del universo de la población de refugiados, tanto niños, niñas, adolescentes y adultos, se ven expuestos a sufrir un suceso traumático tras otro: secuelas de un determinado conflicto; abandono de sus hogares; pérdida de familiares y/o seres queridos; pérdida del trabajo y el patrimonio; destrucción de las redes sociales de apoyo, sometimiento a los abusos; condiciones de vida inhumanas; afrontar riesgos vitales, entre otros. Todo ello, con el agravante de que se tratan de acontecimientos vitales estresantes de larga duración por lo que sus efectos sobre la salud en general, y la salud mental en particular son mucho mayores (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Clínica Universitaria de Psicología, Universidad de Sevilla, & Fundación Psicología sin Fronteras, 2016, pág. 5).

El impacto que provocan es elevadísimo; y si a todo ello se le añade la falta de apoyo social y familiar, el efecto del impacto se multiplica y puede llegar a ser altamente nocivo para efectos de la salud mental del individuo.

-Separación de sus familias y contexto social

La familia, en muchos casos, es uno de los pilares fundamentales para hacer frente a las adversidades y vicisitudes de la vida. Este grupo adquiere una relevancia indiscutible al momento de enfrentar situaciones que propician el desplazamiento forzado. En un sin número de casos, la decisión de desplazarse está fundada en la búsqueda de protección no sólo individual, sino también para los integrantes de la familia. Estas personas se ven así enfrentadas a dejar su familia (cónyuges, hijos, padres y hermanos) con el propósito de evitar situaciones que pongan en riesgo la vida e integridad física y psicológica de todos.

En estos casos, se ven obligados a emprender un viaje a lo desconocido, bajo el anhelo de poder algún día reunificarse y comenzar una nueva vida. No obstante, para ellos previamente se deben superar una serie de obstáculos, entre ellos: los procesos de integración en el nuevo país de residencia; el desbalance económico y social; la angustia y ansiedad frente a la separación del

grupo familiar y social, así como también, el sentirse y estar solo en un lugar desconocido.

-Pérdidas de sistemas de apoyo

En el país de origen, las personas pueden acceder con mayor facilidad a una red de apoyo. Amigos, familia extendida, grupos sociales, establecimientos educacionales, salud, trabajo, previsión y beneficios sociales, son entre otros, las pérdidas que deben enfrentar las personas al desplazarse a otro país.

-Condiciones socioeconómicas adversas

Un factor recurrente que afecta en gran medida a esta población es la situación socioeconómica a la que está enfrentada al momento de asentarse en un nuevo país. Atrás quedaron las comodidades de una vivienda, financiada por un trabajo al que tuvo que renunciar. En muchos casos, las personas tuvieron que hipotecar la propiedad familiar, solicitar préstamos, re-pactar deudas o simplemente vender todo lo que tenían, distribuyendo el dinero entre los que aún deben permanecer en el país de origen y aquellos que emprenden el viaje.

En su mayoría, los recursos son escasos y apremia la necesidad de encontrar un trabajo que les permita mantenerse con lo mínimo y enviar remesas a su familia. Los trabajos ofrecidos son

generalmente precarios, de baja remuneración y largas jornadas laborales, que pese a los esfuerzos no alcanzan a solventar el costo de una vida digna.

-Barreras lingüísticas y culturales.

Es reconocida la gran limitación que se produce en el proceso de integración cuando la población refugiada proviene de un país cuyo idioma es distinto al del país receptor. Se suman a ello, las diferencias culturales, las que no siempre son respetadas o consideradas al momento de intervenir en esta población.

Uno de los primeros desafíos que la población refugiada debe hacer frente, es sin duda, la adquisición de un nuevo idioma o -en aquellos casos en que la lengua materna es la misma- conocer los modismos en el lenguaje.

Del mismo modo, deben enfrentar una cultura distinta, “lo que involucra las costumbres específicas, los hábitos, los valores, las creencias compartidas, las conductas religiosas, que caracterizan a un determinado grupo social” (Opazo Castro, 2017).

Dependiendo de la edad y del arraigo cultural de quienes se desplazan, es posible prever algunas dificultades en los procesos de integración social. Es así como se ha observado que, a mayor edad, mayor dificultad para la adquisición de un nuevo idioma y nuevos patrones culturales en el proceso de adaptación.

-Necesidades afectivas no cubiertas

Este factor incide especialmente a niños, niñas y adolescentes. En el contexto dado por el desplazamiento forzado, los niños desarrollan carencias afectivas profundas al momento en que sus padres se encuentran muy ocupados en cubrir las necesidades básicas de la familia, especialmente en lo que se refiere a comida y protección física, dejando de lado las necesidades afectivas y psicológicas necesarias para un buen desarrollo evolutivo.

El nuevo contexto sociocultural y la dinámica familiar alterada, proporciona a los niños una enorme sobrecarga de ansiedad y angustia, que los lleva a “madurar” de forma acelerada para apoyar en de la estabilidad emocional de sus padres, reprimiendo los sentimientos que han ido almacenando por el camino.

La situación de vulnerabilidad en la que pueden encontrarse estos niños y sus familias, pueden conducir a situaciones no sólo de depresión sino de violencia intrafamiliar por las emociones acumuladas a lo largo del proceso (Díaz Rodríguez, 2017, pág. 87).

-Desarraigo y estigmatización social

Vivir lejos del lugar de origen supone un duelo que en muchos casos se prolonga durante años. Cuando no es de carácter voluntario, se añade el dolor de haber sido forzado a hacerlo. La pérdida del entorno habitual y

familiar, la ausencia de las redes de apoyo puede suponer una serie de efectos nocivos en la salud mental del individuo. En ocasiones, algunas de estas personas se verán obligadas a ocultar sus raíces, lo que constituye otra forma de violencia social y psicológica en su nuevo hábitat.

Además de la pérdida de las raíces, muchas veces deben cargar con la etiqueta de refugiado o desplazado, con la estigmatización social que estos términos conllevan al ser identificados como los “otros”, “los de fuera”.

En el caso de los niños, pueden generar serias dificultades en lo relativo a la construcción de su identidad y la integración en su entorno, sobre todo, si se trata de un país de acogida con normas, tradición, idioma y religión totalmente diferentes (Díaz Rodríguez, 2017, pág. 87).

2.- Los grupos más vulnerables dentro de la población refugiada

Antes de analizar los efectos más importantes en la salud mental de la población refugiada, debe señalarse primeramente que, en situaciones de emergencia, no todas las personas desarrollan problemas psicológicos de igual manera.

En función del contexto de la emergencia, hay determinados grupos de personas que corren mayores riesgos de experimentar problemas

sociales y/o psicológicos. A continuación, se indican algunos de ellos:

- Las mujeres: cuando las mujeres y las niñas han quedado severamente traumatizadas por las experiencias vividas, ya sea en su país de origen, durante la huida y/o en el país de asilo, pueden encontrar dificultades en el proceso de adaptación.

Las viudas, las mujeres solas, las niñas no acompañadas o separadas y las mujeres y las niñas con discapacidades pueden estar particularmente en riesgo de sufrir marginalización, explotación, abuso y/o trata.

Las mujeres adultas mayores, especialmente las viudas y/o aquellas que carecen de familia en el país de asilo, pueden verse aisladas socialmente, abandonadas y/o depender de manera crónica del apoyo social. Pueden encontrar especialmente difícil adaptarse al nuevo ambiente, por ejemplo, si no pueden hablar el idioma local o tienen problemas auditivos o de movilidad.

La violencia sexual, ya sea usada como una estrategia de guerra o como una consecuencia de la misma, produce graves efectos psicológicos en las mujeres y las niñas (ACNUR, 2008, pág. 335).

- Hombres: entre ellos, hombres desempleados que han perdido los

medios de mantener a sus familias, hombres jóvenes que corren riesgo de detención, secuestro o de ser blanco de violencia.

- Niños, niñas y adolescentes (hasta los 18 años de edad): entre ellos, niños separados o no acompañados (incluidos huérfanos), niños reclutados o utilizados por las fuerzas armadas o por grupos armados, niños que han sido objeto de trata, niños en conflicto con la ley, niños que realizan trabajos peligrosos, niños que viven o trabajan en las calles, y niños malnutridos.

- Adulto mayor, especialmente cuando han perdido a los familiares que los atendían.

- Personas en pobreza extrema.

- Personas internamente desplazadas (PID), inmigrantes en situación irregular, especialmente mujeres que han sido objeto de trata y niños que carecen de documentos de identificación.

- Personas que han estado expuestas a eventos lesivos o traumáticos, personas que han perdido a miembros de su familia o sus medios de vida, sobrevivientes de violaciones y torturas, testigos de violencia o transgresión de derechos humanos.

- Miembros de la comunidad que padecían discapacidades o trastornos

severos preexistentes de índole física o mental.

- Personas recluidas en instituciones (huérfanos, adultos mayores, personas que padecen trastornos psicológicos o discapacidades).

- Personas que son objeto de un grave estigma social, por ejemplo, castas inferiores o “parias”, trabajadoras sexuales, supervivientes de violencia sexual.

- Personas que corren riesgos concretos de vulneración de derechos humanos (por ejemplo, activistas políticos, minorías étnicas o lingüísticas, personas recluidas en instituciones o detenidas, personas que, anteriormente, ya han estado expuestas a vulneraciones de los derechos humanos (Inter Agency Standing Committe (IASC), 2007, pág. 4).

3.- Principales secuelas psicológicas y problemas de salud mental en la población refugiada

En las líneas anteriores, se ha desarrollado cómo las situaciones de emergencia generarían diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad, propiciando y acrecentando los riesgos de desarrollar una serie de alteraciones o patologías en salud mental.

Las alteraciones en salud mental se desarrollan en la población de refugiados o solicitantes de asilo como resultado indirecto de una serie de circunstancias traumáticas a la hora de abandonar su hogar, por una serie de pérdidas que pudieron enfrentar (especialmente de los miembros de la familia), viajes riesgosos desde su país de origen a su país de destino y, en general, por los factores estresores en todo el proceso.

Asimismo, las dificultades en el proceso de integración tales como: la negación de la cultura, identidad, posición social, precariedad de la vivienda y de los servicios básicos, empleos de baja calificación, nutrición inadecuada y la hostilidad general, no hacen más que aumentar las probabilidades de desencadenar alteraciones psicológicas o psicopatologías más severas (Imilian, Marquez, & Stefoni, 2015).

Además, factores estructurales como la pobreza, la exclusión, la desigualdad, y la discriminación agravan los problemas de salud tornando mucho más delicada la situación de la población refugiada. De ahí, la importancia de abordar los alcances de este tema y sus consecuencias en la salud mental de esta población.

4.- Desde una mirada Psicosocial

El Comité Permanente Interagencial define la salud mental y al apoyo psicosocial como un término

compuesto para describir todo tipo de apoyo local o externo que tenga por finalidad proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar un desorden mental. Si bien los términos de salud mental y apoyo psicosocial están estrechamente relacionados, para muchos trabajadores de ayuda humanitaria reflejan aproximaciones diferentes, aunque complementarias. Las agencias humanitarias que no pertenecen al sector salud tienden a hablar de apoyo al bienestar psicosocial mientras que las agencias del sector salud prefieren en general hablar de salud mental. Si bien, históricamente han utilizado también los términos de rehabilitación psicosocial y de tratamiento psicosocial para describir intervenciones no biológicas para las personas que padecen desórdenes mentales (Grupo de Referencia del IASC, 2010).

Llegados a este punto, podemos sostener que los problemas de salud mental y psicosociales en emergencias están estrechamente interconectados; no obstante, pueden ser de índole predominantemente social o psicológica. Los factores de riesgo para los problemas de salud mental pueden experimentarse durante todas las fases del proceso de desplazamiento y migración y al establecerse en el país receptor.

Entre los problemas de naturaleza predominantemente social podemos mencionar:

- Problemas sociales preexistentes, tales como, pobreza extrema; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política, entre otros.

- Problemas sociales por causa de la emergencia, por ejemplo, separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género.

- Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria (debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales).

De manera similar, entre los problemas de naturaleza predominantemente psicológica cabe mencionar:

- Problemas preexistentes (por ejemplo, trastornos de personalidad; abuso de alcohol u otras sustancias).

- Problemas suscitados por la catástrofe, por ejemplo, duelo, alteraciones emocionales, depresión y ansiedad, aculturación, trastorno de adaptación y trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Debido a la complejidad de los factores que afectan la salud mental, su interacción y el hecho de que no todos los refugiados y solicitantes de asilo

están expuestos a riesgos para su salud mental, la variación dentro de esta población es alta y es difícil sacar conclusiones generalizadas sobre la prevalencia de las alteraciones en salud mental.

A continuación, profundizaremos en algunos de los problemas psicológicos más recurrentes en la población refugiada. La información presentada a continuación fue tomada a partir de un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud para Europa en 2018, ya que a nivel regional no se ha desarrollado un estudio de similares características. El informe presenta los últimos datos disponibles sobre el bienestar de los refugiados y migrantes en 53 países europeos, comprendiendo con ello, una población aproximada de 920 millones.

-Depresión y ansiedad

Una revisión exhaustiva del año 2016 mostró una amplia gama de prevalencia de depresión (5–44%) en refugiados y migrantes en comparación con la población general (8–12%). Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en los grupos de refugiados también variaron ampliamente, del 20,3% al 88%. Se ha demostrado que un período prolongado dentro del proceso de solicitud de asilo está relacionado con el desarrollo de depresión y otros trastornos mentales.

Las malas condiciones socioeconómicas, como el desempleo o el aislamiento, se asocian con mayores tasas de depresión en migrantes y refugiados después del reasentamiento (WHO, 2018).

-Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Los refugiados y migrantes, especialmente los solicitantes de asilo y los migrantes irregulares, pueden estar expuestos a diversas experiencias traumáticas en todas las fases de desplazamiento y migración, no solo en sus países de origen. El trastorno de estrés postraumático es una forma particular de trastorno de ansiedad con síntomas muy variados, lo que dificulta la identificación y la generalización de la presentación clínica. Los refugiados que han estado expuestos a experiencias muy estresantes y amenazantes muestran un amplio rango de prevalencia de TEPT (9-36%) en diferentes estudios, en comparación con 1-2% en las poblaciones de acogida. La investigación con inmigrantes sirios en Turquía y Suecia estimó tasas de prevalencia del 30% y 83%, respectivamente, con un mayor riesgo entre las mujeres. La comorbilidad con depresión y ansiedad es muy común y algunos estudios mostraron que hasta el 40% de los refugiados en la Región Europea de la OMS con TEPT tenían depresión clínica (WHO, 2018).

-Abuso de alcohol y otras sustancias.

Hay poca evidencia de que las vulnerabilidades en las poblaciones de refugiados y migrantes conduzcan al uso y abuso de sustancias. Incluso, algunos estudios mostraron tasas más bajas de abuso de sustancias y alcohol entre los refugiados y migrantes que en la población que no tiene esta condición. Sin embargo, la prevalencia del tabaquismo fue mayor (WHO, 2018) Ahora bien, la evidencia existente sugiere que factores como los problemas de salud mental, el estrés de adaptarse al nuevo entorno, el desempleo y la experiencia previa de la guerra podrían contribuir a aumentar el uso de sustancias.

Aunque los estudios sobre la relación entre el consumo de alcohol y otras sustancias entre refugiados y migrantes son limitados, lo cierto es que la prevención y el tratamiento del uso de sustancias deben integrarse en los servicios ofrecidos a esta población como parte de una estrategia de salud pública (WHO, 2018).

-Psicosis y esquizofrenia

Los trastornos psicóticos solo se han evaluado en estudios clínicos y no en estudios de población, por lo que es imposible informar su prevalencia. La evidencia limitada ha sugerido que los refugiados tienen un mayor riesgo de trastornos psicóticos en comparación

con la población de acogida y los migrantes (WHO, 2018).

5.- El caso especial de los niños

Los niños y los menores no acompañados pueden enfrentar problemas particulares respecto de aquellos sufridos por un adulto en iguales circunstancias.

Las cifras más actualizadas en la materia se han obtenido a partir del análisis del conflicto sirio. En este sentido, según informó UNICEF el año 2016, el 98% de las familias entrevistadas en las zonas más afectadas por el conflicto sirio, indicaron que sus hijos mostraban señales de profundo sufrimiento psicológico y emocional.

En este mismo informe se expone, que los niños más pequeños son más propensos a tener pesadillas, padecer enuresis o sufrir un retraso en su desarrollo.

En los niños mayores, sobre todo adolescentes, se señala que comparten el sentimiento de soledad y miedo de sus hermanos, pero tienen más probabilidad de experimentar frustración, indignación y vergüenza. Asimismo, la pérdida de dignidad es algo común entre estos jóvenes, y, uno de cada cinco jóvenes encuestados dentro de Siria, tenían tal grado de frustración con las circunstancias de su familia, que consideró unirse a bandas

o luchar en la guerra (Díaz Rodríguez, 2017).

Como hemos ido señalando anteriormente, son niños y niñas con una excesiva carga de ansiedad por factores adicionales, que incluyen problemas familiares, discriminación, trabajo infantil, matrimonio precoz, por lo que es frecuente que puedan padecer síntomas de angustia.

El insomnio, las pesadillas, los terrores nocturnos son bastantes frecuentes asociados sobre todo a las situaciones de miedo y pánico a la que se han visto sometidos ante los continuos bombardeos, disparos de francotiradores, pudiendo verbalizar en ocasiones que vivían esperando ser la próxima víctima de un asesinato (Díaz Rodríguez, 2017).

La problemática que puedan presentar estos niños a nivel de su salud mental está muy condicionada por factores personales (biopsicosociales) donde se incluyen, no sólo el estado físico en el que se encuentre el niño, gracias a una buena alimentación y desarrollo, sino también de su capacidad para afrontar todo este tipo de situaciones; del número e intensidad de los acontecimientos vitales que hayan vivido; de la existencia o no de apoyo social y familiar.

6.- Políticas públicas en salud mental para la población refugiada

La protección y el mejoramiento de la salud mental y el bienestar psicosocial de la población refugiada, implica emprender acciones coordinadas entre todos los actores involucrados en el tratamiento de estas personas.

La forma en que la población afectada es recibida y cómo se les proporciona protección y asistencia es clave en su tratamiento. Aunque el análisis de este tópico amerita un desarrollo profundo, resulta imperioso abordar, al menos brevemente, algunos de los principios fundamentales que, quienes presten asistencia en estas materias, debieran tener en consideración:

-Derechos humanos y equidad

Normar la acción pública y privada en miras a resguardar los Derechos Humanos y mejorar las condiciones de salud de las personas, es una labor fundamental. De este modo, la regulación y rectoría es una función esencial de la Salud Pública.

-Participación

En muchos casos, los apoyos de salud mental provienen de las propias comunidades afectadas y no de organismos externos. La participación debería posibilitar que los diferentes grupos locales recuperen o retengan el control sobre todas las decisiones que afectan a sus vidas, y que establezcan un sentido de apropiación local imprescindible para lograr la calidad, equidad y sostenibilidad de los programas.

-Utilizar recursos y capacidades disponibles

Todos los grupos de afectados tienen recursos positivos propios que propician la salud mental y el bienestar psicosocial. Un principio fundamental — incluso en las etapas iniciales de una emergencia— es el fomento de las capacidades locales, apoyando la autoorganización y la autoayuda y fortaleciendo los recursos ya existentes.

-Sistemas de apoyo integrados

Las actividades integradas en sistemas más amplios (por ejemplo, mecanismos existentes de apoyo comunitario, sistemas de educación escolar y extraescolar, servicios generales de salud, servicios generales de salud mental, servicios sociales, etc.) tienden a beneficiar a mayor cantidad de personas, suelen ser más sostenibles y tienden a entrañar menor grado de estigma.

-Apoyo a niveles múltiples

En las emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Una clave para organizar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial es establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes.

Así las cosas, un adecuado plan de acción para estos efectos debería

considerar, a lo menos, los siguientes elementos:

1. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental.
2. Realizar diagnósticos y tratamientos en materia de salud mental, considerando las variables socioculturales.
3. Favorecer sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación.
4. Aplicar un marco de derechos humanos mediante los servicios de salud mental.
5. Detectar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y a las deficiencias en los sistemas de resguardo, mediante medidas de protección social y /o jurídicas.
6. Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para el personal de apoyo.
7. Proporcionar formación y capacitación en salud mental para los trabajadores de ayuda humanitaria.
8. Prevenir y atender los problemas de salud mental que emanen en los trabajadores de ayuda humanitaria.
9. Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades involucradas.

7.- La situación en Chile

Actualmente, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, del Ministerio de Salud de Chile, es el instrumento a través del cual, se definen las necesidades regulatorias para la protección de la salud mental de la población, así como también, los objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los chilenos (Ministerio de Salud, 2017). Dentro del Plan se reconoce el fenómeno migratorio como un determinante social de la salud, toda vez que las condiciones involucradas en el proceso vuelven a las personas migrantes potencialmente más vulnerables que otros grupos de la sociedad (Cavieses, Bernales, Obach, & Pedrero, 2016).

Al respecto, se reconoce que, al momento de emigrar, las personas se ven enfrentadas a los peligros y el estrés propios del desplazamiento y a las dificultades para insertarse en el nuevo país como problemas de lenguaje y comunicación, situación de pobreza y marginación, escaso o nulo acceso a prestaciones sociales y servicios de salud, la separación familiar, ausencia de redes, procesos de aculturación, entre otros.

Todos estos determinantes, enfatizan la necesidad de establecer políticas intersectoriales que faciliten la coordinación de los distintos esfuerzos que se realizan en el trabajo con la población inmigrante, de modo de

minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio en la salud mental de las personas migrantes (B, Bernales, & McIntyre, 2017).

El Departamento de Extranjería y Migraciones del Ministerio de Interior, el Ministerio de Vivienda, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Desarrollo Social, la Policía de Investigaciones (PDI), FONASA, Municipios, ONGs y otras Instituciones o entidades civiles que favorezcan la vinculación con la población inmigrante, son algunos de los sectores con los cuales salud debe coordinarse para responder a las necesidades de salud mental.

En el Plan nacional, la población migrante, refugiada y solicitante de asilo son consideradas dentro de las poblaciones específicas que requieren de un abordaje intersectorial especial, haciendo referencia de esta población en el Objetivo estratégico N°2 “Elaborar e implementar planes de acción intersectoriales para dar respuesta a las necesidades en salud mental, particularmente en el caso de poblaciones específicas, para quienes los mecanismos habituales de atención resultan insuficientes o incompatibles...”.

Observaciones finales

Cuando se habla del impacto de las migraciones forzosas derivadas de conflictos no se puede generalizar, ya que cada experiencia es diferente y es interpretada por cada uno según sus oportunidades y recursos. Ciertamente, en muchos de estos casos, la fortaleza y capacidad de estas personas para afrontar las adversidades puede resultar sorprendente. Inclusive, la adopción de medidas inmediatas orientadas a ofrecerles un ambiente acorde con sus necesidades personales y familiares, podrían resultar mucho más eficaces.

En enfoque que considera, además de los factores psicológicos, las circunstancias, peligros y el estrés propio del desplazamiento y a las dificultades para insertarse en el nuevo país, como problemas de lenguaje y comunicación; la situación de pobreza y marginación; el escaso o nulo acceso a prestaciones sociales y servicios de salud; la separación familiar; la ausencia de redes; los procesos de aculturación, etc., aportará mayores herramientas para abordar la prevención y el tratamiento frente a posibles consecuencias que pudieran afectar a esta población.

En nuestro país, resulta imperioso enfatizar en la necesidad de establecer políticas intersectoriales que faciliten la coordinación de los distintos esfuerzos que se realizan en el trabajo con la población inmigrante y refugiada, de modo de minimizar las consecuencias

negativas del proceso migratorio en la salud mental de estas personas.

Conclusiones

Mientras que las dificultades físicas que sufren las personas desplazadas son con frecuencia bien documentadas por las agencias humanitarias, la problemática en cuanto a salud mental y psicosocial pueden resultar menos evidentes.

Para la mayoría de los refugiados e inmigrantes los eventos potencialmente traumáticos del pasado no son la única, ni la más importante fuente de angustia psicológica. La mayor parte del sufrimiento emocional está directamente relacionado con las tensiones y preocupaciones actuales y la incertidumbre sobre el futuro.

El marco internacional de la protección para los refugiados está dado por la Convención de 1951 y el protocolo de 1967.

Chile es un Estado Parte de la Convención y en su Ley N° 20.430 incorpora la definición de refugiado consagrada por este instrumento, así como la definición regional estipulada en la Declaración de Cartagena de 1984. La Ley N° 20.430 no hace mención expresa, respecto al apoyo necesario que se debe tener presente en el ámbito de salud mental y las posibles alteraciones desencadenadas a

partir de las circunstancias enfrentadas por esta población.

Dentro de los principales factores que inciden en la aparición y desarrollo de determinados trastornos psicológicos, encontramos:

- . *Edad*
- . *La escolarización*
- . *Acontecimientos vitales: Exposición a traumas en el país de origen o durante el viaje.*
- . *Separación de la familias y contexto social.*
- . *Pérdidas de sistemas de apoyo.*
- . *Condiciones socioeconómicas adversas.*
- . *Barreras lingüísticas y culturales.*
- . *Necesidades afectivas no cubiertas*
- . *Desarraigo y estigmatización social*

Dentro de las subcategorías más vulnerables dentro de la población refugiada, encontramos:

- . *Personas en situación de pobreza.*
- . *Personas en situación irregular.*
- . *Personas que han estado expuestas a eventos sumamente lesivos o traumáticos.*
- . *Miembros de la comunidad que padecían discapacidades o trastornos severos preexistentes de índole física, neurológica o mental.*
- . *Personas recluidas en instituciones.*
- . *Personas que son objeto de un grave estigma social.*
- . *Personas que corren riesgos concretos de vulneración de derechos humanos.*

Dentro de las principales secuelas psicológicas y problemas de salud mental en la población se destacan:

- . *La Depresión y ansiedad*
- . *El trastorno de estrés postraumático (TEPT)*
- . *El abuso de alcohol y otras sustancias.*
- . *La psicosis y esquizofrenia*

La prevalencia del TEPT entre los refugiados que han estado expuestos a experiencias muy estresantes y amenazantes son mayores que en las poblaciones de acogida.

La prevalencia de la depresión y la ansiedad también tiende a ser mayor que en las poblaciones de acogida, pero la variación según el grupo de migrantes y los métodos utilizados para evaluar la prevalencia dificultan la obtención de conclusiones firmes.

En el caso especial de los niños o niñas, la migración es un factor de riesgo para la condición mental y los menores no acompañados experimentan tasas más altas de depresión y síntomas de TEPT en comparación con otros grupos de refugiados y migrantes.

Las malas condiciones socioeconómicas, como el desempleo o el aislamiento, se asocian con mayores tasas de depresión en los refugiados después del reasentamiento.

Las acciones para mejorar la salud mental y el apoyo psicosocial pueden involucrar la prestación de apoyo, orientación y atención de salud a las personas sobrevivientes. Incluye también el trabajo con las comunidades

para descubrir sus propios mecanismos para enfrentar problemas, ayudarlas en su reconstrucción y apoyarlas de manera práctica, fortaleciendo así la confianza de sus miembros en sí mismos y en la comunidad.

Referencias

- ACNUR. (2005).** Introducción a la Protección Internacional Protección de las personas de la competencia del ACNUR: Módulo autoformativo 1.
- ACNUR. (2008).** Manual del ACNUR para la Protección de Mujeres y Niñas.
- ACNUR. (19 de junio de 2019).** ACNUR. Obtenido de ACNUR: <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5d09c9414/el-desplazamiento-global-supera-los-70-millones-de-personas-y-el-alto-comisionado.html>
- ACNUR. (2019).** ACNUR Chile. Obtenido de <https://www.acnur.org/chile>
- ACNUR, OIM, MHPSS.net, OMS. (2015).** Salud Mental y Apoyo Psicosocial para Refugiados, Solicitantes de asilo e Inmigrantes desplazándose en Europa.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1951).** Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. Ginebra.
- B Cavieses, M. B. (2016).** Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Universidad del Desarrollo, 319-320.
- B, C., Bernales, M., & McIntyre, A. (2017).** La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Cavieses, B., Bernales, M., Obach, A., & Pedrero, V. (2016).** Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Universidad del Desarrollo, 319-320.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Clínica Universitaria de Psicología, Universidad de Sevilla, & Fundación Psicología sin Fronteras. (2016).** Guía para la Intervención Psicológica con Migrantes. Madrid.
- Coloquio Sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios. (1984).** Declaración de Cartagena sobre Refugiados. Cartagena.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000).** General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable.
- Díaz Rodríguez, M. (2017).** Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental.
- Grupo de Referencia del IASC. (2010).** Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud? Ginebra.
- (2015).** Migración y des-arraigo. En W. Imilian, F. Marquez, & C. Stefoni. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018).** Informe Anual, Situación de los Derechos Humanos en Chile. 72
- Instituto Nacional de Estadísticas. (14 de febrero de 2019).** INE. Recuperado el 03 de octubre de 2019, de <https://www.ine.cl/prensa/2019/02/14/se-g%C3%BAn-estimaciones-la-cantidad-de-personas-extranjeras-residentes-habituales-en-chile-super%C3%B3-los-1-2-millones-al-31-de-diciembre-de-2018>
- Inter Agency Standing Committe (IASC). (2007).** Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.
- Jurado, Alarcón, Martínez-Ortega, Mendieta-Marich. (2017).** Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo.

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025. Santiago.

Opazo Castro, R. (2017). Psicoterapia Integrativa EIS, Profundizando la comprensión Potenciando el cambio.

Organización Mundial de la Salud. (1946). CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). Recuperado el 03 de octubre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). who.int. Recuperado el 03 de octubre de 2019, de <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

Reyes & Romero. (2018). La Protección Complementaria y el Estatuto de Refugiados, alcance y factibilidad de su aplicación en Chile. Santiago.

UNHCR. (2016). Missing Out Refugee Education in Crisis.

WHO. (2014). Mental Health Atlas.

WHO. (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region

Intervención en Crisis en Suicidio: Protocolo para los Consultorios ICPSI

Ps. Mg. Silvia Urra Rosales*

Abstract:

The following article assumes the need of having a protocol to face situations of suicide risk in psychological consulting; therefore, a crisis intervention is articulated, based theoretically on the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). Thought nomothetically in three stages and applied ideosyncratically in each of them... according to the particular needs of each person. For each paradigm and Self System's Functions, the central axes of the EIS, the areas of interventions are presented, and all these conclude with a Crisis Intervention Plan to manage suicidal risk.

Keywords: *Suicide, Crisis intervention, Supraparadigmatic Integrative Approach, response protocol.*

Resumen:

El siguiente artículo aborda la necesidad de tener un protocolo de respuesta frente a situaciones de riesgo suicida en consultorios de atención psicológica, por tanto, se articula una intervención en crisis basada teóricamente en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, pensada nomotéticamente en tres etapas y aplicada ideosincráticamente en cada una de ellas según las necesidades particulares de cada persona. Se presentan por cada paradigma y Sistema Self, ejes centrales del EIS, las áreas a intervenir, para luego concluir con un plan de Intervención en Crisis en riesgo suicida.

Palabras claves: *Suicidio, Intervención en crisis, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Protocolo de respuesta.*

Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 800.000 personas mueren al año por suicidio y cada 40 segundos se produce una muerte. En Chile, 1800 personas se suicidan al año y alrededor de 36.000

personas realizan intentos suicidas (MINSAL, 2019). Cyrulnk (2014), plantea que, en Francia, de cada cien mil personas, cuatro mil piensan que el suicidio podría ser la solución a sus sufrimientos. Trescientos lo intentarán

Psicóloga Clínica, Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Diplomado en Psicodiagnóstico Adulto. Universidad Santo Tomás.

Diplomado en Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica.

Diplomado en Intervenciones Terapéuticas y Preventivas en Agresiones Sexuales. Universidad de Chile.

silviaurra@gmail.com

y diecisiete conseguirán llevar a cabo aquel fatal desenlace. “Muchas veces la persona no ha buscado morir sino poner fin a su sufrimiento (escapar, cesar). La muerte en estos casos es un medio para un fin. En los llamados suicidios altruistas la propia muerte pretende beneficiar a otras personas. En algunos casos los actos suicidas pueden representar un intento de mejorar la vida y evitar su mayor deterioro”.

La temática a desarrollar es un modelo de intervención en crisis para casos de intentos de suicidios para los pacientes y/o consultantes de los Consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, ya que sabemos que “Alrededor de un cuarto de las personas muertas por suicidio con depresión mayor, habían estado atendándose en un servicio de psiquiatría y aproximadamente el 50% de los fallecidos por suicidio habían sido atendidos en medicina general en los tres meses previos a la muerte, el 40% en el mes anterior y el 20% una semana antes” (Retamal, P 2013).

Barroilhet y Cols (2012) realizaron una investigación cuya muestra fue de 2500 estudiantes de primero año de educación secundaria evaluando intento de suicidios o autoagresiones previas. Se mostró que el 21% presentaba las conductas encuestadas durante su proceso vital y que el 3,9% de los encuestados, presentaba las conductas de intento de suicidio o

autoagresiones durante la última semana.

Como se puede apreciar en los datos anteriores, un alto % de los suicidas e intentadores presentan síntomas de riesgo varios meses antes de consumar el acto y consultan durante el período inmediatamente previo a su tentativa. Esta temática se vuelve especialmente relevante dado que en los Consultorios ICPSI existe una gran demanda de atención y si bien se cuenta con un marco guiador para los procesos terapéuticos desde la Psicoterapia Integrativa EIS, para los casos de riesgo suicida no se ha estandarizado el accionar de los terapeutas lo que ha provocado inespecificidad al actuar y estrés en los profesionales que atienden a estos pacientes.

Para subsanar esta situación se desarrollará un plan de intervención en crisis enfocado en la atención de pacientes con riesgos suicidas que consulten en los Consultorios ICPSI. Este plan considera elementos centrales de EIS y se realizará en caso de identificar factores de riesgo.

Si bien “el FECl en su composición actual contiene los elementos esenciales para detectar perfiles de riesgo de suicidio y niveles de desesperanza” siendo de gran utilidad para poder “enfaticar la revisión intencionada de estos puntos en los terapeutas que sugieran a sus

pacientes responderlo” (Alamo C., Bejer T., Babladi V. , 2018) no nos proporciona con la inmediatez necesaria, debido al tiempo que transcurre entre que el paciente lo completa y el terapeuta lo recibe, los antecedentes requeridos para conocer el riesgo suicida, por lo cual, realizaremos la búsqueda de estos por paradigma y Sistema Self mediante la entrevista clínica.

Los factores de riesgo en la conducta suicida a pesquisar son los siguiente:

Paradigma Biológico

- Fundamentos biológicos del Self: Neuroticismo alto y baja extroversión se asocian a baja autoestima (Opazo, 2017)
- Relación significativa entre bipolaridad y baja autoestima, baja autoeficacia y baja autoimagen (Banfi y Hevia, 2002)
- En cuadros bipolares, la ciclación rápida afecta prioritariamente la baja autoestima (Banfi y Hevia, 2002)
- Enfermedades
- Fármacos
- Deterioro
- Baja autoestima
- Influencias genéticas
- Alteraciones endocrinas
- Depresivismo
- Cansancio

Paradigma Cognitivo

- En pacientes que consultan por problemas afectivos la expectativa que predomina es la de orientación para actuar (Bagladi, 2008)

- Pacientes que consultan por ansiedad esperan técnicas para resolver sus problemas a diferencia de pacientes depresivos que esperan entender lo que les sucede. (Bagladi, 2008)
- A mayor severidad del trastorno bipolar, se ve más comprometido el paradigma cognitivo (Navarrete, 2004)
- Baja autoimagen
- Pesimismo
- Ideas Irracionales
- Locus de control externo
- Altas autoexigencias
- Culpa
- Esquemas cognitivos depresogénicos
- Autoexigencias altas
- Bajas expectativas de autoeficacia

Paradigma Afectivo

- Pacientes baja tolerancia a la frustración ven minada su capacidad para disfrutar y aumenta considerablemente el disconfort emocional (Bejer, 2004)
- Aparece una fuerte relación entre la satisfacción de necesidades y el estado de felicidad actual en las personas, (Bejer, 2004)
- En bulimia las tendencias apuntan a, baja Autoestima, baja Autoimagen, baja Autoeficacia, baja satisfacción de necesidades, alta Depresión (Burgos 2005).
- Baja Autoestima
- Baja capacidad disfrute
- Alta irritabilidad
- Melancolía
- Alto umbral hedónico
- Bajo ánimo básico
- Baja satisfacción de necesidades
- Baja tolerancia a la frustración
- Alto nivel de frustración (pareja/laboral)
- Ansiedad

- Labilidad emocional
- Desesperación

Paradigma Inconsciente

- Vacío existencial
- Conflictos reprimidos
- Experiencias traumáticas
- Esquemas cognitivos depresogénicos no conscientes

Paradigma Ambiental/Conductual

- Los pacientes con ideación suicida presentan bajo repertorio conductual, en comparación con los que no presentan ideación suicida que muestran repertorio conductual medio (Villar, 2005 en prensa)
- Experiencias de pérdida
- Sucesos estresores
- Carencia de refuerzos ambientales
- Soledad
- Abandono
- Problemas económicos
- Ambiente poco contingente
- Frustraciones laborales
- Pobre repertorio conductual
- Mal manejo de la agresividad
- Insomnio – hipersomnia
- Problemas de asertividad

Paradigma Sistémico

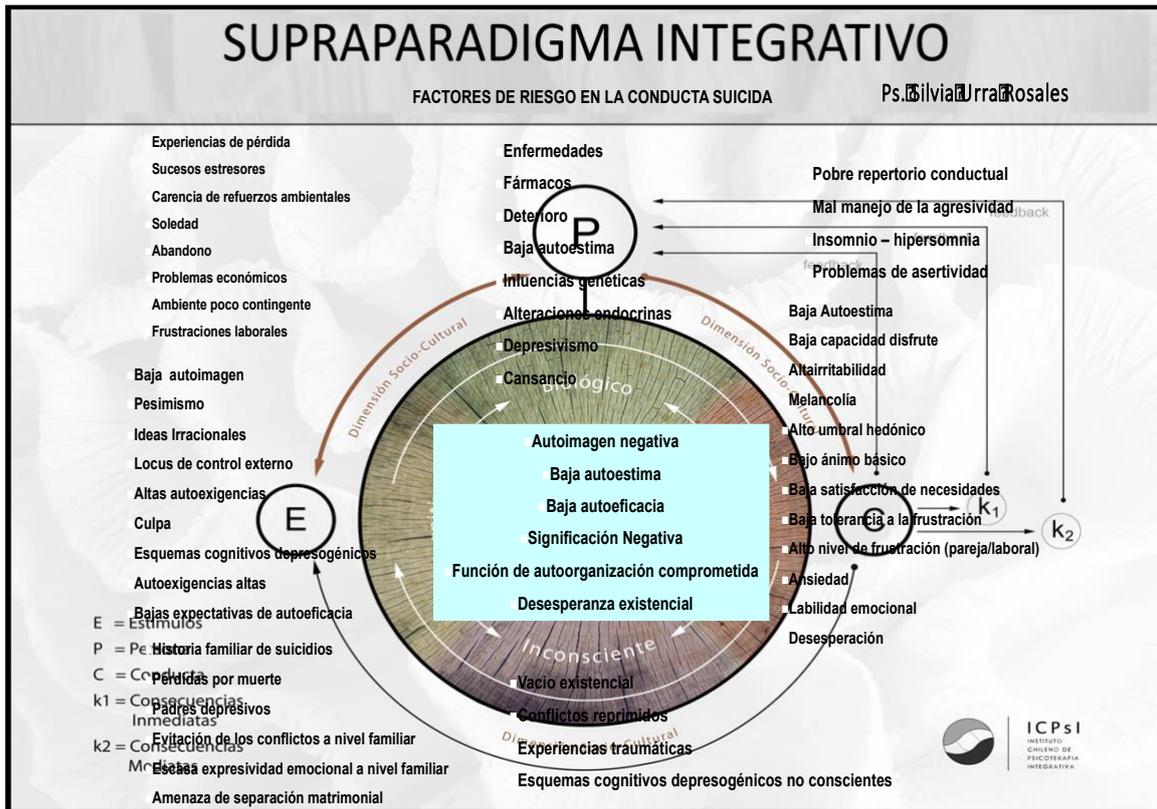
- Historia familiares con suicidios

- Pérdidas por muerte
- Padres depresivos
- Evitación de los conflictos a nivel familiar
- Escasa expresividad emocional familiar
- Amenaza de separación matrimonial

Sistema Self

- En cuadros bipolares existe mayor incoherencia interescalas FECI (¿inestabilidad biológica?) (Navarrete y Carvajal, 2000)
- El Self de los pacientes bipolares presenta una influencia biológica mayor que el de las pacientes no bipolares (Navarrete, 2004)
- Las pacientes bipolares tendrán mayores dificultades en los procesos de auto-organización lo que les dificulta la estabilidad del sistema Self. Como consecuencia de esto se ve obstaculizada la expansión y el mejor desarrollo del sistema Self (Hevia, 2004)
- Fundamentos biológicos del Self: Neuroticismo alto y baja extroversión se asocian a baja autoestima (Opazo, 2001)
- Autoimagen negativa
- Baja autoestima
- Baja autoeficacia
- Significación Negativa
- Función de autoorganización comprometida
- Desesperanza existencial

El siguiente diagrama muestra un resumen por paradigma de los factores de riesgo en la conducta suicida



Una vez evaluado el riesgo de conductas suicidas en el consultante se llevará a cabo la intervención en crisis propuesta a continuación.

PLAN DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

¿Cuál es el foco central de la intervención?

Proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y proporcionar enlaces a recursos de ayuda.

¿Cuándo y quien interviene?

El encargado en detectar a un paciente con riesgo suicida es el psicólogo clínico

que atenderá el caso, esto puede ocurrir en la primera sesión de recepción clínica como en un proceso psicoterapéutico habitual.

¿Cuál es la duración de la intervención?

La intervención tendrá una duración de una sesión, la cual constará de 45 minutos pudiendo extenderse hasta 2 sesiones.

¿Dónde se realiza la intervención?

La intervención se realizará en dependencias de los Consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, que proporciona boxes cómodos y acondicionados para la atención terapéutica.

¿Qué actividades se efectuarán?

Las actividades a realizarse dependerán de la etapa de intervención. Se han definido tres etapas:

Etapa Inicial

- Es necesario establecer rápidamente una alianza terapéutica.
- Contención del paciente y apoyo en el momento de la crisis. Contener y apoyar al paciente en esta etapa de vulnerabilidad. Que pueda confiar que cuenta con un equipo que está preocupado de su bienestar.
- Comprensión del cuadro actual: diagnóstico y evaluación de la sintomatología, crear conciencia de enfermedad si no la hubiese. Identificar comienzo de la crisis para conocer el curso y los síntomas iniciales que pueden prevenir futuras recaídas.
- Identificar presencia de gatillantes o eventos que desencadenaron la crisis, desde los más inmediatos y obvios hasta el contexto en el cual se dio la crisis, dándole relevancia a los elementos biopsicosociales que rodean la crisis actual.

Una vez que se tengan estos antecedentes se procederá a la siguiente etapa:

Etapa Intermedia

- Trabajar historia personal, recogiendo recursos y fortalezas del paciente, trabajar desde el trasfondo eficaz
- Trabajar temáticas de conflicto, usando la identidad, es decir, quien soy independiente de la crisis. Uso de contrato no suicidio. Orientación a la solución de problemas, detectar patrones que ya no sirven e instalar estilos saludables.

- Identificar redes sociales del paciente y activarlas.
- Evaluar necesidad de internación e interconsulta psiquiátrica.
- Visualizar pequeñas metas de acción, organizar los pasos a seguir fuera del consultorio.
- Realizar un plan de acción frente a futuras crisis, evaluar y ensayar resolución de problemas, análisis de situaciones (ventajas y desventajas), diseñar ejercicios simples de solución de problemas con distintas opciones de solución. Activar la posibilidad de pedir ayuda frente a las crisis.

Etapa Final

- Explicar que éste pequeño espacio puede ser el comienzo de una posibilidad inmediata de desarrollo. Mostrar la necesidad de proyectarse en una terapia a largo plazo, lo cual puede ser enriquecedora.
- Trabajar en la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- Dejar claros pasos para pedir ayuda y redes de contacto en caso de crisis. Solicitar teléfonos de contacto

Para realizar esta intervención se utilizarán estrategias terapéuticas del Enfoque Integrativo Supraparadigmático

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EIS (Opazo y Bagladi, 2010)

Paradigma Cognitivo

- Entrenamiento en:
 - Estilo atribucional flexible y positivo
 - Establecimiento de expectativas realistas
 - Resolución de problemas

- Fortalecer expectativas de autoeficacia
- Reestructuración cognitiva (cambio de esquemas y autoesquemas)
- Reentrenamiento atribucional
- Reentrenamiento atencional
- Cambio en autoinstrucciones
- Desarrollo de:
 - Exigencias y autoexigencias realistas
 - Expectativas de cambio realistas
 - Confianza en terapia y terapeuta
 - Motivación cognitiva
 - Paladear cognitivo
- Modeling de procesamiento
- Autoregistros
- Fases didácticas
- Mejorar uso de los espacios de significación cognitiva

Paradigma Afectivo

- Fortalecimiento de la alianza terapéutica (terapeuta: calidez, empatía, aceptación y autenticidad)
- Enriquecer la capacidad para disfrutar
- Mejorar la satisfacción de necesidades
- Afecto contra afecto
- Inercia afectiva
- Procesamiento emocional
- Reconocimiento y expresión de emociones
- Aumentar la tolerancia a la frustración
- Aumentar la participación en actividades placenteras
- Reducción de la ansiedad
- Mejorar autoestima

Paradigma Biológico

- Farmacoterapia
- Manejo de fármacos y/o drogas
- Reguladores endocrinos
- Terapia electro convulsiva
- Narcosis modificada
- Entrenamiento en relajación
- Realizar actividad física
- Regular la alimentación
- Regulación ciclo sueño-vigilia
- Técnica de higiene del sueño

Paradigma Ambiental / Conductual

- Relación terapéutica (anti-attachment negativo)
- Reestructuración ambiental
- Ambientes pato/distónicos y reforzadores de las conductas de cambio
- Reforzamiento por parte del terapeuta y de otros significativos
- Entrenamiento en:
 - Asertividad
 - Resolución de problemas
- Desarrollo de habilidades sociales
- Desarrollo de conducta pulsante
- Ensayo conductual
- Asignación graduada de tareas
- Ampliar redes sociales y de apoyo
- Aprender a manejar eventos aversivos
- Desarrollar el autoreforzamiento

Paradigma Sistémico

- Potenciación interaccional (relación terapéutica)
- Enriquecer la relación de pareja
- Enriquecimiento de la actividad laboral
- Genograma

Paradigma Inconsiente

- Ensanchamiento del Awareness de:
 - Las propias cualidades y capacidades
 - La relación conducta/consecuencia
- Conflictos inconscientes
- Mecanismos de defensa
 - Esquemas depresógenos
 - Contenidos y procesos afectivos
- Trabajo de sueños
- Técnicas de imaginación
- Técnica de registros
- Genograma
- Uso del diario de vida

Sistema Self

- Desarrollo y/ o enriquecimiento de la función de búsqueda de sentido
- Desarrollo de un trasfondo eficaz
- Desarrollo de una identidad estable
- Potenciamiento de la función de conducción de vida

- Fortalecimiento de la función de autoorganización
- Mejoramiento de la función de significación integral
- Egograma
- Gustograma

La efectividad para disminuir el riesgo suicida en los pacientes que solicitan atención psicológica en los Consultorios ICPSI depende en gran medida de que sus terapeutas tengan conocimiento del procedimiento a seguir, por lo que es necesario contar con la difusión eficaz del plan de acción.

Plan de difusión.

Consta de 3 etapas:

Etapa 1: Aprobación del plan de intervención

- Presentación a la dirección de los Consultorios ICPSI, responsable del funcionamiento de los Consultorios y de la formación clínica de los terapeutas, quienes evaluarán la pertinencia de modificaciones a la propuesta.
- Aprobación del plan de intervención
- Organización de seminario dirigido a los terapeutas.
- Elaboración de material explicativo del Plan de Intervención

Etapa 2: Seminario

- Se realizará con la modalidad de clase expositiva donde se explicará a los terapeutas el plan de intervención para pacientes con riesgo suicida.
- La asistencia será obligatoria.
- Se evaluará en los participantes la comprensión de los contenidos entregados para asegurar que el plan de intervención pueda ser llevado a cabo por los terapeutas en caso de requerir su implementación.

Etapa 3: Acceso permanente al plan de intervención

El plan de intervención debe quedar como material asequible para los terapeutas que se incorporen a los Consultorios en el futuro o que para aquellos que por fuerza mayor no pudieron asistir al seminario, para ello:

- Se contará con copias del Plan de Intervención en las secretarías del ICPSI.
- La biblioteca ICPSI dispondrá del presente paper.

Conclusiones

La gravedad de las consecuencias de no pesquisar a tiempo el riesgo suicida en nuestros pacientes es innegable, consciente de ello, se propone este plan de acción específico para lograr disminuir los casos de intentos de suicidios para los pacientes y/o consultantes de los Consultorios del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, estandarizar el accionar de los terapeutas al contar con indicaciones específicas en cuanto a cómo proceder y disminuir el estrés en los profesionales de la salud.

Por lo tanto, es crucial generar recursos para la prevención del espectro completo del riesgo suicida, esto es desde la ideación hasta el intento, para evitar el suicidio consumado. Para ello es necesario que los profesionales que trabajan con pacientes en riesgo vean

que tienen las habilidades para lograr enfrentar de manera efectiva situaciones altamente complejas, que requieren conocimientos y habilidades a desarrollarse en situaciones críticas.

Referencias

- Alamo, C; Bejer, T.; Babladi V. (2018)** Utilidad de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECl) en la evaluación del Riesgo Suicida. en Revista ACPI, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Volumen X (pág. 32-45)
- Amon, R; Gómez, A; Silva, H. (2018).** El Suicidio. Teoría y clínica Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Barroilhet S, Fritsch R, Guajardo V ET AL** Suicidal ideation, self-directed violence and depression among Chilean school adolescents. Rev Méd Chile 2012; 140(7):873-81.
- Bagladi, V. (2008).** Apuntes de Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez en conjunto con el Instituto Chileno de psicoterapia integrativa.
- Cyrułnik, B. (2014).** Cuando un niño se da muerte. Barcelona: Gedisa.
- Kristeva, J. (2001).** *Sol negro. Depresión y melancolía.* Waldhuter: Buenos Aires.
- Milicic, N. (2013).** Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2013.
- MINSAL. (2019).** Salud Mental y Prevención del Suicidio. 27 de febrero 2020, de Ministerio de Salud. Gobierno de Chile Sitio web: <https://www.minsal.cl/mas-de-220-mil-chilenos-han-planificado-su-suicidio-y-mas-de-100-mil-intentaron-quitarse-la-vida/>
- Opazo, R. (2001).** Psicoterapia Integrativa Delimitación clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia Integrativa. Profundizando la comprensión, Potenciando el cambio. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Organización Mundial de la Salud. (2019).** Suicidio. 28 de Febrero 2020, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Retamal, P (2018).** Depresión y suicidio. En Amon, R; Gómez, A; Silva, H. El Suicidio, Teoría y clínica (pp. 83-91) Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.

Aportes y daños derivados del uso de redes sociales en adolescentes

Ps. Lorenza Tagini Cox*

Abstract

Adolescence key transition period - between childhood and adult life - carries a series of evolutionary challenges; the main being the shaping of identity. From the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS) the elements involved in identity, self-esteem and self-image are essential in terms of how a person defines herself and how he or she feels about his or her own way of being. In the period of adolescence the construction of identity and self-esteem depends - in large part - on the evaluation of the peer group. Teenagers, within today's decade, make up Generation Z; that is, digital natives. Social media being an essential part of his life and his main means of communication and expression, specially with his peer group. Thus, the identity of adolescents today is largely formed through the use of social networks and smartphones. In this context, a bibliographic review will be carried out about the main contributions and damages arising from the use of social networks in adolescents, specifically in the shaping of their identity.

Keywords: *Adolescence, identity, social media, self-esteem*

Resumen

La adolescencia período clave de transición entre la niñez y la vida adulta, conlleva una serie de desafíos evolutivos, siendo el principal la conformación de la identidad. Desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático dentro de los elementos involucrados en la identidad, la autoestima y autoimagen son esenciales en cómo una persona se define a sí misma y cómo se siente con su propia forma de ser. En el período de la adolescencia la construcción de la identidad y la autoestima depende en gran parte de la evaluación del grupo de pares. Los adolescentes de la década actual conforman la generación Z, esto es, nativos digitales; siendo las redes sociales una parte esencial de su vida y su principal medio de comunicación y de expresión, sobre todo con su grupo de pares. Así, la identidad de los adolescentes actualmente se forma, en gran medida, a través del uso de redes sociales y teléfonos inteligentes. En este contexto, se realizará una revisión bibliográfica acerca de los principales aportes y daños derivados del uso de redes sociales en adolescentes, específicamente en la conformación de su identidad.

Palabras claves: *Adolescencia, identidad, redes sociales, auto estima*

Introducción

La adolescencia es una fase crítica del desarrollo que debe dar lugar a

una integración emocional, cognitiva y social y donde ocurren importantes cambios a nivel físico,

Psicóloga Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Postítulo Psicoterapia Integrativa EIS Infante-Juvenil. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
ltagini1@uc.cl

psíquico y social (Morales, 2011). En esta fase del desarrollo el objetivo principal consiste en la construcción de una identidad personal, la cual conlleva una construcción subjetiva entre la propia representación y valoración personal del adolescente; y la identidad social, entendida como el conjunto de significados y representaciones que los demás llegan a construir sobre éste (Almonte, Montt, 2012). En la adolescencia, las relaciones sociales más significativas y los referentes principales son los grupos de pares, ocupando un lugar fundamental en esta etapa, siendo además la principal fuente de apoyo y de contención emocional (Colarossi, 2001). La literatura muestra que disponer de personas de confianza para poder expresar emociones, dificultades, opiniones, con quienes los adolescentes se sientan aceptados personalmente, tiene un impacto fuerte y positivo en la autoestima y en la capacidad de afrontamiento de problemas (Lin y Ensel, 1989; Herrero, Musito, 1998; Musitu y Cava, 2003). Esta información resulta de suma relevancia considerando que la adolescencia es un período crítico de riesgo para sentar las bases de trastornos psicológicos y alteraciones de la personalidad (Herrera Santi, 1999). La posición de la red social del adolescente

influye en su malestar psicológico y podría ser causante de suicidio, considerando que estar aislado del grupo de pares lidera a una baja autoestima y baja confianza en sí mismo, liderando a síntomas depresivos (Bearman, 2004). Mientras los pares, padres, y educadores tienen un impacto directo en los adolescentes en interacciones cara a cara, las redes sociales y entidades de internet están jugando un rol cada vez más importante en esta etapa crítica de la vida (Cooockingham, Ryan, 2015).

Los adolescentes de la época actual son nativos digitales, y utilizan las redes sociales como medio de comunicación predilecto. Chile es el quinto país del mundo que pasa más tiempo en redes sociales, siendo un gran porcentaje de este grupo niños y jóvenes que determinan las relaciones interpersonales desde estas plataformas, sin mayor control parental ni conciencia de los riesgos asociados al uso de la tecnología (Las Heras, 2012). A nivel nacional, la salud mental adolescente está siendo un problema serio en materias de la salud pública, ya que según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), al 2012 los adolescentes constituían un 15,6% de la población, y en los últimos años la tasa de suicidios de este grupo

aumentó alarmantemente, de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre 2005 y 2010 (Chile, 2012). En comparación con países vecinos, Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013). Hasta la fecha hay escasa información y estudios en profundidad acerca de la realidad del malestar psicológico del adolescente chileno, encontrándose únicamente datos demográficos. A nivel nacional, existen muy pocos estudios que permiten establecer si el uso intensivo de internet es una conducta de riesgo para la salud física y psíquica de los adolescentes (Las Heras, 2010).

Los adolescentes de hoy en día construyen su identidad a través del uso de redes sociales. Se comunican con sus grupos de pares a través de esa vía, y comparten imágenes, pensamientos y opiniones a través de las distintas plataformas virtuales, las cuales generan respuestas y valoraciones instantáneas por el grupo de pares. En este contexto, resulta relevante indagar el efecto que tiene el uso de las redes sociales en la conformación de la identidad de los adolescentes. Por este motivo, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión

bibliográfica acerca de los aportes y daños derivados del uso de las redes sociales en adolescente, enfocado especialmente en el impacto que tienen el uso de las redes sociales en la conformación de la identidad, desafío principal de esta etapa de vida. Se entenderá la identidad desde la conceptualización del Enfoque Integrativo Suparadigmático, con especial énfasis en los efectos en la autoimagen y autoestima. Según estudios demográficos realizados por Cadem, las redes sociales más utilizadas por adolescentes chilenos son “Instagram”, “Watsapp”, “Facebook” y “Youtube” (Cadem, 2019), por lo que para la revisión bibliográfica se considerarán las redes sociales que incluyen mensajería instantánea y publicación de fotos y videos en línea.

Adolescencia

La adolescencia corresponde a un período de transición entre la niñez y la adultez, donde se deben afrontar varios cambios y desafíos evolutivos (Musitu y Jesus Cava, 2003). Según la teoría psicosocial del ciclo vital de Eric Erikson, el principal logro de esta etapa es la conformación de la identidad, mientras la resolución desfavorable de la etapa corresponde a la confusión de

roles (Erikson, 1985). Esta etapa tiene como meta principal que el individuo logre desarrollar una identidad personal positiva, realista y orientada socialmente; para que esto ocurra debe existir un proceso de autoconocimiento, el cual define la identidad personal (Almonte, Montt, 2012). En esta etapa del desarrollo, las relaciones sociales más significativas constituyen a los grupos de pares, amigos, grupos externos y distintos modelos de liderazgo (Ives, 2014). En este sentido, a pesar de que la tarea del ciclo evolutivo es una tarea individual, representa un fenómeno social, ya que el adolescente alcanza las metas de la etapa si se integra a la comunidad que pertenece (Almonte, Montt 2012). El sentimiento de pertenencia y ser miembro de un grupo de pares resulta fundamental en esta edad. A través del grupo de pares los adolescentes buscan sintonía, identificación cognitiva, afectiva y comportamental (Bordignon, 2005). La formación y el mantenimiento de relaciones interpersonales significativas es un desafío clave en el desarrollo de la adolescencia (O’Keeffe, Clarke-Pearson, 2011). Al ser un período crítico donde ocurren constantes cambios físicos, sociales, psíquicos y familiares contextuales, se considera un período de riesgo para el desarrollo de las bases de

alteraciones de la personalidad y trastornos psicológicos (Llaberia, 2005). En este período crítico se marca un hito identitario fundamental, y tanto el auto concepto como la autoestima pasan a ocupar un lugar central en la construcción identitaria (Fierro, 1990).

Identidad desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) es un enfoque fundado por Roberto Opazo Castro en 1983, el cual integra conocimiento válido en una totalidad coherente para ser aplicado en la práctica de psicología clínica. El enfoque utiliza la integración de seis paradigmas que se interrelacionan en la dinámica psicológica del ser humano, estos son: el biológico, sistémico, afectivo, cognitivo, inconsciente y ambiental conductual. Los paradigmas son integrados por el “Sistema Self”, eje conductor e integrador de la dinámica psicológica (Opazo, 2017).

El Sistema Self integra la personalidad, contribuye a construir una totalidad coherente del ser humano, a través de la integración de los distintos paradigmas, comprometiendo a la persona en su totalidad (Opazo,

2017). Según el EIS, el Sistema Self tiene diferentes funciones fundamentales en el desarrollo del ser humano, siendo una de ellas la función de la identidad (Opazo 2017), función especialmente clave en el período adolescente. Desde este enfoque, la identidad corresponde a la manera de cómo una persona se perfila, y qué es lo que la distingue como ser humano. Se entiende también que en la identidad se presentan dos componentes principales, la autoimagen y la autoestima (Opazo, 2017). La autoimagen corresponde a la teoría que cada ser humano construye acerca de quién es y cómo se inserta cada uno en una sociedad determinada, correspondiendo así a la “parte cognitiva” de la identidad (Gross, 2010). Por su parte, la autoestima se relaciona con el nivel de aceptación que tiene una persona sobre sí misma, con cuanto la persona se quiere a sí misma, correspondiendo a la parte afectiva de la identidad (Opazo, 2017). En la identidad, la autoestima tiende a ser “el eco emocional de la autoimagen” (Opazo, 2017).

En el período de la adolescencia las preguntas ¿qué pienso sobre mí?, ¿qué siento sobre mí? y ¿cuánto me quiero?, se tornan especialmente importantes, y las respuestas se construyen a través

de la valoración de sí mismo y a través de la valoración que tiene el grupo de pares sobre la propia persona. En la construcción de la identidad, el rol de los otros tiene un papel esencial, el éxito y el fracaso social tienen un gran impacto en la autoestima de las personas (Leavy et al, 2000). Desde el enfoque EIS se entiende que la propia historia del ser humano es lo que va generando la identidad (Opazo, 2017). En este sentido, en relación a la adolescencia, se debe entender que el adolescente vive gran parte de su historia a través de las redes sociales, por lo que éstas moldean su autoestima, autoimagen, y tienen un potente rol a nivel identitario. Finalmente, la identidad que logra el adolescente resulta de una construcción intersubjetiva entre su autoestima, autoimagen, y la concepción y representación que tienen sus pares acerca de él (Almonte, Montt, 2012).

Adolescencia en la década actual

Según la clasificación generacional utilizada en la actualidad por sociólogos y economistas, los adolescentes de la década actual corresponden a la “Generación Z” (The Center for Generational Kinetics, 2016). Esta generación, nacida desde el 1996 en adelante, es definida como “los nativos

digitales”, es decir, los adolescentes de la época actual no recuerdan un tiempo sin la existencia de redes sociales. Las redes sociales forman parte del contexto del desarrollo de su identidad, los adolescentes tienen la costumbre de vivir en línea, a través de sus celulares inteligentes, utilizando este medio como vía principal de interacción, comunicación y entretenimiento (The Center for Generational Kinetics, 2019). Considerando que los adolescentes están pasando por una etapa donde la conexión con sus pares es de especial relevancia, las redes sociales se hacen sumamente atractivas por su componente social. Además, estas tecnologías son atractivas ya que permiten una auto promoción individualizada, y ser incluido en un grupo, dando un sentido de pertenencia que en ocasiones para los adolescentes es difícil de encontrar en la vida fuera de línea (Bartsch, Subrahmanyam, 2015). La adolescencia es un período donde calzar con el grupo de pares se hace fundamental, y las redes sociales permiten que el adolescente le muestre a sus pares la imagen que éste quiere proyectar de sí mismo (Uhls et. Al, 2017).

En los últimos años, el uso de las redes sociales se ha hecho aún más accesible para los

adolescentes, quienes tienen la disponibilidad de conexión las 24 horas al día a causa del boom de los teléfonos inteligentes. En promedio, los adolescentes americanos reciben su primer celular comenzando la adolescencia, y pasan en promedio una hora y media al día en redes sociales (Uhls. et Al., 2017), esto se asemeja a la realidad nacional.

En Chile, Ricardo Leiva, académico de la facultad de comunicaciones de la Universidad de Los Andes, realizó un estudio acerca de los escolares chilenos y sus hábitos con el celular. El estudio concluyó que la edad promedio en que los chilenos reciben su primer celular es a los 10,3 años, y que los niños pasan en promedio 6,8 horas al día en el celular (Yañez, 2018). Un estudio epidemiológico realizado por Cadem acerca del uso de redes sociales en Chile, donde la muestra de la generación Z correspondió a personas entre los 13 y 21 años, mostró que la aplicación más utilizada por este rango etéreo corresponde a “Instagram”, en segundo lugar “Watsapp” y tercer lugar “Youtube”. Lo anterior muestra la preferencia de los adolescentes por utilizar redes sociales donde puedan compartir imágenes, videos, y mensajería instantánea. El 86% de la muestra adolescente manifestó utilizar “Instagram” por

lo menos cada una hora durante el día o cada tres o cuatro horas durante el día, lo que demuestra que pasan la mayor parte del día conectados a la red social. Según un estudio realizado por Torres (2014) donde se investigó el uso de las redes sociales por un grupo femenino de estudiantes chilenas, se encontró que la motivación principal de las participantes para utilizar las redes sociales es el deseo de socializar y de estar actualizadas respecto a sus pares (Torres, 2014).

Efecto del uso de redes sociales a nivel identitario

Uno de los modelos propuestos para entender cómo los adolescentes integran las redes sociales en el desarrollo de su identidad es el “Media Práctice Model” o “Modelo práctico de redes” de Jane Brown (2000). Este modelo asume factores claves para entender el efecto que tiene el uso de internet en adolescentes. La mayor parte de los medios de comunicación que utilizan los adolescentes son activos o interactivos, por lo que el uso de estas redes y sus efectos están en una relación activa y recíproca con el usuario. De esta manera, se debe entender que el sentido identitario actual y en evolución del adolescente es la base de su elección de redes sociales y cómo

las utiliza. Por lo tanto, este modelo entiende que la elección de redes sociales realizada por el adolescente y de lo que publica es una reflexión de quienes creen ser y de cómo quieren ser en la realidad (Brown, 2000).

Las redes sociales pueden parecer el lugar ideal para la exploración identitaria adolescente sin tener consecuencias en el mundo real. Al utilizar las redes sociales los adolescentes suelen compararse con sus pares en una dirección positiva o negativa, es decir, que llegan a considerarse mejor o peor que sus pares iguales (Uhls et. Al, 2017). En un período donde la expresión y la validación social es crucial, las redes sociales proporcionan un ambiente demasiado atractivo para los adolescentes, lo que se puede traducir en comportamientos sociales y sexuales de riesgo a través de estas plataformas (Cookinham, Ryan, 2015). La literatura reporta tanto beneficios como daños en el uso de las redes sociales, se realiza una revisión y se exponen a continuación los aportes y los daños de las redes sociales para los adolescentes, centrado en el efecto que tienen en su identidad, concepto entendido desde el EIS.

Aportes

.Oportunidad para explorar en el desarrollo identitario

La literatura acerca del uso de redes sociales en adolescentes y adultos emergentes revela asociaciones entre el tiempo usado en redes sociales y el aumento de autoestima, exploración de identidad, apoyo social, y mayores oportunidades para la exposición social (Best et. Al, 2014). Estos procesos son críticos para el crecimiento y el desarrollo identitario en la adolescencia. La exploración identitaria, o búsqueda de un self coherente en esta etapa del desarrollo se realiza tanto en línea como fuera de línea (Uhls, et Al, 2017). De esta manera, el adolescente a través de las redes sociales elige las formas para presentarse a sí mismo, esta representación online va moldeando la propia construcción identitaria (Subrahmanyam, Smahel, 2010). De acuerdo al feedback que le otorgan su grupo de pares, los adolescentes van modificando la presentación de ellos mismos, y el hecho de que sus compañeros de red validen y acepten esta presentación es de suma importancia para el desarrollo sano de la autoestima y para tener un sentido positivo de sí mismos (Moreno, Kolb, 2012).

Este tipo de auto exploración ayuda a los jóvenes a descubrir y moldear aspectos de su personalidad.

Estudios han demostrado que los adolescentes que se comunican más vía “online” tienen una conceptualización más clara y estables de ellos mismos (Hillier, Harrison, 2007). En este sentido, las redes sociales proveen de un buen foro para la práctica de habilidades relacionadas con el desarrollo identitario. El uso de las aplicaciones de la década actual refleja, complementa y refuerza las relaciones, prácticas y procesos que tienen los adolescentes en su vida “offline” (Reich, 2012). Estas plataformas también entregan la oportunidad que los adolescentes puedan moldear sus habilidades sociales y ponerlas en práctica de una manera menos amenazante que en su vida cotidiana fuera de línea. Por ejemplo, en el caso de adolescentes que tienen conflictos con su autoimagen, estos pueden sentirse más cómodos a través de la comunicación online, donde no sienten que son juzgados por su apariencia física, si no por su interacción social y por los pensamientos que comparte (McCarty, Prawitz, Derscheid, & Montgomery, 2011).

Las redes sociales estarían al servicio de las tareas del desarrollo

propias de lo que implica el desarrollo identitario, tales como el desarrollo de una vocación y el acercamiento al grupo de pares y a relaciones de pares más íntimas (Schwartz et. Al). Las redes sociales pueden abrir el punto de vista de los adolescentes, a través del compartir opinión y de conocer a personas con distintas realidades, desarrollando así valores importantes como la tolerancia y el respeto; fomentando el desarrollo del pensamiento crítico, identidad individual y las habilidades sociales únicas (O'Keeffe, Clarke-Pearson, 2011)

.Conexión con el grupo de pares

La formación y el mantenimiento de relaciones interpersonales cercanas y significativas es uno de los desafíos del desarrollo en la adolescencia. Las distintas redes sociales proveen a los adolescentes de una oportunidad para fortalecer sus amistades actuales y para la formación de amistades nuevas (Reid, Weigle, 2014).

Un hallazgo consistente en la revisión bibliográfica es que los adolescentes utilizan las redes sociales para el mantenimiento y desarrollo de nuevas amistades. Un estudio estima que más del 90% de los adolescentes utiliza las

redes sociales para contactar a sus amigos todos los días (Lenhart et Al., 2009). Investigaciones realizadas con población adolescente americana concluyen que los adolescentes utilizan las redes sociales principalmente para comunicarse con sus amistades, pasar tiempo juntos a través de las redes sociales, hacer planes, discutir acerca de temas actuales y chismear (Subrahmanyam & Greenfield 2008; Lenhart et. Al, 2007). Lo anterior ocurre también a nivel local. En la investigación acerca del uso de redes sociales de adolescentes mujeres chilenas realizada por Torres el 2014, se encuentra que la principal motivación para las adolescentes de utilizar las redes sociales es el deseo de socializar y de estar actualizadas respecto a sus pares, hermanos en el dominio de los últimos avances de la tecnología (Torres, 2014).

La profundidad del compromiso con otros a través de las redes sociales se asocia con bienestar (Gonzalez, Hancock, 2011). Las redes sociales ofrecen una ruta alternativa de comunicación, el apoyo de una red de apoyo virtual impacta positivamente en los adolescentes, sobre todo en los adolescentes que tienen falta de habilidades sociales, y que se pueden comunicar mejor con sus pares a través de esta vía (Guinta,

John, 2018). Esta comunicación y conformación de relaciones íntimas son una parte importante del desarrollo identitario de los adolescentes (Reid, Weigle, 2014). De esta manera, las redes sociales mejoran la vida social y emocional de este rango etéreo, lo que tiene un gran impacto en su proceso de desarrollo (Tartari, 2015).

.Sentimiento de Pertenencia y red de apoyo

Uno de los aspectos fundamentales para el bienestar del ser humano es el sentido de pertenencia, concebirse como parte de un grupo, y tener una red de apoyo, lo que es crucial sobre todo en la etapa de la adolescencia (Naslund, Aschbrenner, Marsch, & Bartels, 2016). A través de las redes sociales los adolescentes encuentran a personas parecidos a ellos, lo que aumenta la seguridad en sí mismos y disminuye sentimientos de soledad (Hillier, Harrison, 2007). Las redes sociales pueden crear un ambiente de inclusión a individuos en necesidad de una comunidad. En este sentido, estas plataformas pueden ser especialmente atractivas para adolescentes con intereses distintos a la cultura “mainstream” (Moreno, 2012).

Adolescentes que están pasando por períodos complicados

en su vida, con alguna condición médica, trastorno psicológico, o la comunidad LGBTQ, se benefician especialmente del apoyo de estas comunidades online (Guinta, John, 2018), las cuales pasan a constituir reales redes de apoyo para ellos. El conocer a personas de su misma edad que están pasando por una situación o condición similar los ayuda, los acompaña y hace que se sientan parte de una comunidad (O’Keeffe, Clarke-Pearson, 2011). Los beneficios de estos grupos de apoyo incluyen evitar la estigmatización, aprender acerca de los recursos y ayuda disponible, aumentar sentimientos de pertenencia a un grupo y aumentar la conectividad social (Naslun et. Al, 2016).

.Autoeficacia

Una terminología fundamental a la hora de hablar acerca de autoestima y autoimagen utilizado por el EIS es el concepto de autoeficacia. Las expectativas de autoeficacia hacen referencia a aquello que la persona cree que podrá hacer bien (Opazo, 2017), esto está en una estrecha relación con el concepto de autoestima y autoimagen. Cuando la persona espera que lo que va a hacer lo hará bien, enfrentará tal situación con mayor seguridad y tranquilidad; tener altas expectativas de autoeficacia

mejora la visión de sí mismo (Opazo, 2017).

Las redes sociales pueden fomentar la autoeficacia de los adolescentes y así tener repercusiones positivas en su autoestima y autoimagen. Esto se debe ya que las redes sociales son una plataforma donde los adolescentes pueden expresar su creatividad, compartir sus talentos y compartir distintas creaciones. Las redes sociales son plataformas ideales para la publicación de creaciones de música, escritos, creaciones artísticas. Estas publicaciones tienen un feedback inmediato, lo que aumenta aún más la motivación para desarrollar talentos (O’Keeffe, Clarke-Pearson, 2011). Esto es de especial importancia para adolescentes más tímidos, que pueden mostrarse inseguro al mostrar sus talentos en la vida fuera de línea (Guinta, John, 2018).

Daños

En el período de la adolescencia el ser humano tiene una capacidad limitada de auto regulación, y es especialmente susceptible a la presión social, por lo que este rango de edad está en especial riesgo de experimentar los efectos negativos del uso de redes sociales (O’Keeffe, Clarke-Pearson, 2011).

.Autoestima dependiente de las redes sociales

En la era digital actual, el nivel de popularidad es medido a través de la cantidad de amigos en las redes sociales, o de cuantos “me gusta” se recibe en una publicación determinada (Frisson, Eggermont, 2017). A raíz de este funcionamiento, y de la importancia del estatus social en la adolescencia, varios adolescentes realizan publicaciones con el objetivo de tener más aprobación de los pares, competir por la atención del resto, y así aumentar su autoestima (Cockingham, Ryan, 2015). A través de estas plataformas los comportamientos más audaces y atrevidos tienen mayor recompensa por los pares, perpetuando y fomentando este tipo de publicaciones. Estos comportamientos en línea aparentemente inocuos pueden ser bastante dañinos, se traducen fácilmente en una arriesgada realidad fuera de línea (Cockingham, Ryan, 2015).

En la era digital actual, sucede que un porcentaje de la población adolescente comienza a basar el nivel de aceptación y apreciación que tiene de sí mismo según la cantidad de aprobación que tenga en su red social principal (Lup, Krub & Rosenthal, 2017). Esto se

ejemplifica en los resultados de la investigación de Frison y Eggermont (2017), la cual relaciona el uso de Instagram y estado depresivos en adolescentes, donde un hallazgo principal fue que los adolescentes con ánimo depresivo tienen más probabilidad de postear imágenes o videos en Instagram para mejorar su imagen en los ojos de las personas que los siguen en la red social, lo cual tiene una repercusión en su propia autoestima (Frison y Eggermont, 2017).

Uno de los riesgos que conlleva esta problemática es que los adolescentes pueden cambiar su manera de actuar en las redes sociales según las cosas que valoran sus pares en la red, compartiendo publicaciones o imágenes que no compartirían si estas no fueran valoradas por el resto, sin ser auténticos a sus valores y criterio propio. Las redes sociales regulan las normas sociales y de comportamiento para los adolescentes, moldeando la percepción acerca de lo que debe y no debe hacerse (Moreno et al., 2009). Exponerse a contenido inapropiado y la capacidad de mostrar, y en consecuencia recibir, respaldo de comportamientos de riesgo a través de la validación de los pares puede atraer a algunos

adolescentes a tomar pobres decisiones sobre que compartir en los medios de comunicación, teniendo consecuencias negativas a nivel personal (Vandenbosch, Eggermont, 2016).

.Cyberbullying

El “cyberbullying” constituye cualquier comportamiento realizado a través de una red digital o social, efectuada por un individuo o grupo, que comunica constantemente mensajes hostiles o agresivos con el objeto de infligir daño o incomodidad a otro (Patchin, Hinduja, 2006). El cyberbullying sobre pasa el espacio escolar, persigue a las víctimas hacia sus hogares a través de los computadores y los celulares inteligentes, sin que los adolescentes puedan tener un espacio seguro libre de agresiones. Este tipo de acoso es especialmente desafiante por la velocidad en que la información se divulga online, por el anonimato, y por la complejidad donde el abusador y el victimario pueden cambiar de rol en línea (Reid et al., 2016). Por otra parte, los adolescentes tienen una sensación de libertad estando en línea, donde pueden decir o hacer cosas que no harían en su vida cotidiana y en las relaciones “cara a cara” (Hinduja, Patchin, 2008). En esta misma línea, ocurre con el cyber

bullying que el abusador no puede mirar ni percibir las reacciones de la víctima, por lo que se hace aún más difícil empatizar, y se facilita el hecho de no poder reconocer el dolor emocional que se le provoca a la víctima, sin estar al tanto de las consecuencias que tienen sus actos (Slone, Smith, 2008).

En Chile, el cyberbullying actualmente es una realidad problemática para los adolescentes actuales. Según la última Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar, realizada el 2014, con muestra de adolescentes entre 7mo y cuarto medio, un 57,7% manifiesta haber sufrido de bullying social a través de redes sociales, y un 54,7% haber recibido agresiones verbales a través de este medio (Chile, 2015). En la encuesta, se entiende agresión verbal como insulto o garabato, burlas o descalificaciones, amenazas u hostigamiento; y agresión social como rumores mal intencionados, ignorar o no tomar en cuenta, aislar o dejar apartado. Especialmente la agresión social tiene consecuencias sumamente negativas para los adolescentes, provocando el aislamiento y el rechazo por parte del grupo de pares, siendo un golpe a nivel de la autoestima (Chile, 2015).

El cyberbullying ha demostrado

causar mayores niveles de depresión y ansiedad para las víctimas que el bullying presencial, o acoso escolar. El cyberbullying proporciona altos montos de estrés emocional, e incluso está conectado a suicidios juveniles, donde post mortem se conoce que estos jóvenes leyeron comentarios dolorosos acerca de ellos mismos en redes sociales días antes de suicidarse (Kowalski, 2010). El recibimiento de comentarios agresivos a través de redes sociales, publicaciones humillantes y agresiones tienen un impacto sumamente negativo a nivel de auto concepto y de formación de identidad (Koutamis et. Al, 2015).

.Sexting

El concepto de “sexting” hace referencia a la comunicación a través de redes sociales o medios electrónicos de imágenes o videos de desnudos, semidesnudos y de mensajes provocadores o eróticos, con contenido sexual. Es un comportamiento usado por aproximadamente 18% a 28% de los adolescentes americanos y un porcentaje significativo considera el “sexting” como un tipo de relación amorosa (Guinta, John, 2017).

La adolescencia es un período de la vida caracterizado por la

exploración de la sexualidad para la definición de la identidad sexual. En este contexto, al ser las redes sociales el medio predilecto de comunicación de los adolescentes se convierte también en un medio para la exploración de esta área. Realizar esta exploración sexual a través de las redes sociales y del sexting tiene varios riesgos asociados. Al enviar imágenes o videos a través de las redes sociales éstas pueden convertirse en públicas rápidamente, por lo que puede llevar a acoso y cyberbullying (O'Keeffe, Clarke-Pearson, 2011). En estas situaciones las víctimas de la divulgación de la foto sufren de vergüenza, humillación y estrés emocional, además de consecuencias en su estatus social en relación a sus pares (Guinta, John, 2017).

Por otra parte, investigaciones sugieren que los adolescentes que realizan "sexting" son más propensos en iniciar su actividad sexual en edades más precoces (Houck et al., 2014). En esta misma línea, distintas investigaciones reportan que especialmente las adolescentes mujeres se sienten presionadas por sus pares hombres, quienes presentan mayor interés en enviar y mostrar estas imágenes (Lenhart, 2015). En este sentido los adolescentes se exponen a

recibir contenido sexual del cual aún no están preparados para procesar ni para recibir. Las imágenes sexualizadas son valoradas en las redes sociales (Ho et Al, 2016), por lo que adolescentes podrían realizar estas conductas para ser mejor valorados por sus pares y así mejorar su auto estima, sin pensar en las consecuencias negativas o los riesgos que este tipo de publicaciones podrían tener.

.Promoción de la insatisfacción de la imagen corporal

La prevalencia de insatisfacción de la imagen corporal y del motor a alcanzar tipos de cuerpos idealizados es una problemática adolescente, la cual ha sido por años atribuida a los estándares poco realistas de belleza utilizado en los medios de comunicaciones de masa (Lwin & Malik, 2012). En el entorno mediático de la actualidad las imágenes de los tipos de cuerpo ideal se hacen más penetrantes para los adolescentes mediante el uso de redes sociales donde prima la imagen, como Facebook o Instagram, facilitando la comparación social (Ho et. Al, 2016). En estas plataformas hay gran exposición de publicaciones acerca del cuerpo ideal, realizada tanto por el grupo de pares como por celebridades a las cuales siguen y admiran, siendo ambos

fuente de insatisfacción de la imagen corporal propia (Jefferson, Stake, 2009).

Habría una relación directa entre el uso de redes sociales y la cosificación del cuerpo y del auto concepto en los adolescentes, lo que implica que los adolescentes juzgan su propia apariencia en relación a cómo sus pares la perciben a través de las redes sociales (Vandenbosch, Eggermont, 2016). Dada la naturaleza interactiva de las redes sociales, estas relaciones pueden ser aumentadas ya que los pares amplifican los contenidos de las redes sociales, donde se provee validación social adicional.

Existen tres ámbitos principales que hacen que las redes sociales actuales sean la plataforma predilecta para la comparación social. En primer lugar, las redes sociales facilitan la auto presentación y la auto promoción (Ho et. Al, 2016). Por ejemplo, particularmente en la población adolescente, hay un mayor uso de autorretratos, conocidas como “selfies”, donde la persona presenta la mejor imagen facial de sí mismo. Estas selfies se pueden tomar varias veces para captar el ángulo correcto, asegurando así que sólo los atributos positivos de la persona destaquen (Hess, 2015). Así, se vuelve un

comportamiento común y prácticamente inconsciente la comparación de selfies con los pares, la cual es mejor valorada si tiene menores imperfecciones. En segundo lugar, las redes sociales permiten que los adolescentes estén en un constante intercambio de información y de feedback, recibiendo valoraciones negativas o positivas por parte de sus pares al instante. En tercer lugar, los usuarios adolescentes perciben una mayor realidad del contenido que ven en redes sociales en comparación con los de los medios de comunicación en masa clásicos, o de la publicidad (Perloff, 2014). Esto ocurre ya que existe una conciencia a nivel de sociedad de que las fotos publicitarias o los rostros de la televisión o revistas son editadas por profesionales. Esta concepción no ocurre con las redes sociales, teniendo menor conciencia de que el contenido que pueden estar viendo puede estar editado, ya que las publicaciones se perciben como una parte natural de auto divulgación (Ho et. Al, 2016).

Distintos estudios demuestran que los adolescentes se comprometen en comparaciones de peso corporal y de atractivo con su grupo de pares, y que esto hace que perciban su imagen corporal de una manera más negativa (Hargreaves & Tiggemann, 2009).

En el uso de redes sociales actual de los adolescentes lo que más se da es la comparación de la imagen corporal con el grupo de pares. Esta comparación social está asociada directamente, y significativamente con la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes, tanto para hombres como para mujeres (Ho et. Al, 2016).

Conclusiones

A través de la revisión bibliográfica queda en evidencia que las redes sociales tienen un impacto en la identidad de los adolescentes, y que es fundamental entender el funcionamiento de éstas para entender la identidad adolescente en construcción en la década digital actual. El período de desarrollo identitario que se da en la adolescencia es fundamental para la conformación del Sistema Self y para la dinámica psicológica del ser humano traspasando todos los aspectos de la vida.

En la revisión de los aportes y los daños derivados en el uso de las redes sociales, se vislumbra que el impacto a nivel identitario que tiene para los adolescentes el uso de las redes sociales puede ser negativo o positivo, dependiendo del uso particular que le de cada uno. A nivel de autoestima, ocurre algo particular, ya que se ésta se

ve moldeada por el feedback que recibe el adolescente en las redes sociales, lo que tiene relación con que el éxito o el fracaso social tiene un gran impacto en la autoestima de las personas (Opazo, 2017). Si bien el feedback positivo de publicaciones, imágenes o creaciones que comparta el adolescente puede aumentar su autoestima y su sensación de bienestar, el feedback negativo sobre estas mismas produce todo lo contrario, disminución en su autoestima y sentimientos de inferioridad. A través de las redes sociales los adolescentes actúan para destacar aspectos positivos de sí mismos y minimizar características que se perciben como poco atractivas, que en un nivel adaptativo es algo bueno para el desarrollo de la identidad, pero a nivel exagerado provoca que el adolescente tenga una autoestima frágil, dependiente al 100% de la opinión que tenga su grupo de pares acerca de sí mismo. En este sentido, se debe potenciar que la autoestima del adolescente no se base únicamente en la percepción que tengan sus pares de su vida "on line", sino que también se incluya en tal valoración la concepción que tiene el adolescente de sí mismo, la visión que tiene su familia y su comunidad fuera de línea, y en las distintas aptitudes, virtudes y

capacidades en desarrollo.

Por otra parte, si bien es parte del proceso de la adolescencia que las relaciones más significativas en esta etapa sean los grupos de pares, con el auge del uso de las redes sociales los padres quedan especialmente fuera de esta construcción identitaria de sus hijos a través de estas plataformas tecnológicas. Los padres, al ser de otra generación, muchas veces no tienen el entendimiento básico de la vida “on line” de sus hijos adolescentes, y les puede costar comprender el hecho de que esta vida “on line” es una extensión de la vida fuera de línea de sus hijos. El hecho de que los padres tengan un menor manejo tecnológico que sus hijos adolescentes crea una desconexión importante entre ambas generaciones (O’Keeffe, Clarke-Pearson, 2011). Por este motivo, se considera importante que los padres puedan hacerse parte del uso de las redes sociales que realicen con sus hijos, y que estén al tanto de lo que hacen en estas plataformas.

Por otra parte, entender que una parte de la identidad adolescente se construye a través de las redes sociales abre un desafío importante para el que hacer clínico de los psicólogos que trabajan con población infanto juvenil. Para el adolescente estas

plataformas son de suma importancia para expresarse, compartir lo que sienten, estar en contacto con sus pares y seres queridos y sentirse parte de una comunidad. Por lo mismo, resulta fundamental que los psicólogos y distintos profesionales de salud mental tengan en mente el tema de las redes sociales a la hora de atender adolescentes. Incorporar esta temática en el que hacer clínico permitiría un mejor vínculo con el paciente, a través del entendimiento de éste y el uso de un lenguaje ad hoc para su edad. También permite que el psicólogo pueda guiar al adolescente al mejor uso de estas redes sociales, para poder aprovechar los beneficios de éstas y evitar la exposición a riesgos.

Enseñar acerca del uso adecuado de las redes sociales y los potenciales riesgos que existen también debiera ser una tarea de la comunidad escolar, ya que de esta manera también se reducen las problemáticas de convivencia escolar que ocurren a través de las vías tecnológicas. En conclusión, es de gran relevancia que la comunidad que rodea al adolescente y que tiene responsabilidad en su formación y apoyo entienda que las redes sociales son una parte esencial de la vida de los adolescentes, y que su proceso identitario, formativo y

evolutivo se ve influenciado por estas. El uso adecuado de las redes sociales fomenta el bienestar del adolescente y su autoestima, mientras un uso inadecuado y riesgoso promueve los daños, que causan estragos a nivel identitario y de autoestima.

Referencias

- Almonte, V., Montt, S., & Elena, M. (2012).** Psicopatología infantil y de la adolescencia (No. 616.89-053.3/. 6). Mediterráneo.
- Andsager, J. L. (2014).** Research directions in social media and body image. *Sex Roles*, 71(11-12), 407-413.
- Bartsch, M., & Subrahmanyam, K. (2015).** Technology and self-presentation. *The Wiley Handbook of Psychology, Technology, and Society*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 339-357.
- Bearman, P. S., & Moody, J. (2004).** Suicide and friendships among American adolescents. *American journal of public health*, 94(1), 89-95. Recuperado el 10 de enero de 2020 de <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.94.1.89>
- Best, P., Manktelow, R., & Taylor, B. (2014).** Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review*, 41, 27-36.
- Bordignon, N. A. (2005).** El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación*, 2(2). Recuperado el 12 de marzo de 2020 de <http://www.redalyc.org/html/695/69520210/>
- Brown, J. D. (2000).** Adolescents' sexual media diets. *Journal of adolescent health*, 27(2), 35-40.
- Carlsson, J. (2010).** An Assessment of Social Media Business. Retrieved from Diploma in Advanced Strategy. University of Oxford (Said) BusinessSchool: <http://www.opengardensblog.futuretext.com/wpcontent/uploads/2010/10/Jeanette-Carlsson-An-Assessment-of-Social-Media-Models.pdf>
- Cadem (Marzo, 2019).** El Chile que viene, uso de las redes sociales. Recuperado el 15 de enero de 2020 desde https://www.cadem.cl/wp-content/uploads/2019/04/Estudio-El-Chile-que-Viene_Redres-Sociales.pdf
- Chile. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. (2012).** Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Recuperado el 15 de enero del 2020 de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
- Chile. Ministerio del interior y seguridad Pública, Subsecretaría de prevención del delito (2015).** Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2016/11/Presentaci%C3%B3n-ENVAE.pdf>
- Cookingham, L. M., & Ryan, G. L. (2015).** The impact of social media on the sexual and social wellness of adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 28(1), 2-5.
- Colarossi, L. G. (2001).** Adolescent gender differences in social support: Structure, function, and provider type. *Social Work Research*, 25(4), 233-241. <https://doi.org/10.1093/swr/25.4.233>
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (2000).** El ciclo vital completado (pp. 66-71). Barcelona: Paidós.

- Fierro, A. (1990).** Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. In *Desarrollo psicológico y educación* (pp. 327-338). Alianza.
- Gonzales, A.L., & Hancock, J.T. (2011).** Mirror, mirror on my Facebook wall: Effects of exposure to Facebook on self-esteem. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(1-2),
- Gross (2010).** Psychology: The science for mind and behaviour. En R. Opazo (2017) *Psicoterapia integrativa EIS: profundizando la comprensión, potenciando el cambio*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Guinta, M. R., & John, R. M. (2018).** Social media and adolescent health.
- Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2009).** Muscular ideal media images and men's body image: Social comparison processing and individual vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, 10, 109-119. doi:10.1037/a0014691
- Herrero, J., & Musitu, G. (1998).** Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 195-203.
- Herrera Santi, P. (1999).** Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hess, A. (2015).** Selfies| the selfie assemblage. *International journal of communication*, 9, 18.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2008).** Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant behavior*, 29(2), 129-156.
- Hillier, L., & Harrison, L. (2007).** Building realities less limited than their own: Young people practising same-sex attraction on the internet. *Sexualities*, 10(1), 82-100.
- Houck, C. D., Barker, D., Rizzo, C., Hancock, E., Norton, A., & Brown, L. K. (2014).** Sexting and sexual behavior in at-risk adolescents. *Pediatrics*, 133(2), e276-e282.
- Ho, S. S., Lee, E. W., & Liao, Y. (2016).** Social network sites, friends, and celebrities: The roles of social comparison and celebrity involvement in adolescents' body image dissatisfaction. *Social Media+ Society*, 2(3), 2056305116664216.
- Ives, L. S. (2014).** La identidad del Adolescente. Como se construye. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, II(2), 14-18. Barcelona: Mesa Redonda de Salud Mental.
- Jefferson, D. L., & Stake, J. E. (2009).** Appearance self-attitudes of African American and European American women: Media comparisons and internalization of beauty ideals. *Psychology of Women Quarterly*, 33(4), 396-409.
- Las Heras, J. (2012).** La adicción de los adolescentes a Internet: La incipiente epidemia del siglo 21. *Claves de Políticas Públicas*, 8.
- Leavy, M.R., y Baumeister, R.F. (2000).** The enature and function of self-esteem: Sociometertheory. En R. Opazo (2017) *Psicoterapia integrativa EIS: profundizando la comprensión, potenciando el cambio*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Lenhart, A., Madden, M., Macgill, A. R., & Smith, A. W. (2007).** Teens and social media: The use of social media gains a greater foothold in teen life as they embrace the conversational nature of interactive online media. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Lenhart, A. (2015).** Chapter 4: Social media and friendships. Pew Research Center: Internet, Science & Tech, 6.

- Lin, N., & Ensel, W. M. (1989).** Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 382-399.
- Llaberia, E. D. (2005).** Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia (Vol. 29). Univ. Autónoma de Barcelona.
- Lup, K., Trub, L., & Rosenthal, L. (2015).** Instagram# instasad?: exploring associations among instagram use, depressive symptoms, negative social comparison, and strangers followed. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(5), 247-252.
- Lwin, M. O., & Malik, S. (2012).** The role of media exposure, peers, and family on body dissatisfaction amongst boys and girls in Singapore. *Journal of Children and Media*, 6(1), 69-82.
- McCarty, C., Prawitz, A. D., Derscheid, L. E., & Montgomery, B. (2011).** Perceived safety and teen risk taking in online chat sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(3), 169-174.
- Morales, G. (2011).** Los adolescentes y la terapia sistémica: un sujeto en contexto. En Morales, G. y Olivari, C. (Eds). *Psicoterapia de Niños, Niñas y Adolescentes: Una Mirada Sistémico/Relacional*. (1ra ed. Pp. 11-37). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Moreno, M. A., & Kolb, J. (2012).** Social Networking Sites and Adolescent Health. *Pediatric Clinics of North America*, 59, 601-612.
- Moreno, M. A., Parks, M. R., Zimmerman, F. J., Brito, T. E., & Christakis, D. A. (2009).** Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents: prevalence and associations. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(1), 27-34.
- Musitu, G., & Cava, M. J. (2003).** El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial intervention*, 12(2), 179-192.
- Naslund, J.A., Aschbrenner, K.A., Marsch, L.A., & Bartels, S.J. (2016).** The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 113-122. doi:10.1017/S2045796015001067
- O’Keeffe, G. S., & Clarke-Pearson, K. (2011).** Council on communications and media. The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800-804.
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia integrativa EIS: profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Santiago: Ediciones ICPSI
- Perloff, R. M. (2014).** Social media effects on young women’s body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363-377.
- Reich, S. M., Subrahmanyam, K., & Espinoza, G. (2012).** Friending, IMing, and hanging out face-to-face: overlap in adolescents’ online and offline social networks. *Developmental psychology*, 48(2), 356.
- Reid Chassiakos, Y., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M., & Cross, C. (2016).** Children and adolescents and digital media. *Pediatrics* 138(5). doi:10.1542/peds.2016.2593
- Reid, D., & Weigle, P. (2014).** Social media use among adolescents: Benefits and risks. *Adolescent Psychiatry*, 4(2), 73-80.
- Schwartz, H. A., Eichstaedt, J. C., Kern, M. L., Dziurzynski, L., Ramones, S. M., Agrawal, M., ... & Ungar, L. H. (2013).** Personality, gender, and age in the language of social media: The open-vocabulary approach. *PloS one*, 8(9), e73791.
- Subrahmanyam, K., & Greenfield, P. (2008).** Online communication and

adolescent relationships. The future of children, 119-146.

Subrahmanyam, K., & Smahel, D. (2010). Digital youth: The role of media in development. Springer Science & Business Media.

The Center for Generational Kinetics. (2016). Generational Breakdown: Info About All of the Generations. Austin, Texas: GenHQ. Recuperado de <http://genhq.com/faq-info-about-generations/>

Torres, G. (2014). Uso de las redes sociales virtuales en un grupo de estudiantes de un colegio femenino privado en Santiago de Chile: sus implicaciones psicológicas y algunos aportes sobre el tema. Itinerario Educativo: revista de la Facultad de Educación, 28(64), 143-161.

Uhls, Y. T., Ellison, N. B., & Subrahmanyam, K. (2017). Benefits and costs of social media in adolescence. Pediatrics, 140(Supplement 2), S67-S70.

Vandenbosch, L., & Eggermont, S. (2016). The interrelated roles of mass media and social media in adolescents' development of an objectified self-concept: A longitudinal study. Communication Research, 43(8), 1116-1140.

Yañez, C (5 de abril, 2018). Niños bajan hasta tres décimas sus notas por cada hora de uso del celular. La Tercera. Recuperado el 2 de febrero de 2020 de <https://www.latercera.com/tendencia/s/noticia/ninos-bajan-tres-decimas-notas-hora-uso-del-celular/123002/>

Modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático

Mg. María Fernanda Herrera Alonso**

*“Sufrir la muerte propia y renacer, no es fácil”
Fritz Perls*

Abstract

This article presents the Crisis Intervention Model arising from the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS). The work is focused on second level Crisis Intervention, its main characteristics being the time of intervention, a plan of limited sessions and... therapeutic goals. Methodologically, the Integrative Supraparadigmatic Macro Theory - proposed by Roberto Opazo - and elements from the Crisis Theories of Slaikieu, Lillibridge and Aron, among others, were used as a theoretical framework. A qualitative research design, was used; the purpose of which was to collect information through the in-depth interview technique carried out through crisis experts. The Integrative Supraparadigmatic Macro Theory - that supports EIS – brings elements provided by experts, and what is provided by the theoretical framework as the essential variables to consider in crisis interventions: Event, Person and Context, as well the training and/or specific experience need are part of the designed intervention model.

Key Concepts: *Crisis Intervention Model, Supraparadigmatic Integrative Approach, Essential Variables, Event, Person and Context, specific training.*

Resumen

Este artículo presenta el Modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. El trabajo está enfocado en Intervención en Crisis en nivel secundario, siendo sus principales características el momento de intervenir, la planificación de sesiones limitadas y los objetivos terapéuticos. Metodológicamente se utilizó como marco teórico la Macro Teoría Supraparadigmática Integrativa propuesta por Roberto Opazo y elementos de las Teorías de Crisis de Slaikieu, Lillibridge y Aron, entre otros. Se empleó un diseño de investigación cualitativo, cuyo objetivo fue levantar información a través de la técnica de entrevistas en profundidad realizadas a expertos en crisis. La Macro Teoría Supraparadigmática Integrativa que sustenta al EIS permitió que los elementos entregados por los expertos y lo aportado por el marco teórico como las variables para evaluar una situación de crisis, Evento, Persona y Contexto, así como la necesidad de formación y/o experiencia específica de los interventores, sean parte del modelo de intervención diseñado.

Conceptos Claves: *Modelo de Intervención en Crisis, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Variables esenciales, Evento, Persona y Contexto, formación específica*

Introducción

El presente artículo corresponde a la síntesis de algunos aspectos desarrollados extensamente en la tesis para optar al grado académico de

Magister “Modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático” (Herrera M. & Urrea S., 2020).

Psicóloga Clínica, Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa. Universidad Adolfo Ibáñez. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
mfmha65@gmail.com

** Este trabajo es el resultado de la tesis de Magister realizada por Herrera, M. y Urrea, S. (2020).

Según antecedentes publicados la probabilidad que tiene una persona de estar expuesta a un evento potencialmente traumático durante su vida corresponde al 60%. Ahora bien, esto no implica que se desarrollará una patología como consecuencia de esta experiencia y que además en muchos casos los síntomas expresados tienen remisión espontánea. Diversos estudios refieren que, transcurridos 6 meses, el 75% de los sujetos que desarrollaron alguna sintomatología no presenta síntomas y el 25% restante presenta variados diagnósticos, siendo los más recurrentes TEPT, depresión mayor, abuso de sustancias, ansiedad, trastorno de pánico y trastornos alimentarios. (Barrera 2013) ¿De que dependen estos resultados?, si tenemos que resumir la respuesta en 3 palabras, estas son evento, persona y contexto.

La actual situación de pandemia mundial nos aporta un escenario donde se pueden identificar elementos esenciales de intervención en crisis; el *evento* es el coronavirus, la *persona* es en quien recae la amenaza de contraerlo y el *contexto* son las condiciones ambientales en la que esta se encuentra y su red de apoyo. El concepto acuñado por varios países, incluido Chile de “nueva normalidad” pos pandemia, es concerniente al tema que trataremos, puesto que después de enfrentar una crisis, la persona y/o grupo afectado, nunca volverá a ser el mismo.

Otra arista que relaciona la pandemia por la que atraviesa el mundo con la temática a tratar en el presente artículo, considerando el potencial de trauma que podría adquirir este “evento”, es el aumento de consecuencias psicológicas adversas que parte de la población esta presentando y/o podría presentar, según señala la Organización Mundial de Salud, (OMS) a través de su directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Dévora Kestel en marzo del presente año. Esto implica que los organismos gubernamentales y privados deben estar preparados para una creciente demanda de apoyo psicológico a la población por interventores que cuenten con formación especializada.

Crisis

Se definirá Crisis como una 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).

Es relevante considerar que “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). Cualquiera que sea la resolución que tenga la crisis vivida, siempre implicará un antes y después; nunca se volverá al estado anterior.

Las crisis pueden ser individuales o colectivas, con diferencias de magnitud y de duración, en donde se han definido como crisis circunstanciales (no normativas) y crisis del desarrollo (normativas), las cuales pueden generarse desde el ámbito psicológico, biológico, escolar, laboral, familiar, social y/o económico (Slaikieu, 1996).

Crisis circunstanciales: son inesperadas o accidentales y están dadas por factores ambientales. Las crisis provocadas por causas humanas generan más daño que las que son causadas por la naturaleza, esto es porque generan mucha rabia, dañan la confianza en las personas, generan la sensación de injusticia y existe la percepción de que podrían haberse evitado (Araya, C. 2013).

Crisis del desarrollo: se refieren a la interferencia en la realización de las tareas específicas y necesarias que cada etapa del desarrollo implica para pasar de una etapa del crecimiento a otra. Desde la teoría de crisis, este tipo se definen como crisis esperables o predecibles dado que se conoce que las personas tienen etapas decisivas que enfrentar en algunos momentos específicos de la vida.

Las crisis pueden generar desde reacciones psicofisiológicas hasta trastornos psíquicos, modificando así el curso de vida de las personas, pudiendo tener potencial para el aprendizaje y crecimiento, así como para la profundización del dolor y malestar de

manera permanente. Esto dependerá del significado que la persona le atribuye a la crisis por la cual atraviesa y también de cómo la persona perciba el riesgo en que la posiciona la crisis, sintiéndose en menor o mayor medida vulnerada por la situación. El impacto de la crisis depende de otros factores, como lo son las consecuencias que desencadenan las crisis en las personas, el apoyo que reciban, la etapa del desarrollo en la cual se encuentran y las características propias del evento crítico.

Trucco (2002) señala que el estrés es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Además, es necesario recalcar que, ante eventos estresantes, hay una respuesta fisiológica a ese estrés, en donde participan los sistemas de integración, generando una respuesta psiconeuroendocrinoinmunológica, ya que se encuentra implicado el sistema nervioso central y periférico, el sistema endocrino y el sistema inmunológico. Algunas de estas respuestas fisiológicas frente a una situación inesperada son:

paralización, shock, dificultad para generar una respuesta, ansiedad, angustia, miedo, desborde emocional, sensación de indefensión, conducta automática por disociación de las emociones de la conciencia y represión de las emociones. Sin embargo, no todas las respuestas son esperadas y por tanto podríamos entender que cuando los síntomas anteriormente descritos se agudizan y/o cronifican, pueden generar patologías como los trastornos adaptativos, conversivos, disociativos y ansiosos.

Para evaluar una situación de crisis Aron (2013), postula que siempre hay que considerar las características personales, la magnitud del evento y el contexto en que se da, puesto que, de estos elementos dependerá el tiempo de recuperación. Es decir, la crisis se debe evaluar desde tres variables: Evento, Persona y Contexto.

Evento: Lo que hace que un evento sea entendido como crítico, es su potencial para romper con lo establecido, interrumpiendo el equilibrio tanto interno como externo. Ante esta situación se buscan mecanismos adaptativos que por lo general son insuficientes para sobreponerse a las exigencias del evento, provocando reacciones fisiológicas y bioquímicas, quedando así inscrito en la biografía de las personas como un hito histórico. (Machuca, A. 2013). Es en las características particulares del estímulo que ocasiona la crisis, donde surge el concepto “Potencial Traumante”,

refiriéndose a que existen eventos que tienen un alto potencial de generar trauma a cualquier persona y otros con un potencial traumante bajo, ejemplo de esto es la escala en la tasa de readaptación social de Holmes y Rahe (1967).

Persona: En quien recae la variable evento y en qué condiciones se encuentra cuando aquello sucede. Son relevantes antecedentes psiquiátricos previos, características de personalidad, estilos de enfrentamientos y crisis anteriores, así como el concepto de resiliencia referido por Boris Cyrulnik (2001), como la “resistencia al sufrimiento” y “la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia”

Contexto: Considera las características ambientales, tanto afectivas como de recursos económicos, estabildades, etc. que rodea a la persona que ha recibido el evento potencialmente traumático.

De estas tres variables dependerá si la persona vivencia su experiencia como estresante, crisis o logra la categoría de trauma. Se definirá este último como un suceso intenso e inesperado que no está bajo el control de la persona, ya que no forma parte de las experiencias habituales, por lo que se vive con percepción de riesgo de la integridad física y/o psíquica, personal o hacia otros, en donde se reacciona con temor

intenso, miedo extremo y sensación de indefensión (Slaikieu, 1996).

Intervención en Crisis

Las distintas teorías de intervención en crisis están influenciadas, en mayor o menor medida por elementos provenientes de las siguientes corrientes teóricas:

- Teoría de la evolución y adaptación de los animales a su ambiente creada por Charles Darwin, derivando en la hipótesis de que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio. (Moos, 1976)

- Teorías centradas en la realización y crecimiento positivos de las personas como las de Carl Rogers (1961) y Abraham Maslow (1953), considerando que la conducta es intencionada y dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas, lo cual es primordial si se consideran las crisis como momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o inalcanzables.

- Teoría de 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

- Teoría de Holmes y Masuda, (1973) quienes al estudiar como personas expuestas a estrés vital extremo (campos de concentración, la muerte de seres amados, cirugía, agonía en niños y desastres) demostraron

correlación entre el estrés de sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad

- Modelo de competencias puesto que el modelo de salud mental a la base de la intervención en crisis implica focalizarse en los recursos y competencias de las personas para resolver sus problemas.

La intervención en crisis es 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. (Slaikieu, 1996)

El objetivo general de la intervención en crisis es proteger la integridad física y psicológica de las personas, lo cual se mantiene como objetivo a lo largo de toda la intervención y en todas sus etapas. Este tipo de intervención se puede realizar de forma grupal o individual.

Niveles de Intervención en Crisis

Cuando hablamos de Intervención en crisis, es necesario especificar que hay distintos niveles de intervención que difieren en cuanto quien la realiza, los objetivos terapéuticos, el momento de intervenir y la duración del proceso. Estos niveles son:

a) Nivel primario: llamado también Primer Apoyo o Primeros Auxilios Psicológicos. Es la primera ayuda en el momento de la crisis, es decir, requiere que sea de forma inmediata. Su objetivo es que la persona pueda restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal. Esto se realiza dando instrucciones puntuales sobre las acciones inmediatas que la persona debe realizar y asegurarse de que la persona ha entendido dicha instrucción, conteniendo las emociones y los desbordes conductuales que pudiesen ocurrir.

b) Nivel secundario: Se denomina Intervención en Crisis. Sus principales características son:

- El momento de intervenir, es cuando ya ha pasado el riesgo vital, las personas han logrado cubrir sus necesidades más básicas y, por lo tanto, entenderemos que ha pasado entre una semana a diez días desde ocurrido el evento.

- El tipo de intervención se planifica en un contexto de sesiones limitadas, que por lo general alcanzan entre seis a diez sesiones.

- Sus objetivos son 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 y ayudar a las personas a reintegrarse a sus redes sociales que pueden haber estado interrumpidas por el desastre. (Cohen, 1988).

c) Nivel terciario: En este nivel se encuentran las Terapias de Reparación, donde se trabajan la dimensión relacional, que es la reparación como acto de restitución de la dignidad y esperanza en los otros y la 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, recuperando el manejo y control y resignificando e integrando la experiencia.

Existen elementos comunes en todos los niveles de Intervención en Crisis: mantener la esperanza, estabilización, ayudar a comprender lo ocurrido y focalizarse en la resolución de problemas, activar recursos de sanación y conexión con las redes. Las intervenciones de nivel primario pueden ser realizadas por cualquier persona que cuente con la formación necesaria para ello, sin embargo, es relevante señalar que las intervenciones en nivel secundario y terciario, es decir, las intervenciones en

crisis y las terapias de reparación deben conducidas por psicólogos y/o psiquiatras especializados en crisis.

Nivel Secundario o Intervención en Crisis

El presente artículo está centrado en las intervenciones de nivel secundario, es decir, Intervención en crisis por lo que se explicaran algunas consideraciones específicas básicas a tener en cuenta por los profesionales de la salud que las realicen.

- En las entrevistas se debe dar al paciente elecciones que pueda hacer con el objetivo de restaurar su sentido de control. Para esto es necesario preguntarle a la persona si quiere hablar, se le explica que se le realizaran algunas preguntas, se le solicita que nos cuente lo que estime pertinente que debemos saber y que esto implica que no hay necesidad de que nos cuente todo lo ocurrido y que, incluso, pueden existir cosas que quisiera reservarse; por último, que lo haga en su propio ritmo y que si no desea continuar, 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 donde dejar de mirar es importante.

- 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”. Hay que 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 ni pertinente plantearle al paciente que “entendemos” o nos “imaginamos” por lo que está pasando. Se debe tener mucha atención en la actitud del interventor hacia la persona en situación de crisis, ya que actitudes estereotipadas y/o burócratas alejan vincularmente.

- 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, el terapeuta debe contener los desbordes emocionales y conductuales, asegurarse de que el paciente esté acompañado por su red, entregar las instrucciones sobre las actividades inmediatas que debe realizar y asegurarse de que el paciente las entendió y las va a seguir.

- El terapeuta interventor debe tener las competencias necesarias a lo largo de toda la intervención en crisis para:

- Validar emociones que surjan en los pacientes que son concomitantes a la crisis y normalizar las reacciones esperables, no así las conductas transgresoras asociadas a las emociones, ya que no se debe minimizar la crisis ni la responsabilidad cuando se ha dañado a otros.

- No enjuiciar al paciente. No es necesario justificarlo, pero sí entenderlo.

- Realizar una connotación positiva, cuando corresponda, para fortalecer al paciente; se le muestra que esto podría ser una oportunidad (de cambio, de crecimiento, de aprendizaje, etc.) y se releva su capacidad para vivir lo que está ocurriendo.

- Poner el foco 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 en ese momento?,

¿cómo se siente ahora?, ¿qué va a hacer?, permitiendo que el paciente retome lo central cuando su relato ha desviado al mostrarle que lo que nos cuenta es muy importante y a la vez preguntando cómo se relaciona con lo sucedido.

- Escuchar activamente, para lo cual es necesario generar un espacio donde el paciente se sienta escuchado, hacer preguntas abiertas, cuidando de no inducir respuestas en ellas, procurando de manera permanente que las preguntas y/o los comentarios que se realicen permitan al paciente organizar su relato, verbalizar las emociones del paciente, evaluar e identificar los sentimientos de culpa que puedan paralizar sin descalificarlos, más bien validando que hay situaciones en la vida que se escapan del control y ayudar que a que el paciente pueda poner en orden sus prioridades, permitiendo que pueda jerarquizar desde las acciones inmediatas según urgencia y las que pueden esperar. 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.

- Mantener distancia psicológica, de forma respetuosa, no forzando el contacto psicológico ni ser invasivo, cuidando el *timing* de la persona en situación de crisis, siendo capaz de

percibir claves desde el paciente, de mayor o menor cercanía física, así también con las preguntas o comentarios que se le planteen. Es necesario considerar que hay casos donde la cercanía física puede ser altamente perjudicial, como en casos asociados a experiencias de abuso o de maltrato.

- Parte esencial del trabajo en intervención en crisis está dado por la activación y uso de las redes sociales, para lo cual 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, siendo necesario visibilizarlas cuando la persona no es consciente de ellas.

- Dar atención a las necesidades básicas, explorando áreas de alimentación, descanso, higiene, abrigo, situaciones medicas a atender, fatiga, capacidad de autocuidado y de protección a otros. Evaluar riesgo tanto de suicidio como de homicidio.

- El terapeuta debe promover constantemente el sentido de seguridad a través de la estabilización y la esperanza, ayudar a comprender lo que ha pasado en relación al evento que gatilló la crisis, lograr focalizarse en resolver problemas para otorgar calma y buscar los recursos que tiene el paciente para sanarse a sí mismo, promoviendo la confianza en sus propias capacidades.

- Cuando se trabaja en Intervención en crisis debe existir un cierre que contenga elementos de simbolismo para el paciente. Se recomienda la utilización de algún ritual que sea pensado y preparado, para que los pacientes puedan establecer un punto de corte psíquico con la crisis y de esta manera integrarla en la trama vital como un hecho biográfico importante, que incluso puede ser un hito histórico en la propia biografía, dividiendo la vida en antes del evento y después de aquel, pero que se entiende también como algo ya sucedido de lo cual se logró crecer y/o aprender.

- El terapeuta debe estar libre de prejuicios y tener un constante ejercicio de autocontrol, especialmente en momentos en donde las narraciones pueden provocar horror.

Enfoque Integrativo Supraparadigmatico

En términos paradigmáticos, el Enfoque Integrativo Supraparadigmatico propone la integración de los paradigmas *biológicos, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico* en una unidad coherente *Supraparadigmática* en la que cada uno de estos paradigmas contribuye a ordenar, seleccionar, validar, guiar, contextualizar, predecir y potenciar el cambio. Cada paradigma cuenta con principios de influencia propios que

guían el proceso psicoterapéutico. Estos paradigmas causales básicos, y a la vez subsistemas, están en permanente interacción recíproca y se organizan en una dinámica psicológica, teniendo como eje integrador al sistema SELF, el cual constituye el punto de confluencia de los subsistemas o paradigmas (Opazo, 2001).

El Sistema Self como eje integrador contempla 6 funciones: Función de Significación Integral, Función de Toma de Conciencia, Función de Identidad, Función de Autoorganización, Función de Búsqueda de Sentido Y Función de Conducción de Vida.

En un nivel metodológico, asume que la psicoterapia necesita de un método para progresar y éste tiene que ser regular, riguroso, explícito y repetible, que posibilite alcanzar conclusiones válidas. La calidad y relevancia del conocimiento se demuestra por su poder predictivo y por su aporte a la psicoterapia. Además, valora el ir complementando los aportes del método fenomenológico con los del método empírico experimental. En este sentido, es valiosa cualquier metodología que aporte al conocimiento predictivo y a la detección de fuerzas de cambio (Opazo, 2001). La integración de conocimiento válido es realizada luego de una exhaustiva revisión, donde se descartan aquellos que evidencian "*allegiance effect*" (Opazo 2017). Esta integración se realiza constantemente, lo que garantiza que el enfoque este

actualizado. Los fundamentos metodológicos del Supraparadigma Integrativo involucran un punto axial diferente, acceso obligado a los 360 grados de la dinámica psicológica, una actitud científica de fondo, un rol preferencial para predicción y cambio, un balance entre apertura y rigor, capacidad para decir "*no sé*", complementariedad metodológica, y apertura permanente a los progresos metodológicos, a todo lo cual hay que agregar un último énfasis fundamental: "*promover activamente una adecuada interacción entre investigación, teoría y práctica clínica*". (Opazo 2017).

La discusión respecto al origen o causa de los desórdenes psíquicos o dolor psíquico se remonta a más de 100 años, y aun algunos siguen en esa discusión. Opazo humaniza el principio de causalidad modificándolo por "Principios de influencia", los que están presentes en cada paradigma, puesto que "*Pero cada modalidad adquirirá prioridad según las circunstancias, según lo que esté en juego, etc. En algunas experiencias podrán darse la mano diferentes modalidades causales; en otras, habrá predominio de una modalidad causal*". (Opazo 2017, pág. 210-211).

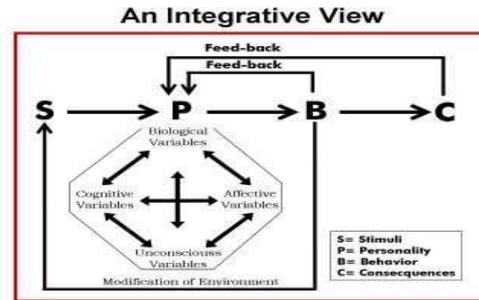
En cuanto a los fundamentos causales del Enfoque Integrativo Supraparadigmático serán los que mejor se ajustan al evento mismo, siempre que se encuentren validados y aporten a la predicción y el cambio.

A nivel epistemológico, toma la opción fundamentada de un enfoque que es denominado *constructivismo moderado*, que admite la existencia de un mundo real que está más allá del pensamiento o del lenguaje del sujeto cognoscente, pero que no puede ser conocido en su plenitud ni de manera directa, puesto que cada unidad de conocimiento es el producto de una interacción entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido, ambos igualmente reales (Opazo, 2001).

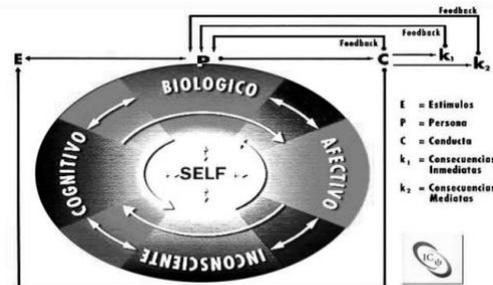
El enfoque sitúa a los significados en el centro del proceso psicoterapéutico, resaltando la necesidad de evaluar el estilo de significar de este. Además, diferencia entre significados nomotéticos e idiosincrásicos, biológicos, cognitivos, afectivos, inconsciente e integral.

“Una teoría integrativa, así de completa, representa a los seres humanos en plenitud y facilita el cambio de aquello que, en nosotros molesta, perturba, desadapta o resulta deficitario” (Opazo 2018, entrevista Revista de Educación)

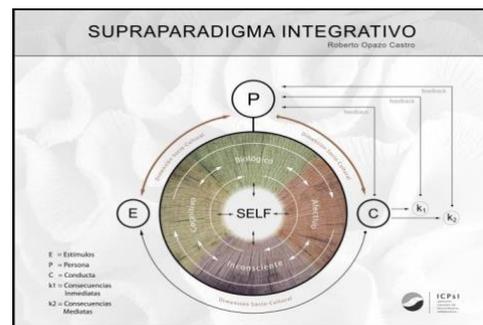
Consecuente con lo expuesto anteriormente y la incorporación de conocimiento válido a través del tiempo, el modelo ha tenido 3 importantes diseños centrales que se muestran a continuación: **Evolución del EIS**



Opazo, R. (1983)



Opazo, R. (2001)



Opazo, R. (2017)

Metodología

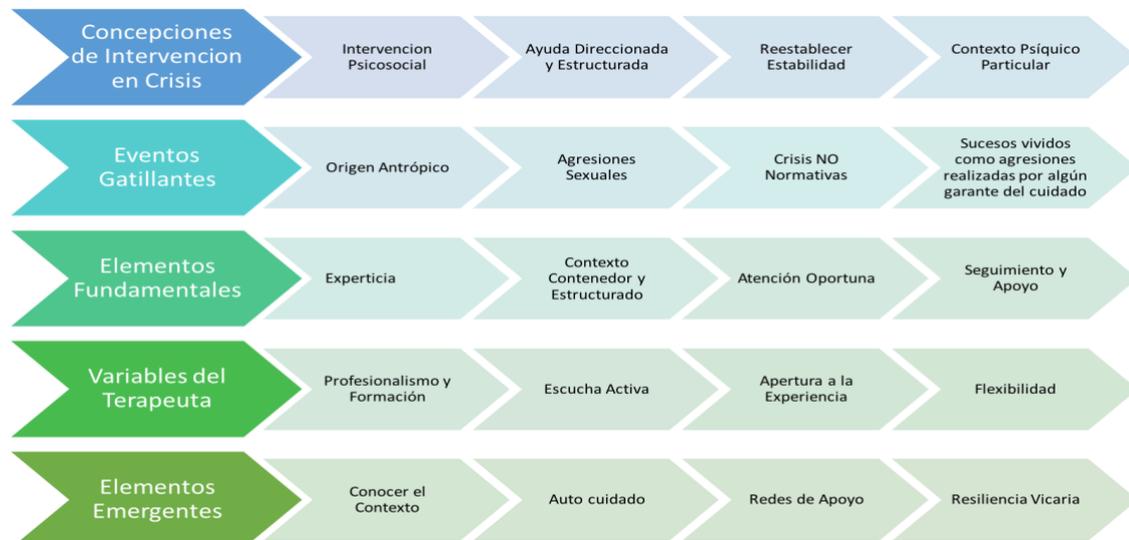
La investigación utilizó como marco teórico la Macro Teoría Supraparadigmática Integrativa propuesta por Roberto Opazo y las Teorías de Crisis de Slaikeu, Lillibridge y Aron, entre otros y aplicó un diseño cualitativo, cuyo objetivo fue levantar información a través de la técnica entrevista en profundidad a psicólogos y/o psiquiatras que tuvieran formación específica en intervención en crisis y/o 8 años o más de experiencia clínica en intervención en crisis, siendo estos los

dos criterios requeridos para clasificarlos como expertos en crisis para luego ahondar en los significados asociados a los temas que emergieron.

La información obtenida desde estas tres fuentes fue relacionada, ordenada y sistematizada en función de diseñar un Modelo de Intervención en Crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Las dimensiones surgidas de la investigación son: concepciones de intervención en crisis, eventos gatillantes, elementos fundamentales a considerar, variables del terapeuta y elementos emergentes.

En el siguiente gráfico se indican las categorías que emergieron por cada dimensión:



teórico sean parte del modelo de intervención diseñado.

Modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático,

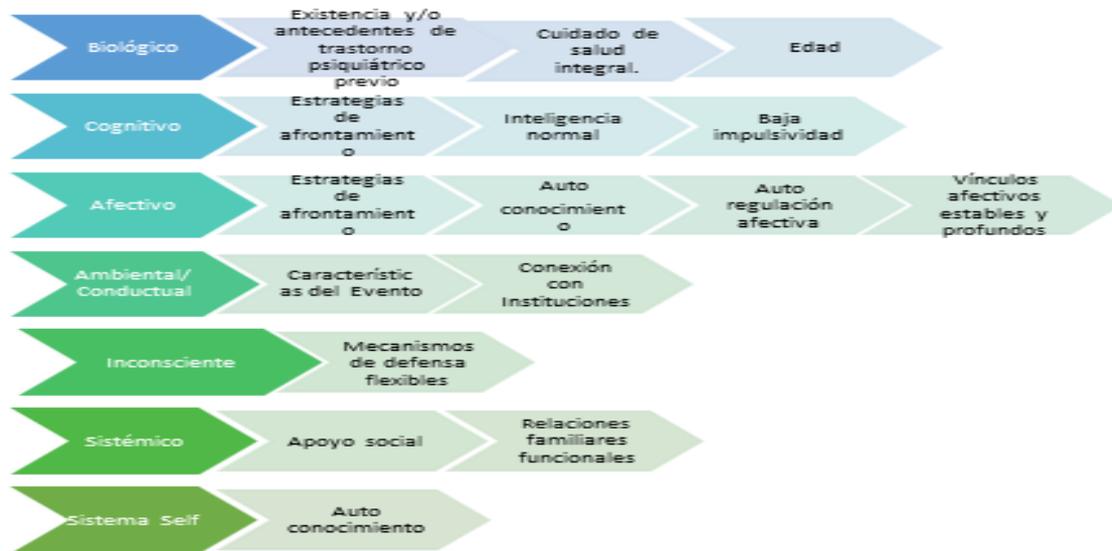
La Macro Teoría Supraparadigmática Integrativa que sustenta al EIS permitió que los elementos entregados por los expertos y lo aportado desde el marco

Sabemos que las variables para evaluar una crisis son evento, persona y contexto. Desde el EIS la variable evento está en el paradigma ambiental, la variable persona está representada por el Sistema Self y la variable contexto la ubicamos en el paradigma sistémico.

Un elemento relevante que recogió la investigación fueron las variables del paciente que facilitan enfrentar una

situación de crisis. El conocerlas y poder clasificarlas por paradigma facilita e enriquece el proceso de intervención.

En el siguiente gráfico se especifican las variables del paciente que facilitarían enfrentar una situación de crisis por paradigma:



Para trabajar por los objetivos de la intervención en crisis mencionados con anterioridad, contamos con la Psicoterapia Integrativa EIS que *“Involucra un proceso interpersonal, el cual constituye un medio de influencia orientado, intencionalmente, a procurar la superación de desajustes psicológicos en el o los pacientes consultantes”*. (Opazo 2017, pag 1206). Los elementos que conforman esta psicoterapia se resumen en el esquema didáctico de la

“Pirámide de la Psicoterapia Integrativa EIS.” que Roberto Opazo utiliza en su libro publicado el año 2017.



Principios de Influencia específicos

El concepto propio de EIS “Principio de Influencia” surge al humanizar el principio de causalidad convirtiéndolo en principio de influencia, cuyo algoritmo es: $a > prb$, lo cual significa que, *“La presencia del antecedente a, hará más probable que emerja la consecuencia b”*. (Opazo 2017, pag 1232).

Cada principio de influencia que es utilizado “*Deriva de investigaciones sistemáticas que han demostrado que la presencia de un especificado "a" aumenta significativamente la probabilidad de que se presente un especificado "b"*” (Opazo 2017, pag 1233). Actualmente hay más de 200, están organizados por paradigma y proporcionan recursos terapéuticos efectivos.

Como resultado de la investigación se definió que los siguientes principios de influencia específicos son los que se deben considerar al realizar una Intervención en Crisis

Paradigma Biológico

- El cansancio influye aumentando la probabilidad de que aumente el umbral hedónico.
- El sueño reparador influye aumentando la probabilidad de que baje el umbral hedónico.
- La gimnasia sistemática influye aumentando la probabilidad de relajación.

Paradigma Ambiental/Conductual

- El ambiente que responde en forma contingente a las conductas influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico de la persona.
- Un repertorio conductual completo y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente (conducta pulsante).
- La existencia de un repertorio completo de habilidades sociales aumenta la probabilidad de que la persona desee interactuar con otras personas.
- Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de

las necesidades de la persona, con el consiguiente bienestar psicológico (realización).

- Un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico (relax)
- El reforzamiento positivo de una conducta específica influye aumentando la probabilidad de futura emisión de esa conducta.
- El ejercicio sistemático influye aumentando la probabilidad de que surja relajación y buen ánimo.

Paradigma Cognitivo

- Las autoexigencias drásticas y rígidas de perfección influyen aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad.
- Las expectativas de cambio positivas influyen aumentando la probabilidad de cambio en psicoterapia.
- Altas expectativas de autoeficacia, en relación con cierta experiencia, influye aumentando la probabilidad de que la persona enfrente esa experiencia específica con bajos niveles de ansiedad.
- Los diálogos internos autoderrotantes influyen aumentando la probabilidad de que se presente ánimo depresivo.
- La atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos.
- Una estructura cognitiva del tipo “mi valor como persona depende de lo que otros piensen de mí” influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos.
- Una tendencia sistemática a atribuir los éxitos a factores externos y los fracasos a factores internos influye aumentando la probabilidad de que se deteriore la autoimagen y la autoestima.

Paradigma Afectivo

- La motivación al cambio por parte del paciente influye aumentando la probabilidad de que alcance los objetivos que se ha planteado en su psicoterapia.

- La presencia de ansiedad, pena o rabia influye aumentando la probabilidad de cogniciones “negativas”. (Pensamiento emocional)
- La presencia de un estado de ánimo positivo influye preventivamente aumentando la probabilidad de “resistencia” a que surjan estados afectivos negativos (Inercia afectiva).
- El aumento de la emoción de rabia influye disminuyendo la probabilidad de que se presente ansiedad.
- La presencia de un estado afectivo negativo influye aumentando la probabilidad de que se recuerden hechos negativos (Recuerdo congruente al ánimo).
- La calidez del terapeuta influye aumentando la probabilidad de apertura del sistema psicológico del paciente.
- Un contexto terapéutico de activación afectiva influye aumentando la probabilidad de asimilación de la experiencia terapéutica.
- La inestabilidad emocional influye aumentando la probabilidad de que la autoimagen sea también inestable (Autoimagen “ascensor”).

Paradigma Inconsiente

- El ampliar el darse cuenta del paciente acerca del rol de sus cogniciones, afectos y conductas en su dinámica psicológica influye aumentando la probabilidad de que se incremente su motivación hacia el proceso de psicoterapia.
- La modificación de autoexigencias rígidas y/o despóticas influye aumentando la probabilidad de un mejor awareness del propio mundo cognitivo/emocional.
- Una autoimagen y una autoestima positivas influyen aumentando la probabilidad de un mejor “awareness” de’ propio mundo cognitivo/emocional.
- El “awareness” de las propias cualidades influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos positivos.
- La marginación activa de la conciencia de un contenido “perturbador” influye aumentando la posibilidad de tensión en la dinámica psicológica.

- La modificación de las emociones de angustia, culpa o vergüenza ligadas a *ciertos* contenidos específicos, influye aumentando la probabilidad de que esos contenidos sean aceptados en la conciencia.
- Una tendencia generalizada a marginar de la conciencia a las propias respuestas emocionales influye aumentando la probabilidad de que se presenten desajustes psicofisiológicos.
- Un enriquecimiento en la toma de conciencia de la relación entre las propias conductas y sus consecuencias aumenta la probabilidad de una mejor conducción de vida.
- El no asumir en la conciencia –con fuerza cognitiva y afectiva- los propios éxitos y/o las propias cualidades aumenta la probabilidad de que se empobrezcan autoimagen y autoestima.
- La presencia de mecanismos de defensa inconscientes (represión, negación, proyección, racionalización, etc) influye aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de realidad.

Paradigma Sistémico

- El punto de equilibrio homeostático del sistema intrapsíquico aumenta la probabilidad de resistencia al cambio en ese sistema.
- La motivación al cambio del paciente, la calidez y empatía del terapeuta, influyen aumentando la probabilidad de morfogénesis en el sistema psicológico del paciente.
- Un cambio “positivo” estable en una parte del sistema psicológico influye aumentando la probabilidad de que se presente un efecto “positivo” estable en el sistema total.
- El predominio de conductas “positivas” en una interacción influye aumentando la probabilidad de desarrollo “positivo” del Sistema Psicológico de cada uno de los miembros de la interacción (Potenciación interaccional).
- Cuando las características del estímulo son más complejas que el sistema, influyen aumentando la probabilidad de un mal procesamiento a nivel del input.

Estrategias Terapéuticas sugeridas por paradigma y Sistema Self

Al integrar y/o complementar en el enfoque todas aquellas técnicas que proporcionen un aporte específico y relevante al cambio psicoterapéutico, EIS cuenta con variados elementos para poder intervenir en el proceso.

También contamos con los conceptos movilizadores, que al igual que los principios de influencia, son creación propia del enfoque. Los conceptos movilizadores son planteamientos conceptuales que promueven el cambio en la dinámica psicológica del paciente. Algunos han sido “recogidos” de otros enfoques, otros mejorados y la mayoría de ellos son propios del EIS. Su “potencia” está estrechamente ligada a la experticia del clínico que los utilice.

Como resultado de la investigación se definió que las siguientes estrategias terapéuticas son los que se deben considerar al realizar una Intervención en Crisis.

Paradigma Biológico

- Entrenamiento en relajación.
- Realización de actividad física.
- Regulación de la alimentación.
- Regulación ciclo sueño-vigilia.
- Técnica de higiene del sueño.
- Significación biológica.

Paradigma Ambiental/Conductual

- Ambiente reforzante de las conductas de cambio.

- Reforzamiento por parte del terapeuta y los otros significativos.
- Entrenamiento en enfrentamiento y resolución de problemas.
- Desarrollo de conducta pulsante.
- Asignación graduada de tareas.
- Ampliar redes sociales y de apoyo.
- Aprender a manejar eventos aversivos.
- Desarrollar el auto reforzamiento.

Paradigma Cognitivo

- Reestructuración cognitiva (cambio de esquemas)
- Entrenamiento en estilo atribucional flexible y positivo; resolución de problemas.
- Generar adecuadas expectativas, con entrega de información sobre la crisis.
- Desarrollo de exigencias y autoexigencias realistas, expectativas de cambio realistas, confianza en terapia y terapeuta.
- Elevar expectativas de autoeficacia en torno al enfrentamiento de la crisis.
- Motivación cognitiva.
- Paladear cognitivo.
- Modeling de procesamiento.
- Mejor uso de los espacios de significación cognitiva.
- Cogniciones afectivo-dependientes
- Trasfondo eficaz

Paradigma Afectivo

- Fortalecimiento de la alianza terapéutica (terapeuta: capacidad de escucha, calidez, empatía, aceptación y autenticidad).
- Mejorar la satisfacción de necesidades.
- Afecto contra afecto (usar un afecto para impedir que surja otro. Ej: relajación incompatible con ansiedad).
- Inercia afectiva (Un estado afectivo ofrece resistencia a la génesis de un afecto de valencia opuesta).
- Procesamiento emocional.
- Aprender a lidiar con afectos disfóricos.
- Reconocimiento y expresión de emociones.
- Aumentar la participación en actividades placenteras.
- Mejorar autoestima.

conocimientos específicos que le permita la utilización de herramientas validadas en evidencia científica de manera adecuada, entregar una atención oportuna e integral, posibilitar la estabilidad requerida para la persona luego de enfrentar un evento desestructurante y no patologizar elementos que en este tipo de intervención se consideran reacciones esperables.

Al definir la intervención en crisis como una “intervención psicosocial” queda explícito la necesidad de incluir la esfera social del paciente. Esto significa, reconocer que tanto la persona tratada como el evento de potencial traumático que gatillo la crisis están estrechamente ligados al sistema que los incluye, es decir, la sociedad por lo que nunca debemos dejar de intervenir alguna de las tres variables.

La intervención en crisis no es un momento para confrontar y hay que tener presente que la persona nunca puede terminar la intervención en peores condiciones de las que llegó. Este tipo de intervenciones se distancia en otro aspecto de la psicoterapia habitual y es que en esta el profesional abre más temas, en cambio en intervención en crisis se acotan los temas con el fin de estructurar los hechos y que el paciente logre autoorganizarse.

El mayor potencial traumático de las crisis se presenta cuando estas son de

origen antrópico, es decir, las causadas por el hombre. Esto obedece a que la persona que vive la crisis puede percibir como explicación de la agresión que el evento fue intencionado, dirigido a el/ella. En cambio, si la crisis proviene de un evento de la naturaleza, aunque no se encuentre explicación, se logra entender y elaborar como algo sin intención de daño de un otro.

Las crisis no normativas del desarrollo surgen también como eventos complejos de tratar, esto se debe principalmente a la característica de inesperada con la que irrumpe en la vida y, por ende, en el aparato psíquico de la persona. Si este evento presenta consecuencias permanentes o crónicas, la crisis será aún más difícil de elaborar. Factores como la judicialización del evento y la exposición en los medios de comunicación también son elementos que dificultan que el proceso de intervención en crisis se desarrolle adecuadamente.

Referencias

- American Psychological Association. (2019).** Diccionario APA. Noviembre 2019, de American Psychological Association Sitio web: <https://dictionary.apa.org>
- Aron, A. (2013).** Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Araya, C. (2013).** Apuntes de Diplomado de Intervención en Crisis. Pontificia Universidad Católica de Chile. Clase Escuela e Intervención en Crisis.

- Cohen, R. (1988).** Intervención Programs for Children.
- Cyrułnik, B. (2001).** Los patitos feos. Una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
- Erikson, E. (1985).** El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós
- Herrera, M. & Urra, S. (2020).** Modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. (Tesis de magister) Universidad Adolfo Ibáñez.
- 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.
- Moos, R. H. (1976).** (Ed). Human adaptation: Coping with life crises. Lexington, Mass.: D. C. Heath & Co.
- Opazo, R. (2001).** Psicoterapia Integrativa: Delimitación clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia Integrativa. Profundizando la comprensión, Potenciando el cambio. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI
- Opazo, R. (2018).** Entrevista Lanzamiento de Libro psicoterapia Integrativa EIS. Abril 2019, de Revista Educación Sitio web: <http://www.revistadeeducacion.cl/entrevista-al-psicologo-autor-del-libro-psicoterapia-integrativa-eis-roberto-opazo-castro/>
- Perls, P. (2005).** Sueños y existencia. 17ª Edición, Santiago de Chile: cuatro vientos.
- Slaikeu, K. (1996).** Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación. Editorial El Manual Moderno: 2º Ed. México, D.F.
- Trucco, M. (2002)** Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev. chilena neuropsiquiatría.*, vol. 40 supl.2, p.8-19. ISSN 0717-9227.

Reflexiones Integrativas

Desarrollo Personal en los tiempos actuales.

*Ps. Natalie Hernández Arancibia**

En un comienzo, hablar de desarrollo personal me parecía una idea frívola, especialmente en los tiempos actuales de crisis sociales en diversas contingencias, que van desde los sistemas más micros (y no por ello menos ricos en contenido y complejidad) como lo es la familia en un hogar, desde la contextualidad internacional y mundial. Crisis respecto a las injusticias estructurales de clase, crisis en referencia a las figuras de confianza y autoridad (crisis que incluye el cuestionamiento del mismo concepto de autoridad), crisis respecto a la seguridad ontológica, de que “probablemente todo estará bien el día de mañana”, crisis en cuanto a la estabilidad de la noción de paz en las relaciones políticas y militares entre países, crisis en torno a la actual emergencia climática que incluye los desastres forestales que inundan las redes sociales. Crisis.

Ante tanto revuelo, resignificaciones, revoluciones y reformulaciones que definieron el fin del 2019 y abrazan el inicio del 2020, hablar de desarrollo personal sonaba algo nimio, poco contingente e incluso descontextualizado ante las batallas (en diversos niveles anteriormente descritos) que se libran día a día a las afueras de las paredes en las que me encuentro escribiendo este texto.

Supongo que, en parte, el juicio anterior responde a un desconocimiento y/o poca reflexión del concepto de desarrollo personal. En principio, el concepto se me puso de frente desde una postura un tanto socrática y aristotélica: “Conócete a ti mismo, llega a la excelencia”. Claramente el buscar el desarrollo individual implica tener una noción de uno mismo o al menos, hacia donde quiere llegar. Y para saber hacia uno donde quiere llegar, requiere saber con qué cuenta para iniciar el viaje o

*Psicóloga clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile. Postítulo psicoterapia Integrativa EIS, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
nhernandez@uc.cl

formularlo. Entonces me asaltaba la pregunta: ¿Cómo alguien que ha sufrido negada de oportunidades debido a su condición socioeconómica, tendrá el privilegio para hacerse estas preguntas? ¿Qué tan pertinente es que la humanidad inicie un proceso de introspección cuando probablemente en unos años no habrá aire limpio ni clima idóneo para que estos mismos seres continúen su auto-reflexión y mejoramiento personal? ¿O si en manos de unos pocos está la decisión de iniciar una guerra internacional, de qué sirvió buscar una mejor versión de uno mismo?

No voy a mentir, han sido ideas bastante desesperadoras y claramente si nos cuestionamos de esa forma permanentemente parecería que nada realmente tiene sentido e incluso invalidaría la pregunta ¿para qué seguir haciendo terapia? Y evidentemente mi respuesta a esa pregunta se encuentra intacta y se resume en el poder ayudar a las personas, por lo tanto, descarté esa línea de pensamiento nihilista y el brindarle una oportunidad a comprender y profundizar en el concepto de desarrollo personal parecía una buena idea para lidiar con las preguntas anteriormente descritas.

En el texto de R. Opazo (2004) *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal*, se me facilita la tarea de profundización del

concepto, especialmente por la mirada histórica que se le brinda desde un comienzo. Teniendo en cuenta esa

perspectiva es que ya el concepto comienza a dejar de parecerme como algo tan abstracto y alejado del contexto, ya que efectivamente es algo que no puede ser excluido de los acontecimientos que se iban desarrollando al momento de que los autores comenzaban a escribir sobre una noción del desarrollo personal. Entre los diversos autores que se mencionan, en el comienzo Maslow renace un poco el sentimiento de frivolidad que vengo cuestionando desde hace un rato, ya atañe de forma reduccionista el desarrollo personal si nos limitamos exclusivamente a la satisfacción de necesidades, especialmente si reconocemos que para satisfacer incluso las necesidades más básicas, el costo es muy alto en países con alta desigualdad de oportunidades laborales, por ejemplo. Pero progresando con la lectura, me resulta muy interesante la idea del EIS de distinguir entre desarrollo personal nomotético e idiosincrático. Ya entonces es evidente que no podemos hablar de desarrollo personal sin antes hablar de la existencia de una sociedad que se actualiza. Para bien o para mal. Es ésta quien proporciona la guía para el desarrollo personal individual. Y es justamente lo que ahora está sucediendo. Se están reformulando los patrones que delimitarán el ideal de persona en la actualidad. Pero yo no me quedaría sólo ahí. Ya inevitablemente este proceso es retroactivo, en tanto la sociedad se actualiza influye en la actualización de

la persona, esto también ocurre viceversa. Supongo que a eso se le podría denominar uno de los sentidos de las revoluciones. El re-encontrarnos con nuevos ideales en conjuntos para guiar una mejor vida en sociedad. Porque del bienestar en sociedad también depende el bienestar individual.

Avanzando con la lectura, y además de maravillarme por la sistematización por paradigmas del desarrollo personal nomotético, se me viene a la mente una respuesta ante las preguntas realizadas en el primer párrafo de este escrito, en dónde me pregunta el sentido de conocernos a nosotros mismos, y en este caso, me podría preguntar por el sentido de conocer los “requisitos” del paradigma biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y el sistema self para el desarrollo personal. Mi respuesta fue sencilla pero alentadora: para darnos cuenta de cuáles son las necesidades básicas de una persona para vivir una vida digna. Para saber por qué luchar cuando existen ciertas variables que no están en nuestro control inmediato. Para saber qué exigir cuando se nos están brindando menos. Para saber cuándo poner límites cuando los están transgrediendo. Para saber qué cosas proteger en uno otro. Para tener los lineamientos necesarios que ayuden a nuestro paciente a sentirse mejor. Porque el problema reside justamente en el hecho de que cuando son: las

políticas públicas, alto costo de calidad de vida, las decisiones de una minoría o la desigualdad estructural e histórica, aquello que impide que la persona pueda acceder: un buen dormir, ejercicio adecuado, oportunidad de curar o paliar enfermedades, dieta balanceada, un buen nivel de información y cultura, experiencias vitales que propicien un adecuado análisis de realidad, desarrollo de empatía, variabilidad de emociones, libre acceso a la conciencia, experiencias de apego que permitan el desarrollo de una confianza básica, elegir un ambiente satisfactorio (o en su defecto, acceso a una instancia psicoterapéutica que permita trabajar en todo ello).

Mi intención con la reflexión anterior no es concluir que el desarrollo personal es responsabilidad del gobierno de turno de un país o de la ausencia de conflictos internacionales o medioambientales y eximir de responsabilidad a las personas en sus propios procesos individuales, pero si es precisar que existe una influencia innegable en el desarrollo personal de todos los cuestionamientos, responsabilidades políticas y emergencias que están actualmente aconteciendo en el mundo. Y más aún, mi intención es el poder enfatizar en lo importante que es reconocer el rol de la sociedad y de las personas en priorizar y actualizar aquello que se va a conocer luego como desarrollo personal.

Ahora pareciera que el concepto cobra más sentido en el momento en el que nos vemos convocados como especie. Es justamente el hecho de que somos nosotros, las personas, las individualidades, quienes conformamos lo que se conoce como sociedad. El hecho de que nos encontremos en un contexto de crisis diversas convoca también a la crisis individual. Y toda crisis conlleva una oportunidad, y aquí es donde la idea de desarrollo personal se torna muy útil. Es la oportunidad del desarrollo personal de cada uno. Es la oportunidad del desarrollo personal de la sociedad. Porque en cada conciencia inicia el cambio generalizado. Rescato esta frase del texto que versa: "Cada persona genera su propio ideal de persona y enfrenta el desafío de actualizar sus propias potencialidades, en el contexto social que enfrenta y de acuerdo con sus propios valores (...). En suma, cada persona se nutre de los valores de su sociedad, pero los traduce idiosincráticamente, es decir a su manera". Aquí se nos devuelve un poco el control que tenemos sobre nuestras vidas y la incidencia que podemos tener en el futuro y en la propia crisis que se está resolviendo.

Por lo tanto, entender el desarrollo personal de forma unidimensional (llámese, hablar de él cómo buscar la mejor forma de uno mismo, en un ejercicio exclusivamente auto-reflexivo) es muy nimio y se queda

corto. El desarrollo personal abarca una esfera que va más allá de lo individual y de cuatro paredes, se puede encontrar en las calles, en el activismo, en las batallas, en las búsquedas de mejorar las condiciones de vida, en quienes contribuyen a unir a la comunidad, en los psicólogos que atienden a sus pacientes y en los mismos pacientes que buscan el desarrollo personal explícitamente en consulta. Y es cuando la idea de desarrollo personal se me aparece nutritiva, inclusiva tanto en lo idiosincrático como en lo nomotético y con tintes colectivos, ahora parece que logro comprender su importancia de hablar de ella y la trascendencia para las individualidades y comunidades. En mi opinión, en el desarrollo personal se incluye la esperanza, la oportunidad de la crisis, para que esta se pueda resolver de la mejor manera.

Pese a lo anterior, cabe preguntarse aquello que aparece a modo de epílogo en el texto: en situaciones al límite, se puede desplegar tanto la grandeza como la miseria de una persona. Con los ejemplos de la Alemania Nazi, es imposible no pensar en Hannah Arendt y su concepto de la banalidad de la maldad, que en términos muy simples su que posiblemente ofendan a la misma autora, se refiere a que personas normales cometen actos crueles no porque son personas crueles, sino porque para actúan

dentro de las reglas del sistema al que pertenecen sin reflexionar sobre sus acciones. Y ella recalca que nadie se encuentra exento de esto. Ante este panorama, pareciera incluso más importante el conocer los nortes nomotéticos del desarrollo personal de forma integrativa.

Si efectivamente tuviésemos como nortes idiosincráticos aquellos expuesto por paradigma desde un principio, probablemente muchos de los problemas que actualmente están ocurriendo, no los tendríamos. Específicamente la capacidad de empatía, de poder amar, tener menos signos cognitivos, poseer un *awareness* amplio de la relación conducta/consecuencias, capacidad de autoaceptación, entre otros, permiten no sólo el desarrollo personal, sino también el gusto por el desarrollo personal ajeno. Limitaría el deseo de poder y abrazaría la idea de que todos pudiesen tener la oportunidad de priorizar su propio desarrollo personal integrativo.

El lado positivo radica, entre otros puntos, en que la noción de desarrollo personal (y ahora entendiéndolo no exclusivamente desde una perspectiva individual sino también social) no es estática, por el contrario, es cambiante y, en definitiva, se puede reformular entre todos. Y es desde ahí donde se tiene que trabajar desde donde nosotros podemos influir. Nuevamente haciendo alusión a que toda crisis puede ser una

oportunidad de crecimiento. De desarrollo personal/social.

Por último, me gustaría destacar la importancia que ha tenido lo anterior con la comprensión del rol de psicólogo. Ya que, así como el concepto de desarrollo personal no está exento de la sociedad y el acontecer contextual, el quéhacer terapéutico tampoco lo está. Tenemos una responsabilidad tanto individual como social frente a aquellas variables que guían el crecimiento personal y mientras, efectivamente no existan las condiciones óptimas e igualitarias para que cada persona tenga la oportunidad de desarrollarse personalmente, tenemos que esforzarnos para aprender a ayudar a los demás a obtener bienestar desde los recursos que actualmente tiene y/o puede desarrollar o cambiar, mientras que a su vez intentamos, dentro de lo que se encuentre en nuestras manos, lograr aportar en los cambios mayormente estructurales.

Finalmente agradezco la instancia de reflexión en torno a este tema, considero que me voy enriquecida en conocimientos más profundos que me permitirá no sólo ser mejor terapeuta gracias a los lineamientos que se presentan en el texto desde la psicoterapia integrativa EIS que me permite mirar desde diversos paradigmas del ser humano sino y en el bienestar de las personas.

Referencia

Opazo, R. (2004). Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo R. Eds. *“La Integración en*

Psicoterapia: Manual Práctico”. Paidós. Barcelona. 2004.

Desarrollo Personal: ¿un norte cambiante?

Ps. Francisca Campos R.*

*“(…) en el devenir evolutivo del hombre se han venido diferenciando necesidades de supervivencia, de seguridad, de satisfacción sexual, de afecto, de compañía social, de prestigio, de poder, de saber, de trascendencia.”
(Opazo, 2004, p. 1)*

A lo largo de la historia, el hombre ha ido diversificando y sofisticando sus necesidades, la cobertura de las llamadas necesidades básicas, entendidas estas como las mínimas necesarias para la supervivencia humana, no son, ni han sido suficientes para alcanzar el desarrollo de la persona, inclusive aquellas reconocidas como fundamentales, añadiendo las de protección y afecto parecen no cumplir con tal tarea. Pareciera ser inherente a lo humano la búsqueda de un propósito en la vida, un propósito que trasciende a lo fundamental y meramente individual, y que se encuentra y complementa en lo colectivo. Las sociedades, a lo largo de los siglos ha demarcado valores y lineamientos respecto a al cómo debiese desarrollarse el ser humano, dando prioridad a unos u otros, según cultura, lenguaje y roles se juega. Y pese a las diferencias entre cada una y el dinamismo aparente que conlleva el desarrollo personal a lo largo de la

historia, estarían todos de acuerdo en que parte de la condición humana es buscar alcanzar un desarrollo personal óptimo.

No obstante, el tener consenso en lo anterior no ha permitido llegar a una conceptualización única o clara, respecto a qué se entiende por desarrollo personal, muy por el contrario, en el ámbito de la psicología y la psicoterapia, hay tantas conceptualizaciones como enfoques y teoría. Es así como, para Sigmund Freud, el desarrollo personal tendría relación con la ampliación de los campos de consciencia, la reducción de conflictos que generen ansiedad y la obtención de una relación armónica entre las instancias psíquicas. Para Abraham Maslow, involucraría el tránsito hacia niveles más elevados de la pirámide jerárquica de necesidades de la persona. Carl Rogers, por su parte, hablaría de una tendencia natural del ser humano hacia el crecimiento

*Psicóloga clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile. Postítulo psicoterapia Integrativa EIS, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
francisca.campos.r@gmail.com

personal y la auto-realización, lo cual lo llevaría a intentar desarrollar al máximo las capacidades que le sirven para conservar y potenciar al organismo. Philip Lersch, sostendría que la persona adulta busca y desarrolla sus propias potencialidades, no pudiendo lograrlo si se aísla y no vive en sociedad. Mientras que Viktor Frankl propondría el amor como la meta última y más alta a la que puede aspirar el ser humano. Y así como estos autores, continúa la lista de acepciones y conceptualización, la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que la salud conllevaría la búsqueda de bienestar, y no tan solo la ausencia de enfermedad.

Es por lo tanto el desarrollo personal de nuestros pacientes algo relevante a buscar o potenciar dentro de nuestro quehacer clínico. Y por lo tanto, amplía nuestras labores a no solo buscar el alivio sintomático, sino el bienestar integral de nuestros pacientes, a través del establecimiento de patrones estables de funcionamiento que ayuden a la potenciación de sus fortalezas, y la aceptación/corrección de sus debilidades, en la medida que sea posible. Inclusive si pensamos en aquellos cuadros crónicos, como la esquizofrenia o la bipolaridad, los objetivos terapéuticos tienden a ir más allá de la remisión de síntomas y aceptación del cuadro, y apuntan a la construcción de un SELF completo y saludable.

El psicólogo Roberto Opazo, por lo tanto, que el desarrollo personal sería

un “proceso de cambio progresivo de la persona en el tiempo” (Opazo, 2004, p.4), haciendo referencia lo progresivo a un proceso de cambio hacia niveles más complejos de organización, apuntando a un enriquecimiento del funcionamiento, diferenciación de funciones y mejores opciones de integración de las partes y el todo. Aquello tendría dos aristas, lo nomotético y lo idiosincrático, el primero haría referencia a aquel desarrollo personal cuyo cambio progresivo va en dirección a lo que la sociedad considera valioso. Mientras que el segundo haría referencia al cambio progresivo cuya evolución va en dirección a lo que la persona considera valioso para sí misma, y si bien, este último tendería a seguir los lineamientos del primero, cada individuo asumirá a su manera los valores de tal sociedad.

Desde el EIS, se asumiría ambas vertientes y se buscaría constantemente en la práctica clínica el cómo conjugan los nomotético en lo idiosincrático del paciente. Dentro de los aportes que genera esta mirada integral y completa del ser humano, se encuentra la precisión respecto a qué sería desarrollo personal en el ámbito de cada paradigma, y cómo estas interactúan y/o interfieren en las funciones del sistema SELF, generando mayor o menor coherencia o desintegración.

En cuanto al paradigma Biológico, según Opazo, los nortes nomotéticos apuntarían a una ausencia de predisposiciones biológicas hacia la psicopatología, repertorio completo de potencialidades cognitivas, afectivas y conductuales, baja selectividad emocional biológica (neuroticismo, depresivismo, tímido y agresivo), un balance equilibrado entre introversión y extroversión, y la estabilidad en las distintas áreas de la biología: Ausencia de enfermedades, dieta balanceada, descanso suficiente, buen dormir, cuidado del peso, ejercitación adecuada.

En el paradigma cognitivo, por su parte, lo central está dado en las formas de procesamiento de la información, es decir en el cómo se otorga significado a los hechos, de este modo eventos cognitivos (pensamientos o imágenes transitorias) y/o estructuras cognitivas (valores o pensamientos estables), pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos. En el alero de este paradigma el desarrollo personal estaría dado por: un coeficiente intelectual dentro de los rangos normativos, "valentía perceptiva", capacidad de escucha empática, autodiálogos guiadoras, expectativas realistas, altas expectativas de autoeficacia, estilo atribucional flexible, estructuras cognitivas no sesgadas, tolerancia a la crítica, capacidad de autocrítica, ausencia de exigencias o autoexigencias rígidas, despóticas y extremas, procesos de

retroalimentación funcionales, ausencia de magnificación y minimización, valores claros, movilizadores y efectivos, tolerancia a cómo es el otro, y buen nivel de información/cultura. Estos últimos, resultan interesante de analizar al alero de la contingencia social, en donde pareciera haber discursos de polarización extrema, rígidos y poco tolerantes, y en donde lo nomotético y lo idiosincrático pareciera posicionarse desde polos extremos.

El paradigma Afectivo, en tanto, se centra en la energía, y cómo esta conjuga con los elementos o dimensiones que le involucran. Dentro de este paradigma, el desarrollo personal nomotético estaría dado por: repertorio afectivo variado y completo, ausencia de hipersensibilidad emocional, capacidad de compromiso afectivo a largo plazo, estable y profundo; adecuado balance cognitivo/afectivo, afectividad energizante de valores guiadores adecuado balance emoción/sentimiento, umbral hedónico bajo o medio, capacidad para disfrutar, sentido del humor, positivo estado de ánimo base, estabilidad emocional, bajo costo emocional de la vida, ausencia de afectos disfóricos, satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración, adecuada calidez interpersonal, capacidad de empatía, fuerte tendencia al crecimiento personal, y capacidad para amar y amarse a sí mismo.

Dentro del paradigma Inconsciente, Opazo destaca un amplio campo de consciencia, libre acceso a la consciencia, consciencia amplia de las propias cualidades y defectos, ausencia de alexitimia (primaria y secundaria), Awareness amplio de la relación conducta-consecuencia, escaso uso de la represión y mecanismo de defensas inconscientes, consciencia del operar de los auto diálogos y de los pensamientos automáticos, consciencia del operar de esquemas cognitivos.

Por otra parte, en el paradigma ambiental/conductual se sostiene que cambios en el ambiente y/o repertorio conductual pueden influir generando cogniciones, afectos y conductas, inclusive se ha visto como los diversos contextos en los que se desarrolla la persona pueden alterar la neuroanatomía, favoreciendo o perjudicando la adquisición de ciertas habilidades. En este aspecto, según Opazo, resulta relevante para el desarrollo personal: experiencias de apego generadoras de “confianza básica”, Estimulación poco estresante, ausencia de experiencias traumáticas, ambiente variado y completo, ambiente responsivo y contingente, funcionalidad en los sistemas psicosociales, repertorio conductual variado y completo, balance entre impulsividad y sobre control, escasa conducta de evitación, habilidad interpersonal, eficiencia conductas pulsantes, flexibilidad conductual,

mayor actividad que pasividad, y capacidad para la conducta asertiva.

De este modo se observa como cada paradigma puede tener un rol protagónico en determinado momento, y su accionar interactúa de forma circular con las funciones del sistema SELF. Dentro del Enfoque integrativo Suprapradigmático (EIS), el Self constituye el epicentro de la dinámica psicológica, y representa a la persona en su totalidad, no obstante, algunas funciones pueden comprometer más a la persona en su totalidad que otras. La función de identidad responde al sentido de mismidad del individuo, al quién y cómo soy, por lo tanto, el desarrollo personal exigiría tener un sentido de identidad claro, fundamentado y estable, poseer una autoimagen y autoestima positiva, y alcanzar altos niveles de autoaceptación. La función de autoorganización apuntaría al desarrollo de un equilibrio homeostático, pudiendo generar una apertura al cambio sin poner en riesgo la propia identidad, y cuyos elementos organizacionales permitiera el restablecimiento de la coherencia interna ante situaciones desorganizadoras. La función de significación integral exige la participación del sistema SELF en su totalidad, es la encargada de sintetizar en una totalidad las significaciones biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes. A través del significar el individuo da sentido a sus experiencias

y logra encaminarlas hacia una conducción de vida coherente con su ideal idiosincrático. De la mano de esta función, tenemos la búsqueda de sentido, que apunta a la construcción de valores personales movilizados y toma de decisiones que favorecen la construcción de un ideal de SELF, tomando los elementos nomotéticos e individuales. Por último, la función de conducción de vida sería la encargada de movilizar conductas y romper con la inercia de la dinámica psicológica, requiriendo para el desarrollo personal de la capacidad para satisfacer sus propias necesidades, desplegar esfuerzos persistentes, creatividad y capacidad para postergar impulsos.

El desarrollo personal se constituiría entonces como la meta superior y última a alcanzar como seres humanos, en una meta dinámica y compleja como la humanidad misma. Al ver las diversas interacciones entre paradigmas y funciones del sistema SELF en la construcción del ideal nomotético y cómo este se va transformando idiosincráticamente, resulta abrumador su análisis. Sin embargo, pareciera ser un tópico de constante contingencia, dado que la persona es dinámica, la sociedad se moviliza a ritmos acelerados también, de este modo tenemos en la actualidad una disputa nacional y mundial, respecto a cuál es el ideal de persona que estamos construyendo.

Si tomamos como ejemplo a la denominada generación millenials, parecieran haber un mayor consenso en torno a la relevancia de la búsqueda del desarrollo personal. En la industria laboral se estima que 9 de cada 10 millenials prefiere el desarrollo personal por sobre el pago de bonos, buscando oportunidades de empleo que le permitan ser felices por sobre el nivel de ingreso. Paradójicamente, la salud mental parece estar cada día más deteriorada, los índices de ansiedad, depresión y suicidabilidad van en crescendo, especialmente en la población adolescente. Sin embargo, pareciera haber niveles tan altos de malestar y descontento, que, en el contexto de las prioridades occidentales actuales, los diversos grupos sociales han apostado por la búsqueda colectiva del bienestar, por la lucha masificada de crecimiento personal. En este punto, tenemos esta semana a un grupo organizado de adolescentes que en Chile se niega a rendir la PSU, como forma de manifestación ante la desigualdad en el ámbito educativo, rompiendo de este modo de forma simbólica con aquello que es visto como el puente hacia el alcance de una profesión, que posteriormente llevaría al alcance de un desarrollo ideal. Estos mismos estudiantes protagonizan el 18 de octubre el inicio del estallido social en nuestro país, en donde las demandas que partían por un alza en el pasaje adulto se magnifican hasta los distintos rincones de injusticia social. Resulta

interesante reflexionar entonces, respecto a cómo los estudiantes están modificando los nortes guadores del desarrollo personal. Si pensamos en la descripción por paradigma y funciones del sistema SELF, respecto a condiciones que favorecen el alcance del ideal de desarrollo del individuo, y lo contrastamos con la realidad desigual de nuestro país, parece posicionarse como una tarea bastante difícil y hasta utópica en nuestra realidad. Lo cual explica en cierta medida la masa de población consultante que se acrecienta día a día.

Por último, sería atractivo también ver cómo la concepción de desarrollo personal varía en un contexto cultural

oriental, e identificar qué aportes podría entregarnos esta parte del hemisferio, que pudiésemos integrar a nuestro quehacer clínico, aportando a la potenciación del cambio en el desarrollo integral de nuestros pacientes

Referencia

Opazo, R. (2004). Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo R. Eds. *“La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico”*. Paidós. Barcelona. 2004.

Reflexiones Clínicas

Dungeons and Dragons como espacio de autocuidado para prevenir y trabajar con psicólogos que presentan burnout.

Abstract

This research studies the characteristics of the Burnout, its implications for the subject, and how it affects its performance, particularly in mental health workers, presenting self-care as an instance to decrease this condition. Specifically, the role-playing game of Dungeons & Dragons is proposed, where its dynamics and aspects of game theory are presented. The discussion shows the skills worked in Dungeons & Dragons that distinguish it from other instances of self-care such as work on adaptability, creativity and self-efficacy, as well as not implying a higher material expense. The need to generate further empirical research on the benefits that Dungeons & Dragons can deliver in different instances and contexts... is proposed as a limitation.

Keywords: self-care, Dungeons and Dragons, psychologists, burnout.

Resumen

La presente investigación estudia las características del Burnout, sus implicancias en el sujeto y cómo afecta en su desempeño, particularmente en los trabajadores de salud mental, presentando el autocuidado como una instancia para disminuir esta afección. Específicamente, se plantea el juego de rol de Dungeons & Dragons, donde se presenta su dinámica y aspectos sobre la teoría de juego. En la discusión se presentan las habilidades trabajadas en Dungeons & Dragons que lo distinguen de otras instancias de autocuidado como el trabajo en adaptabilidad, creatividad y autoeficacia, además de no implicar un gasto material mayor. Se plantea como limitación la necesidad de generar mayor investigación empírica sobre los beneficios que puede brindar Dungeons & Dragons en distintas instancias y contextos.

Palabras clave: autocuidado, Dungeons and Dragons, psicólogos, burnout.

INTRODUCCIÓN

El burnout se define como la etapa final de un estrés crónico a largo plazo, este síndrome está compuesto por tres dimensiones: una disminución de la autoeficacia, presencia de

fatiga mental-emocional y aparición de pensamientos negativos sobre el ambiente laboral (Maslach, 2003, citado en McCormack, MacIntyre, O'Shea, Herring & Campbell, 2018).

*Licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
jsandoval1@uc.cl

Estas tres dimensiones son relevantes para el desempeño profesional, especialmente para los psicólogos clínicos, quienes se presentan en sesión con sus sentimientos, pensamientos y vivencias (Aron, 1996, citado en Szmulewicz, 2013), los cuales, como se presentaron anteriormente, se ven interferidas por situaciones de estrés. Un estudio en centros de salud de Estados Unidos develó los porcentajes asociados a sintomatología de estrés en sus profesionales: un 59% tenía una presencia de estrés laboral ocasional, un 12% presentaba sintomatología persistente, un 18% mostraba principios de burnout y un 3% tenía burnout (Williams, Reed, Self, Robiner & Ward, 2019). Por otro lado, un estudio australiano dio cuenta que la tasa de ideación suicida en psicólogos es el doble comparado a la población general, donde el 75% de una muestra de psicólogos en práctica presentaron trastornos psicológicos (Benedetto, 2015). Estas cifras ilustran la vulnerabilidad de la población de los profesionales de salud mental a verse afectados por situaciones de estrés o desarrollo de patologías psicológicas.

En relación con las situaciones de vulnerabilidad laborales, cada vez se ha tomado más conciencia respecto al autocuidado, el que se entiende como el participar en actividades que promuevan el desarrollo y trabajo efectivo del

profesional de una forma holística pensando en el bienestar del sujeto (Lee & Miller, 2013)

En cuanto a la salud mental en Chile, el financiamiento que esta recibe de parte del Estado ha sido catalogado como deficiente si se compara con otros países que presentan PIB similares (Errázuriz, Valdés, Vöhringer & Calvo, 2015). Esto implica que los recursos destinados para el personal y actividades de autocuidado tienden a ser insuficientes. Es deber del lugar de trabajo el desarrollar programas habilitados para ofrecer los cuidados necesarios a fin de proteger a los profesionales del burnout (Barudy, 1999), De manera que es importante que las soluciones presentadas sean costo-eficientes, considerando el presupuesto destinado para ello.

El objetivo del siguiente trabajo es indagar respecto a la viabilidad de la utilización del juego de rol Dungeons and Dragons como una herramienta de autocuidado efectivo para disminuir la presencia de síntomas de burnout en profesionales de la salud mental de Chile.

MARCO TEÓRICO

Burnout y sus efectos en el área laboral.

Como fue mencionado anteriormente, el burnout afecta tres dimensiones, una de estas refiere al ambiente laboral. Barudy

(1999) explicita que el desarrollo de redes profesionales sanas debe ser considerado también un instrumento básico para evitar la fatiga profesional.

Las características de una red que garantiza el cuidado de sus miembros son: coherencia interna -claridad de los modelos, protocolos de intervención, misión y visión institucional-, plasticidad estructural -permite adaptarse y ser creativos ante los desafíos- y capacidad de asociación -poder manejar las diferencias y coordinar las tareas en base a debilidades y fortalezas de cada individuo-.

Teorías sobre el juego.

Rollings y Morris (2004, citados en Consalvo, Busch & Jong, 2016) definen el juego como una serie de elecciones interesantes las cuales no deben ser triviales, mientras que Huizinga (1949) lo establece como una forma especial de actividad con una significación y función social. Estas definiciones implican mayor complejidad de lo que se le ha atribuido históricamente al juego, conllevando a una utilización de funciones mentales más elevadas de las que suelen pensarse.

Huizinga (1949) utiliza el concepto de círculo mágico como el espacio simbólico donde se sitúa el juego y sus reglas encapsuladas en sí mismas, teniendo la realidad como un límite del juego. Este

espacio es esencial para su desarrollo y permite encuadrar la actividad como parte de un trabajo abstracto elaborado en ficción.

Por otro lado, se ha demostrado que las elecciones plasmadas por los participantes en los juegos están basadas en constructos sociales y experiencias del vivir en sociedad. En una consulta a 1.000 jugadores se obtuvo como resultado que 59% de estos eligen consistentemente jugar actuando de forma socialmente aceptada en su primera interacción con un juego, solo un 5% elige el “lado oscuro” en su primera experiencia (Lange, 2015).

En esta línea, un estudio cualitativo sobre las actitudes de jugadores frente a decisiones morales reveló que la primera vez experimentando un juego comúnmente es la más significativa, por tanto, se vuelve esencial en la experiencia del juego en su totalidad (Todd, 2017, citado en Consalvo, Busch & Jong, 2019).

Dungeons and Dragons y sus aplicaciones.

Dungeons and Dragons (D&D), o Calabozos y Dragones, es un juego de roles de fantasía medieval, donde su mecánica de juego está basada en la imaginación colectiva. Cada participante crea un personaje y trabaja junto a un grupo de jugadores para resolver desafíos, batallar con monstruos

fantásticos y descubrir elementos mágicos, a través de la narración de situaciones que les presenta el Maestro de Juegos. No existen ganadores ni perdedores, es la experiencia de compartir y co-creación la cual resulta victoriosa (Wizards of the Coast, 2014).

Dungeons and Dragons ha sido utilizado en ámbitos más allá de la entretención. Por ejemplo, este juego de rol fue adaptado como metodología para trabajar habilidades de auto reflexión en estudiantes universitarios del Reino Unido (Clarke, Arnab, Morini & Heywood, 2019), específicamente enfocándose en la metodología de desarrollo de personaje a través de una *tarea épica* y la elección de dos atributos a mejorar durante el curso. Se modificaron los atributos tradicionales de Fuerza, Constitución, Destreza, Sabiduría, Inteligencia y Carisma que utiliza D&D por Motivación, Trabajo multidisciplinario, Creatividad, Colaboración, Conocimiento del sujeto y Bienestar Mental/Físico. Por otro lado, la existencia de monstruos se trabajó desde lo simbólico re-imaginando conflictos de desarrollo profesional, trabajo en equipo, entre otros. Los estudiantes encontraron que fue una herramienta útil para trabajar en la autorreflexión, que ayuda con la motivación y la metodología de 20 minutos de reflexión fue positiva para el proceso (Clarke, Arnab, Morini & Heywood, 2019).

Por otro lado, la organización sin fines de lucro, Games to Grow, realiza talleres para el desarrollo de habilidades sociales en niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista utilizando la metodología de Dungeons and Dragons. Estos, sumado a una investigación junto a Fielding Graduate University, permitieron la creación de un proyecto Critical Core, basado en la experiencia y la modalidad DIR/Floortime - Developmental, Individual Difference, Relationship-based- para trabajar habilidades del FEDC - Function Emotional Developmental Capacities - framework (Mercer, 2015) (<https://www.kickstarter.com/projects/gametogrow/critical-core/description>).

A su vez, el juego de rol ha sido utilizado en el ámbito psicoterapéutico como un medio para trabajar en torno a la alianza terapéutica y elementos de procesamiento emocional (Blackmon, 1994).

DISCUSIÓN

A partir de lo anterior, se plantea la utilización de D&D como una herramienta efectiva de autocuidado para prevenir la presencia del burnout lo que se justifica si pensamos en los elementos, las mecánicas y dinámicas de juego que permiten trabajar respecto de esta patología.

Dos de las características de la red de autocuidado sana – coherencia interna,

plasticidad estructural y capacidad de asociación - (Barudy, 1996) se trabajan directamente en una campaña de D&D. Por un lado, la plasticidad es un elemento intrínseco a una partida de juego, ya que el Maestro de Juegos pone a los participantes en situaciones distintas cada minuto y les incita a encontrar una solución, por tanto, los jugadores deben trabajar con creatividad para poder solucionar el conflicto. Esto exige estar en constante movimiento, lo cual desarrolla la capacidad de adaptarse.

Por otro lado, la competencia de asociación se cultiva en la esencia del juego, al existir dos roles principales, maestro de juego y jugadores, lo que implica una base dialéctica que conlleva coordinación. A su vez, en la mayoría de los casos, existe una variabilidad de características de personajes dentro del grupo, lo cual implica que cada uno cumple un rol particular con las habilidades que posee. Al tener capacidades distintas es necesario que coordinen las actividades por aptitudes, así poder tener un mejor resultado, situación en la que consiste la capacidad de asociación. Barudy (1999) reconoce que a través de dinámicas relacionales, gratificantes y nutritivas, se promueve el reconocimiento de cada uno de los participantes y el respeto de la autonomía y creatividad individual, elementos básicos que nutren un proceso colectivo sano.

Un estudio en Brasil concluyó que la autoeficacia se presenta como factor para aplazar la aparición del burnout (Rodríguez & Carlotto, 2017). En este sentido, D&D va a implicar un trabajo indirecto, si bien la efectividad en el ámbito laboral no se sabe si se vería afectada, en el espacio de autocuidado se propiciaría, ya que, como fue mencionado anteriormente, no existen ganadores o perdedores, todos son vitoriosos en este juego. La forma más tangible de medir la eficacia sería a través del sistema de experiencia ganada tras la sesión, la cual siempre está presente e implica un desarrollo del personaje. Esto puede ser interpretado como un logro y hacer sentir al jugador capaz de avanzar y de tener éxitos.

En términos de la ética del personaje a jugar, esta se ve influenciada por los sentimientos de identidad propia y nociones de moralidad del jugador (Consalvo, Busch & Jong, 2019). Esto tensiona la noción de Circulo Mágico ya que los jugadores se proyectan de alguna forma u otra en sus personajes. Este fenómeno puede ser observado de forma positiva, ya que, es el espacio entre la realidad y ficción donde se permite al sujeto ser fiel a sí mismo, pero pudiendo vivenciar experiencias con mayor libertad.

Por otro lado, los pasatiempos se asocian a una mejora en la salud psicológica, en este sentido, existen diferencias en el

nivel en que las actividades prevén el burnout (Gonzalez & Vanegas-Farfano, 2013). Por ejemplo, actividades que presentan un nivel alto de reto intelectual, concentración e interacción social, son más provechosas en este ámbito (Gonzalez & Vanegas-Farfano, 2013). Estas dos características pueden ser trabajadas en una sesión de Dungeons and Dragons a través de las interacciones entre jugadores y personajes creados dentro de la historia, los desafíos que son presentados y las mecánicas de combate que exigen planear y utilizar el conocimiento del personaje.

Por último, en términos prácticos, un juego de rol como D&D implica un gasto mínimo para la institución que desee implementarlo como autocuidado, ya que solo se necesita papel y lápiz, sumado a datos o algún smartphone que permita descargar una aplicación gratis para suplantar éstos. Esto se sugiere aludiendo al bajo presupuesto dedicado a salud mental y la necesidad de buscar actividades que impliquen un gasto menor para las instituciones.

LIMITACIONES

La falta de investigación sobre las implicancias y beneficios de Dungeons & Dragons de forma directa hace que muchas de las reflexiones llevadas a cabo en la discusión puedan ser solo

conjeturas. Se recomendaría realizar estudios sobre creencias respecto a D&D, resultados de un piloto de D&D como programa de autocuidado en distintas regiones de Chile e incluso otros países de Latinoamérica.

Por otro lado, falta investigación respecto a proyectos de autocuidado, de iniciativa nacional e internacional, y cómo estos han congeñado en instancias con profesionales del sistema de salud público chileno.

Por último, existe falta de información respecto al funcionamiento del sistema privado de salud mental y cómo se presenta el burnout en profesionales que trabajan de manera particular, atendiendo pacientes de forma independiente, donde el elemento del ambiente laboral se vería intercambiado por otro, o bien, reimaginado para esta situación particular.

REFERENCIAS

Barudy, J. (1999). El autocuidado de los profesionales que trabajan en programas de protección infantil. En J. Barudy, *Maltrato infantil: ecología social, prevención y reparación* (1era ed., pp. 213-221). Santiago de Chile: Editorial Galdoc.

Benedetto, M. (2015) Comment on "The Self Care of Psychologist and Mental Health Professionals" (Dattilio, 2015) – Working With the Mentally Ill is a Mental Health Hazard: What Can We do About It?. *Australian Psychological Society*, 50, 400-404. 10.1111/ap.12144.

- Blackmon, W. (1994).** Dungeons and Dragons: The Use of a Fantasy Game in the Psychoterapeutic Treatment of a Young Adult. *American Journal of Psychotherapy*, 48(4), 624-632. [10.1176/appi.psychotherapy](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy)
- Clarke S., Arnab S., Morini L. & Heywood L. (2019)** Dungeons and Dragons as a Tool for Developing Student Self-reflection Skills. In: Gentile M., Allegra M., Söbke H. (eds) Games and Learning Alliance. GALA 2018. Lecture Notes in Computer Science, vol 11385. Springer, Cham.
- Consalvo, M., Busch, T., & Jong, C. (2019).** Playing a Better Me: How Players Rehearse Their Ethos via Moral Choices. *Games and Culture*, 14(3), 216–235. <https://doi.org/10.1177/1555412016677449>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. & Calvo, E. (2015).** Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- González, M. T. & Vanegas-Farfano, M. (2013).** Los pasatiempos y sus efectos en el manejo del estrés y el burnout. *Summa Psicológica UST*, 10(2), 21-28. Recuperado el 20 de enero de 2020 en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200002&lng=pt&tlng=es.
- Huizinga, J. (1949).** Play and Contest as Civilizing Functions. En J. Huizinga, *Homo Ludens: A Study of the Play-Element in Culture* (2nda ed., pp. 46-76). Londres, UK: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Lange, A. (marzo, 2015).** Beyond Binary Choices: How Players Engage with Morality. Ponencia presentada en el Game Developers Conference, San Francisco, United States of America.
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013).** A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96–103. doi:10.1606/1044-3894.4289
- Mercer, J. (2015).** Examining DIR/Floortime™ as a Treatment for Children With Autism Spectrum Disorders. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 625–635. doi:10.1177/1049731515583062
- Rodriguez, S. Y. & Carlotto, M. S. (2017).** Predictors of Burnout Syndrome in Psychologists. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 141-150. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100014>.
- Szmulewicz, T. (2013).** La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-922720130001000008>.
- Williams, A., Reed, B., Self, M., Robiner, W. & Ward, W. (2019).** Psychologists' Practices, Stressors, and Wellness in Academic Health Centers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 10.1007/s10880-019-09678-4.
- Wizards of the Coast. (2014).** Dungeons & Dragons: Player's Handbook. Washington, DC: Hasbro SA.

Consecuencias del maltrato infantil en las relaciones interpersonales durante la adultez del sobreviviente al maltrato

Francisco Rivas Leiva*

Abstract

Child abuse is widely present in our society today, and its consequences can be seen for the rest of the life of the person who suffered it. The aim of the following bibliographical research is to understand the effects that child abuse has on people, and how they manifest themselves in adulthood; both emotionally and behaviourally focused, especially on the replication of patterns of abuse. This was done under the question: does childhood abuse relate to participation in adulthood abuse dynamics? The main findings show us the emotional and behavioral consequences of those who were victims of child abuse, and how both interrelate and explain the reply of patterns of aggressive behavior in adulthood.

Keywords: *child abuse, survivor of abuse, intergenerational transmission, ill-adaptive behavior.*

Resumen

El maltrato infantil se encuentra ampliamente presente en nuestra sociedad actual y sus consecuencias se pueden observar por el resto de la vida de la persona que lo sufrió. El objetivo de la siguiente investigación bibliográfica consiste en conocer los efectos que maltrato infantil tiene en las personas y cómo estos se manifiestan en la adultez, tanto a nivel emocional como comportamental, centrado especialmente en la replicación de pautas de maltrato. Lo anterior se hizo bajo la pregunta ¿se relaciona el maltrato en la infancia con la participación en dinámicas de maltrato en la adultez? Los principales hallazgos nos muestran las consecuencias emocionales y comportamentales de quienes fueron víctimas de maltrato infantil, y como ambas se interrelacionan y explican la repetición de patrones de comportamiento agresivo en la adultez.

Palabras clave: *maltrato infantil, sobreviviente del maltrato, transmisión intergeneracional, comportamiento mal-adaptativo.*

Introducción

Se entiende por maltrato infantil a *“cualquier acto o serie de actos de comisiones u omisiones por parte de un padre o cualquier otro cuidador, que resulta en daño, potencial de daño o*

amenaza de daño para un niño” (Leeb, Paulozzoni, Melanson, Simon y Arias (2008) en Weber, Jud y Landolt (2015)). Continuando con su descripción, estos autores agregan que *“incluye todos los tipos de abuso; físico, sexual*

*Licenciado en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
fc_rivas@uc.cl

psicológico, así como también la negligencia y exposición a ambientes violentos” (p. 237). Actualmente el maltrato infantil es uno de los problemas relacionales más extendidos en nuestro país, y también en América Latina. En el caso de nuestro país, según datos entregados por la Unicef en el año 2018, el 71% de los niños y niñas en Chile declaran haber sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su madre y/o padre; y de este 71% un 25,9 % declara haber sido víctima de violencia física grave de parte de su padre y/o madre.

El maltrato infantil es un tema bastante estudiado, y dentro de la literatura se establece que la vivencia de maltrato en la infancia tiene múltiples consecuencias tanto para la persona a lo largo de todo su ciclo vital como para el contexto en el cual se inserta la persona. El término *sobreviviente al maltrato* se utiliza para nombrar a aquellos adultos que han sufrido de maltrato en su infancia (Weber, Jud y Landolt, 2015). Dentro de las consecuencias del maltrato infantil se tienen problemas internalizantes como lo son los síntomas ansiosos y depresivos o la desregulación emocional, así como problemas externalizantes, tales como la agresividad y repetición de dinámicas de violencia, problemas en el establecimiento de relaciones de pares y dificultades con el ejercicio del rol paterno. A nivel fisiológico también se observó que en aquellas personas que

habían sufrido maltrato en la infancia, tenían una disminución en el tamaño del cerebro y una alteración en los circuitos cerebrales (Bartlett, Kotake, Fauth y Easterbrooks, 2017).

Impacto del maltrato

La literatura consultada, ha demostrado que el maltrato en la infancia impacta de diversas maneras, tanto en el desarrollo de sintomatología internalizante, como lo son la depresión y la ansiedad (Frías, 2015), así como también en la forma en que la persona se ha ido adaptando, ya sea a través de sintomatología en el orden de los emocional o a través de las conductas de la persona a través de todo el ciclo vital.

En la infancia el proceso de regulación emocional, es decir la capacidad de reconocer, comprender y expresar las propias emociones, se encuentra influenciado por la calidad del vínculo establecido por el menor con su cuidador principal (Ehrensaft, Knous-Westfall, Cohen y Chen, 2015). Es a partir de esto que, frente a una situación de maltrato en la infancia, el proceso de desarrollo de la regulación emocional en estos niños se ve alterado por estas situaciones de estrés a nivel familiar, lo que acaba convertido en un pobre funcionamiento social e interpersonal en el niño (Cicchetti y Lynch, 1993 en Ehrensaft, Knous-Westfall, Cohen y Chen, 2015).

Frías (2015) señala que la violencia en la infancia afecta la estabilidad emocional de las víctimas manifestándose por medio de problemas de ansiedad, depresión o estrés postraumático, y además añade que ser víctima de maltrato en la infancia propicia, que durante la adolescencia estos sobrevivientes muestren conductas más agresivas.

Weber, Jud y Landolt (2015), señalan que los niños que han sufrido de maltrato de parte de sus padres pueden aprender formas mal adaptativas para hacer frente a las experiencias de su vida, lo que a su vez puede influir en la manera en que se ven a sí mismos y a su entorno, impactando de esta manera, cómo lidian con sus relaciones interpersonales en etapas posteriores de su vida. En una serie de estudios llevados a cabo en Corea del Sur, en uno de ellos (Lee y Kim, 2017) se observa que los niños sometidos a una crianza violenta, es más probable que se comporten de una manera más violenta al momento de relacionarse con otras personas, en especial con sus pares, y estos autores señalan que esto es debido a que la relación cuidador-niño crea la base para las relaciones interpersonales posteriores. Lee y Kim (2017) añaden además que, en el caso de adolescentes con historia de maltrato infantil, se observan mayores niveles de ira y depresión, los cuales moderarían el proceso de transformación desde

víctimas a victimarios, pasando de ser víctimas de maltrato infantil a victimarios en intimidación escolar e incluso llegando a comportamientos delincuenciales.

La desregulación emocional observada en estos niños que han sufrido de maltrato, actúa como predictor de varios resultados negativos en las relaciones formadas por estos en etapas futuras de su desarrollo, como relaciones discordantes en la adolescencia y adultez, sumado a la presencia de dificultades en el ejercicio de su rol parental (Ehrensaft y colegas, 2015). Dentro de estas dificultades en el ejercicio del rol parental, se encuentra por un lado la repetición de conductas de maltrato hacia sus propios hijos, ya que según la evidencia recogida por Ben-David, Jonson-Reid, Drake y Kohl (2015) da cuenta de que el haber sufrido maltrato de niños o haber estado en una relación de cuidados negligente, aumenta la probabilidad de que estas personas al convertirse en padres incurran en conductas de maltrato infantil. Ben-David, Jonson-Reid, Drake y Kohl (2015), tomando en cuenta la Perspectiva del ciclo de violencia, señalan que el abuso lleva a la perpetración de abuso, y esto se debe a que estar expuesto a padres abusivos durante la infancia y adolescencia aumenta el riesgo de que la víctima aprenderá que tales comportamientos son aceptables y

efectivos, incorporándolos a sus propias pautas de crianza, siendo adultos. Sin embargo, estos autores señalan que el maltrato episódico no influía tan fuertemente en la constitución de este riesgo a futuro, pero la exposición sostenida en el tiempo al maltrato, y en especial aquel de tipo negligente, se encontraba fuertemente relacionado con el aumento del riesgo de recurrir a conductas de maltrato con sus propios hijos. Ehrensaft y colegas (2015), señalan que la historia de abuso físico y sexual en la infancia de personas adultas, influye en varias características de la paternidad como satisfacción con el rol (como figura contenedora), disponibilidad, tiempo pasado con el niño e inoperancia percibida (en hacerse cargo de las necesidades físicas y emocionales del niño), e incluso evidenciándose bajos niveles de disciplina, evitándose la instalación de límites en los roles dentro del grupo familiar, elementos que facilitarían la repetición de conductas de maltrato de padres a hijos.

Estas conductas agresivas se mantienen en el tiempo una vez que el niño ha crecido y se pueden observar incluso en la adultez de la persona, convertida no sólo en prácticas de crianza violentas hacia los propios hijos, sino que también en pautas de interacción violentas, observables a través de conductas violentas en la relación con la pareja (Ochoa, Restrepo, Salas Zapata, Sierra y

Torres de Galvi; 2017), así como también mediante técnicas de cuidado que podrían ser calificadas como maltrato en la vejez, hacia los padres (Ortiz y Arroyo, 2017). Ortiz y Arroyo (2017) señalan que aquellos miembros de una familia donde se incurre a técnicas de crianza violenta han aprendido a actuar de forma violenta para conseguir sus objetivos y pueden reproducir este mismo patrón de comportamiento en sus propias casas cuando son mayores. En un estudio que buscaba conocer la relación entre maltrato infantil y violencia en el noviazgo (Martínez Gómez, Vargas Gutiérrez y Novoa Gómez; 2016), encontró que en una gran cantidad de parejas cuyos miembros tienen menos de 22 años se dan dinámicas de violencia física o psicológica, y que estas en gran medida estaba influenciadas o por haber presenciado estas dinámicas en sus padres o porque vivieron algún tipo de conducta de maltrato en sus infancias. A partir de estos, los autores señalan que la exposición a violencia entre los padres en la infancia y adolescencia podría estar relacionada con modelos de imitación que facilita la victimización en etapas posteriores de la vida. Estas conductas pueden ser un producto del aprendizaje por observación de situaciones de violencia intrafamiliar en sus familias de origen.

En el caso del maltrato hacia los padres cuando estos son adultos mayores, Ortiz

y Arroyo (2017) observan que, en varios de los casos estudiados de maltrato hacia estos adultos mayores de parte de sus hijos, estos viejos que ahora están a cargo de sus hijos, en su momento también fueron padres violentos con ellos, incurriendo en prácticas de maltrato infantil. Frente a esto, Ortiz y Arroyo (2017) señalan que, en el caso de los hombres violentos en su hogar, estos suelen haber sido niños maltratados por sus padres o, al menos haber sido testigos de la violencia que su padre ejercía hacia su madre. A partir de esto, señalan que el uso de un acto de violencia tiene un proceso de aprendizaje que se da en la infancia y tiende a repetirse como formas posibles de resolver conflictos en la adultez (Corsi, 1994 en Ortiz y Arroyo, 2017).

Las consecuencias que se producen por causa del maltrato infantil, tanto a nivel emocional como comportamental no se dan como dos fenómenos separados entre ellos, sino que se encuentran relacionados entre ellos e incluso se complementan. Kim y Lee (2018) señalan que el comportamiento agresivo y el humor depresivo en algunos adolescentes se encuentran relacionados a la experiencia de violencia parental, y que esto puede obstaculizar el desarrollo normal del niño y adolescente, pudiendo sus consecuencias durar hasta la misma adultez. Smith, Cross y Winkler (2014) citan un estudio realizado por Milner,

Halsey y Fultz en 1995, donde observan que en el caso de madres que estaban categorizadas como de alto riesgo de maltrato infantil, una afectividad negativa en estas madres precedía a las conductas maltratadoras, encontrando de esta manera una asociación entre los resultados emocionales del maltrato infantil con la replicación de este. Smith, Cross y Winkler (2014) además agregan que una mayor presencia de rabia en estas madres se encontraba relacionado con el hecho de haber sido víctima de maltrato en su propia infancia y con pautas de crianza más violentas.

Discusión y conclusiones

A partir de la información recolectada, es posible observar que la presencia de antecedentes de maltrato en la infancia, se relacionan con la presencia de dinámicas de violencia en la adultez. Los distintos estudios observados, muestran que el maltrato en relaciones de pareja (Martínez Gómez, Vargas Gutiérrez y Novoa Gómez, 2016; Ochoa, Restrepo, Salas Zapata, Sierra y Torres de Galvi, 2017), el maltrato en la adultez mayor (Ortiz y Arroyo, 2017) y la utilización de técnicas de crianza violentas (Bartlett y colegas, 2017) se encuentran relacionadas con ser un superviviente del maltrato infantil, es decir adultos que en su infancia sufrieron de maltrato por parte de alguno de sus padres, y cuyas

dinámicas de maltrato se mantuvieron y transformaron en el tiempo.

Las principales explicaciones que se dan a los mecanismos detrás de este fenómeno se basan en la hipótesis de la transmisión generacional (Bartlett y colegas, 2017). Estas autoras señalan que es precisamente a partir de esta transmisión generacional, que se da de una generación a la otra de estas pautas de crianza más violentas, que se puede explicar por qué se vuelve difícil erradicar de una vez por todas el maltrato infantil de nuestra sociedad, y esto es debido a que este tipo de conductas se van traspassando a través de los integrantes dentro de un grupo familiar a través de las distintas generaciones, y se van perpetuando estas conductas en el tiempo.

En este sentido, Lee y Kim (2016) señalan que diversos estudios han mostrado que estos niños que han sufrido de maltrato en la infancia, han aprendido estrategias violentas de resolución de conflictos sobre la base del efecto de modelaje (modeling effect), lo cual explicaría que estas conductas violentas no se mantengan solamente en sus relaciones intrafamiliares en la adultez, sino también que explican la adopción de comportamientos mal adaptativos al relacionarse con otras personas en distintos momentos de su vida. Por otro lado, y viendo el caso específico de la

adultez mayor, Ortiz y Arroyo (2017) señalan que *“en términos sistémicos... se podría hablar de que la violencia o maltrato hacia los varones mayores, es un fenómeno interaccional, interdependiente y que se retroalimenta a partir de una comunicación circular que se da a lo largo de la vida familiar”* (p. 107), dejando en claro esta idea de que estas conductas se encuentran presentes en la familia desde hace tiempo, y se vienen replicando a través de varias generaciones, la cual la misma familia va validando por medio de su utilización.

Se observó como la normalización de estas formas de disciplina que incurren en prácticas violentas, junto con la influencia de la falta de desarrollo en el proceso de regulación emocional, terminaban influenciando la aparición de conductas mal adaptativas que dificultaban las relaciones interpersonales cuando el niño crecía, llevándolo a tener conductas agresivas que dificultaban su interacción con otras personas. En una investigación llevada a cabo por Henry, Thornbery y Lee (2015) se encontró que un factor protector frente a la presencia de síntomas depresivos en la adultez en personas que fueron maltratadas de niños es el tener relaciones interpersonales profundas y satisfactorias. Según los autores, en el grupo de personas que tenían historia de maltrato vs quienes no la tenían, a este tipo de relaciones les daban mayor

importancia y los autores sugieren que estas personas frente a este tipo de relaciones simplemente comienzan a preocuparse más por ellas. A partir de la información obtenida en este estudio, se puede comenzar a dimensionar la importancia que el desarrollo de relaciones significativas en el futuro de estas persona puede tener para contrarrestar el efecto provocado en sus relaciones interpersonales por la falta de una relación positiva con su figura protectora durante la infancia, contribuyendo de esta manera a la activación de redes de apoyo para el individuo que le ayuden, por un lado a disminuir la sintomatología depresiva tal y como señalan estos autores, como también el establecimiento de nuevas bases que le permitan a la persona relacionarse de una manera más positiva.

A partir de los resultados obtenidos de esta investigación bibliográfica, se observa la complejidad de procesos que

se encuentran involucrados en la normalización y transmisión de las pautas de crianza que recurren a técnicas violentas, y que se transmiten de una generación a otra, provocando consecuencias en el desarrollo del niño a nivel físico, emocional y comportamental, influyéndose entre ellos estos tres componentes a lo largo de toda la vida.

Sin embargo, a partir de las observaciones obtenidas a partir del estudio de Henry y colegas (2015), se obtienen luces sobre la importancia de una intervención de tipo sistémico en casos de maltrato, prestando atención no sólo a la historia de maltrato relatada por la persona sino también cómo estas prácticas se puede estar replicando en distintos espacios de la vida familiar de esta persona y con distintas personas que componen su grupo familiar.

REFERENCIAS

- Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017).** Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse & Neglect*, *63*, 84–94. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.021
- Ben-David, V., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Kohl, P. L. (2015).** The association between childhood maltreatment experiences and the onset of maltreatment perpetration in young adulthood controlling for proximal

and distal risk factors. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 132–141. doi:10.1016/j.chiabu.2015.01.013

- Ehrensaft, M. K., Knous-Westfall, H. M., Cohen, P., & Chen, H. (2015).** How does child abuse history influence parenting of the next generation? *Psychology of Violence*, *5* (1), 16–25. doi:10.1037/a0036080
- Frías Armanta, M. (2015).** Repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. *Interamerican Journal of Psychology*, *49* (1), 108-116.
- Henry, K. L., Thornberry, T. P., & Lee, R. D. (2015).** The Protective Effects of Intimate

Partner Relationships on Depressive Symptomatology Among Adult Parents Maltreated as Children. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 150–156. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.02.015

Martínez Gomez, J.A., Vargas Gutiérrez, R y Novoa Gómez, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. *Psicología, avances de la disciplina*, 10 (1), 101-112.

Kim, S., & Lee, Y. (2018). Do Multiple Forms of Social Capital Mediate the Relationship Between Parental Violence and Children's Maladaptive Behaviors? *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20. 088626051876000. doi:10.1177/0886260518760009

Lee, Y., & Kim, S. (2017). *The role of anger and depressive mood in transformation process from victimization to perpetration.* *Child Abuse & Neglect*, 63, 131–140. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.014

Ochoa, O., Restrepo, D., Salas Zapata, C., Sierra, G. M., & Torres de Galvis, Y. (2017). Relación entre antecedente de maltrato en

la niñez y comportamiento maltratador hacia los hijos. Itagüí, Colombia, 2012-2013. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-9. doi:10.1016/j.rcp.2017.05.014

Organización de Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Cifras UNICEF 2018: Chile.* Recuperado de <https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2018/03/cifras-unicefv2.pdf>

Ortiz Chávez, V y Arroyo Rueda, M.C. (2017). Hombres mayores maltratados. *Subjetividades y retroalimentación familiar de la violencia.* *Iberofórum*, 12 (24), 100-124.

Smith, A. L., Cross, D., Winkler, J., Jovanovic, T., & Bradley, B. (2014). Emotional Dysregulation and Negative Affect Mediate the Relationship Between Maternal History of Child Maltreatment and Maternal Child Abuse Potential. *Journal of Family Violence*, 29(5), 483–494. doi:10.1007/s10896-014-9606-5

Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. A. (2015). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25 (2), 237–255. doi:10.1007/s11136-015-1085-5

El sustrato psicoemocional del desarrollo de enfermedades somáticas prevalentes en la vejez: una revisión.

Isadora Díaz Yunis*

Abstract

From a psychogerontological approach to aging, the present work performs a bibliographic review and theoretical articulation framed, in therapeutic approaches, with psychosomatic approach and emphasis on emotional processing. With the aim of analyzing the psychoemotional substrate in the somatic vulnerability of older adults and, the consequent development of certain pathologies common in old age. Together with an overview of elements of seniority and health-disease; from psychogerontology and the biomedical model. The terms of psychogerontology and psychosomatics are required. It also reviews the role of stress, and the role of expressing and processing emotions... over the process of somatization, along with the sociocultural mechanisms of emotional control observed in Western societies. Finally, findings regarding the development of prevalent pathologies in old age, are examined; and proposals are presented for future interventions in the prevention, evaluation and treatment of health in aging.

Key Words: *Psychogerontology; Elder Pathologies; Somatization; Psychoemotional Factors; Emotional Processing.*

Resumen

Desde una mirada psicogerontológica del envejecimiento, el presente trabajo realiza una revisión bibliográfica y articulación teórica enmarcada en aproximaciones terapéuticas con enfoque psicósomático y énfasis en el procesamiento emocional con el objetivo de analizar el sustrato psicoemocional en la vulnerabilidad somática de los adultos mayores y el consecuente desarrollo de ciertas patologías comunes en la vejez. Junto con una breve revisión elementos de la tercera edad y la de salud-enfermedad desde la psicogerontología y el modelo biomédico, se precisan los términos de psicogerontología y psicósomática. Se revisa, también el rol que cumplen el stress y la expresión y procesamiento de las emociones en el proceso de somatización, junto con los mecanismos socioculturales de control emocional observados en las sociedades occidentales. Finalmente, se examinan hallazgos en relación al desarrollo de patologías prevalentes en la vejez y se presentan propuestas para intervenciones futuras en materia de prevención, evaluación y tratamiento de la salud en el envejecimiento.

Palabras Clave: *Psicogerontología; Patologías de la Vejez; Somatización; Factores Psicoemocionales; Procesamiento Emocional.*

INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios asociados a la modernidad que se observa actualmente en nuestras sociedades es el envejecimiento acelerado de

la población debido al aumento de la esperanza de vida y el descenso en los niveles de fecundidad (SENAMA, 2009). En Chile, el 16,2% de la población corresponde a personas sobre 60 años y para el 2025 se espera que la

*Licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

idadiaz3@uc.cl.

población mayor constituya un 20%, lo que superará el porcentaje de población menor de 15 años (Campos, *et al.*, 2014; SENAMA, 2017). También, se contempla que "mientras la población en general crecerá un 57% para el año 2050, los adultos mayores lo harán en un 182%" (CNIC, 2013, p.114).

El crecimiento de la población mayor no solo tiene un impacto en el plano demográfico sino que además, supone una serie de desafíos para la investigación e intervención de diversas profesiones al momento de abordar las nuevas demandas derivadas del envejecimiento poblacional. En este contexto, dentro del área de la salud, surge la necesidad de que profesionales generen propuestas que favorezcan la calidad de vida y salud psicofísica de las personas mayores, ya que en muchos casos el envejecimiento se asocia a la enfermedad, discapacidad y dependencia.

Tradicionalmente, en el campo de la medicina, se consideraba que un agente externo producía una condición de enfermedad. Paulatinamente, se ha descubierto que dentro del estado de salud-enfermedad intervienen otros factores además de los biológicos y que este es un proceso complejo que integra sistemas biológicos, psíquicos, sociales, y sus interacciones (González y Velázquez, 2002). Es a partir de este

entendimiento que la Psicogerontología se aproxima al envejecimiento. Asimismo, la OMS hace años sostiene e impulsa un abordaje bio-psico-social del tema (Pérez, 2011). Sin embargo, "por diferentes relaciones de poder establecidas en el mundo académico y científico, lo "bio" siempre aparece primero, y es el aspecto más jerarquizado" (Pérez, 2011, p.7). Además, pese a que se han descrito determinados factores de riesgo desde el ámbito biomédico para muchas de las patologías prevalentes en la vejez, aún no se ha aclarado por qué personas con idéntico riesgo presentan grados distintos de enfermedad. Este es un aspecto que aún queda por resolver en el área de la salud.

Si bien en la tercera edad se encuentran mayores porcentajes de discapacidad, dependencia y existe evidencia de que envejecer suscita alteraciones morfológicas y funcionales en el organismo que aumentan su vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad (IMSERO, 2002; MINSAL, 2018), la realidad es que las personas mayores pueden envejecer de forma satisfactoria si logran adaptarse a los cambios (Rowe y Kahn, 1998). Existen teorías que proponen que las emociones tienen una función adaptativa y que el desarrollo de enfermedades somáticas podría vincularse a características psicológicas que involucran un procesamiento emocional restringido (Rendón, 2007; Stekel, 1943). En virtud de esto, se

postula que es necesario que exista un procesamiento adecuado de las emociones para favorecer una mayor adaptación a los cambios en el envejecimiento y disminuir así su vulnerabilidad somática. También, esto debe entenderse y trabajarse desde etapas tempranas, pues se reconoce desde la psicogerontología que el envejecimiento no es tan solo una etapa del desarrollo humano, sino que ocurre a lo largo de todo el ciclo vital (Pérez, Oropeza, y López, 2014). No obstante, es escasa la bibliografía respecto a la correlación entre factores psicoemocionales y enfermedades somáticas, aún más tratándose de la vejez.

Considerando lo descrito anteriormente, el presente trabajo se enfocará a analizar la influencia de factores psicoemocionales en la vulnerabilidad somática de los adultos mayores y el consecuente desarrollo de ciertas patologías comúnmente presentes en la vejez, haciendo hincapié en el procesamiento emocional. Se definirán los conceptos de psicogerontología y psicósomática. Se revisará bibliografía sobre el papel que juega la expresión y el procesamiento de las emociones en las afecciones del cuerpo, y su interrelación con los mecanismos socioculturales de control emocional. También se examinará el rol del estrés y la ansiedad en la somatización y desarrollo de enfermedades, con

énfasis en la dimensión emocional. Finalmente, se examinarán los hallazgos en relación al desarrollo de patologías prevalentes en la vejez y se generarán propuestas para intervenciones futuras en materia de prevención, evaluación y tratamiento de la salud en el envejecimiento.

LA PSICGERONTOLOGÍA

La psicogerontología estudia el fenómeno del envejecimiento como un proceso complejo que ocurre durante todo el desarrollo humano, influido tanto por factores externos (sociales, demográficos, culturales, económicos, temporales, históricos, genéticos, biológicos, etc.), como por factores internos (subjetividad del individuo, recursos psíquicos, características de la personalidad, vulnerabilidad emocional, etc.) (Pérez, Oropeza, y López 2014). Plantea que el envejecimiento del sujeto no solo es construido, sino que a la vez el individuo es capaz de construir su propio proceso de envejecer. Se habla de una psicología del envejecimiento que incorpora la variabilidad individual psíquica y considera la complejidad y heterogeneidad de la vejez teniendo en cuenta la interdependencia de factores biológicos, psicológicos y sociales (Pérez, 2011).

De la misma forma, respecto al tema de la enfermedad en la vejez, la psicogerontología establece que sus causas son múltiples y tienen componentes tanto mentales como físicos. Sostiene: “la multiplicidad de procesos psico-sociales que se manifiestan en el modo comunitario y en el estilo de vida del individuo desempeñan un importante papel en la manifestación de los procesos patológicos, en tanto se encargan de moldear o mediatizar los procesos biológicos de la normalidad a la patología, o viceversa” (González y Velázquez, 2002, p.1). Así, la tarea del trabajador del área de la salud consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad como un entramado de factores, contemplando el contexto de la persona y el significado que tiene la dolencia para él (McWhinney & Freeman, 2009). Contrariamente, el modelo biomédico comprende a la enfermedad independiente de la persona que la sufre y de su contexto social. Plantea que las enfermedades mentales deben considerarse por separado de las enfermedades físicas, sosteniendo que cada enfermedad tiene un agente etiológico específico y uno de los objetivos principales de la labor médica es descubrirlo. Desde esa lógica, la tarea principal del profesional de la salud sería diagnosticar la enfermedad y prescribir un remedio específico (Mc Whinney & Freeman, 2009).

Lo psicogerontológico busca hacer frente al modelo biomédico que contempla al sujeto envejeciente y la enfermedad desde una aproximación meramente biológica, genética y evolutiva y pretende ser un punto de encuentro en el campo de la salud, al proponer un abordaje integral, interdisciplinario y especializado, bajo el argumento de que “existen no sólo patologías orgánicas, sino psíquicas y sociales en el envejecimiento” (Zarebski, 2005; Pérez, Oropeza, y López 2014, p.4). Incluso, algunos autores agregan que, en la manifestación de los procesos patológicos, los factores biológicos y sociales estarían mediados por la actividad psíquica humana, por lo que estos no solo debiesen ser tratados de forma integrada, sino que además, la incorporación de lo psíquico sería fundamental para un acercamiento eficaz ante los estados de enfermedad en la tercera edad (MINSAP, 1994).

PSICOLOGÍA SOMÁTICA

Existen muchas formas de enfermar y cada cuerpo manifiesta el padecer de forma particular. En ocasiones las personas expresan a través de síntomas físicos que carecen de una causa orgánica documentada, su malestar emocional, esto es lo que se conoce como somatización (Muñoz, 2009). Actualmente se afirma que más del

90% de las enfermedades presentan un origen psicosomático, y que aspectos psicológicos como la restricción emocional, las estrategias de afrontamiento ante el estrés, conflictos psíquicos y otros, pueden potenciar o desarrollar algunas enfermedades (Balsa, 2012). De esta forma, se comienza a aceptar que alteraciones en aspectos psicológicos, pueden causar enfermedades en el cuerpo (Cano y Tobal, 2001). Frente a este reconocimiento, surge la psicología somática, que supone el estudio de los efectos que tiene la psique en el soma. Desde perspectivas que integran la dimensión corporal y psicológica del individuo, la psicosomática analiza la influencia que tienen los factores emocionales y psicosociales en el origen, desencadenamiento, exacerbación, evolución, prevención y cura de las enfermedades somáticas (Sentis, 2007; Cano y Tobal, 2001). Considera, además, aspectos cognitivos, emocionales, neurofisiológicos y biológicos del ser humano para identificar la vulnerabilidad somática de la persona. Es decir, la psicosomática también se dedica a examinar, cómo y por qué aumenta la vulnerabilidad de un sujeto a que su cuerpo se deteriore más o antes de lo estipulado por las condiciones determinadas de su especie (Zuckerfeld y Zonis, 2005). Se construye así, una visión integral del estado de salud y enfermedad que permite comprender en mayor

totalidad las formas de diagnosticar, prevenir y tratar al sujeto.

FACTORES PSICOEMOCIONALES Y SALUD

Se ha comprobado que las variables psicológicas, y, específicamente, las emocionales, desempeñan un importante papel en el estado de salud física de los individuos. De esta manera, se hace relevante discutir el rol que cumplen las emociones en el desarrollo o curso de las enfermedades.

Emoción

Diversas teorías en torno a las emociones convergen al decir que estas son reacciones psicofisiológicas que organizan las respuestas de un individuo ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo (Arnold, 1960; Izard, 1971). En otras palabras, se postula que las emociones actúan como poderosos estimuladores de la conducta, logrando generar una activación psicofisiológica que moviliza reacciones beneficiosas para la supervivencia del individuo y su óptima relación con el medio (Molerio, 2004). Se discute así, que todas las emociones, incluso las más desagradables, tienen alguna función que les confiere utilidad (Chóliz, 2005). Cabe agregar que estas son de carácter universal; se desarrollan en un breve período de tiempo (segundos) (Ekman, 1984); son maleables (sus condiciones de

activación o parámetros de respuesta no están rígidamente fijados) (Lazarus, 1991); y tienen componentes en los dominios de experiencia subjetiva, comportamiento expresivo, y respuesta fisiológica, (Lang, Rice, y Sternbach, 1972).

Existe evidencia de que bajo ciertas circunstancias (predisposición, recurrencia e intensidad) la activación del sustrato fisiológico de las emociones puede impactar la salud física de los individuos (Plutchik, 1980). Además, hay una larga historia de teorías que vinculan malestares físicos y enfermedades somáticas con características psicológicas que involucran un procesamiento emocional restringido (Stekel, 1943). Incluso ha habido hallazgos consecutivos de que las personas que tienden a restringir sus emociones presentan un riesgo superior a padecer mayores problemas de salud (Schwartz, 1990; Kneier y Temoshok, 1984).

El término de “procesamiento emocional restringido” (REP) se utiliza para todas aquellas condiciones psicológicas que están caracterizadas por una reducida percepción, entendimiento y expresión de las emociones (Brosschot y Aarsse, 2001). Dos grandes ejemplos son el estilo de afrontamiento represivo y la alexitimia. Si bien, ambos constituyen un rango restringido de la experiencia y expresión emocional, existen

diferencias empíricas y teóricas entre los conceptos.

Represión emocional y Alexitimia

La represión emocional es un estilo de afrontamiento habitual que los individuos utilizan como estrategia defensiva para mantener fuera de la conciencia la experiencia subjetiva de emociones dolorosas o desagradables (Paéz, Vergara y Velasco, 1991). La alexitimia, en cambio, significa literalmente “no tener palabras para las emociones”. Denota dificultad para identificar, comprender y comunicar emociones, y, sensaciones corporales. Se diferencia de la represión emocional ya que, además de reprimir la experiencia subjetiva de determinadas emociones, inhibe el comportamiento expresivo emocional (Sifneos, 1973; Páez y Velasco, 1993). Por este motivo, se discute que la conciencia emocional y corporal es aún menor en las personas alexitímicas que en aquellas que utilizan un estilo de afrontamiento represivo, y se plantea que, las últimas, podrían presentar una alta expresión a nivel expresivo-motor, en comparación a las primeras (Fernández-Montalvo y Yárnoz, 1994). A la luz de lo anterior, se plantea que los hallazgos que han descubierto que los represores suelen reportar subjetiva y objetivamente mayores problemas de salud que los alexitímicos, podrían deberse a que en la alexitimia existen mayores dificultades para reconocer y expresar a

nivel comportamental y verbal los malestares corporales que en el caso de los represores (Schwartz, 1990; Kneier y Temoshok, 1984; Fernández-Montalvo y Yárnoz, 1994).

Proceso Emocional

Una de las claves a la hora de entender la repercusión de las emociones en la salud, es la conceptualización del procesamiento emocional. Palmero y Fernández (1999) sostienen que, dentro de este aparecen dos filtros entre una situación –interna o externa– que desencadena el proceso y la manifestación de las emociones en el sujeto. Explican que el primer filtro corresponde a la evaluación cognitiva o significación que la persona hace de un estímulo. Este, modera la activación emocional del sujeto en cuanto a su experiencia subjetiva, expresión corporal, tendencia a la acción y respuesta fisiológica; y, es el responsable de que las emociones se ajusten o no a las demandas de su entorno y que cumplan su valor adaptativo para ser beneficiosas o perjudiciales en la salud del individuo. El segundo filtro, refieren, son los mecanismos socioculturales de control emocional, que actúan entre la activación y la expresión de las emociones, determinando en gran parte los estilos de afrontamiento utilizados. En resumen, la función adaptativa de las emociones va a depender de la evaluación que la

persona haga del estímulo, y de la respuesta de afrontamiento que genere, ambos elementos están determinados en gran parte a los mecanismos socioculturales de control emocional a los que se expone la persona desde su infancia.

Emoción y cultura

Tradicionalmente, en las sociedades industrializadas occidentales, que cargan con una gran influencia filosófica y religiosa de tradición judeocristiana, la expresión emocional del individuo ha sido y sigue siendo considerablemente reprimida, sobre todo en cuanto a las emociones de la ira y la tristeza (Sentis, 2004; Berger, 1967). Esto se puede evidenciar, por ejemplo, a partir de la forma en la que se denominan socialmente la expresión de estas emociones. Colectivamente, la expresión del llanto es significada como “estar mal” o “quebrarse”; mientras que la manifestación de la molestia es descrita como “inapropiada” o “de mal gusto” (Sentis, 2007). Asimismo, las reacciones sociales frente a la expresión emocional suelen ser de censura y espanto. Se desautoriza a la persona a expresar públicamente el llanto mediante frases habituales como “no llores”, “no te sientas mal” o “piensa positivo”; lo mismo pasa con la expresión de la rabia en donde las respuestas generales van de la línea con molestia y alejamiento mediante

frases como “¿qué te pasa?”, “exagerado” o “desubicado”.

La percepción y connotación social negativa de ciertas expresiones enfrentan al individuo constantemente con experiencias de desaprobación y rechazo que se vivencian como una amenaza para su bienestar psicológico (Sentis, 2007). Es por ello que la persona conforma una coraza emocional, como forma de protección, inhibiendo sus emociones (Vallhonrat, 2011). Esto se evidencia a partir del hecho de que, por lo general, muchas personas no expresan lo que les molesta o sienten para no ser rechazados por los demás (Sentis, 2007).

En vista de lo anterior es posible dilucidar que, los valores compartidos cultural y socialmente juegan un papel importante en el funcionamiento psicológico de los individuos en relación a su experiencia emocional (Basabe, *et al.*, 1999; Palmero y Fernández, 1999). Sin embargo, poco se ha discutido sobre las consecuencias que tienen en su funcionamiento biológico y salud física. Autores plantean que los mecanismos socioculturales de control emocional, podrían ser un factor de riesgo importante para una mayor vulnerabilidad somática, sobre todo cuando estos circundan y son interiorizados desde etapas tempranas

del desarrollo (Palmero y Fernández, 1999; Vallhonrat, 2011).

Entendiendo que la infancia es la etapa en donde se construye la subjetividad del sujeto a partir del vínculo social y la identificación simbólica con el otro; lo que el otro haga, diga y exprese en este período, fundarán para el niño el modo de identificarse a sí mismo y de desenvolverse en el mundo (Lacan, 1936). Siguiendo esta línea, si los contenidos que persisten durante la infancia son, por ejemplo, de censura parental o social en torno a la expresión emocional, el niño se identificará con el mensaje de que expresar sus emociones es malo, posibilitando que surjan decisiones adaptativas como la inhibición emocional para ser aceptado en su entorno (Vallhonrat, 2011). Estas adaptaciones inevitablemente se van transformando en estructuras estables de la psique y propician respuestas condicionadas, que se manifiestan más allá de esta etapa del desarrollo, dado que “cualquier estímulo que se asemeje lejanamente al evento que suscitó la respuesta adaptativa, recrean las circunstancias originales en donde tal estructura fue creada. Es decir, reaccionamos mecánicamente frente a un estímulo similar a otro experimentado en la niñez” (Sentis, 2015, p. 8,9). Es posible entender lo anterior y su relación con la enfermedad desde el concepto de estrés.

FACTOR ESTRÉS

Fue el fisiólogo Walter Cannon, quien demostró que los estados emocionales activan funciones fisiológicas que preparan al organismo para una respuesta de estrés frente a situaciones percibidas como amenazantes (Alexander y Selesnick, 1970). La emoción que subyace a una reacción de estrés es el miedo, este nos indica que hay una amenaza y activa una respuesta de estrés como parte de su función adaptativa (Ramos, et al., 2006). De esta manera, si constantemente se reprime al individuo a su expresión emocional, eventualmente, surgirá miedo a expresar y/o a experimentar sus emociones, generándose así una respuesta de estrés cada vez que estas aparezcan.

Estrés

El estrés ha sido definido como una reacción psicofisiológica de lucha o huida ante estímulos evaluados cognitivamente como amenazantes (Dubovsky, 1985). Branon y Feist (1997), postulan que las personas experimentan estrés en la medida en que perciben que el peligro excede sus recursos disponibles y pone en riesgo su bienestar. Dichos recursos son elementos o capacidades, con las que cuenta la persona para afrontar las demandas del acontecimiento amenazante, y son de tres tipos: físicas o biológicas, psicológicas o

psicosociales, y recursos sociales (Escamilla, Rodríguez y González, 2009).

Respecto a la activación fisiológica del estrés, uno de los aportes más representativos ha sido realizado por el fisiólogo americano Walter Cannon, quien concibe al estrés como una especie de homeostasis fisiológica, normal y adaptativa frente a una situación percibida como amenazante (En Molina, 2009). Declara que la activación fisiológica del estrés como respuesta a una situación generadora de tensión, cumple con la función de ayudar al individuo a enfrentarla de manera eficaz, potencia el rendimiento del organismo, logrando que ejecute desempeños que sería incapaz de realizar sin esta activación. Luego de lograr el objetivo, la activación declina rápidamente hasta llegar a la normalidad (Molina, 2009).

Mecanismos de protección y estrés

El mecanismo de protección frente al estrés suele ser activado como un sistema de emergencia, de alta intensidad, carácter agudo y limitado en el tiempo. Su ocurrencia debe ser esporádica para no dejar repercusiones negativas en el estado de salud del individuo. Por el contrario, su frecuente activación produce graves repercusiones en la salud física y psicológica y suele estar implicada en el surgimiento de numerosas patologías (Sentis, 2007). Esto debido a que, si la activación no decrece a niveles

normales, sino que mantiene su estado de alerta y de tensión durante un período prolongado, debilita el sistema inmune y disminuye las reservas de energía, perdiendo así su habilidad para resistir (Sarafino, 1998). De esta manera, si el estrés continúa, interfiere en la ayuda eficaz hacia el individuo y se convierte en un obstáculo para el funcionamiento normal de otros sistemas del organismo, volviéndose más propenso a padecer enfermedades, daño en los órganos internos, e incluso la muerte (Claridge, 1983; Sarafino, 1998; Sentis, 2007). Se discute que la causa para que el estrés llegue a niveles patológicos, tiene que ver con que la interpretación del sujeto de los diversos estímulos suele ser de carácter negativo, catastrófico y desproporcionado, de forma constante, manteniendo la cognición de amenaza en un estado permanente que impide su relajación y retorno a su nivel basal (Molina y González 2002; Chrousus y Gold, 1998).

FACTOR ANSIEDAD

Ansiedad y estrés se han ligado por numerosas investigaciones a la aparición y mantención de diversas patologías. Sin embargo, la distinción entre ambos términos aún no está completamente clara. Existen grandes divergencias en el mundo académico respecto a su diferenciación. Algunos autores plantean que no existen diferencias entre ambos (Chacrot, *et*

al., 1985; Rubio, *et al.*, 1991). Otros, establecen que el estrés se definiría como la reacción psicológica o evaluación cognitiva frente a un estresor y que la ansiedad correspondería a la activación fisiológica únicamente (Mcmanus, 1992). Mientras que existen autores que establecen la presencia de una valoración cognitiva y activación fisiológica en ambos procesos, con la diferencia de que, en la ansiedad, estas respuestas serían de anticipación; y en el estrés de reacción, frente a estímulos percibidos por el individuo como peligrosos (Iruarrizaga, *et al.*, 2016, Sentis, 2007).

El presente trabajo se basará en esta última afirmación para utilizar y comprender los términos de ansiedad y estrés. Se establecerá que el estrés es una reacción psicofisiológica defensiva para afrontar una situación presente, interna o externa, que se percibe como amenazante. Y, se definirá ansiedad como una respuesta, también psicofisiológica, de anticipación del organismo –es decir, asociada a proyecciones futuras– frente a potenciales estímulos (externos o internos), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son valorados como un peligro (Iruarrizaga, *et al.*, 2016; Sentis, 2007).

Dado que tanto estrés y ansiedad constituyen una respuesta fisiológica, funcional y adaptativa para la

supervivencia del individuo que, en caso de ser recurrente, prolongada, y desproporcionada, podría asociarse al desarrollo de patologías (Tobeña, 1983); se desprende que los mecanismos defensivos y procesos biológicos involucrados en la ansiedad serían los mismos que se definieron anteriormente para el estrés.

A continuación, se mencionarán nuevamente y de forma más detallada estos mecanismos, incluyendo al factor de la ansiedad dentro del proceso.

Mecanismos de protección y ansiedad

Bruce Lipton (2007) afirma que en nuestro organismo existen dos sistemas de protección: el sistema de protección externo y el sistema de protección interno. El primero se conoce como HPA, y se refiere al conjunto de interacciones entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas suprarrenales destinadas a mantener la supervivencia del individuo frente a los peligros del medio ambiente. El segundo, corresponde al sistema inmunológico y protege al sujeto de las amenazas que se encuentran bajo la piel, tales como virus y bacterias. Según Lipton (2007), el primer sistema constituye un mecanismo de emergencia que, al ser destinado a la supervivencia del sujeto, cobraría prioridad respecto al segundo sistema. De este modo, cada vez que se activa el HPA, el organismo entra en un modus

operandi de emergencia, suspendiendo las funciones del sistema inmunológico, de manera de jerarquizar sus funciones y energía hacia lo que percibe como más amenazante para la preservación de la vida, que sería una amenaza directa proveniente del exterior (Lipton, 2007).

En consecuencia, el sistema HPA interfiere en la habilidad del organismo de defenderse de la enfermedad, y por eso, el HPA no está hecho para ser activado permanentemente, sino que constituye un eficaz sistema de emergencia. Las preocupaciones constantes de la vida ordinaria (estrés) y la habilidad del cerebro para anticipar daño y sufrimiento (ansiedad), simultáneamente activan el sistema HPA y suprimen el sistema inmunológico, aunque no supongan una amenaza real contra la supervivencia del organismo (Sentis, 2007; Sandín 1999). A causa de eso, muchas personas conducen el cuerpo a una fragilidad biológica que puede resultar en la enfermedad e incluso en la muerte producto del estrés y la ansiedad de la cotidianidad (Sentis, 2007; Lipton, 2007).

ANSIEDAD, ESTRÉS, PROCESAMIENTO EMOCIONAL Y SALUD

En relación a la interdependencia entre ansiedad, estrés y procesamiento emocional, el psicoterapeuta Vikrant Sentis (2007) señala lo siguiente. Los

procesos personales, traumas y sufrimientos psicoemocionales no procesados adecuadamente están constantemente siendo proyectados a un futuro posible, y preparan inadvertidamente al organismo para eventos de peligro inexistentes. Esto es lo que permite que aparezca la ansiedad sostenida y patológica que enferma a tantos individuos. Asimismo, la resolución inadecuada de estos procesos determina en gran medida que el individuo interprete de manera negativa los estímulos generales que se le presentan, posibilitando la presencia constante de miedo, preocupación y estrés que mantienen la cognición de amenaza y sistema defensivo orgánico en una actividad permanente e ineficiente, con mayor vulnerabilidad a enfermar. En esa línea, sostiene:

La facultad de protegerse, presente en todo organismo vivo, está diseñada como una actividad pasajera, momentánea, programada para activarse y mantenerse solo en presencia de una amenaza concreta. Cuando la protección se vuelve crónica y estable, el organismo se debilita (...) Desde un punto de vista psicoemocional, mientras más tiempo se permanece protegido emocionalmente, más se demora o debilita el organismo (p.49).

En otras palabras, mientras más tiempo se mantengan reacciones psicoemocionales desadaptativas, como, por ejemplo, un patrón

emocional defensivo y un procesamiento emocional restringido, aumentará la vulnerabilidad psicológica –a padecer altos niveles de estrés y ansiedad– y somática del individuo. Considerando el factor de la edad de los adultos mayores, se podría plantear que, si estos elementos lograran establecerse en el funcionamiento psíquico de las personas de este rango etario, entonces este grupo sería aún más vulnerable a padecer enfermedades somáticas, producto de la cantidad de tiempo que lleva el organismo operando de manera deficiente y debilitándose.

FACTORES PSICOEMOCIONALES Y ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA VEJEZ

Se conoce que en la vejez existen patologías comúnmente presentes que difieren sustancialmente a la prevalencia exhibida en otras edades. Por ejemplo, existen cifras de que la prevalencia de diabetes mellitus es 20 veces más alta en los ancianos, en relación a personas menores de 30 años, y que, la prevalencia de la HTA es 4 veces más alta respecto al mismo grupo de referencia (Ugalde, 2010). La OMS (2005) señala que las principales patologías crónicas que afectan a las personas mayores mundialmente son: enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, y respiratorias; hipertensión arterial; diabetes mellitus; cáncer; y trastornos

músculo/esqueléticos (artritis, artrosis, osteoporosis y fibromialgia).

La hipertensión arterial ha sido la enfermedad sobre la que se han elaborado mayores estudios enfocados a examinar los factores de riesgo psicoemocionales involucrados. Mientras, otras enfermedades como las músculo/esqueléticas, respiratorias y el cáncer se han asociado a estos factores, sin embargo, sin mayor desarrollo en sus investigaciones ni con foco en el procesamiento emocional del modo en el que se ha desarrollado en este trabajo. Se explicará entonces en mayor profundidad, la relación entre los factores psicoemocionales e hipertensión arterial, y se nombrarán someramente los aspectos psicoemocionales que han podido asociarse a las otras enfermedades mencionadas.

Se ha descubierto que la HTA no solo afecta a un 50% de la población adulto mayor, sino que además constituye una de las principales causas de defunción de las personas mayores en Chile y en el mundo (Ugalde, 2010; MINSAL, 2014; Rivero, *et al.*, 2009). Desde una perspectiva médica, la HTA se ha abordado principalmente desde el aspecto farmacológico y educación para hábitos de vida saludables sin resultados óptimos (MINSAP, 2013; Chobanian, 2003). Esto ha colaborado a que, desde el siglo XX, los estudios que buscan establecer relaciones entre los

factores psicoemocionales y la HTA vayan en aumento (Caldwell, *et al.* 1970). En esa línea, se han realizado numerosas investigaciones que han encontrado un elemento común para los pacientes con HTA: una puntuación alta de estrés y ansiedad (Calvo, *et al.*, 2001; Molerio y García 2004). Otros estudios además evidencian un predominio de vivencias que son experimentadas como negativas, moderada o intensamente por los sujetos hipertensos (Molerio y García 2004). Investigaciones añaden que existe una alta prevalencia de alexitimia en pacientes con HTA y sostienen, que aunque el estrés y la ansiedad son factores relevantes para el desarrollo de esta patología, sería la falta de expresión emocional y la tendencia a los estilos de afrontamiento represivos lo que desencadenaría estas variables (Schwartz, 1990; Corbera y Marañón, 2012; Kneir, 1984), debido a que se ha comprobado que existe una relación entre las emociones y la regulación de la presión arterial (Diamond, 1982; Rutledge y Hogan, 2002). Lo anterior queda demostrado a partir de los hallazgos de un estudio en el que se compararon los resultados entre dos grupos de pacientes hipertensos, uno de los cuales recibía únicamente tratamiento farmacológico, y otro que además recibía tratamiento terapéutico con el método de la biodescodificación, que consistía en que los pacientes pudieran manifestar y revivir un conflicto emocional no procesado

anteriormente. Este tratamiento se llevó a cabo durante seis meses y los resultados demostraron que, en comparación al grupo de control, el grupo de estudio logró disminuir sus niveles de presión arterial a lo largo del período de seguimiento, mientras que en el grupo de control se mantuvieron permanentemente elevados. La hipótesis que plantean los autores en relación a esos hallazgos es que un procesamiento adecuado de las emociones permitiría que la persona se perciba a sí misma con recursos suficientes para enfrentar situaciones amenazantes latentes o potenciales, en tanto que cuenta con un funcionamiento emocional adaptativo (Rivero, et al., 2009).

En relación a la fibromialgia, existen autores que sostienen que esta podría estar en parte originada o sostenida por mecanismos que involucran un procesamiento emocional restringido y atribuciones de activación emocional a síntomas somáticos. Estudios realizados han demostrado que pacientes con fibromialgia muestran una prevalencia alta: de estilos de afrontamiento represivos, alexitimia y ansiedad (De Blecourt y Knipping, 1995). Además, en comparación a pacientes sin fibromialgia, las personas con esta condición reportan mayores síntomas somáticos en respuesta a estímulos negativos y tienden a atribuir sus síntomas – especialmente los somáticos– a causas no psicológicas,

evidenciando así niveles altos de disociación afectiva-autonómica (Brosschot y Aarsse, 2001). La presencia significativa de alexitimia, en conjunto con la ansiedad también ha sido asociada por otros estudios a los trastornos músculo/esqueléticos restantes tales como la artritis, artrosis y osteoporosis, debido a su influencia en el incremento de descargas corporales y activación del sistema autónomo que podrían vincularse con las alteraciones de la microarquitectura ósea y muscular (Zonis, et al., 2003). Asimismo, ha habido sucesivos hallazgos de que las personas con tendencia a la represión emocional tienen un riesgo superior a experimentar mayores problemas de salud, dentro de los cuales se encuentran enfermedades respiratorias y cáncer (Schwartz, 1990; Kneir, 1984).

CONCLUSIÓN

Se concluye a partir de lo expuesto en este trabajo, que los factores psicoemocionales que operan en conjunto con un procesamiento emocional restringido, durante el curso de la vida –tales como el estrés, la ansiedad, el estilo de afrontamiento represivo y la alexitimia– tendrían una importante influencia en la vulnerabilidad somática del envejecimiento y en el desarrollo de algunas patologías prevalentes en la vejez. También se esboza que el rol que

ejercen los mecanismos socioculturales de control emocional influye directamente en el surgimiento y prevalencia de estos factores psicoemocionales, y en la consecuente evolución de patologías.

En esta línea, la vulnerabilidad somática de los adultos mayores no solo se origina ni se circunscribe a la etapa que cursan. Hay una gran atribución a cómo se desarrollan las etapas anteriores a la vejez. No obstante, resulta necesaria hacer la distinción entre el modo de aproximarse a una patología psicósomática desarrollada en la vejez a una que se da en otro momento vital, dado que en la tercera edad el funcionamiento psicoemocional desadaptativo llevaría operando por un mayor período, por lo tanto, tendría repercusiones más graves en la salud.

DISCUSIÓN

Se sostiene que este trabajo logra ser un aporte no solo para las evaluaciones e intervenciones futuras con adultos mayores, sino también para la prevención de las patologías prevalentes en la vejez a partir de etapas del desarrollo humano más tempranas. En este sentido, se hace necesario que el área de la salud pueda intervenir en las enfermedades presentes en los adultos mayores de manera integral, interdisciplinaria y especializada, comprendiendo que el

proceso del envejecimiento y las enfermedades presentes en él, constituyen un fenómeno complejo en el cual existen una multiplicidad de factores interrelacionados entre sí.

Como desafío del área clínica de la salud, y en particular, de los distintos profesionales que trabajan con adultos mayores, queda aún por realizar un abordaje de la enfermedad que involucre un conocimiento profundo del paciente, principalmente de su historia de desarrollo, de modo de distinguir los factores protectores y de riesgo presentes en la dimensión biológica, social y psicoemocional. Esto con el fin de brindar un tratamiento al paciente que sea pertinente y eficaz. Asimismo, es necesario realizar esto en el ámbito de prevención en el envejecimiento.

Por otra parte, se plantea la necesidad de un cambio de paradigma sociocultural en relación a la expresión emocional y se postula que, socializar en el ámbito médico la esfera psicoemocional de la salud como parte de la promoción, prevención, intervención y tratamiento es un paso en esa dirección.

Queda pendiente para investigaciones futuras examinar la diferencia de género en el desarrollo de determinadas enfermedades desarrolladas en la vejez, entendiendo que los marcados estereotipos

socioculturales ejercen un importante control respecto al modo de expresar y procesar las emociones según el género de los individuos. También se plantea la necesidad de desarrollen mayores estudios que indaguen respecto a la relación entre factores psicoemocionales, con énfasis en el procesamiento emocional restringido y la enfermedad, específicamente enfocado a las personas de la tercera edad.

Referencias

- Alexander, F.G. y Selesnick, S.T. (1970).** *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días.* Barcelona: Espaxs.
- Arnold, M.B. (1960).** *Emotion and Personality.* New York: Columbia University Press.
- Balsa, A. (2012).** Emociones e hipertensión arterial, peculiaridades en la edad pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(1), 73-79. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000100008&lng=es&tlng=pt.
- Basabe, N. et al. (1999).** El Anclaje Sociocultural de la Experiencia Emocional de las Naciones: un análisis colectivo. *Boletín de Psicología*, 62, 7-42.
- Berger, P. (1967).** *Social construction of reality.* Londres: Allen Lane.
- Brannon, L., y Feist, J. (1997).** *Health psychology. An introduction to behavior and health.* Chicago: Books-Cole Publishing Company.
- Brosschot, J., y Aarsse, H. (2001).** Restricted Emotional Processing and Somatic Attribution in Fibromyalgia. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 127-146.
- Caldwell, J. et al. (1970).** The dropout problem in antihypertensive treatment. A pilot study of social and emotional factors influencing a patient's ability to follow antihypertensive treatment. *Journal of Chronic Diseases*, 22(8), 579-92.
- Calvo, F., et al. (2001).** Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 2(3), 203-13.
- Campos, F., et al. (2014).** *Chile y sus mayores. Resultados tercera encuesta nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013* [Chile and its elderly people: Results of the third National survey on life quality in the old age 2013]. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes.
- Cano, A. y Tobal, J. (2001).** Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Cassidy, T. (1999).** *Stress, cognition and health.* London: Routledge.
- Chacrot, P. y Sandín, B. (1985).** El cuestionario de evaluación del nivel de ansiedad estado. En Polainom L. (Eds). *Psicología Patológica.* Madrid: UNED.
- Chobanian A., et al. (2003).** The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 289(19), 2560-72.
- Chóliz, M. (2005).** *Psicología de la emoción: el proceso emocional.* Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado en: <http://www.uv.es/=choliz>

- Chrousos, G.P. y Gold, P.W. (1998).** A healthy body in a healthy mind and viceversa the damaging power of “incontrolable” stress. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83, 1842-1845.
- Claridge, G. (1983).** Relaciones psicósomáticas en la enfermedad física. En H J. Eysenck (Ed.): *Manual de psicología anormal*. México: El Manual Moderno.
- CNIC (Consejo Nacional de Innovación para la Competitividad). (2013).** *Orientaciones estratégicas para la innovación. Surfeando hacia el futuro. Chile en el horizonte 2025* [Strategic directions for innovation. Surfing into the future. Chile in the 2025 horizon]. Santiago: Author.
- Corbera, E. y Marañón, R. (2012).** *Tratado de biodescodificación*: Barcelona: Ediciones Veldrá SL.
- De Blecourt, A.C.E., y Knipping, A.A. (1995).** *Fibriomyalgia: Towards an integration of somatic and psychological aspects*. Groningen: University of Groningen Press.
- Diamond, E. (1982).** The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary disease. *Psychological Bulletin Journal*, 92(2), 410-33.
- Dubovsky, S.L. (1985).** The psychophysiology of health, illness, and stress. En R. C. Simons (Ed.): *Understanding human behavior in health and illness*. New York: Williams & Wilkins.
- Ekman, P. (1984).** Expression and the nature of emotion. In K.S. Scherer and P. Ekman (Eds.), *Approaches to Emotion*. New Jersey: Erlbaum.
- Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, G. (2009).** El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101.
- Fernández-Montalvo, J. y Yárnoz, S. (1994).** Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicotherma*, 6(3), 357-366.
- González, R. y Velázquez, G. (2002).** Comprensión socio-psicológica en la tercera edad. *Correo Científico Médico de Holguín* 2002, 6(1). Recuperado en: <http://www.cocmed.sld.cu/no61/n61rev1.htm>
- IMSERSO. (2002).** *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Imserso.
- Iruarrizaga, I. et al. (2016).** Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1).
- Izard, C. (1971).** *The Face of Emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kneier, A.W. & Temoshok, L. (1984).** Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 144-155.
- Lacan, J., (1936).** “El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”. En *Escritos 1*, (pp. 86-93). Ciudad de México, México: Siglo XXI, 2009.
- Lang, P.J., Rice, D.G., y Sternbach, R.A. (1972).** The psychophysiology of emotion. In N.J. Greenfield & R.A. Sternbach (Eds.), *Handbook of Psychophysiology* (pp. 623-643). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Lazarus, R. (1991).** *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lipton, B. (2007).** *The biology of belief*. California: Hay House.
- McManus, I.C. (1992).** *Psychology in medicine*. London: Butterworth-Heinemann Ltd.

- McWhinney, R. & Freeman, T. (2009). *Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press.
- MINSAL (Ministerio de Salud). (2014).** *Programa Nacional de Personas Adultas Mayores*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital.
- MINSAL (Ministerio de Salud). (2018).** *Manual de Geriatría para Médicos*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital.
- MINSAP (Ministerio de Salud Pública). (1994).** *Compilación de temas para la asignatura Filosofía y Salud*. La Habana: T2.
- MINSAP (Ministerio de Salud Pública). (2013).** *Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/hipertension_arterial/pagina_legal.pdf
- Molerio, O. y García, G. (2004).** Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, 43(2-3) Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007&lng=es&tlng=pt.
- Molerio, O. (2004).** *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Universidad Central de Las Villas "Marta Abreu". Santa Clara, Cuba.
- Molina, T. y González-Méndez, H. (2002).** *Medicina Holística*. Concejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Molina, T. (2009).** Psiconeuro-inmunoendocrinología, emociones y enfermedad. *MedULA* 18(2), 155-163.
- Muñoz, H. (2009).** Somatización: consideraciones diagnósticas. *Revista Med*, 17(1), 55-64. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2005).** *Envejecimiento activo: una política de salud*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- Páez, D., Vergara, A. y Velasco, C. (1991).** Represión, alexitimia y conocimiento social de las emociones. *Boletín de Psicología*, 31, 7-39.
- Páez, D. y Velasco, C. (1993).** Alexitimia: una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D. Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Palmero, F. y Fernández, E.G. (1999).** *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Pérez Fernández, R. (2011).** La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En: Quintanar, F. (Coord.) *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. (1ra. Edición). (Cap. 13, pp. 279 – 299). México DF: Pax.
- Pérez, L., Oropeza, R. y López, J. (2014).** Psicogerontología y el trabajo anticipado del envejecer. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 1-10. Recuperado en: <http://dspace.uan.mx:8080/bitstream/123456789/679/1/Psicogerontolog%C3%ada%20y%20trabajo%20anticipado%20del.pdf>
- Plutchik, R. (1980).** *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- Rendón, M.I. (2007).** Regulación emocional y competencia social en la infancia.

- Perspectivas en psicología. *Revista Diversitas*, 3(2), 349-63.
- Rivero, T. et al. (2013).** Uso del método de biodescodificación en pacientes con hipertensión arterial. Corte evaluativo a los 6 meses. *CorSalud*, 5(2), 161-169.
- Rodríguez, G. y Rojas, M.E. (1998).** *La psicología de la salud en América Latina*. México: UNAM.
- Rubio, J., Gómez, A., Durán, M. (1991).** Estrés ocupacional en profesionales de los servicios de salud. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1(1), 6-16.
- Rutledge, T., y Hogan, B. (2002).** A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758-66.
- Sandín, B. (1999).** Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En Buendía, J- (Ed.): *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide
- Sarafino, E.P. (1998).** *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schwartz, G.E. (1990).** Psychobiology of repression and health: A systems approach. In: Singer JL, editor. *Repression and dissociation*. Chicago: University of Chicago Press.
- SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). (2009).** *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago: Maval.
- SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). (2017).** *Noticias*. Recuperado en: <file:///C:/Users/amaro/Documents/Isadora%20UC/1er%20Semestre/HABILIDADES%20COMUNICATIVAS/APA.pdf>
- Sentis, V. (2004).** *De Esalen a Poona*. Santiago: J.C. Saez editor.
- Sentis, V. (2007).** *Terapia Corporal Emocional Neo-Reichiana. Somatic Emotional Processing*. Santiago: RiL editors.
- Sentis, V. (2015).** *El Ciprés en el Jardín. Escritos sobre desarrollo personal, psicología, filosofía, religión y misticismo*. Santiago: Experiential Publishing.
- Sifneos P. (1973).** "The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients". *Psychotherapy and psychosomatics*, 26, 270-285.
- Stekel, W. (1943).** *The interpretation of dreams*. New York: Liveright.
- Tobeña, A. (1983).** Ansiedad y trastornos psicofisiológicos. En Valdés, M. et al. (Eds.): *Medicina psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México: Trillas.
- Ugalde, O. (2010).** Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeriátricos. En Berenson, S. et al. (Eds.): *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Vallhonrat, A. (2011).** *La rabia: una perspectiva gestáltica*. Instituto de Psicoterapia Gestalt. Madrid, España.
- Zarebsky, G. (2005).** *Psicogerontología: Hacia un Buen Envejecer*. Buenos Aires: Universidad Maimónides.
- Zonis, R., et al. (2003).** Aspectos psicosociales en pacientes con osteoporosis, implicancias clínicas. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 14, 253-259.
- Zukerfeld, R. y Zonis, R. (2005).** *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la Resiliencia*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

La mujer víctima de violencia intrafamiliar (VIF) Una aproximación desde la teoría del apego, el trauma y la organización de la personalidad

Jazmín Pérez Méndez*

Abstract

Intrafamily violence towards women and its impact is a clearly complex reality, and is crossed by variables of various orders: legal, economic, social, psychological, etc. This article is intended to present a brief literature review on psychological characteristics in women victims of VIF... with an emphasis on attachment pattern, trauma history and personality organization.

Keywords: Domestic Violence, Attachment, Trauma, Personality.

Resumen

La Violencia Intrafamiliar hacia las mujeres y su impacto es una realidad claramente compleja y está atravesada por variables de diversos órdenes: legales, económicas, sociales, psicológicas, etc. En el presente escrito se pretende presentar una breve revisión de literatura sobre las características psicológicas en mujeres víctimas de VIF, con un énfasis en el patrón de apego, la historia de trauma y la organización de la personalidad.

Palabras Clave: Violencia Intrafamiliar, Apego, Trauma, Personalidad.

Introducción

¿Por qué simplemente no se va? Es la primera pregunta que podría plantearse uno mirando desde fuera a una mujer víctima de violencia intrafamiliar (VIF) que permanece en una relación abusiva, muchas veces incluso por años. La respuesta a esa pregunta es

claramente compleja y está atravesada por variables de diversos órdenes: legales, económicas, sociales, psicológicas, etc. En el presente escrito se pretende presentar una breve revisión de literatura sobre las características psicológicas en mujeres víctimas de VIF, con un énfasis en el patrón de apego, la historia de trauma y la organización de la personalidad.

*Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Ajperez3@uc.cl

Una primera aproximación

La violencia intrafamiliar es definida por la ley chilena vigente como “todo maltrato que afecta la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él” ([https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/violencia- intrafamiliar](https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/violencia-intrafamiliar)). De todas las denuncias por VIF entre 2005 y 2016, dos tercios involucrarían las relaciones de pareja o de ex-pareja (Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile, 2018), resultando este tipo de violencia, en consecuencia, uno de los más prevalentes de entre los tipos de VIF. Lo anterior a pesar de la mayor consciencia y debate social en torno a las desigualdades de poder existentes entre hombres, por un lado, y mujeres, niños y personas de la 3era edad, por otro.

La violencia al interior de la pareja ocurre típicamente como un “patrón de comportamientos coercitivos en el que el abusador mantiene el poder y el control a través del abuso físico y/o psicológico, la agresión sexual, el aislamiento social, las amenazas y otras tácticas” (Park, 2015, pág. 1). Es importante aclarar que, aunque las mujeres pueden llegar ejercer violencia contra hombres, en la gran mayoría de los casos quienes ejercen violencia son hombres, y sus víctimas, mujeres (Park, 2015).

Violencia doméstica, trauma y apego

Desde la teoría del apego se sostiene que “el funcionamiento psicológico y relacional de los adultos es en una gran medida determinado por las relaciones en la infancia con los cuidadores” (Goldenson, Geffner, Foster and Clipson, 2007, pág. 533), debido a que los niños internalizarían experiencias tempranas con sus cuidadores y formarían modelos internos duraderos del self y de los otros (Bowlby, 1969, en Goldenson et. al., 2007). Además, el patrón de apego internalizado estaría relacionado con la mantención (o no) de un sentido de seguridad ante el miedo (Bowlby, 1973, en Fonagy, 1999).

El link entre la experiencia de trauma y el apego ansioso tiene un soporte teórico importante (Smith y Stover, 2015). En la infancia, la exposición al trauma reduce la predictibilidad del ambiente y de las personas en él, sintiéndose en consecuencia el individuo menos capaz de confiar en los demás para obtener apoyo, consuelo y la satisfacción de sus necesidades básicas (Smith y Stover, 2015). Así, la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia continuaría impidiendo al individuo establecer un estilo de apego seguro en la adultez, puesto que lo llevaría a sentirse indefenso e inseguro en un mundo impredecible y dañino (Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny, 2000 en Smith and Stover, 2015).

Se ha reportado que las mujeres que fueron expuestas a trauma desde temprano, y presentan apego ansioso, son víctimas de violencia con mayor frecuencia (Smith y Stover, 2015). Así, los individuos –en este caso específico, mujeres- con apego inseguro y con historia de trauma, serían más proclives a percibir estrategias interpersonales desadaptativas (como la violencia) como constructivas para mantener la intimidad (Smith y Stover, 2015), y, en el contexto de situaciones altamente conflictivas, tenderían a interpretar las respuestas negativas de su pareja como evidencia de que este estaría involucrado en la relación (Park, 2015).

¿Y el agresor?

Aquí, y tomando en cuenta que la violencia en la pareja es un fenómeno que implica a dos personas, nos detendremos por un rato en el énfasis en la mujer víctima de VIF, para mirar este fenómeno desde la perspectiva de los hombres que victimizan a sus parejas (siempre teniendo claro que la dinámica contraria es posible, pero no la más común), y lograr tener una visión un poco más panorámica del mismo.

Se ha planteado desde la teoría del apego, que la violencia en estos casos podría ser una “respuesta exagerada de un sistema de apego desorganizado” (Fonagy, 1999, pág. 7). En primer lugar,

entonces, resulta relevante señalar que la ira, de acuerdo con Bowlby (1973, en Fonagy, 1999), sería la respuesta natural del niño cuando se pone en peligro la expectativa de seguridad proveída por la figura de apego. Así, en la infancia, las rabietas en respuesta a tal amenaza provocarían la inmediata intensificación de las respuestas de cuidado por parte del cuidador (Fonagy, 1999). La ira podría transformarse en agresión cuando la falta de empatía del cuidador es crónica, integrándose eventualmente en la estructura del self del infante (Fonagy, 1999). Pero, la agresión o el apego inseguro, por sí solos, no darían cuenta de la violencia hacia la pareja. De acuerdo con el autor, los hombres violentos extienden su agresión natural hacia la violencia por medio de un déficit de mentalización hacia los demás generado defensivamente (Fonagy, 1999). Esto se daría puesto que, para el infante víctima de violencia por parte de sus cuidadores, el reconocimiento del estado mental de otros “podría ser peligroso para el self en desarrollo porque el niño que reconoce el odio implicado en el abuso del cuidador es forzado a verse a sí mismo como no digno de amor” (Fonagy, 1999, pág. 15).

La literatura más reciente parece apoyar esta perspectiva. Así, se ha reportado que el apego ansioso se asocia robustamente con la perpetración de violencia hacia la

pareja (Barbaro, Boutwell y Shackelford, 2019; Park, 2016), como un intento de regular la inseguridad percibida por medio del control y del abuso (Park, 2015).

Además, se ha señalado que, en el contexto de la vivencia de maltrato de las figuras cuidadoras, la empatía desaparece en una preocupación de estar en lo correcto (y que los otros estén equivocados), afectándose gravemente la capacidad de mentalizar a los demás, y, en consecuencia, el uso de la fuerza física puede verse necesario para imponer el propio punto de vista (Herron y Javier, 2018). Así, el patrón de maltrato en la VIF se iniciaría con “una identificación con una teoría de la mente patológica (mentalización deficiente), la cual implica un falso sentido de realidad, culminando en una agresión hostil hacia el otro, basada en una distorsión del súper yo (por ej.: “te golpeo por tu bien”)” (Herron y Javier, 2018, pág. 113). En consecuencia, el resultado sería un “control tiránico del otro a través de la fuerza emocional y física” (Herron y Javier, 2018, pág. 115).

Organización de la Personalidad

En esta sección se abordará la pregunta por la organización de la personalidad predominante en víctimas de VIF desde una propuesta psicodinámica inicialmente. Así, resulta relevante señalar que “el abuso en la infancia por parte de objetos de amor,

particularmente miembros de la familia, genera sospecha, ansiedad, evitación, ira, culpa, remordimiento, y duda sobre sí mismo, entre otros afectos perturbadores” (Herron y Javier, 2018, pág. 113). Entonces, en este contexto adverso y atemorizante, es posible tomar muchas posiciones defensivas distintas (como una paranoide, esquizoide, depresiva, etc.) y todas ellas resultarían en una posterior disrupción de las relaciones interpersonales (Herron y Javier, 2018). Un defecto básico central en todos estos casos sería una limitación estructural del funcionamiento yoico; y distorsiones del súper yo y de la expresión de la libido y la agresión (Herron y Javier, 2018). En este contexto, resulta relevante la propuesta de McWilliams (2011) respecto a las personalidades masoquistas o autodestructivas. Esta autora señala que las personas que se comportan masoquísticamente, “soportan el dolor y el sufrimiento con la esperanza, consciente o inconsciente, de un bien mayor” (Mc Williams, 2011, pág. 269). Así, en el caso de una mujer golpeada por su pareja que permanece en la relación, esta no lo haría porque le guste que la golpeen, sino porque probablemente tiene la creencia de que tolerar tal abuso, o la ayuda a cumplir un objetivo que justifica su sufrimiento (como mantener a la familia unida, por ej.) o le permitiría evitar otra situación aún más dolorosa (como el abandono total, por

ej.) (McWilliams, 2011). Con respecto al desarrollo de este estilo de personalidad, se ha observado que el trauma en la infancia y el maltrato tendrían diferentes efectos en niños de diferentes sexos: en el caso de las niñas abusadas, estas tenderían a desarrollar un patrón masoquista de comportamiento, probablemente por la percepción de mayor poder y fuerza física puesta en los adultos hombres, entre otras razones (McWilliams, 2011). Esto las dejaría con una disposición hacia el estoicismo, el auto-sacrificio, y la victoria moral a través de la derrota física (McWilliams, 2011). Con respecto a los mecanismos de defensa más utilizados, estarían la introyección, la vuelta en contra del self, la idealización, y potencialmente, la sexualización (McWilliams, 2011).

Finalmente, desde una perspectiva de rasgos, se ha reportado que altos niveles de apertura a la experiencia, extraversión y neuroticismo estarían relacionados con un riesgo importante a experimentar situaciones de victimización por parte de la pareja (Ulloa, Hammett, O'Neal, Lydston y Leon, 2016). Asimismo, la victimización también se ha relacionado con un pobre balance emocional, baja autoestima, estrés crónico, historia de trauma, pobre apoyo social y aislamiento (Mondolfi y Pino Juste, 2019). De los aspectos mencionados, la baja autoestima es uno de los aspectos más afectados entre las mujeres

víctimas de violencia, quienes “tenden a tener un auto-concepto negativo resultante de altos niveles de auto-crítica y auto-incriminación” (Labrador, Fernández, y Rincón, 2011, en Mondolfi y Pino Juste, 2019, pág.3). Esta auto-imagen es alimentada por el comportamiento despreciativo de la pareja, el cual, en conjunto con los repetidos intentos fallidos para poner un final al ciclo de violencia, causarían un constante sentimiento de inadecuación (Labrador et. al. 2011 en Mondolfi y Pino Juste, 2019).

Comentarios y Conclusiones

Para concluir la presente revisión bibliográfica, volveré a traer la pregunta con que se inició: ¿por qué simplemente no se va? A partir de lo revisado aquí, creo que es posible vislumbrar que la VIF es un fenómeno complejo, y que la mujer atrapada en este ciclo probablemente ha sufrido ella misma violencia, abuso y/o negligencia desde la infancia, estructurándola esta experiencia de trauma complejo de una manera particular (específicamente, en cuanto a patrones de apego y dinámicas de personalidad). Como soporte a esto, la evidencia sugiere que las víctimas de violencia intrafamiliar en la infancia tienen mayor predisposición a ser victimizadas en la adultez (Herrero, Torres, Rodríguez, 2018).

Así, en consecuencia, en el trabajo terapéutico con este tipo de pacientes, una responsabilidad que emerge para el profesional es formarse en cuanto a las dinámicas de personalidad y las relacionales que son más comúnmente observadas en estos casos, para luego poder intervenir tomando en cuenta las características particulares del paciente y de su situación.

Referencias

- Barbaro, N., Boutwell, B., y Shackelford, T. (2019).** Associations between attachment anxiety and intimate partner violence perpetration and victimization: Consideration of genetic covariation. *Personality and Individual Differences*, 147, 332-343.
- Chile. Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile (2018).** Informe Temático 2017: Violencia contra la mujer en Chile y Derechos Humanos.
- Fonagy, P. (1999).** Male perpetrators of Violence Against Women: An Attachment Theory Perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1(1), 7-27
- Goldenson, J., Geffner, R., Foster, S. y Clipson, C. (2007).** Female Domestic Violence Offenders: Their attachment Security, Trauma Symptoms and Personality Organization. *Violence and Victims*, 22(5), 532-545.
- Herrero, J., Torres, A., & Rodríguez, F. J. (2018).** Child Abuse, Risk in Male Partner Selection, and Intimate Partner Violence Victimization of Women of the European Union. *Prevention Science*. DOI:10.1007/s11121-018-0911-8
- Herron, W. y Javier, R. (2018).** A Psychodynamic Theory of Domestic Violence. En Javier, R. y Herron, W. (Eds.) *Understanding Domestic Violence: Theories, Challenges and Remedies*. (pp. 107-128). Maryland, US: Rowman y Littlefield.
- McWilliams, N. (2011).** *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. (2nd Ed.) New York: The Guilford Press.
- Mondolfi Miguel, M. y Pino-Juste, M. (2019).** Psycho-social profile of battered women in Galicia, Spain: Distress as a result of intimate partner violence and child abuse. *Health Care for Women International*, DOI: 10.1080/07399332.2019.1571061.
- Park, C. (2015).** Intimate partner violence: An application of attachment theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. DOI: 10.1080/10911359.2015.1087924
- Smith, L. y Stover, C. (2015).** The Moderating Role of Attachment on the Relationship Between History of Trauma and Intimate Partner Violence Victimization. *Violence Against Women*. 1-20. DOI: 10.1177/1077801215610863
- Ulloa, E., Hammett, J., O'Neal, D., Lydston, E. y Leon Aramburo, L. (2016).** The Big Five Personality Traits and Intimate Partner Violence: Findings From a Large, Nationally Representative Sample. *Violence and Victims*, 31(6), DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-15-00055

Tú y ¿yo?: Importancia de la sexualidad, intimidad y las relaciones de pareja en la construcción del self en adolescentes y adultos jóvenes. Una revisión bibliográfica.

Matías Amengual Erbeta*

Abstract

The era of the digital revolution has brought a new adaptation to modern ways of relating: social networks, hyperaccessibility, globalization, dating apps, etc. In this context, being adolescence and young adulthood periods - in which the construction of the self system becomes critical - the influence of the environmental context is especially significant. At this time of life cycle is when the search for identity is described as a vital task, and intimacy and couple relationships take strength as important areas. For this reason, it becomes relevant to understand how the self is being built, and what role it takes in the development of the person; given the new digital age, and the process of adapting the new generations to couple relationships and intimacy. The following document is a bibliographic review that highlights the importance of paying attention to the self system in the current context, given the influences of the latter on the well-being and mental health of the person, both indicators of future well-being.

Keywords: *life cycle, relationship, self, teen, young adult*

Resumen

La era de la revolución digital ha traído consigo una nueva adaptación a las modernas formas de relacionarse: redes sociales, hiperaccesibilidad, globalización, aplicaciones para citas, etc. En este contexto, siendo la adolescencia y la adultez joven períodos en donde la construcción del sistema self se vuelve crítica, la influencia del contexto ambiental resulta especialmente significativa. En este momento del ciclo vital es cuando la búsqueda de identidad se describe como una tarea vital en desarrollo, y en donde la intimidad y las relaciones de pareja toman fuerza como ámbitos importantes. Por tal razón se vuelve relevante comprender cómo es que el self se va construyendo y qué rol toma en el desarrollo de la persona; dada la nueva era digital, y el proceso de adaptación de las nuevas generaciones para con las relaciones de pareja y la intimidad. El siguiente documento es una revisión bibliográfica que destaca la importancia de prestar atención al sistema self en el contexto actual, dadas las influencias de éste en el bienestar y salud mental de la persona, tanto al momento presente como indicadores del bienestar futuro.

Palabras clave: *ciclo vital, relación de pareja, self, adolescente, adulto joven*

El “mundo líquido” y la postmodernidad: la era digital

Comenzando una nueva década, es importante tener en cuenta los cambios que han aparecido y se han

potenciado desde la década anterior, e inclusive desde el inicio del siglo 21 y el nuevo milenio. Habiendo pasado ya 20 años desde el inicio del nuevo milenio, los 2000 marcaron una importante época para la historia de la humanidad: la

* Licenciado en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
mjamengual@uc.cl

la globalización y el hiperdesarrollo de la tecnología para el supuesto beneficio de las personas son uno de los principales puntos que definen la época, usualmente llamada postmodernidad. La conocida revolución digital ha cambiado la forma en la cual nos movemos en el mundo, especialmente en torno a las relaciones sociales. La aparición de nuevas formas de conocer gente, la accesibilidad instantánea y la facilidad de conocimiento de una potencial pareja son elementos distintivos de las nuevas formas que aparecen como consecuencia de los logros tecnológicos. En este contexto, Hobbs, Owen & Gerber (2016) explican que la mayoría de los individuos valora las relaciones sociales y se sirve de la tecnología como un “medio para perseguir relaciones significativas” (p.11); particularmente comentan que las nuevas generaciones consideran que tienen más posibilidades de tener relaciones significativas que las generaciones anteriores, y dentro de las cuales se encuentran las relaciones de pareja, debiendo realizar nuevas estrategias para hacerse destacar en el nuevo mercado del romance.

Es bajo esta lógica de una sociedad moderna del hiperconsumo que Curnutt (2012) analiza los actos de “sexting” -derivado de “sex texting”-: definido como usar las plataformas digitales para, de forma pública o

privada, compartir imágenes, mensajes y/o audios de contenido explícito o semi-explícito sexual, sensual o “provocador” (Curnutt, 2012; Bobkowski, Shafer & Ortiz, 2016). Explican que la estrategia del sexting refiere a una necesidad de mostrarse auténticamente, normalizando la propia sexualidad como un elemento auténtico e innato de la persona, basado en un lenguaje universal de la sensualidad (cómo posar, uso de espejos, semidesnudos, emoticonos asociados, etc). En otras palabras, el sexting es una muestra de autenticidad de la persona, y usualmente el hacer público un aspecto del quién soy como otra de las facetas del uno mismo, y por ende del self. “El sexting es, en muchas maneras, un producto de nuestra relación en evolución con el medio digital (...), usando una iconografía que no es disímil a la usada por la industria erotizada” (p. 365).

Por su parte, Bobkowsi, Shafer & Ortiz (2016) indican que quienes están en una relación realizan más sexting que quienes están solteros, y en su estudio utilizan aplican una encuesta a 265 adolescentes entre los 13 y los 15 años. Sus resultados indican que a mayor fuerza del autoconcepto sexual, mayor es la presencia de intensidad sexual en sus perfiles digitales -evaluado según una escala de 6 puntos entre “no sexual” y “explícitamente sexual”-, moderada por la extraversión de los participantes (a mayor extraversión,

mayor intensidad), reforzando la idea de la importancia del self en los adolescentes y cómo puede influir en su comportamiento relacionado a la sexualidad e intimidad, además de la búsqueda de pareja y apertura explícita del aspecto sexual de los jóvenes en esta era digital. Hoy en día, es menos tabú el mostrar la sexualidad de forma más abierta al público, y más común hacerla parte de lo que compartimos de forma cotidiana.

Para comprender mejor la importancia del uso de la tecnología y las redes sociales en el cambio social, y su influencia en el self de los jóvenes, Baumgartner, Sumter, Peter & Valkenburg (2015) realizan un estudio con 238 estudiantes entre 12 y 18 años, en donde evalúan la presentación de los mismos de forma sexual online en redes sociales. Los autores utilizan un cuestionario para conocer el comportamiento online de los jóvenes, y el de sus amistades, en donde sus resultados apuntan a que quienes están más expuestos a este tipo de contenido sexual (implícito y explícito) son más propensos a cambiar su presentación y comportamiento online y offline hacia el contenido más sexualizado. Además, dentro de sus resultados afirman que la necesidad de popularidad y la resistencia a la influencia de pares se vuelven elementos moderadores cruciales en el comportamiento final y el enganche en conductas sexuales y la visión del autoconcepto, reafirmando el

rol del sistema self en las relaciones interpersonales desde inclusive el primer contacto, es decir, la presentación.

Estas ideas son apoyadas por Trekels, Ward & Eggermont (2018) en un estudio similar con 640 estudiantes entre 12 y 18 años. Ellos utilizan cuestionarios y el conocimiento del tiempo promedio de duración de conversaciones centradas en la apariencia (appearance conversations) en Facebook (redes sociales) de los jóvenes, obteniendo mayores índices de auto-objetivización sexual por parte de los participantes, en conjunto con una relación a interiorizar más los ideales físicos, y un aumento de comportamientos sexuales como tres elementos relacionados de forma directa con el tiempo que se utiliza en conversaciones sobre la apariencia en diálogos online.

Bajo este contexto, la perspectiva del ciclo vital eriksoniano y la psicología del desarrollo nos indican que las redes sociales y la era digital pueden ayudar a las nuevas generaciones -adolescentes y adultos jóvenes- a cumplir ciertas “tareas y eventos” característicos de su etapa del ciclo vital, “tales como la formación de identidad, la mantención de amistades, y la expansión del capital social” (Van Gool, Van Ouytsel, Ponnet & Walrave, 2015. En Van Ouytsel, Walrave, Ponnet & Williams, 2019). Los autores destacan que dentro de este

mundo las tácticas de monitoreo a través de Facebook están relacionadas con menor autoestima, siendo además indicadores de ansiedad de contacto social (attachment anxiety). En este sentido aparece entonces como relevante el intentar comprender cómo se ve afectada la construcción del self en un contexto digital. Contexto moderno en el cual la accesibilidad, el “pavoneo digital”, y la globalización obligan a adaptarse al contexto, realizando los jóvenes ciertas modificaciones en su comportamiento y adoptando nuevas estrategias, cambiando aspectos de sí mismos y alterando su forma de presentarse social y sexualmente. Esto sucede debido a la fuerte presencia y relevancia de lo digital y las nuevas redes sociales, aunque manteniendo la importancia inherente de las relaciones de pareja para el desarrollo de la identidad durante los períodos de la adolescencia y adultez joven.

Self y búsqueda de identidad

El self es un constructo que se levanta desde la necesidad de invocar agencia en las decisiones y la flexibilidad de la persona como un todo. En este sentido, Páramo (2008) rescata el aspecto de la construcción psicosocial del self; en otras palabras, el self se considera un resultado de la influencia de contingencias ambientales que generan auto-observación y por consiguiente auto-concepto (p.545). Así, la cultura

obliga a la persona a tomar postura, y por tanto se vuelve un elemento cognoscible, “estudiable”, y por ende observable. La característica del self, es su flexibilidad, variabilidad y por consiguiente amplitud, razón por la cual se acompaña del prefijo “auto”. Los elementos más generales del self son la autoestima, el autoconocimiento y la autoeficacia, sin embargo, el self es “una posesión privada que cada individuo descubría en sí mismo” (p.544). Por esto, el self aparece como relevante en cada instancia en que el sujeto actúa, usualmente categorizado (por ejemplo, self sexual) debido al dinamismo de una persona en torno a distintas contingencias ambientales.

Un metaanálisis realizado por Goodson, Buhi & Dunsmore (2006) indica que en general no es muy importante la correlación entre la autoestima y los comportamientos sexuales debido a su poca influencia y baja relación significativa (sólo un 40% de los estudios revisados presentaban resultados estadísticamente significativos). Sin embargo, el sistema self como un todo (y no específicamente autoestima) parece mostrar una tendencia positiva como elemento relevante en lo actitudinal y lo sexual comportamental, en particular bajo una relación ya sea positiva o ausente de relación negativa con el self, razón por la cual hacen un llamado a realizar mejoras metodológicas y un cambio de foco

hacia la amplitud del concepto self. Es por esto que, más adelante, se presentan los resultados que recoge la bibliografía en torno al sistema self amplio, no hiperfocalizado y asociado a las distintas relaciones que se han encontrado entre self, sexualidad, intimidad y otros aspectos sociales en adolescentes.

Self en la era digital: Sexo e intimidad

Si recordamos la psicología del desarrollo, específicamente Erikson (1972, 1980, 1983, 2000), nos encontramos con la etapa del ciclo vital llamada adolescencia, que comprende aproximadamente entre los 12 y los 21, según el autor. En este margen es donde ocurre la crisis de la búsqueda de identidad, en donde la persona comienza a definir gradualmente el quién soy, cómo soy, etc. Esto quiere decir autoconocimiento y exploración de la autonomía en conjunto con la definición de rasgos, características, gustos y otros elementos que la persona considera como propios, y que por ende definen su propia identidad. En este momento es cuando se produce una polarización sexual y en donde surgen los primeros acercamientos a la vida en pareja.

El emparejamiento en esta etapa es común, siendo los adolescentes caracterizados por comenzar relaciones de pareja estables, pero también del espectro de relaciones casuales y la

exploración de la sexualidad propia. “La cita se ha vuelto un fin por sí mismo, proveyendo al adolescente con una experiencia social placentera y socialmente aprobada” (Rogers, 1969; Smith, 1969. En Collins, 1974. p. 318). El espectro de los distintos momentos, etapas y/o eventos relacionados a la búsqueda de pareja toma una importancia particular en esta etapa del desarrollo.

Con respecto a las distintas estrategias, Collins (1974) nos presenta el aspecto de la intimidad relacionado al establecimiento progresivo de una pareja, desde las etapas iniciales de los primeros encuentros y citas, hasta un emparejamiento estable. En una investigación realizada en Australia, el autor encuesta a 317 adolescentes entre 17 y 19 años, en torno al comportamiento sexual en las distintas etapas del emparejamiento y los niveles de intimidad entre sí, encontrando un patrón estable de mayor intimidad a medida que la relación avanza progresivamente hacia la estabilidad y la conformación de una pareja como un “nosotros”. El autor destaca particularmente el momento de la relación que define como “establecimiento de la pareja” (a diferencia de las citas y encuentros esporádicos) como la etapa en donde se visualizan mayores saltos de los niveles de comportamientos sexuales e intimidad en la díada.

Por otro lado, Kamsky (2018) refiere que la exploración de pareja, y por ende el emparejamiento adolescente -teen dating- puede ser problemático, debido al aumento de conductas sexuales de riesgo como el sexo sin protección y/o el consumo de sustancias entre otras, pero que también puede resultar muy beneficioso para la díada debido efectivamente a lo relacionado con la búsqueda de identidad y la potenciación del self: “relaciones románticas de calidad proveen de una sensación de identidad y autonomía al adolescente en desarrollo” (p.1). Incluso más allá, la autora destaca que aquellos adolescentes que tienen citas de forma regular durante los períodos de adolescencia media y tardía -es decir tendiendo hacia los 20 años- suelen tener una autoimagen -self- más fortalecido, en comparación a quienes se abstienen de las citas (p.2), recabando en la importancia de la educación sexual saludable, siendo más relevante la calidad como predictor de salud mental y bienestar emocional.

Es relevante tener en cuenta que la autora explica que no se encuentran resultados entre la duración de la relación per sé y los resultados antes mencionados, debido a que esto se plantea dentro de un período del ciclo vital en el cual se vuelve clave y relevante el elemento de la vida en pareja para los adolescentes y adultos jóvenes. Para ejemplificar, esto quiere

decir que una seguidilla de buenas relaciones durante este período es más beneficioso, en comparación, a una relación de mala calidad que abarque varios años, y específicamente aquellos años de la adolescencia en donde el self está en pleno proceso de construcción. Identidad e intimidad son elementos que vienen de la mano (Collins, 1974; Lawford, Astrologo, Ramey & Linden-Andersen, 2020). García-Gómez (2018) incluso nos presenta el discurso de mujeres en edades anteriores a las que el modelo eriksoniano critica, llegando a edades más tempranas tales como incluso 10 años, es decir, los primeros pasos en lo que respecta a la búsqueda de la autonomía y la exploración de la sexualidad.

En otras palabras, actualmente la construcción del self desde la sexualidad e intimidad en su plena diversidad se puede observar desde edades tempranas, sobretodo en torno a un discurso de “sentirse querido”, es decir, en torno a una vivencia del sí mismo sexual tejido desde lo relacional. En este aspecto es que vale mencionar que la búsqueda inherente al ser humano del ser querido como necesidad básica se une intrínsecamente a lo que respecta al self y su construcción, el sí mismo y la identidad propia de la persona (recordemos: el quién soy existencial); esto se inmersa en la era digital y los ideales culturales y personales, que se basan en la idea del “amor romántico

perfecto”, o la idea de una “relación pura”, bajo el cual el sexo y la intimidad se vuelven enormemente significativos como experiencia al sí mismo, independiente de la diferencia que pueda existir entre el ideal y la experiencia misma, debido a que en la adolescencia toda práctica es un inicio y un progreso, una nueva exploración en el desarrollo personal (Traeen & Sorensen, 2000).

En cuanto a la intimidad, esta se busca y es un elemento central de las relaciones de pareja, sin embargo, es un componente transversal a toda relación social. Bauminger, Finzi-Dottan, Chason & Har-Even (2008) la definen como “cercanía con otra persona, y apertura en describir y compartir pensamientos y sentimientos” (p. 409) y proponen en un estudio con 196 adolescentes entre 12 y 15 años que tanto el apego, la coherencia y la apertura (self-disclosure) son predictores de los niveles de intimidad en las relaciones sociales de los jóvenes. Sus resultados apuntan a que el apego es un elemento relevante a la hora de relacionarse con un otro, encontrando diferencias entre los niveles de intimidad según el tipo de apego (apego seguro con puntajes más altos de intimidad y apertura, y apego evitativo junto con ansioso con menores puntajes), como así también la apertura y coherencia (relacionadas a los tipos de apego). Estos tres predictores propuestos por los autores

explican el 43% de la varianza de sus resultados en su modelo explicativo del desarrollo de la intimidad.

“La intimidad en la amistad y en el ajuste social se interrelacionan. Por un lado, adolescentes que describen sus amistades como compasivas, abiertas, y satisfactorias también reportaron ser más competentes, más sociables, menos hostiles, menos ansiosos, menos deprimidos, y con mayor autoestima en comparación con sus pares relacionados con amistades menos íntimas” (Bauminger et. al. 2008. p. 409).

En este sentido, Mackinnon, Nosko, Pratt & Norris (2011) comentan que la sensación de intimidad positiva se encuentra tanto en las relaciones de “verdadero amor” como en las de “verdadera amistad” (“true love” and “true friendship”) que el autor describe como relaciones en las cuales se perciben subjetivamente desde la persona como momentos de intimidad con otro, y basadas en ideales de relación que las personas persiguen y que actúan para tal. Los autores exponen que la narrativa adolescente, cuando presenta tales ideales y actitudes que buscan cumplirlos en las relaciones sociales, cumplen con una sensación de intimidad y de interconexión social que consideran un predictor de bienestar futuro, a diferencia de aquellos relatos en donde no aparece la intimidad como un

elemento central de las relaciones sociales.

Esta actitud hacia las relaciones sociales en torno a la sensación de intimidad -y por ende sexualidad- se ve particularmente influenciada por todo círculo social en el cual se mueve una persona, particularmente por amistades cercanas: quienes esperaban ser peor tratados en general, suelen ser mal evaluados en términos de atractivo y “appeal”, además de presentar actitudes de sumisión y por ende dificultades comparativas para encontrar pareja. Esto recalca en la importancia de la autoestima y la influencia de los factores externos en la actitud y como desemboca en el área de la sexualidad, viéndose una profecía autocumplida en la cual se desnivela la cancha del mercado de pareja, y por consecuencia, no olvidemos de un área importante de la búsqueda de identidad de las etapas mencionadas (Loeb, Hessel & Allen, 2015).

Si vamos más allá, Rotosky, Dekhytar, Cupp & Anderman (2008) realizan un estudio con adolescentes, en el correlacionan una menor autoestima con mayor ansiedad sexual y pobre percepción de autoeficacia. Estos resultados los trasponen con conductas saludables y de riesgo, describiendo que quienes presentan mejores indicadores (es decir, fortaleza del self), son menos propensos a entrar en conductas de riesgo tales como

consumo de sustancias, sexo sin protección y otros.

Elementos reforzadores del self en la intimidad y sexualidad

Ahora que sabemos las asociaciones entre el self, relacionado con la sexualidad e intimidad, además de algunas consecuencias, es importante mencionar qué se puede hacer para prevenir tales conductas, y cómo potenciamos el self en esta área, debido a su importancia en el desarrollo de la persona, su bienestar, y su salud mental.

Cabe destacar que, en las mujeres la bibliografía apunta a que con el transcurso del tiempo se desarrolla una mayor desenvoltura en el self sexual, en términos de autoaceptación, mayor apertura sexual, bienestar y comodidad consigo mismas, mayor autoestima sexual, y menor ansiedad sexual. Estos cambios se presentan de forma gradual y progresiva de forma estable y apuntan principalmente al mayor rol del self en el bienestar de la intimidad y comodidad con el self sexual, por sobre la influencia de los pares, la pareja, y otros factores culturales. Sin embargo, se rescata la importancia de una potenciación del self como el elemento característico relacionado con estos cambios, percibidos como positivos. (Hensel, Fortenberry, O’Sullivan & Orr, 2011; Aumer, 2014).

La principal estrategia y conducta asociada con una mejor relación de pareja, y satisfacción personal es lo que algunos autores describen como “autoapertura” (self disclosure), referida a transparentar todo aquello relacionado con el área de la intimidad, sexualidad y otros. Esto se basa en el diálogo y la apertura a discutir y poner en la mesa todo elemento, preferencia, conducta y otros que se vean relacionados en el área. A mayor apertura, tanto en ámbitos sexuales como en aquellos no relacionados directamente con el área en particular, mayor es la satisfacción sexual, la satisfacción de la relación y la comunicación, encontrando incluso relevancia de la transparencia en el ámbito general y no referido únicamente al área sexual (Byers & Demmons, 1999; Jamieson, 1999). En resumen, a mayor apertura, mayor bienestar; siendo un indicador positivo futuro de salud mental.

Conclusiones

La construcción del self es un proceso que toma notoria fuerza y relevancia en los períodos de la adolescencia y la adultez joven, viéndose la búsqueda de identidad y el quién soy como un componente vital para el desarrollo de la persona. En este aspecto, una de las grandes áreas de funcionamiento y de exploración es lo referido a la sexualidad, la intimidad y las relaciones de pareja, que suelen comenzar en

estos períodos y que se vuelven críticas para la fortaleza del self y la construcción del sí mismo dado el período vital.

En este sentido, nos encontramos hoy en día en la era digital, que ha impulsado cambios en lo referente a estos ámbitos antes mencionados, particularmente en lo que respecta a la búsqueda de potenciales parejas, debido a la mayor accesibilidad y posibilidades, pero que requiere de una estrategia de “venderse” como interesante en un mercado del romance invadido por infinidad de posibilidades. Es en este contexto que se vuelve importante destacar que el self se ve involucrado en el área de la sexualidad de muchas formas, y que un self empobrecido se vuelve un indicador de malos resultados: conductas de riesgo, monitoreo y conductas de celo, peores resultados en la calidad de las relaciones, entre otras. Esto se vuelve problemático ya que son estas mismas consecuencias las que a su vez golpean la construcción del sí mismo -en posible lógica de círculo vicioso- en esta edad tan crítica para tal tarea. Por el contrario, buenas relaciones, la sensación de intimidad en la amistad y parejas, además de la transparencia, confianza, apertura y la sensación de ser querido, son indicadores de fortalecimiento del self y se vuelven a su vez indicadores de bienestar y salud mental para el futuro.

Referencias

- Aumer, K. (2014).** The influence of culture and gender on sexual self-schemas and satisfaction in romantic relationships. *Sexual and Relationships Therapy*, 29(3). 280- 292. doi: 10.1080/14681994.2014.890282
- Baumgartner, S., Sumter, S., Peter, J. & Valkenburg, P. (2015).** Sexual self-presentation on social network sites: Who does it and how is it perceived? *Computers in Human Behavior*, 50. 91-100.
- Bauminger, N., Finzi-Dottan, R., Chason, S. & Har-Even, D. (2008).** Intimacy in adolescent friendship: The roles of attachment, coherence, and self-disclosure. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(3). 409-428. doi: 10.1177/0265407508090866
- Bobkowski, P., Shafer, A. & Ortiz, R. (2016).** Sexual intensity of adolescents' online self-presentations: Joint contribution of identity, media consumption, and extraversion. *Computers in Human Behavior*, 58. 64-74.
- Byers, S. & Demmons, S. (1999).** Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships, *The Journal of Sex Research*, 36(2), 180- 189. doi: 10.1080/00224499909551983
- Collins, J. (1974).** Adolescent Dating Intimacy: Norms and Peer Expectations. *Journal of Youth and Adolescence*, 3(4). 317-328
- Curnutt, H. (2012).** Flashing your phone: sexting and the remediation of teen sexuality. *Communication Quarterly*, 60(3). 359-369. Doi: 10.1080/01463373.2012.688728
- Erikson, E., Martínez Corzos, A., & Suárez, A. (1972).** *Sociedad y adolescencia*. México, D.F.: Siglo Veintiuno.
- Erikson, E. (1980).** *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Erikson, E. (1983).** *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Erikson, E., & Erikson, J. (2000).** *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- García-Gómez, A. (2018).** From Selfies to Sexting: Tween Girls, Intimacy, and Subjectivities. *Girlhood Studies*, 11(1). 43-58. doi: 10.3167/ghs.2018.110105
- Goodson, P., Buhi, E. & Dunsmore, S. (2006).** Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 38. p. 310-319
- Hensel, D., Fortenberry, J., O'Sullivan, L. & Orr, P. (2011).** The developmental association of sexual self-concept with sexual behavior among adolescent women. *Journal of Adolescence*, 34. 675-684.
- Hobbs, M., Owen, S. & Gerber, L. (2016).** Liquid love? Dating apps, sex, relationships and the digital transformation of intimacy. *Journal of Sociology*. 1-14. doi: 10.1177/1440783316662718
- Jamieson, L. (1999).** Intimacy transformed? A critical look at 'the pure relationship'. *Sociology*, 33(3). 477-494.
- Kansky, J. & Allen, J. (2018). Long-Term Risks and Possible Benefits Associated with Late Adolescent Romantic Relationship Quality. *Journal of Youth and Adolescence*. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0813-x>
- Lawford, H., Astrologo, L., Ramey, H. & Linden-Andersen, S. (2020).** Identity, Intimacy, and Generativity in Adolescence and Young Adulthood: A Test of the Psychosocial Model, *Identity*, 20(1), 9-21, doi: 10.1080/15283488.2019.1697271
- Loeb, E., Hessel, E. & Allen, J. (2015).** The self-fulfilling prophecy of adolescent social expectations. *International Journal of Behavioral Development*. 1-10. doi: 10.1177/0165025415618274
- Mackinnon, S., Nosko, A., Pratt, M. & Norris, J. (2011).** Intimacy in Young Adults' Narratives of Romance and Friendship Predicts Eriksonian Generativity: A Mixed Method

- Analysis. *Journal of Personality*, 79(3). doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00692.x
- Páramo, P (2008).** LA CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DE LA IDENTIDAD Y DEL SELF. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3),539-550. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80511493010>
- Rotosky, S., Dekhytar, O., Cupp, P. & Anderman, E. (2008).** Sexual Self-Concept and Sexual Self-Efficacy in Adolescents: A Possible Clue to Promoting Sexual Health? *Journal of Sex Research*, 45(3). 277-286. doi: 10.1080/00224490802204480
- Traeen, B. & Sorensen, D. (2000).** Breaking the speed of the sound of loneliness: Sexual partner change and the fear of intimacy. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 2(3). 287-301. doi: 10.1080/136910500422269
- Trekels, J., Ward, L. & Eggermont, S. (2018).** I “like” the way you look: How appearance-focused and overall Facebook use contribute to adolescents’ self-sexualization. *Computers in Human Behavior*, 81. 198-208
- Van Ouytsel, J., Walrave, M., Ponnet, K., Willems, A.-S., & Van Dam, M. (2019).** Adolescents’ perceptions of digital media’s potential to elicit jealousy, conflict and monitoring behaviors within romantic relationships. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 13(3), article 3. <https://doi.org/10.5817/CP2019-3-3>

