



REVISTA DE LA SOCIEDAD
ECUATORIANA DE
ASESORAMIENTO Y
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

6

2012

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
PRESENTACIÓN	
BIOGRAFÍA	
Larry Beutler	
INVITADOS INTERNACIONALES	
EVALUACIÓN FAMILIAR: CÓMO, CUÁNDO, Y CON QUÉ	
Mariana Maristany	
MINDFULNESS, UNA HERRAMIENTA EN EL MARCO DE UNA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA	
Lorna Osgood y Roxana Rostan	
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN LOS ESTILOS DE CRIANZA Y HABILIDADES PARENTALES	
Carlos Becerra Rebelo Ericka Alejandra Juárez Alzaga Dulce Elena Tiscareño Corchado Arturo Heman Contreras	
TRANSFORMACIÓN	
Una manera de estar presente en lo que ocurre	
Claudio Rud	
MIEMBROS SEAPsI	
POSTMODERNIDAD Y ESTRÉS	
Dr. Lucio Balarezo Ch.	
MENTORING FAMILIAR FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD	
Mayra Velástegui V.	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA TRATAR LA COMPLEJIZACIÓN DEL DUELO SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD	
Adrián Felipe Vásquez	
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: "UNA MIRADA CRÍTICA"	
<i>Sebastián Herrera Puente</i>	
MUJERES Y ADICCIÓN: CONSIDERACIONES PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL.	
Psc. Clínica Carol Palacios P.	
INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN LA SOMATIZACIÓN DE LA ANSIEDAD	
Nadia Gavilanes Alejandro Valencia	
LÉXICO INTEGRATIVO	
Mayra Velástegui	

PRESENTACIÓN

La Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI, mantiene dentro de sus objetivos la generación anual de la Revista Pser-Integrativo, para nosotros es enteramente satisfactorio publicar nuestro sexto número y esta vez afinando más detalles tanto en la estructura como en el contenido a fin de prepararnos para cristalizar el sueño de convertir a la revista en una publicación indexada, esto sigue siendo un reto pero el camino ya está trazado y con la colaboración invaluable de nuestros amigos y socios conseguiremos este propósito.

Pser-Integrativo No. 6 se enaltece una vez más con la contribución de nuestros grandes colegas de la Fundación AIGLÉ, Casa Abierta y el Instituto de Terapia Cognitivo-Conductual de México, permanentes colaboradores en cada publicación, así también contamos con la participación de socios de la SEAPSI de Quito y Cuenca.

En esta ocasión presentamos un pequeño esbozo de la biografía de Larry Beutler, connotado investigador y terapeuta integrativo de origen norteamericano.

Continuamos con la intención de socializar el léxico integrativo para que nuestros lectores se familiaricen más con la terminología que identifica a los integrativos.

Con estos interesantes contenidos hacemos partícipes a cada uno de ustedes en su lectura.

Lucio Balarezo Chiriboga
Presidente SEAPSI

DR. LARRY E. BEUTLER

- Padre de Selección del tratamiento sistemático
- Ex Presidente de los programas de doctorado de la Universidad de California, Santa Bárbara y el Pacífico Escuela de Postgrado de Psicología
- Profesor Consulting de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford
- Editor de la Revista de Psicología Clínica y de la Revista de Psicología Clínica y Consultoría
- Miembro de la Asociación Psicológica Americana y la Sociedad Americana de Psicología
- Ex Presidente de la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la APA)
- Ex Presidente de la División de Psicoterapia (APA)
- Autor de unos 350 artículos científicos y capítulos
- Escritor, editor y co-autor de veintidos libros sobre psicoterapia, psicopatología, depresión, evaluación clínica y abuso de drogas



SEMBLANZA PROFESIONAL

Dr. Beutler recibió su doctorado de la Universidad de Nebraska y posteriormente sirvió en las facultades del Centro Médico de Duke University, Stephen F. Austin State University, Baylor College of Medicine, de la Universidad de Arizona Centro de Ciencias de la Salud y la Universidad de California en Santa Bárbara. En la actualidad es Profesor Distinguido de Psicología, Director de Capacitación Clínica en la Escuela de Posgrado del Pacífico de Psicología. También es Profesor Emérito de la Universidad de California. Él es un diplomático de la Junta Americana de Psicología Profesional (ABPP), ex presidente de la división 29 (Psicoterapia) de la APA, el actual presidente de la división 12 (Clínica) de la APA, y por dos períodos Presidente de la Society for Psychotherapy Research (SPR). Entre sus logros se reconoce, premio Distinguished Career del SPR, la Medalla de Oro de la Fundación

Americana de Psicología, y una Mención Presidencial de la APA. También ha sido honrado por sus contribuciones a los Estados de Arizona y California. Ha publicado más de 350 artículos y capítulos, es autor y co-autor de 15 libros sobre psicoterapia, evaluación, y la psicopatología.

Libros

- Beutler, LE, y Groth-Marnat, G. (Eds) (en preparación). Evaluación integradora de la personalidad adulta (2ª ed.) New York: Guilford Press.
- Beutler, LE y Castonguay, LG (Eds) (en preparación). Principios del Cambio en Psicoterapia: Integrando la relación, el tratamiento, los clientes, y el terapeuta factores. York: Guilford Press.
- Beutler, LE, y Malik, M. (Eds.) (2002). Repensando el DSM: Perspectivas psicológicas. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología.
- Beutler, LE, y Harwood, TM (2000). Psicoterapia prescriptiva: Una guía práctica para la selección del tratamiento sistemático. Nueva York: Oxford University Press. [Traducción italiana (2002). Psicoterapia Prescrittiva Elettiva: Fondata sullevidenza La Scelta Del Trattamento Sistemático. Sovera Multimedia: Vincenzo Brunacci]
- Beutler, LE, Clarkin, JF, y Bongar, B., (2000). Directrices sistemáticas para el tratamiento del paciente deprimido. Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, LE, Clarkin, JF, y Bongar, B., (2000). Directrices para la selección de un tratamiento sistemático para el paciente deprimido. Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, LE, Bongar, B., y Shurkin, JL (1998). ¿Estoy loco o se trata de mi psiquiatra? Nueva York: Oxford University Press. [Reimpreso (2000), una guía para la Psicoterapia Consumidores: Una guía completa para la elección del terapeuta y el tratamiento que más te va.]
- Beutler, LE y Berren, M. (Eds.) (1995). Evaluación integradora de la personalidad adulta. New York: Guilford Press. Bongar, B. & Beutler, LE (Eds.) (1995). Libros de Texto integral de la psicoterapia: teoría y práctica. Nueva York: Oxford University Press.

- Beutler, LE y Crago, M. (Eds.) (1991). La investigación en psicoterapia: estudios programáticos internacionales. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología.
- . Beutler, LE, y Clarkin, J. (1990) Selección sistemática Tratamiento : Hacia intervenciones terapéuticas específicas. Nueva York: Brunner / Mazel.
- Freeman, A., Simon, KE, Beutler, LE, y Arkowitz, H. (Eds.) (1989). Manual Integral de Terapia Cognitiva. Nueva York: Plenum.
- Daldrup, RJ, Beutler, LE, Engle, D., y Greenberg, LS (1988). Focused Psychotherapy expresivo: Liberar el paciente sobrecontrolados. New York: Guilford.
- Yost, E., Beutler, LE, Corbishley, MA, y Allender, J. (1986). Grupo de Terapia Cognitiva: Un Enfoque del tratamiento para los adultos mayores con depresión. New York: Pergamon. [Traducción del francés: (1989). Therapie cognitiva de groupe. Ottawa, Canadá: Les Editions Saint-Yves, Inc.]
- Beutler, LE (1983). Psicoterapia ecléctico: una sistemática aproximación. New York: Pergamon. Beutler, LE, y Greene, R. (Eds.) (1978). Problemas particulares de niños y el comportamiento adolescente. Westport, Connecticut: Technomic Publishing Co.
- Beutler, LE, Hedberg, AG, y Walker, CE (Eds.) (1977). Carreras en Psicología Clínica: ¿Hay un lugar para mí? Asociación Americana de Psicología.

Publicaciones

- Beutler, LE (2009) Hacer materia científica en la práctica clínica: La redefinición de la psicoterapia. Clinical Psychology: Science and Practice, 16,301-317.
- Beutler, LE (en prensa). Predictores de cambio terapéutico sostenido: Reacciones a Blatt, et al. Psychotherapy Research.
- Beutler, LE, Bertoni, M., Gierlach, E. & Kimpara, S. (2009). Tratamientos con apoyo empírico y trauma masivo. En D. Richard & S. Huprich (Eds.), Psicología Clínica: Evaluación, tratamiento y Profesional Problemas (pp. 399-422). Burlington, MA: Elsevier Press. (Pdf)

- Beutler, LE y Harwood, TM (2002). ¿Qué es y puede ser atribuido a la relación terapéutica? *Revista de Psicoterapia Contemporánea*, 32, 25-33. (Doc)
- Harwood, TM, Beutler, LE (2009). Evaluación de los clientes en la planificación de tratamiento previo. En Butcher, JN (Ed.), *Manual de Oxford de la Evaluación de la Personalidad*, (pp. 653-676). Nueva York: Oxford University Press. (Pdf)
- Franco, Z., Zumel, N., Blau, K., Ayhens-Johnson, K., Beutler, L. Causalidad, las covariables y el consenso en la investigación ISCRAM: Hacia el diseño del estudio más sólido en una comunidad transdisciplinaria. *Revista Internacional de Gestión de Emergencias (número especial)*, 5, 100-122. (Pdf)
- Beutler, LE, Clinton, D. Gierlach, E., y Klajic, DS (2008). Basada en la evidencia y los tratamientos con apoyo empírico. En Leong, FT (Editor-in-Chief), Tinsley, HEA, y Arrendamientos, SH (Editores Volumen). *Enciclopedia de la Consejería: Volumen 2. Orientación personal / emocional y la salud mental* (pp. 589-592). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. (Doc)
- Norcross, JC, y Beutler, LE (2008). Psicoterapia integrativa. En RJ Corsini (Eds.), *psicoterapias actuales* (8ª ed, pp 481-511.). Belmont, CA: Brooks / Cole. (Pdf)
- Hacer Ciencia en la práctica clínica: Psicoterapia Redefinición (PDF) Este documento se presentó originalmente bajo un título diferente, en las reuniones de la Asociación Americana de Psicología 2008 en Boston, Massachusetts.
- Uso de las pruebas / instrumentos psicológicos para la planificación del tratamiento (2002)
- El Pájaro Dodo está Extinto David y Goliat: Cuando Normas empíricas y clínicas de la práctica se encuentran (2000) *American Psychologist*, 55 (septiembre), desde 997 hasta 1.007.

- Las comparaciones entre los sistemas de garantía de calidad: De la evaluación de resultados a Utilidad Clínica (2001) Diario de Consultoría y Psicología Clínica, 69, 197-204.
- Terapia prescriptiva para la depresión co-mórbida y abuso de estimulantes. (2000)
- Prozac y Placebo: Hay un potro en alguna parte. Prevención y tratamiento, publicada el 26 de junio de 1998. Copyright 1998 por la Asociación Americana de Psicología.
- Clinton, D., Gierlach, E., Zach, SE, Beutler, LE, y Castonguay, LG (2007). Hacia la integración de las intervenciones técnicas, los factores de relación, y las variables de los participantes. En Hoffmann, S. y Weinberger, J. (Eds)
- El arte y la ciencia de la psicoterapia (pp. 131-153). New York: Routledge Press. (Pdf)
- Beutler, LE, Harwood, TM, Michelson, A., Song, X., y Holman, J. (en prensa). Nivel de resistencia . En Norcross, JC (Ed), relaciones que trabajo: Terapeuta contribuciones y capacidad de respuesta a las necesidades del paciente (2^a ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, LE (en prensa). Predictores de cambio terapéutico sostenido: Reacciones a Blatt, et al Psychotherapy Research.
- Beutler, LE (en prensa). Haciendo materia científica:. Un Errata Psicología clínica: ciencia y práctica.
- Beutler, LE, Harwood, TM, Kimpara, S., Verdirame, D., y Blau, K. (en prensa) Coping Style. En Norcross, JC (Ed). Relaciones que trabajo: Terapeuta contribuciones y capacidad de respuesta a las necesidades del paciente (2^a ed.) Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. & Beutler, LE (en prensa). Psicoterapia Integrativa.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Larry E. Beutler, Ph.D.

Ph.D. Psicología Clínica Programa

Universidad Palo Alto (Escuela de Posgrado del Pacífico de Psicología)

1791 Arastradero carretera

Palo Alto, CA 94303 lbeutler@paloalto.edu Teléfono: 650-843-3509

Tomado de página oficial: <http://www.larrybeutler.com/>

EVALUACIÓN FAMILIAR: CÓMO, CUÁNDO, Y CON QUÉ

Mariana Maristany¹

La mamá de María, está muy preocupada por su hija ya que desde que se separaron sus padres, hace seis meses, comenzó con reacciones de angustia muy intensas durante la noche. La niña tiene 9 años, es hija única. No se puede dormir, necesita que su mamá esté con ella hasta el momento en que se duerme o se levanta a mitad de la noche con pesadillas. María nunca tuvo problemas de sueño. Claudia, la mamá, decide consultar. Cuando llega a la consulta el entrevistador comienza el proceso de evaluación para diseñar un tratamiento adecuado y efectivo.

Josefina de 15 años se emborrachó y tomo pastillas. Los padres la tuvieron que buscar y llevar a una guardia para que le hagan un lavaje de estomago. Consultan porque están preocupados por este episodio y no saben qué hacer.

¿Cuáles son las dimensiones a considerar para hacer un diagnostico de disfunción familiar?

¿Es necesario en cada una de estas consultas realizar una evaluación familiar?

¿Qué instrumentos podrían ser de utilidad?

El objetivo de este trabajo es desarrollar algunos lineamientos de dimensiones conceptuales para la evaluación familiar y considerar algunos instrumentos útiles para dicho fin.

Introducción

Estamos muy acostumbrados a hablar de Psicodiagnóstico y de Evaluación Psicológica en diferentes ámbitos de la psicología (clínico, laboral, forense, educacional). Generalmente dichas evaluaciones son evaluaciones individuales y tienen como objetivo poder realizar un diagnostico para tomar decisiones adecuadas.

Realizar una adecuada evaluación (individual) permite decidir qué tratamiento psicológico es el mejor para un sujeto o si tiene un buen perfil para el puesto que se requiere en una empresa o si es una persona que muestra el perfil de un abusador sexual, etc.

Cuando hablamos de Evaluación Familiar nos referimos a realizar una evaluación en el que implica la inclusión de más de una persona. Implica la evaluación de un sistema familiar.

¹ Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

La Evaluación Familiar comenzó a desarrollarse a partir de los años '70 en donde la creación de instrumentos para la evaluación de dimensiones familiares fue muy significativa (Wilkinson, 1998; Maristany, 2008).

Hablar de Evaluación Familiar implica considerar dos cuestiones:

- 1) Diagnostico de la disfuncionalidad familiar
- 2) Instrumentos de evaluación familiar

Diagnostico familiar:

Las dificultades de sueño de María a partir de la separación de los padres y el abuso de alcohol de Josefina ¿podrían considerarse problemas familiares?.

El problema de sueño de María se encuentra evidentemente relacionado con la separación de sus padres, según dice la madre, ¿Sería necesario indagar la dinámica familiar?, ¿cuáles son las dimensiones a considerar para hacer un diagnostico de disfunción familiar? ¿Cuándo el problema se debe definir como un problema familiar?.

Estas preguntas son muy complejas de responder ya que no contamos con un sistema consensuado para el diagnostico familiar (Gotevant,y Carlson,1989).

Durante la publicación del DSM-IV (1994) los terapeutas familiares presionaron para que puedan existir diagnósticos relacionales que permitan a dichos terapeutas no estigmatizar a uno de los miembros. Los clínicos en muchas ocasiones debían utilizar diagnósticos de tipo individual para completar las historias clínicas acorde a los criterios de la clasificación nosológica, aunque la consulta se encontraba ligada principalmente a problemas interpersonales, familiares o de pareja (Kaslow, 1996). Se incluyeron algunos diagnósticos que podían ser más útiles, pero no resolvieron en absoluto el problema del diagnóstico relacional.

Se ampliaron los diagnósticos de problemas relacionales en el apartado *“Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”*, que incluyó:

- “Problemas de relación”:

V61.9 Problemas de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica.

V61.20 Problemas paterno-filiales

V61.1 Problemas conyugales

V61.8 Problemas de relación entre hermanos

V62.81 Problemas de relación no especificados

Asimismo se incluyeron “*Problemas relacionados con el abuso o la negligencia*” que son problemáticas que suceden en vínculos diádicos (o triádicos).

V61.21 Abuso físico del niño

V61.21 Abuso sexual del niño

V61.21 Negligencia de la infancia

V61.1 Abuso físico del adulto

V61.1 Abuso sexual del adulto.

Dichos códigos, usualmente se diagnosticaban en el eje IV pero con esta modificación pueden ser diagnosticados en el eje I si el problema relacional es el problema principal.

La descripción de dichos problemas sigue siendo, de todas maneras, vaga y muy pobre referente al diagnóstico y clasificación de los problemas relacionales.

Algunos autores piensan que sería necesario desarrollar de forma paralela y complementaria sistemas de clasificación de diagnósticos relacionales que cubran diferentes aspectos de la salud mental.

Diagnóstico Dimensional: Modelos circumplejos de clasificación

El modelo circumplejo ha contribuido en varias áreas de la evaluación de la personalidad. Guttman (1954) introdujo el término y su uso se refería a un tipo particular de un patrón de correlación no restrictiva teniendo una disposición y ordenamiento circular.

Leary (1957) fue el primero que lo aplicó a rasgos de personalidad. Varios autores estudiosos del tema de las relaciones interpersonales y familiares (Benjamín, 1993, 1994; Horowitz, 1988, 1993, 2004; Kiesler, 1992; Leary, 1957; Olson, 1986, 1996, 2000) aplicaron este tipo de modelos de clasificación y evaluación ya que permite considerar el nivel de complejidad necesario para este tipo de variables. Es una herramienta muy útil para la evaluación y diagnóstico familiar y relacional.

Las clasificaciones circumplejas de las relaciones interpersonales son dimensionales y permiten interrelacionar estilos interpersonales de relación y nivel de intensidad. Asimismo, este tipo de modelos ha permitido realizar diseños de tratamiento más

ajustados y planificar objetivos. Asimismo, ha permitido desarrollar una evaluación sistemática y objetiva de los cambios en familias y pareja.

En la Figura 3 se observa un modelo de representación circunpleja de disfuncionalidad familiar. Olson (1986), integra dos dimensiones que han sido altamente consideradas en los abordajes familiares: cohesión y adaptabilidad.

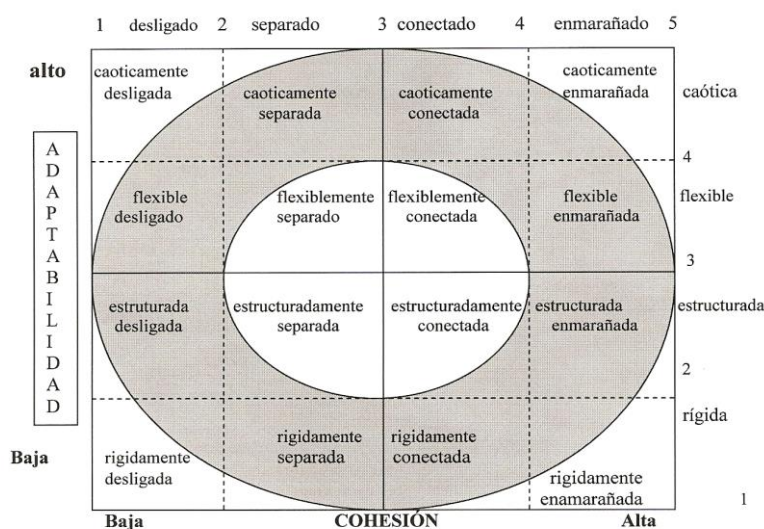


Figura 3. Modelo circunplejo de Olson

La cohesión se define como el vínculo que existe entre los miembros de la familia y la adaptabilidad como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

Cada una de estas dimensiones está dividida en 4 niveles:

- En la cohesión: familias apegadas/*enmarañadas* (cohesión alta), familias conectadas (cohesión moderada alta), familias separadas (cohesión moderada baja), familias desligadas/desapegadas (cohesión baja).
- En la adaptabilidad los siguientes tipos de familia: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

La zona central (Fig.3) representa la zona de familias balanceadas, la zona gris es la zona que representa cierto desbalance familiar y las esquinas del cuadro muestran familias desbalanceadas.

Este tipo de representación permite considerar la disfunción familiar desde una perspectiva dimensional.

Proceso de evaluación familiar

Entrevista inicial

Si tomamos el caso de Josefina, sus padres concurren a la consulta ya que se asustaron mucho y les pareció que era importante realizar una evaluación para ver si era necesario comenzar un tratamiento. Ellos están separados hace once años y el padre vive en otra ciudad. Josefina vive con su hermano y su madre. En función de la situación deciden concurrir juntos.

*Josefina: "hace un tiempito yo estaba en la casa de una amiga mía y , son **muy exagerados**, estábamos escuchando música, tomando cerveza y bueno, yo tome cerveza de más. Y bueno, entonces, como había tomado de más, a mí siempre me duele la cabeza, como a cualquier persona y no me di cuenta y me agarré otra pastilla que no era esa. Y entonces, se asustaron..."*

Josefina minimiza el episodio y no quiere realizar ningún tipo de evaluación ni tratamiento. Los padres, en cambio, relatan que ella estaba desmayada y tuvieron que ir a una guardia para que la vieran.

Madre: "El médico solamente le tomó las pulsaciones, la revisó. Me dijo "señora acá hay mezcla". Ella no se dio cuenta, ni se acuerda. "mezcla de alcohol con alguna sustancia toxica". No sé qué droga. Ahí me tomó como un shock nervioso porque jamás pensé vivir eso.."

Padre: "Debido a esta crisis es como que estamos unidos telefónicamente, como padres, no es cierto?, pero en su momento había cierta distancia, la verdad es esa. El divorcio nuestro la marcó totalmente, ella nunca lo aceptó."

Madre: "En realidad nosotros siempre tuvimos distancia y mala relación, hasta ahora"..

Los padres están muy preocupados por lo que pasó y no saben si esto es el inicio de un camino hacia la adicción. Para Josefina ellos están exagerando. Los padres solicitan una respuesta a sus inquietudes. ¿Qué deberían hacer para que esto no vuelva a ocurrir?. ¿Qué le pasa a Josefina que tuvo este episodio?¿Existe disfuncionalidad familiar o deberíamos realizar una evaluación individual?

El proceso de evaluación inicial tiene por objetivo realizar un diseño de la intervención que será lo que permita resolver la demanda del paciente (Maristany y Fernández Álvarez, 2008).

Cuando la consulta es familiar, el admisor realiza las entrevistas de exploración con el niño o el adolescente y su familia. Durante dicho proceso es necesario determinar quién es el

sujeto de la consulta, la rotulación del problema, el tipo de atribución que realizan cada uno de los miembros del problema por el que consultan, la disponibilidad para realizar un tratamiento (Fernández Álvarez, Pérez, Fraga Miguez, 2008).

Además durante el proceso de admisión puede se tomar diversos caminos respecto de la utilización de instrumentos:

- 1) Realizar una evaluación individual, exhaustiva de las funciones intelectuales y de la personalidad del adolescente o el niño.
- 2) Incluir a los padres y además a los hermanos para evaluar aspectos de la dinámica familiar.
- 3) Incluir a otros jueces externos como docentes y tutores escolares.

La evaluación familiar implica una evaluación MULTIPERSONAS, por lo que se debe decidir a quién involucrar.

Asimismo, realizar una evaluación familiar implica un mensaje para la familia ya que en muchas ocasiones se redefine el problema. Incluye a otros como parte de la dificultad.

En el caso de Josefina se planteó la realización de una evaluación familiar. Se redefinió el problema involucrando a los padres como parte de la construcción de la dificultad, disminuyendo la resistencia del adolescente. Josefina no se sentía señalada y estigmatizada en el lugar de la enferma y la única que tiene problemas.

Selección de instrumentos: Multimétodo y Multirasgo

Las pruebas de evaluación familiar son de gran utilidad para sistematizar la información destinada a amplificar la visión de la familia (Maristany, 2008).

Sin embargo, durante mucho tiempo los terapeutas familiares o de pareja se resistían a la evaluación ya que implicaba un “diagnóstico”, una “etiqueta” individual que no era coherente con el marco teórico en el que se realizaban los diseños e intervenciones familiares. Con frecuencia, la evaluación familiar era descriptiva y cualitativa, y no incorporaba medidas de evaluación cuantitativa (Kaslow, 1996, Fernández-Álvarez, 2006).

Entre las razones esgrimidas en contra del empleo de instrumentos de evaluación, se mencionan cuestiones como que la evaluación interfiere con las intuiciones, que representa un enfoque positivista o impide acercarse a la verdad. Como contrapartida se mencionan diversas razones tales como que la evaluación puede proveer una visión comprensiva del sistema, puede ayudar al terapeuta y al paciente a conectarse y puede ahorrar tiempo y aumentar la efectividad (Fernández-Álvarez, 2006).

En la década de 1980 se produjo una “explosión” en la creación de técnicas para la evaluación familiar y vincular. Los clínicos comenzaron a sistematizar los métodos para evaluar la disfunción familiar. Era razonable pensar que la evaluación debía incorporar elementos que pudieran ser medidos y cuantificados de alguna manera (Wilkinson, 1998).

Batería de instrumentos

La evaluación familiar implica conocer técnicas de evaluación de dimensiones familiares (cohesión, alianzas, comunicación, flexibilidad, etc.), de parejas, de niños y de adolescentes. Nos centraremos en las pruebas más utilizadas para la evaluación de dimensiones familiares.

Las pruebas se pueden clasificar según quién las deba completar en (Maristany 2008):

1) Técnicas para el evaluador:

Se han desarrollado guías prácticas para la observación y categorización de las familias según su funcionamiento, definiendo el grado de disfuncionalidad. El clínico, luego del proceso de admisión de una familia, puede puntuar en una escala el funcionamiento familiar, según diferentes dimensiones: comunicación, alianzas, clima emocional, etc.

La Escala de Salud Familiar (*Family Health Scale*) (Kinston, Loader y Miller, 1987) es un ejemplo de este tipo de técnicas. En la Figura 2 se observan las variables que se tienen en cuenta a la hora de puntuar dicha guía de observación. Es un tipo de pruebas muy útil para sistematizar la observación de las complejas dimensiones implicadas en la disfunción familiar.

2) Para los sujetos a evaluar:

2.1) *Inventarios autoadministrables*

Las escalas desarrolladas para la evaluación de las relaciones interpersonales pueden dividirse en dos tipos: autoinformes o heteroinformes.

2.1a) Los *autoinformes* incluyen los cuestionarios autodescriptivos que evalúan patrones de apego o problemas interpersonales, en los que el sujeto describe las características de sí mismo en los vínculos que establece. Este tipo de cuestionarios son muy útiles para indagar las representaciones acerca de sí mismo en las relaciones interpersonales que establece. Un ejemplo de estas técnicas es *el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP)*, de Horowitz (1988, 1993), y *Estilos de apego*, de West y Sheldon (1999).

Asimismo, se puede administrar un inventario que evalúe el perfil psicopatológico de personalidad con el MMPI-2 o el MCMI-III para evaluar el grado de disfuncionalidad de los miembros de una pareja o a los padres de una familia.

2.1b) Los *heteroinformes* son cuestionarios que incluyen la descripción de otro miembro de la familia. La escala de Áreas de cambio (Weiss y Birchler, 1975; Cáceres, 1982) es un ejemplo de este tipo de instrumentos (Figura 3). El sujeto debe describir qué áreas quiere que cambie su pareja.

Muestra de ítems:

A: Me gustaría que mi pareja...

	Mucho menos	Menos	Algo menos	0	Algo más	Más	Mucho más
1-Participase en las decisiones de cómo emplear el dinero	-3	-2	-1	0	1	2	3
2-Limpiase la casa.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
3-Tuviese la comida preparada a tiempo	-3	-2	-1	0	1	2	3
4-Cuidase su apariencia externa.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
5-Me pegase.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
6-Viniese con mis amistades	-3	-2	-1	0	1	2	3
7-Pagase las facturas a tiempo	-3	-2	-1	0	1	2	3
8-Preparase comidas apetecibles	-3	-2	-1	0	1	2	3
9-Iniciase conversaciones interesantes conmigo ...	-3	-2	-1	0	1	2	3
10-Saliese conmigo	-3	-2	-1	0	1	2	3
11-Mostrase su aprobación por las cosas que hago bien	-3	-2	-1	0	1	2	3
12-Se reuniese con mis familiares	-3	-2	-1	0	1	2	3
13-Tuviese relaciones sexuales conmigo	-3	-2	-1	0	1	2	3

Figura 3. Áreas de cambio (Weiss y Birchler, 1975; Cáceres, 1982)

2.1c) Técnicas de evaluación familiar:

- *Beavers Family Systems Model* (Beavers y Hampson, 2000). Este modelo implica la evaluación del funcionamiento de una familia a través de la competencia familiar (estructura, información disponible y flexibilidad para la adaptación del sistema). Define el estilo familiar como centrípeto, mixto o centrífugo. La técnica desarrollada es *Beavers Interactional Scale* (BIS).

- *Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES I, II, III y IV)*. La escala FACES fue creada originalmente por Olson (2000) basándose en un modelo circunplejo (ver Figura 1). Es una de las técnicas que ha sido más estudiada en países hispano parlante (Martínez Pampliega y col. 2011., Costa Ball y col. 2009) y contamos con estudios locales que aseguran su validez (Leibovich y col., 2010, Schmidt y col., 2009).

- *Darlington Family Assessment System* (Wilkinson, 2000) implica un marco teórico y un sistema de evaluación familiar que permite sistematizar la evaluación clínica de las familias. La técnica desarrollada por Wilkinson incluye una entrevista semiestructurada, *Darlington Family Interview Schedule (DFIS)* y la *Darlington Family Rating Scale (DFRS)*.

- *McMaster Model* (Miller, Ryan, Keitmer, Bishop & Epstein, 2000) implica un modelo teórico familiar para la comprensión del sistema. Es una orientación sistémica que, para la evaluación de la efectividad en el funcionamiento familiar, incluye las siguientes dimensiones: resolución de problemas, comunicación, roles, respuesta emocional, compromiso afectivo y control de la conducta.

Desarrollaron diferentes cuestionarios:

- ◆ *Family Assessment Device (FAD)* (para la familia)
- ◆ *McMaster Clinical Rating Scale (MCRS)* (para el terapeuta y la familia)
- ◆ *McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF)* (entrevista estructurada)

- *Family Assessment Measure (FAM)* (Skinner, Steinhauer, Sitarenios, 2000). Desarrolla un modelo de evaluación a través de siete dimensiones derivadas de las categorías familiares de Epstein. El FAM está compuesto por cuatro cuestionarios:

- ◆ *General scale*, focalizado en el sistema familiar
- ◆ *Dyadic relationships scale*, centrado en las díadas familiares
- ◆ *Self-rating scale*, focalizado en la visión individual de su propio funcionamiento en la familia
- ◆ *Brief FAM*, es una versión abreviada que incluye ítem de los tres cuestionarios anteriores

- *Escala de Clima Familiar (FES) Moos y Moos (1984)* Esta escala aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias. Está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen 3 dimensiones fundamentales: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad.

Relaciones: es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión en la familia, así como el grado de interacción conflictiva que la caracteriza y está integrada por tres subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto.

Desarrollo: Evalúa la importancia en la familia de ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no por la familia. Esta dimensión comprende las siguientes subescalas: Autonomía, Actuación, Intelectual cultural, Social recreativa y Moralidad religiosa.

Estabilidad: Es una dimensión que da información sobre la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La formados subescalas: Organización y Control.

- *Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis. (F-COPES)* (McCubbin, Larsen, y Olson, 1981).

Esta Escala fue desarrollada con el fin de identificar las estrategias conductuales y de resolución de problemas utilizadas por las familias en situaciones de crisis o problemáticas. Cuenta con 30 reactivos distribuidos en cinco subescalas que describen el modo en que la familia desarrolla estrategias de afrontamiento para dichas situaciones.

- *Escala de Funcionamiento Familiar* (Palomar, 1998, García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006). Evalúa la percepción global del funcionamiento familiar (Figura 4).

Muestra de items

1. En mi familia es mejor quedarse callado que decir lo que pensamos.
2. En mi familia, los padres son figuras de respeto.
3. En mi familia se platican cosas entre hermanos.
4. A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos.
5. En mi familia se dice una cosa y se hace otra.
7. Mi familia emplea el doble mensaje, se pide una cosa cuando en realidad se quiere se haga otra.
10. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas.
13. Mi pareja y yo estamos unidos.
15. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.
16. En mi familia, nos gusta pasar tiempo juntos.
18. Mi pareja y yo evitamos discutir delante de nuestros hijos.

20. En mi familia, los límites y reglas son poco claros.
31. En mi familia cada cual resuelve sus problemas como puede.
43. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo.
43. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo.

Figura 4. Muestra de ítems (García Méndez, y col, 2006)

2.2) Técnicas proyectivas

Se dispone de una gran cantidad de técnicas proyectivas que permiten la evaluación de los patrones interpersonales considerando los aspectos inconscientes de los vínculos que establece el sujeto. Rorschach, Phillipson, CAT son algunas de las técnicas que pueden incluirse en este apartado.

2.3) Técnicas de papel y lápiz

Es muy usual en la práctica clínica de nuestro país la utilización de técnicas gráficas para la evaluación. El test de La Familia, Familia kinética, Dos personas, son algunos ejemplos de evaluación gráfica de la experiencia interpersonal (Frank de Verthely, 1985, 1987).

2.4) Grilla Familiar (Maristany, 2008)

La Grilla Familiar es una técnica que permite recabar de forma sencilla qué piensa cada uno de los miembros de sí mismo y de los demás. Se le solicita a cada uno por separado que describa muy sintéticamente los aspectos positivos y negativos de la forma de ser de cada uno de los miembros de la familia y de sí mismo. Se denomina “Grilla Familiar” ya que el sujeto completa una grilla que se presenta vacía, según la cantidad de miembros que compongan el grupo familiar.

Ejemplo:

	positivo	negativo
Padre		
Madre		
Esposa del padre		
Esposo de la madre		
Yo		

2.6) Genograma

La utilización del genograma es también una técnica utilizada para la evaluación y exploración familiares (Mc Goldrick y Gerson, 1987).

2.7) Test de las bolitas (Usandivaras, R. 2004)

Esta prueba consiste en formar figuras disponiendo bolitas de colores en un tablero perforado.

Este test, desarrollado en la Argentina en los años sesenta por Raúl J. Usandivaras, sigue vigente para el estudio de las relaciones que rigen la dinámica de parejas, familias, equipos de trabajo (hasta ocho personas) y otros.

En síntesis, hoy contamos con una gran cantidad de instrumentos que permiten realizar evaluaciones familiares cuando se requiera.

VOLVIENDO A LA CLINICA...

Caso Josefina

Como mencionamos anteriormente, Josefina concurre con sus padres y se decide realizar una Evaluación Familiar. Se presentan a continuación algunas de las pruebas administradas. Una de las ventajas de realizar una Evaluación Familiar es que a través de las pruebas descriptas, se obtiene una gran cantidad de información en menor tiempo. La relación costo-beneficio es adecuado. Asimismo, muestran utilidad diagnóstica y para la investigación de resultados.

Se ejemplifica a continuación la utilización de la grilla familiar como una de las pruebas utilizadas en la batería de pruebas de la evaluación familiar.

Padre

	positivo	negativo
Yo	Soy responsable, trabajador, amo a mis hijos. Trato, a pesar del divorcio de seguir siendo el padre que quiero ser.	Tengo carácter fuerte pero ya no violento o agresivo, como sí lo fui
Madre	Es una buena mujer que yo no supe valorar y la considero una buena madre	El haberme dejado de lado como padre y perjudicar el vinculo con ellos
Hijo	Tiene mucha garra, le gusta trabajar y estudiar, a su manera me tiene presente y me respeta	Hoy en día está dejando de lado a la familia por su novia

Hija	Siempre busca la unidad familiar, tiene claros sus objetivos, me quiere y me lo demuestra	El no haber mostrado una confianza con nosotros por sus actitudes actuales
------	---	--

A través de la grilla se puede ver como el padre expresa que en otro momento de la vida él era violento y agresivo. Este dato no se expresó en la primera entrevista. El tema de la entrevista se centró en la descripción de la situación de consumo.

Es factible que si hubiéramos realizado una entrevista con el padre esta información hubiera surgido. Sin embargo este tipo de pruebas permite acortar los tiempos de evaluación.

Madre

Padre	Quiere mucho a sus hijos. Se los demuestra.	Le cuesta ser "padre". Suele ser "amigo". Se deja "convencer". Fue violento, "golpeador" conmigo
Yo	Amo mucho a mis hijos. Soy fiel a mis afectos (familia, amigos, etc). Soy segura, alegre, responsable, muy trabajadora	Me cuesta aceptar autoridades, no bien ganadas. Me cuesta hablar de afectos personales con todo el mundo, muy reservada de lo íntimo
Hijo	Colaborador, trabajador, con buenos principios, bastante maduro	Autoexigente, perfeccionista, terco, conservador
Hija	Inteligente sagaz, Intuitiva, generosa, solidaria	Muy rebelde, terca, le cuesta aceptar límites, transgresora, no selecciona sus amistades, ciclotímica, suele ser hiriente con palabras.

En la descripción de la madre se confirma que el padre fue "golpeador" y rescata como positivo que es cariñoso con sus hijos. En la descripción de Josefina, comparando con su hermano se observa mayor peso de lo negativo.

Josefina

	positivo	negativo
Padre	Está siempre. Buena persona. Me trata de comprender siempre. Me defiende mucho	Me trata de dirigir la vida. Hay veces que se le va esa comprensión hacia mí y no me comprende. Es muy exagerado
Mamá	Es buena persona. Está siempre. Estuvo siempre. Inteligente	No tiene mucha paciencia, se enoja fácil
Hermano	NADA!!	malhumorado, renegado, recentrado, indeciso, malo, egoísta, discriminador
Yo	Sincera. Buena persona. Muy sociable, ayudo a los demás, no discrimino a nadie, inteligente, escribo mucho tengo paciencia y esperanza por todo.	Muy celosa. Hay veces que estoy mal y guardo lo que me pasa. Me enoja mucho. Soy media rencorosa, es decir, no me olvido de nada.

Tanto del padre como de su madre describe aspectos positivos y expresa sentirse comprendida y apoyada. Expresa cierto conflicto con su madre y no puede rescatar nada positivo de su hermano. Es factible que su hermano y su madre tengan una alianza que no tiene con ella, despertando una rivalidad importante.

Devolución y cierre

Tanto los padres como Josefina participaron de la evaluación con buena disposición a la tarea. La involucración de ambos padres mejoró la disponibilidad de Josefina.

Teniendo en cuenta los resultados se decidió trabajar en encuentros familiares que permitieran modificar las alianzas rígidamente establecidas entre la madre y el hermano.

Josefina se sentía excluida y su padre vivía lejos y lo veía mucho menos de lo que ella quería.

Asimismo, era necesario que el padre tuviera un lugar más activo en la relación con su hija mejorando el nivel de autoestima. Las pruebas nos informaban acerca de su vulnerabilidad emocional que también debería ser un punto para trabajar en un espacio terapéutico para que pudiera cumplir lo que dice y hace.

Conclusión

A lo largo del artículo se visualiza la complejidad para el diagnóstico y la evaluación familiar.

En la actualidad existe una gran cantidad de instrumentos que permiten que la evaluación familiar sea posible. Permite sistematizar los datos que el clínico puede recabar durante el proceso de admisión y complementar el juicio clínico.

Parecería que el debate acerca de la utilidad de la evaluación en el contexto familiar ya dio un paso adelante confirmando que es posible y necesario.

Bibliografía

American Psychiatric Association: (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edition. (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association, (versión en español, Barcelona: Masson, 1995).

Beavers, R. Hampson, R.B. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, Vol. 22, Issue 2. 128-143.

- Benjamin L.S. (1994). Structural Analysis of Social Behaviour. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L.S. (1993). Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. Guilford.
- Costa Ball, D., González Tornaria, M.L., Masjuan, N., Trapaga, M.A., Del Arca, D., Scafarelli, L., Feibuscheurez, A. (2009). ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR - FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, vol.3 no.1.
- Fernandez-Alvarez, H.; Kirszman, D., Vega, E. (2008) Programa de habilidades terapéuticas, En *Integración y Salud Mental: Proyecto Aiglé 1977-2008*. Madrid. Desclee de Brower.
- Fernández-Álvarez, H., Pérez, A. y Fraga Míguez, M. (2008) Modelo de abordaje y diseño de tratamientos. En *Integración y Salud Mental: Proyecto Aiglé 1977-2008*. Madrid. Desclee de Brower.
- Fernández-Álvarez, H. (2006). Los múltiples rostros de la evaluación psicológica. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 21,(1), 149-168.
- Frank de Verthely, R (1987). Identidad y vínculos en el test de las dos personas. Paidós.
- Frank de Verthely, R. (1985). Interacción y proyecto familiar en el test kinético de la familia actual y prospectiva. Gedisa.
- García Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes I., y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, Nº 22 · Vol. 2 · 2006 · 91 – 110.
- Gorall, D.M., Tiesel, J. y Olson, D.H. (2004). FACES IV Development and Validation. Minneapolis: Life Innovation.
- Gotevant, H.D y Carlson, C.I (1989) Family Assessment: A guide to methods and measures, Guildford Press.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B. A., Ureno G. Y Vellasnor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-92.
- Kaslow, F. (1996) Handbook of Relational diagnosis and dysfunctional family patterns. USA: Ed. John Wiley y Sons inc.
- Kiesler, D.J. (1992). Interpersonal Circle Inventories: Pantheoretical Applications to Psychotherapy Research and Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 2, nº 2.
- Kinston, Loader y Miller (1987). The Family Health Scales. En Sclare, I. (1997). *Child Psychology Portfolio*. Windsor: NFER-Nelson.

- Leary, T. F (1957). *Interpersonal Diagnosis of personality. A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York. Ronald press.
- Leibovich de Figueroa, N.B y Schmidt, V. (2010) *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar: aspectos teóricos y empíricos: adaptación argentina de escala Faces III*. Editorial Guadalupe.
- Maristany, M. (2005). *Problemas interpersonales y Trastornos de personalidad*. Tesis Doctoral.
- Maristany, M. (2008). Diagnóstico y evaluación de las relaciones interpersonales y sus perturbaciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, (1), 19-36.
- Maristany, M. y Fernández Álvarez, H. (2008). Evaluación Psicológica. En *Integración y Salud Mental: Proyecto Aiglé 1977-2008*. Madrid. Desclee de Brower.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi i Castillo, L. y Sanz Vázquez, M. (2011) Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Revista de la Asociación Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, Nº 29 • Vol. 1.
- Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (1987). *El genograma en evaluación familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa
- McCubbin, H.I., Larsen, A. y Olson, D.H. (1981): FCOPEs. Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. En D.H. Olson, H.I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen y L.R. Wilson (Eds.), *Family inventories*. University of Minnesota, St. Paul.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D.H. (1996). Clinical assessment and treatment interventions using the family circumplex model. En Kaslow, F. (Ed). *Handbook of relational diagnosis* (pp 59-77). New York, Wiley.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, Vol. 22, Issue 2. 144-167.
- Schmidt, V., Barreyro, J.P., Maglio, A.L. (2009) Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología*, Vol. 3, nº 2, pp. 30-36.
- Usandivaras, R., (2004). *Test de Las Bolitas. Imagen de las relaciones interpersonales*. Paidós.
- West, M. L. y Sheldon-Keller, A. E. (1999). *El apego adulto. Patrones relacionales y psicoterapia*. Valencia: Promolibro.

Wilkinson, I. (2000). The Darlington Family Assessment System: Clinical guidelines for practitioners. *Journal of Family Therapy*, Vol. 22, Issue 2., 211-224.

Wilkinson, I.. (1998). Child and family assessment. Clinical Guidelines for practitioners, Routledge (2nd. edition).

MINDFULNESS, UNA HERRAMIENTA EN EL MARCO DE UNA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Lorna Osgood y Roxana Rostan²

Resumen:

En los últimos diez años han aparecido gran cantidad de investigaciones en Mindfulness o atención plena, grupos de trabajo, publicaciones y aplicaciones a muchos trastornos (Baer, 2003). Cada vez es mayor el número de clínicos en psicología interesados en aprender las técnicas de Mindfulness e integrarlas en su trabajo terapéutico. Este artículo tiene como objetivo mostrar a Mindfulness como una herramienta para la psicoterapia integrativa, y presentar intervenciones que incorporan habilidades Mindfulness en pacientes con enfermedades oncológicas, estrés postraumático (TEPT) y trastornos alimentarios.

Palabras Clave: *psicoterapia integrativa, Mindfulness, enfermedades oncológicas, TEPT, trastorno alimentario.*

Introducción

La opción integrativa en psicoterapia aparece como alternativa válida a partir de la década de 1980, momento en que se forma la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). En un contexto de incremento incesante de teorías, estrategias y enfoques aparece la necesidad de descubrir nexos conceptuales que den lugar a la articulación de síntesis teóricas y modos de intervención para incrementar la eficacia de los tratamientos (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). Es importante destacar que el movimiento integrativo siempre estuvo asociado a los procesos de investigación, ya que su objetivo está ligado a una elaboración permanente de reconstrucción teórica y técnica.

A partir de la década del 90 surge Mindfulness como un punto de estudio dentro de la psicología occidental. Esto trajo aparejado consecuencias profundas para la psicoterapia moderna, ya que revela cómo nuestras mentes construyen nuestra experiencia en cada momento y cómo esas construcciones pueden llevar al sufrimiento. La mayor parte de los enfoques basados en Mindfulness desarrollan la capacidad de unir la experiencia sensorial y de los pensamientos al mismo tiempo que se toma distancia de lo observado, lo cual nos

² Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

permite dar un paso al costado, salir del círculo de patrones de condicionamientos inconscientes, habituales y automáticos, y tomar contacto con nuestros recursos, con nuestro potencial personal, disminuir nuestra reactividad y aumentar nuestras cualidades sanadoras. La práctica de Mindfulness y todas las posibilidades terapéuticas que pueden desprenderse de su aplicación argumentan a favor de considerar a Mindfulness como una construcción transteórica utilizada en diferentes enfoques terapéuticos, los cuales parecen haber encontrado en ella elementos de unión que permitiría en el futuro comprender y desarrollar mejor los factores terapéuticos comunes de los tratamientos psicológicos efectivos (Didonna, 2009).

Este trabajo tiene como objetivo describir cómo se aplica la práctica de Mindfulness dentro de un modelo de psicoterapia integrativa en el curso de tratamiento de distintas patologías.

Un modelo de psicoterapia integrativa

Existe un acuerdo cada día más generalizado de que los psicoterapeutas realizan, en sus prácticas diarias, acciones que revelan el empleo de procedimientos heterogéneos, y que apelan a recursos diversificados en la necesidad de enfrentar más exitosamente los problemas que aquejan a las personas que padecen (Fernández-Álvarez 1992).

La importancia de este movimiento integrativo queda evidenciada a través de las numerosas publicaciones de textos científicos en las últimas décadas (Beutler, 1983; Balarezo Chiriboga, 2010; Fernández-Álvarez, 2008; Feixas y Villegas, 1990; Greenberg & Safran, 1988; Lazarus, 1981; Mahrer, 1989 ; Norcross, 1986, Ryle 1982). Los significados con los que cada persona organiza la realidad son siempre de carácter social y al mismo tiempo expresan la producción personal de quien los genera, y así el ser humano va construyendo activamente su experiencia y va creando un mundo dentro del cual puede ubicar su propia identidad (Fernández-Álvarez, 1992). Por esto es importante atender a lo que les pasa a las personas desde una perspectiva intermedia, donde todas las variables operan en forma conjunta y simultánea, donde la mirada no se reduce ni al individuo ni al sistema, sino a la observación de las interacciones, a esa manera particular en que las personas se relacionan y van formando su organización cognitiva de la experiencia.

Es importante recordar que las cogniciones no sólo provienen de fuentes intelectuales, sino también afectivas y evaluativas de la experiencia. Teniendo en cuenta estas fuentes de la cognición y atendiendo al aspecto evaluativo de la misma, es que consideramos la incorporación de esta técnica al modelo integrativo desarrollado por Fernández-Álvarez

(1992), como un recurso, como una intervención que facilita la observación de los procesos mentales, amplía la conciencia, posibilita la aceptación y el cambio.

Mindfulness: una herramienta

“Cuando comprendemos en profundidad la naturaleza orgánica de las formaciones mentales, nos convertimos en personas mucho más enteras, serenas y amables” (Thich Nhat Hanh, 2011).

Mindfulness es una forma de prestar atención a la experiencia presente con una cualidad determinada que tiene su origen en una práctica de meditación oriental. Ha sido definido por Jon Kabat-Zinn (1990,) como: *“la habilidad de centrar la atención de un modo particular en un objeto, en el momento presente, sin juzgar”*. En este estado de atención plena, uno se da cuenta y se centra en la realidad del momento presente *“tal y como es”*, aceptándolo y reconociéndolo como una realidad plena, sin intermediaciones del pensamiento discursivo, sin intentar cambiar nada, y sin que la mente derive a un estado de pensamiento difuso centrado en el futuro o en pasado (Segal et al., 1995).

Mindfulness refiere a un proceso psicológico, a un tipo de práctica meditativa y a un concepto teórico (Brown, Ryan, & Cresswell 2007; Germer 2005). El concepto y la práctica de Mindfulness tienen sus raíces en el budismo; sin embargo, el proceso psicológico es de aplicación universal y no exclusivo de una cultura o religión. Así como la mente puede estar adormecida, fantaseando, concentrada, emocional o dispersa, la mente también puede estar *mindful* (Shapiro et.al., 2006).

En la práctica clínica la influencia del concepto de Mindfulness puede verse a varios niveles. La influencia del grado de práctica de Mindfulness que realiza el terapeuta sobre los resultados del tratamiento está siendo objeto de estudio en los últimos años (Grepmaier et al., 2007). La intersección de Mindfulness y psicoterapia puede describirse como un continuo: comenzando por lo que podríamos llamar un polo *“implícito”*, donde el terapeuta practica Mindfulness de modo invisible para el paciente (Germer, 2005). Siguiendo por ese continuo, su uso se hace más explícito a medida que se incorporan a la psicoterapia intervenciones basadas en Mindfulness, que se traducen en técnicas específicas de esta práctica. Germer, op.cit, describe algunas de estas estaciones que van desde psicoterapeutas que conocen la práctica, psicoterapeutas que practican Mindfulness; terapias que incorporan el entrenamiento de Mindfulness como intervenciones en

tratamientos (Hayes,1999; Linehan, 1993;) a psicoterapias que se basan en Mindfulness (Marlatt y Gordon, 1985; Segal, Teasdale y Williams 2002).

La literatura actual sobre el tema describe numerosas prácticas meditativas diseñadas para desarrollar las habilidades de Mindfulness en los pacientes para fines terapéuticos (Hanh, 1976; Kabat-Zinn, 1990; Linehan 1993) Algunas de sus aplicaciones son: en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) propuesto por Roemer & Orsillo (2002) o en la prevención de recaídas de la drogadicción de Marlatt (1994). Así también han surgido nuevos modelos que utilizan Mindfulness, entre los que podemos citar: La Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR) que es el enfoque pionero en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología occidentales desarrollado en 1982 por Jon Kabat-Zinn, La Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena, (MBCT) (Segal, Teasdale &William, 2002), para reducir las recaídas en depresiones recurrentes (Lau, 2005), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) (Linehan,1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson,1999), la Terapia Metacognitiva (Wells, 2000), Mindfulness-based eating awareness therapy (MB-EAT) (Kristeller, Wolever & Sheets, 2008).

Intervenciones basadas en Mindfulness

Aplicaciones en pacientes con cáncer

En 2008 murieron de cáncer 7,6 millones de personas, lo que supone el 13% de todas las defunciones registradas en el mundo. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2012). A la vez, las estadísticas de supervivencia son cada vez más prometedoras, hasta el 65% de todos los pacientes sobreviven en este momento más de 5 años (Ries et al., 2007). Esto se debe en gran medida a los avances de la medicina. Por otro lado, muchas veces los métodos de tratamiento, más exitosos actualmente pero también más agresivos, se han convertido en una fuente de emociones negativas como ansiedad, miedo, ira y depresión (Gómez, 2011). Lograr sólo años de supervivencia no es suficiente y el interés está centrado en mejorar la calidad de vida en todas sus dimensiones, incluidas las psicológicas y espirituales. Al finalizar los tratamientos muchos pacientes continúan con niveles elevados de malestar que requieren asistencia psicológica. (Carlson, Speca, Patel & Goodey 2004). Es así que la ansiedad y la depresión, (Strain 1998), el cansancio (Carlson et al., 2004) y los problemas de sueño (Fortner, Stepanski, Wang, Kasprowitz & Durrence, 2002) son comunes entre las personas que han superado un cáncer. El miedo a

que reaparezca la enfermedad, los problemas sexuales y la preocupación con respecto a la imagen corporal son manifestaciones de muchos de los sobrevivientes (Kornblith & Ligibel, 2003). No obstante, a estos efectos negativos se le suman efectos positivos, pacientes que manifiestan cambios psicosociales que incluyen: mayor espiritualidad, una apreciación más profunda de la vida y percepciones más positivas de los seres queridos (Andrykowski, Brady & Hunt, 1993; Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001). Globalmente se conoce esta experiencia como “crecimiento postraumático” (Cordova et al., 2001, Katz, Flasher, Cacciapaglia & Nelson, 2001). Las afinidades entre las descripciones de los cambios de las personas que experimentan crecimiento postraumático y la actitud que promueve Mindfulness indican que el entrenamiento en esta práctica de Atención Plena puede ser una herramienta para promover el crecimiento postraumático en los sobrevivientes de cáncer. Se presenta como un procedimiento especialmente útil para combatir la lucha con los propios sentimientos, el juicio crítico y la predisposición a imaginar “los peores escenarios futuros” (Gómez, 2011b).

Debido al elevado nivel de malestar emocional que se experimenta tras haber atravesado un diagnóstico de cáncer y su tratamiento (Carlson et al., 2004) y la gran cantidad de pruebas de eficacia de la MBSR (Baer, 2003; Bishop, 2002) esta intervención parece ser adecuada. El primer estudio aleatorizado de MBSR en una población mixta de pacientes oncológicos fue publicado en el año 2000 por Speca y colaboradores. Este programa demostró ser efectivo en la reducción de alteraciones en el estado de ánimo y en la disminución del estrés frente a un grupo control de lista de espera. Se ha encontrado una mayor reducción de los niveles de depresión y ansiedad, de miedo a la recurrencia, así como mayor energía, funcionamiento físico y desempeño de rol (Lengacher et. al., 2009); una reducción en las alteraciones del estado anímico y en la astenia, así como mejoras en la calidad del sueño, disminución del dolor físico, y aumento de la sensación de bienestar (Kvillemo & Branstrom, 2010)

El tratamiento que se ofrece al paciente tiene como objetivo dar una oportunidad para ser consciente de las respuestas personales al estrés y para aprender a practicar técnicas de meditación, que darán lugar a respuestas más sanas al estrés. Se potencia la intención de aceptar con ecuanimidad, de no juzgar, de soltar cuestiones que condicionan el sufrimiento, se anima a los pacientes a vivir el momento presente tal cual se presenta, ya que sólo en el aquí y ahora es posible recuperar el control y tomar las decisiones sin reaccionar.

El tratamiento se organiza en 8 sesiones de 90' cada una con una frecuencia semanal; además de una anteúltima sesión intensa de 3 horas. Durante el programa la experiencia práctica, que es el pilar del mismo, es acompañada por instrucciones didácticas (el impacto del estrés en la salud psicológica, física y social; conceptos fundamentales para la meditación Mindfulness y para vivir conscientemente). Las prácticas incluyen actividades de meditación sentado, parado y caminando, entre otras. Además, se invita a los pacientes a practicar meditación formal (45') en forma diaria durante el programa. También los participantes se llevan un CD con meditaciones para poder ejercitar en sus casas. Algunos pacientes consideran el tratamiento difícil de sostener, mientras que otros pueden asumir el compromiso que implica el mismo. Una regulación adecuada de las expectativas y de la preocupación generalmente permite al paciente participar plenamente en el tratamiento. Muchos pacientes encuentran útil el programa para hacer frente a las demandas cotidianas del tratamiento, tales como tolerar la ansiedad previa a hacerse los controles y esperar los resultados de estudios; disminuir los pensamientos en torno a la posibilidad de recidiva, o encarar cuestiones sobre cómo vivir una vida auténtica.

Aplicaciones en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático

La palabra trauma y la expresión trastorno de estrés pos-traumático forma parte hoy en día del léxico popular. La exposición a un acontecimiento potencialmente traumático es una experiencia estadísticamente normativa y hay estimaciones que sugieren que toda persona se verá expuesta, como media, a un acontecimiento potencialmente traumático por lo menos a lo largo de su vida (Bonanno, 2005; Breslau, 2002). Los traumas están asociados con la exposición a acontecimientos externos que se consideran dolorosos para la persona que los sufre y pueden tener un impacto en sus procesos psicológicos (Wilson, Friedman & Lindy, 2001). Las personas que padecen un trauma psíquico se caracterizan por algunos indicadores disfuncionales muy claros. La disociación de sus procesos mentales y la fragmentación de la unidad del *self* son dos acontecimientos complementarios que revelan los efectos del choque producido (Fernández-Álvarez, 2005). Justamente es importante destacar que siempre hay factores del entorno que inciden en la exposición al trauma, y las respuestas o reacciones consecuentes impactan afectando las relaciones de los individuos, su nivel de funcionamiento y la capacidad para llevar a cabo y participar de su propia vida. Es importante destacar que si bien hay personas que muestran signos de malestar psicológico tras la exposición al hecho traumático, otras recuperan su nivel de funcionamiento anterior sin necesidad de

intervención externa. En respuesta a la necesidad de tratamiento para las personas que han sufrido un trauma, los terapeutas cognitivo-comportamentales han desarrollado tratamientos basados en la exposición, que resultan efectivos para el tratamiento de las reacciones al trauma (Foa & Meadows, 1997). Aunque se ha documentado la utilidad de estos tratamientos, la literatura existente también indica que una proporción de sobrevivientes de traumas tienen dificultades a la hora de participar en tratamientos basados en la exposición y, por lo tanto, no siempre experimentan los beneficios plenamente (Becker & Zayfert, 2001). Proponemos un tratamiento que integra técnicas conductuales y habilidades de Mindfulness como una alternativa de enfoque, para pacientes que no pueden o no quieren someterse a terapias tradicionales.

La investigación sobre la incorporación del Mindfulness en tratamientos existentes para los traumas es muy prometedora (Becker & Zayfert, 2001). Mindfulness potencia la aceptación en lugar de la evitación y puede aportar una herramienta para organizar la exposición a los estímulos temidos. No consideramos que Mindfulness funcione como una herramienta de control, sino más bien dirigida a aumentar la conciencia psicológica y la flexibilidad al responder a las experiencias emocionales (Follette et al., 2006). Es una habilidad que le ayuda al paciente a gestionar el malestar que se produce al iniciar el trabajo de exposición. Los ejercicios de Mindfulness servirán para permitir al paciente en primera instancia experimentar el momento presente tal como es, más que como parece ser. Es decir, el momento del trauma ha terminado, se ha sobrevivido y el paciente se encuentra en un lugar seguro. Los pensamientos y los sentimientos se aceptan no como una realidad, sino como reacciones aprendidas de experiencias anteriores. El paciente no tiene que evitar, esconderse, autolesionarse para deshacerse de las experiencias internas. En cambio puede detenerse en ese momento y darse cuenta de sus pensamientos y sus sentimientos, observándolos como simples productos mentales que no pueden ni herirlo, ni matarlo.

Durante las fases preliminares es necesario empezar la práctica con ejercicios más básicos como el de respiración consciente. La observación de la respiración aporta una habilidad que puede usarse siempre. Se continúa introduciendo diferentes ejercicios de Mindfulness, con el objetivo de llevar la atención del paciente al momento presente. Además, los ejercicios de Mindfulness que implican estímulos externos como colores de la sala, el sabor de los alimentos y los sonidos del entorno, resultan muy útiles para lograr este objetivo. A medida que el paciente demuestra que domina estas habilidades, el terapeuta

puede introducir los ejercicios en relación a la observación de pensamiento y sentimientos internos. Mindfulness, a través de la aceptación, ayuda al paciente a tener un contacto con el momento presente para posteriormente avanzar en su vida en la dirección que desea. También aumenta la flexibilidad psicológica, que ampliará su capacidad para responder con eficacia.

Aplicaciones en pacientes con trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes de conducta multivariados y multideterminados, en la mayoría de los casos de alta complejidad, descritos por déficit centrales constantes en la autorregulación de la ingestión de alimentos, del afecto y de la cognición (Dalle Grave, Di Pauli, Sartirana, Calugi & Shafran, 2007).

a) El trastorno en la autorregulación de la ingesta de alimentos se encuentra asociado a una dificultad en reconocer las señales fisiológicas de hambre y saciedad, además de diferenciar esas señales orgánicas de la emoción. b) El trastorno en la regulación emocional refleja déficit a la hora de identificar, tramitar y utilizar de forma adaptativa las emociones (Wolever et al., 2006). c) El trastorno cognitivo refleja una rigidez extrema que se observa en el perfeccionismo y en un pensamiento distorsionado sobre el peso y las formas, generando una insatisfacción corporal que provoca un alto grado de malestar subjetivo. Todo esto dentro de un contexto biopsicosocial, y una dinámica interpersonal en la familia de origen.

Esta multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y contextuales, requiere para su tratamiento el despliegue de una gran diversidad de abordajes y técnicas, lo que conduce a abarcar esta complejidad desde una perspectiva integradora (Kirszman y Salgueiro, 2002).

La práctica de Mindfulness en estos trastornos ofrece la posibilidad de mejorar la regulación de las emociones, entrena a las personas a centrarse en su interior (aun cuando pertenezcan a una cultura que privilegia lo exterior), promueve la observación de la experiencia emocional desde una cierta distancia, lo cual permite a la persona identificar dicha experiencia, diferenciarla y no reaccionar automáticamente ante ella.

En un caso de trastorno por atracón, o en bulimia por ejemplo, las técnicas de Mindfulness aplicadas específicamente al comer, ayudan al paciente a reconocer el hambre y la saciedad. Algunos pacientes no saben lo que es sentir una saciedad moderada, reconocen

solamente cuándo tienen hambre y cuándo están hastiados. A través de una práctica de Mindfulness con el foco puesto en las sensaciones físicas, la persona será guiada a observar dichas sensaciones, a no intentar cambiarlas sino sólo a darse cuenta de ellas, lo cual le va a posibilitar separar la emoción y el pensamiento de las sensaciones fisiológicas de hambre y traer a la conciencia la diferencia entre satisfacción física y emocional. Esto le permitirá volver a aprender el sentir esas señales, ya que las personas que han estado desconectadas de esta experiencia necesitan una estimulación para empezar a registrarlas nuevamente, reconocerlas y autorregularlas.

El perfeccionismo que caracteriza a este tipo de población hace que mantengan estándares extraordinariamente elevados de rendimiento, aspecto físico y/o logros, lo cual trae aparejado una insatisfacción crónica debido a que se fijan objetivos inalcanzables.

Muchas veces la gravedad clínica de estos trastornos está ligada a los pensamientos distorsionados o mágicos, que se presentan en la forma de fusión pensamiento-forma. Esta característica cognitiva lleva al individuo a creer que el mero hecho de pensar en comida está “prohibido”, ya que esos pensamientos pueden influir directamente en el peso o en la forma (Robinson & Shafran, 2004). A esto se agrega que las personas con trastornos de la conducta alimentaria en general tienen baja autoestima y tienden a mantener ideas negativas sobre sí mismas y sus relaciones interpersonales (Dingemans, Spinhoven & Van Furth, 2006). El hecho de dirigir constantemente la atención a pensamientos que socavan su autoestima es lo que los impulsa a realizar conductas compensatorias.

La práctica de Mindfulness lleva a mantener una actitud no crítica y de aceptación (Kabat-Zinn, 1982), colabora a obtener un mayor control consciente de la atención y prueba que los pensamientos son sólo pensamientos. Cuando una persona acepta conscientemente su experiencia interior obtiene una manera de responder a la experiencia con mayor flexibilidad y adaptabilidad, en lugar de hacerlo impulsiva o rígidamente (Kabat-Zinn, 1994). Como ilustración técnica, el ejercicio de pararse en el aquí y ahora, respirar y sentir propuesto por Wolever et al., (2007), entrena a los sujetos a reconocer la emoción sin juzgar y a comprender que comer u otra conducta compensatoria no colmará la necesidad real. Cuanto mejor reconozca el paciente la utilidad de las emociones en el proceso de toma de decisiones, menos miedo tendrá de que aparezcan. Aceptar es responder activamente a los sentimientos permitiéndolos o dejándolos pasar antes de precipitarse a la acción o intentar cambiarlos. Es registrar su presencia antes de decidir cómo responder

(Segal, Teasdale, & Williams, 2002). Decidir que es uno quien se detiene, respira y siente momento a momento sin evitaciones, refuerza la confianza.

Durante la práctica de Mindfulness centrada en los pensamientos, la persona puede observar que cuando la mente se distrae hacia alguna preocupación de forma amable y sin juzgar se debe volver la atención al cuerpo, a la respiración, al presente. Este movimiento atención - distracción es la esencia de la meditación Mindfulness. Este movimiento sencillo afecta el núcleo de las habilidades metacognitivas, ya que desarrolla la observación de los pensamientos e imágenes, que surgen en un estado de calma mental, permitiendo al sujeto acercarse a su forma de pensar. La meta cognición y la atención plena son conceptos que están unidos. La capacidad de la atención plena o Mindfulness es muy parecida al concepto de descentramiento. Si observamos nuestra experiencia tal cual es, nuestras sensaciones como sensaciones, nuestras emociones como emociones, nuestros pensamientos como pensamientos y no como “la realidad”, se abre un espacio de oportunidad, un espacio de sabiduría, autodeterminación y libertad para poder elegir cómo responder a las circunstancias, en oposición a la esclavitud de reaccionar a partir de los propios automatismos mentales.

El tratamiento se puede realizar en sesiones individuales de una hora y media de duración, o en sesiones grupales de dos horas y media.

Conclusión

Encontramos en Mindfulness una herramienta fundamental para ser aplicada a una población amplísima que abarca, entre otros, a aquellos trastornos que surgen del impacto de una situación traumática o inesperada, a aquellas situaciones clínicas que derivan de haber recibido un diagnóstico de cáncer y tener que enfrentar un tratamiento médico o al tratamiento de personas que padecen un trastorno alimentario, con la dificultad en la autorregulación que este trastorno conlleva.

La forma de meditación Mindfulness permite al paciente observar los pensamientos y el resto de los fenómenos mentales que lo condicionan para el sufrimiento. La observación del fluir de la experiencia, de los fenómenos en su devenir, en su movimiento, en su proceso, es lo que va a permitir al individuo aceptar para luego poder cambiar. Desde el punto de vista de la psicoterapia, la emergencia de los enfoques basados en Mindfulness abre la puerta a un nuevo marco integrador, que permite comprender la conciencia como el yo observador, que puede ser adecuadamente cultivado para permitir la “des-

identificación” de los automatismos adquiridos. Además, el entrenamiento en Mindfulness puede ser implementado tanto en tratamientos individuales como en grupos y esto hace que sea un instrumento eficiente, tanto como indicación terapéutica principal, como complementaria a otras intervenciones. Si bien se trata de una técnica antigua, cada vez surgen más investigaciones con apoyo empírico que avalan su eficiencia.

No obstante, es importante no considerarla una intervención que “lo cura todo”. Es más bien necesario apuntar al incremento de la evaluación empírica en la integración de componentes de Mindfulness con otras intervenciones, para seguir avanzando en hallar las maneras más beneficiosas de incorporarla.

Bibliografía

Andrykowski, M. A., Brady, M. J. y Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychological transition. *Psycho-oncology*, 2, 261-276.

Baer, R. (2003) Mindfulness Training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

Balarezo Chiriboga, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad*. Quito: Ed.Seapsi

Becker, C. B. & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107-122.

Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy. A systematic approach*. New York: Plenum.

Bishop, S. R. (2002). What do we really know about Mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64,71-83.

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14,135-138.

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923- 929.

Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D. & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29,448-474.

Cordova, M.J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.

Dalle Grave, R., Di Pauli, D., Sartirana, M., Calugi,S. & Shafran,R. (2007). The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders*,12,108-113.

Didonna, F. (2009). *Manual Clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dingemans, A. E., Spinhoven, Ph. & van Furth, E.F.(2006). Maladaptive core beliefs and eating disorders symptoms. *Eating Behaviors*, 7, 258-265.

Feixas, G y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia*, Barcelona:PPU

Fernández-Álvarez, H. (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández-Álvarez H. (2005). El poder de la escritura en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 16, 27-58.

Fernández-Álvarez, H. y Opazo, Castro R. (2004). En: H. Fernández-Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.). *La integración en psicoterapia*. pp. 13-32. Barcelona: Paidós

Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychiatry*, 48, 449-480

Follette, W. C. & Naugle, A. E. (2006). Functional analytic clinical assessment in trauma treatment. En V. M. Follette y J. I. Ruzek (Eds). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 2nd Ed. , 17-33. New York: The Guilford Press

Fortner, B. V., Stepanski, E. J., Wang, S. C.; Kasprovicz, S. & Durrence, H. H. (2002). Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pain & Symptom Management*, 24, 471-480.

Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? En: C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Gómez, B. (2011a). Contribuciones de la Psicología Clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 197-200.

Gómez, B. (2011b). Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En: H. Fernández-Álvarez (Comp). *Paisajes de la Psicoterapia* (pp. 239-266. Buenos Aires: Polemos.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists influences the treatment results of their patients: A randomized, double blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.

Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.

Hanh, S. C. (1976). *The miracle of Mindfulness*. Boston: Beacon Press.

Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 249-254.

Hayes, S.C., Strosahl, K, Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta Books.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Katz, R.C., Flasher, L., Cacciapaglia, H. y Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefitfinding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561-571.

Kirszman, D y Salgueiro, M.C. (2002) *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Ediciones Tea.

Kornblith, A. B. & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30, 799-813.

Komura K. & Hegarty, J.R. (2006).The appraisal of positive life changes following cancer diagnosis: an interview study. *Palliative Support Care*, 4, 3-12.

Kristeller, J.L, Wolever, R & Sheets V. (2008). Mindfulness-based eating awareness therapy (MB-EAT): A randomized clinical trial for binge eating disorder. En F. Didonna (Ed). *Manual Clínico de Mindfulness*, 14, 464-466. Bilbao: Desclèe de Brouwer.

Kvillemo P. & Branstrom R. (2010). Experiences of a Mindfulness-Based Stress-Reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nursing* 34, 24-31.

Lau, M.A. (2005). Terapia basada en la Conciencia plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de recaída en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13,7-15.

Lazarus, A. A. (1981) *The practice of multimodal therapy*. Nueva York: McGraw Hill.

Lengacher C.A., Johnson-Mallard V., Post-White J., Moscoso M. S., Jacobsen P.B., Klein T.W., Widen R.H., Fitzgerald S.G., Shelton M.M., Barta M., Goodman, M., Cox C. E., Kip K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*, 18, 1261-72.

Linehan, M. M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Mahrer, A. R., (1989) *The integration of psychotherapies. A guide for practicing therapists*. Nueva York: Human Sciences Press.

Marlatt, G.A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. En: S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M., Follette & M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 175-197). Reno: Context Press.

Marlatt, G.A. & Gordon , J. R.(1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Norcross, J. C. (1986). Ed. *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Nueva York, Bruner/Mazel.

Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Ries, L. A. G., Melbert, D., Krapsho, M., Mariotto, A., Miller, B. A., Feuer, E. J., Clegg L., Horner, M. J., Howlader, N., Eisner M.P., Reichman M., Edwards B.K. (2007). *SEER cancer statistics review, 1975-2004*. Bethesda: National Cancer Institute.

Robinson, P. & Shafran, R. (2004).Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 399-408.

Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9,54-68.

Ryle, A. (1982). *Psychotherapy: a cognitive integration of theory and practice*. London: Academic Press.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive psychotherapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Carlson, L. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.

Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24, 23–39.

Specia, M., Carlson, L.E., Goodey, E. & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-22.

Strain, J. J. (1998). Adjustment disorders. En: J. F. Holland (Ed.) *Psychooncology* (pp.509-517). Nueva York: Oxford University Press.

Thich Nhat Hanh (2011). *Estás aquí. Descubriendo la magia del momento presente*. Barcelona: Kairós.

Wells, A. (2000). *Emotional Disorders ant Metacognition : Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

Wilson, J. P., Friedman, M. J. & Lindy, J. D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

Wolever, R.O., Ladden,L., Davis,J., Best,J., Greeson,J. & Baime, M.(2007) *EMPOWER: Mindful Maintenance Therapist Manual*. Manual de tratamiento inédito para becas 5U01 AT004159 y 5 U01 AT004158 de NIH. Duke University and University of Pennsylvania (respectivamente).

Wolever, R., Best, J.L., Sheets, V.L., Davis, J., Psujek, J., Liebowitz, R. & Kristeller, J. L. (2006). *Bio-behavioral outcomes of a mindfulness-based intervention for binge eating disorder*. Artículo presentado en la Conferencia de Investigación norteamericana sobre medicina complementaria e integradora, Edmonton, Canadá.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN LOS ESTILOS DE CRIANZA Y HABILIDADES PARENTALES

Carlos Becerra Rebelo*

Ericka Alejandra Juárez Alzaga**

Dulce Elena Tiscareño Corchado**

Arturo Heman Contreras***3

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis de los estilos de crianza y su impacto en el comportamiento infantil desde una perspectiva cognitivo conductual. El artículo es impulsado por la urgente necesidad de renovación de los abordajes psicológicos de la familia y sus fines en la formación de los hijos. Primero, se desarrollan los conceptos clave para la comprensión de la compleja función familiar y las variables que intervienen en el desenvolvimiento de los roles paterno y materno; posteriormente se citan algunos trabajos que desde la perspectiva cognitivo conductual han abordado la problemática de la parentalidad, a su vez, se enumeran las técnicas de mayor aplicación y eficacia involucradas en el tema. A partir de dicha revisión, se presenta una propuesta de intervención integrativa que promueve la adquisición de habilidades parentales en las familias contemporáneas.

PALABRAS CLAVE: *Estilos de crianza, habilidades parentales, terapia cognitivo conductual, escuela para padres, infancia, técnicas de intervención.*

SUMMARY

This study aims to analysis of parenting styles and their impact on children's behavior from a cognitive behavioral perspective. The article is driven by the urgent need for renewal of psychological approaches and their family for the upbringing of children. First, develop the key concepts for understanding the complex family function and the variables involved in the development of paternal and maternal roles, then lists some jobs that cognitive behavioral perspective have addressed the issue of parenting, to turn, lists the technical implementation and effectiveness more involved in this area. From this review, we are presenting an integrative intervention that promotes the acquisition of parenting skills in contemporary families.

KEYWORDS: *Parenting styles, parenting skills, cognitive behavioral therapy, school for parents, children, intervention techniques.*

La labor de los padres como formadores de sus hijos conlleva más de lo que por sentido común se tiene considerado, es decir, proveer de las satisfacciones básicas de educación, alimentación y hogar; dentro del rango de objetivos que se deben incluir en las tareas parentales están las de formar a una persona con estándares éticos, cívicos y los recursos

* Universidad Anáhuac México Sur, **Instituto de Desarrollo y Apoyo Psicoterapéutico (IDAPSI), ***Instituto de Terapia Cognitivo Conductual (ITCC).

psicológicos necesarios para convertirse en un individuo sano y participativo del grupo al que pertenezca.

El resultado de las deficiencias en los cuidados que los padres proporcionan a sus hijos se ve reflejado en las incidencias de problemas psicológicos que se refieren en los espacios psicoterapéuticos infantiles, bajo rendimiento académico, problemas de comportamiento, bajo nivel de auto estima e incapacidad en conducta social aquejan a corto y largo plazo a los niños con padres que carecen de habilidades en estilos de crianza asertivos (Berridi, 2001).

La terapia cognitivo conductual aporta una visión sólida sobre las variables que interactúan en la dinámica entre padres e hijos, propone principios que permiten evaluar, diagnosticar e intervenir sobre las filosofías educativas familiares, así como instaurar programas de entrenamiento en habilidades conductuales focalizados en el establecimiento de límites asertivos (Lipsitt y Reese 1983).

Existen evidencias empíricas sobre las que el modelo cognitivo fundamenta las modalidades de tratamiento (Olivares, Méndez y Ríos 2002). La primera premisa responde al hecho de que las problemáticas infantiles se presentan en circunstancias y contextos específicos y cotidianos que tienden a generalizarse, por lo que la promoción y modificación de hábitos saludables puede ser un factor de cambio para la familia.

La segunda tesis subraya la importancia de la intervención a través de los cuidadores principales, ya que si las conductas problema se presentan en contextos concretos la intervención eficaz debe darse contingente a éstas, pues el alcance se reduce si se pretende impactar desde el consultorio, por lo tanto, el empoderamiento de padres y maestros en la aplicación de tecnología de modificación comportamental y en el cambio de creencias respecto a las mismas se convierte en un pilar del tratamiento.

El tercer y último planteamiento enfatiza sobre la trascendencia de los padres y sus circunstancias como aspecto clave de la conceptualización de las problemáticas infantiles, la información que posean, sus actitudes, habilidades educativas e incluso su estado psicológico interfieren directa e indirectamente en el caso.

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS DE LOS ESTILOS DE CRIANZA Y HABILIDADES PARENTALES

Existen diversos conceptos y elementos que se han relacionado a aspectos de parentalidad, la intención de las siguientes líneas es evidenciar con un marco referencial aquellos que se tornan ejes para el ejercicio de la formación de un individuo, siendo a los padres a los que se les confiere el óptimo desarrollo físico, emocional y psicológico de un ser humano.

Existe amplia evidencia de que los padres influyen en forma decisiva en el desarrollo y desempeño de un hijo (Palacios, 2002). Muchas de las habilidades que los niños adquieren dependen fundamentalmente de la interacción con sus cuidadores, así como de los que los rodean; de hecho, el estilo de crianza y la calidad parental que recibe un niño se considera el principal factor de riesgo modificable que contribuye al desarrollo de los problemas emocionales y conductuales de los niños.

En la infancia el ser humano no está equipado para sobrevivir por sí mismo sin la ayuda de figuras protectoras que lo alimenten, satisfagan sus necesidades y lo auxilien en circunstancias en las que éste se encuentre en riesgo. La teoría sobre el apego formulada inicialmente por el psiquiatra británico John Bowlby (1982) intenta explicar los efectos de los vínculos tempranos de protección en el desarrollo psicológico del neonato y el infante, así como los efectos que produce la ausencia de dichos vínculos.

Bowlby señala que los lazos afectivos entre los niños y quienes les brindan protección y cuidado tienen una base biológica que debe ser analizada en el marco de un contexto evolucionista. En el mismo sentido, las relaciones reiteradas que los infantes tienen con figuras adultas cuidadoras y protectoras son la base de representaciones sobre dichas relaciones, que al ser evocadas, operan frente a nuevas situaciones de apego.

La teoría sobre el apego se focaliza en el estudio de los procesos a través de los cuales niños e infantes desarrollan sentimientos de confianza en la protección paterna y/o adulta. El apego es una propiedad de las relaciones psicosociales en donde un individuo más débil y menos capaz confía en la protección que le brinda otro individuo más competente y con mayor poder. Ambos individuos desarrollan vínculos emocionales recíprocos y construyen una representación interna de los vínculos que están estableciendo. El sistema comportamental de apego es un sistema de control motivacional, evolucionista y adaptativo que incorpora componentes sociales, emocionales y cognitivos.

La representación mental interna que construyen los infantes es denominada por Bowlby: "Working Model", donde hace hincapié, que los sistemas de apego infantiles son similares,

en su naturaleza, a los que más adelante se formarán en las relaciones amorosas adultas, señalando pocas diferencias entre las relaciones cercanas, sean éstas entre padres e hijos o entre coetáneos. La investigadora canadiense Mary Ainsworth (1991) acentuó la función del sistema de apego en las relaciones adultas, poniendo énfasis en el fenómeno de base segura como un elemento crítico a ellas.

De acuerdo a lo anterior es importante remarcar que las figuras parentales cuando se relacionan con los hijos y desempeñan su función de padres ponen en práctica diferentes tácticas llamadas, estilos de crianza, prácticas educativas o estrategias de socialización, con la finalidad de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social.

Los estilos de crianza son diversos por lo que los efectos en los hijos también son diferentes. La intención de dichos estilos es modular y encauzar las conductas de los hijos en la dirección que los mismos valoran y desean de acuerdo a su código ético, su propósito de vida y sus propias características de personalidad, estas prácticas de crianza se relacionan con aspectos como: el tipo de disciplina, el tono de la relación, el mayor o menor nivel de comunicación y las formas que adopta la expresión de afecto (Rodrigo y Palacios, 1998).

Para comprender los antecedentes o los factores que determinan los estilos de crianza, se debe considerar la eficacia de los diversos tipos de disciplina, las características del niño y de los padres, así como la interacción entre ambos. De acuerdo con Palacios (1988), las prácticas educativas de los padres pueden estar determinadas por una serie de factores que se clasifican en tres grupos:

- Un primer grupo relacionado con el niño: edad, sexo, orden de nacimiento y características de personalidad.
- Un segundo grupo relativo a los padres: sexo, experiencia previa como hijos y como padres, características de personalidad, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y la educación y expectativas de logro que tienen puestas en sus hijos.
- Un tercer grupo relacionado con la situación en la que se lleva a cabo la interacción: características físicas de la vivienda y contexto histórico y social.

Musitu, Román y Gracia (1988), al considerar los factores que determinan los estilos de crianza, señalan los que contribuyen a una mejor práctica educativa como: estructura,

afecto, control conductual, comunicación, transmisión de valores y sistemas externos. Los cuatro primeros hacen referencia a las relaciones intrafamiliares, mientras que las últimas hacen referencia al contexto social.

Los padres ejercen una influencia diaria a través de las incontables y continuas situaciones que el niño observa en la interacción que tiene con los modelos que el actuar de sus padres les proporciona. Las enseñanzas que se gestan en la familia para que el niño llegue a la autodisciplina, se forme en valores y virtudes alcanzará su mayor efectividad si éstas se acompañan de un clima de aprendizaje positivo, con un ambiente emocional cálido y de apoyo, alejándose de rígidos o indiferentes.

La mayoría de los procedimientos de disciplina empleados por los padres contienen elementos de afirmación del poder, negación de afecto e inducción; teniendo efectos diferentes sobre los niños, estos elementos normalmente definen diferentes tipos de control disciplinario

Los estilos de educación más referidos en la investigación psicológica son: democrático, autoritario, permisivo e indiferente; en las reformulaciones, MacCoby & Martin (1983), proponen otros dos estilos, ya que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el democrático-indulgente que es un estilo permisivo y cariñoso, y el de rechazo-abandono o indiferente, que se caracteriza por una actitud fría, distante y asociada a maltratos.

Grolnick & Ryan (2004), clasifican las prácticas de crianza en tres dimensiones principales: técnicas de apoyo a la autonomía, el grado en que los padres valoran y utilizan técnicas encaminadas a la solución de problemas, elección y participación en decisiones de modo independiente.

Por último, cabe hacer mención a Thomas Lickona (1991), quien señala, que se tiene que crear una cultura intencional dentro de la familia para formar en moral, es decir, se deben tomar acciones deliberadas para establecer ciertas reglas. Plantea que el ser padre implica manejarse con autoridad moral y tener un fuerte sentido de ello para que los hijos obedezcan. A este respecto, puntualiza que los padres deben tener cero tolerancia con las faltas de respeto verbales y conductuales, y por tal razón se debe aplicar la advertencia y la consecuencia frente a un acto equivocado. Lickona presentó tres estilos que existen para educar: autoritarios, permisivos y con autoridad.

De esta forma se hace alusión a los diferentes planteamientos que diversos autores han realizado con respecto a distintos elementos que constituyen el ejercicio de la paternidad, esto con la finalidad de poder acuñar ciertos postulados que permitan la estructuración de un modelo de orientación a padres que favorezca el desarrollo emocional y psicológico de un hijo.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE CRIANZA Y HABILIDADES PARENTALES

En sus postulados fundamentales, el modelo cognitivo conductual define que son las distorsiones en los procesos de pensamiento los que generan los efectos emotivos incongruentes con los acontecimientos vividos (Beck 2000), es decir, no se da respuesta al mundo y a los eventos experimentados de manera neutral, sino sesgados por el contenido interpretativo guiado por las creencias centrales y nucleares derivadas del aprendizaje (Ellis 2002).

Las creencias y la manera en la cual los padres y los hijos filtran la información que les es referida por los otros o el entorno modula sus patrones conductuales, emotivos e incluso fisiológicos, por lo que matiza la forma en la que se vinculan y establecen el apego, la comunicación y las decisiones en torno al interior y exterior del hogar (Jiménez y Guevara, 2008).

Existen diversos estudios que han abordado las formas y dinámicas parentales desde la visión cognitivo conductual, proponiendo diversas aristas desde las cuáles se puedan optimizar las propuestas que demuestren la eficacia en los resultados conseguidos. Ayala, Téllez y Gutiérrez (1994), subrayaron la necesidad de instrumentar programas preventivos y remediales dirigidos a los problemas de comportamiento, correlacionando los últimos con bajo rendimiento escolar, problemas de adaptación social a corto plazo y problemas delincuenciales, adicciones, dificultad para ubicarse en empleos de manera estable y conducta antisocial a largo plazo. En su investigación potenciaron la relevancia del comportamiento instruccional por parte de los padres como estrategia de reducción de conducta disruptiva, así como su impacto en el estado emocional de los padres.

Por su parte, Rodríguez y Guevara (2008) utilizaron el enfoque cognitivo conductual para comparar un tratamiento cuyo objetivo era mejorar interacciones diádicas madre-hijo contra un entrenamiento en habilidades de crianza en donde solo participaban las madres, en el cual encontraron que el entrenamiento en diada supera en resultados a los otros dos

escenarios, constatando el impacto positivo de dicha estrategia en el comportamiento en casa, así como en el seguimiento instruccional en el contexto escolar.

En un problema con estrecha relación a la crianza, Fajardo y Hernández (2008), realizaron un estudio sobre el manejo de la conducta agresiva infantil y su relación con los estilos de educativos; encontraron que la intervención cognitivo conductual en padres combinado con el tratamiento en sus hijos es más eficaz que el proceso psicoterapéutico que contempla solo a los infantes, avalando el impacto de este tipo de terapia así como del eje central que significan las habilidades parentales en el estado psicológico de los niños.

Fukushima y Miller (2011), demostraron la importancia del rol paterno a través de un taller preventivo con aplicaciones cognitivo conductuales, en el cuál se habilitaba a los padres en el manejo de los niveles de ansiedad propios y de sus hijos, con resultados significativamente favorables en comparación con un grupo control.

El impacto de la terapia cognitivo conductual ha sido demostrado en aplicaciones con niños, consiguiendo cambios significativos en sus pensamientos y conductas a través de técnicas racionales emotivas, tal y como lo demostraron Trip, McMahon, Bora y Chipea (2010), reduciendo la incidencia de pensamientos irracionales asociados a sus problemas de conducta; si este tipo de estudios se vinculan con los logros demostrados en la intervención parental, se refleja de manera contundente el impacto clínico del modelo en lo referente a los estilos de crianza.

Si bien el área parental y de crianza no es el campo de mayor aplicación de la terapia cognitiva conductual, los correlatos entre ambas son diversos y con resultados confiables cuantitativa y cualitativamente; las herramientas que el modelo provee permiten transformaciones profundas y duraderas en la dinámica familiar, generando cambios en la fenomenología relacionada a las disfunciones más comunes referidas en dicha área.

CREENCIAS, VALORES Y PATRONES VINCULADOS A LOS ESTILOS DE CRIANZA

"Si reunimos a todas las familias existentes tenemos la sociedad. Cualquier clase de entrenamiento ocurrido dentro de la familia individual, quedará reflejado en la clase de sociedad conformada por estas familias y las instituciones como escuelas, iglesias, negocios y gobierno son, en todo sentido, extensiones de las formas familiares a las no familiares" (V. Satir, 1999).

Tomando esta cita como encabezado, se puede identificar la gran responsabilidad que tiene la familia como formadora de elementos sanos, funcionales y exitosos que favorezcan

a una mejor sociedad, modelando constantemente las formas o estilos en los que se interactúa al interior y exterior de la familia; la cual, puede considerarse como una institución que influye con valores y patrones conductuales determinados como resultado de las creencias que han ido transmitiéndose generación tras generación, estableciendo así un modelo de vida a seguir, donde en la mayoría de los casos se adquieren: la personalidad, las costumbres vitales, el modo de comunicarse y de actuar que observan en sus relaciones familiares.

En su estudio trigeracional, Brooks, Tseng, Whiteman y Cohen (1998), encontraron que las técnicas de crianza son transmitidas de generación en generación, ocasionando efectos sobre el grado en que los niños experimentan sus emociones; por ello, los padres son modelos a seguir para los menores que observan lo que dicen como manifestación de lo que piensan y hacen, por lo tanto, es indispensable poner límites, expresar abiertamente los valores y normas, en una postura de diálogo, discusión y conversación funcional y jerárquica.

Creencias relacionadas a la filosofía parental

El término *creencias* ha sido utilizado en el contexto de la crianza para hacer alusión a fenómenos cognitivos referentes a lo que piensan los padres a cerca de la formación de sus hijos. (e.g., Pons-Salvador, Cerezo y Bernabe, 2005; Siguel, McGuillicudy-DeLissi y Goodnow, 1992).

Las creencias contienen la idea de un conjunto perdurable de interpretaciones y premisas de aquello que se considera como “*cierto*” (ejemplo: -una madre esta para los hijos siempre-) y en segundo término comprende una interpretación emotiva y/o juicio de valor (ejemplo: -si te cuido soy una buena madre-). Estas creencias no son cuestionables por ninguna de las personas que integra el núcleo familiar a pesar de las distorsiones de la realidad que suelen entrañar. (Ferreira, 1963).

Miller (2001), hace referencia de los problemas principales que lleva implícitos la educación y de qué manera están justificados y permitidos tanto por las instituciones como por los padres/madres de familia, a esto le llama “la pedagogía negra”

Esta pedagogía está llena de creencias y actitudes que se enumeran en el siguiente listado:

- Los adultos son amos y no servidores de los niños.
- Los adultos deciden que es lo justo y lo injusto.
- Los niños son los responsables de la ira de los adultos.
- Los sentimientos de los niños suponen un peligro para el adulto dominante.

- A los niños hay que quitarles su voluntad lo antes posible.

Todo lo anterior tiene como fin tratar a los niños como pequeños adultos reprimiendo la espontaneidad vital en base a ideas falsas que darán sustento a sus posteriores creencias.

Las principales ideas falsas encontradas son:

- El sentimiento del deber engendra amor.
- Se puede acabar con el odio mediante prohibiciones.
- Los padres merecen respeto a priori por el hecho de ser los padres.
- La obediencia robustece.
- Un alto grado de autoestima en los hijos resulta perjudicial.

Las creencias conforman la filosofía de la vida familiar, sobre las cuales cada miembro construye su identidad y sentido de pertenencia, siendo la familia el escenario en donde se ponen en práctica a partir de los patrones de interacción. La reestructuración de las creencias irracionales de los padres, favorecerá la aplicación de estilos de crianza guiados por apreciaciones objetivas, las cuáles, permitirán la ejecución de patrones sanos y funcionales dentro del entorno familiar.

Los valores familiares como referentes para las prácticas de crianza

Los valores se definen como creencias fundamentales que ayudan a preferir, apreciar y elegir unas cosas en lugar de otras, o un comportamiento en lugar de otro.

La familia es el primer sistema de aprendizaje y empleo de los valores, siendo los padres el principal ejemplo, sin embargo, la escuela, la familia extensa, los medios de comunicación y las redes sociales, forman parte de los grandes formadores en un individuo.

Los valores culturales se han modificado en las últimas generaciones, los cuales han fomentado padres inconsistentes, confundidos respecto a su jerarquía, lo que impacta directamente en su desempeño parental al no tener claridad bajo qué valores fundamentar su formación y educación llevándolos a la aplicación de límites difusos o rígidos, confundiendo hedonismo con bienestar, anarquía con autonomía y el maltrato con las consecuencias. Cuando los padres tienen claridad respecto a lo que implica la parentalidad, la llevan a cabo de manera eficaz, mostrándoles a cada uno de los miembros el aceptar con responsabilidad aquello que les compete realizar respecto a su rol.

Patrones conductuales interaccionales

Un patrón conductual corresponde a la construcción de modos o estilos de conocer, conducirse y relacionarse con otros. La forma de comportarse de un individuo es evaluada

a partir de su congruencia respecto a los parámetros de lo cognitivo, ético y cultural encontrando un marco de aplicación.

Más allá de las ideas, creencias y opiniones, en la comunicación humana todo aquello que se dice, lo que no se dice, lo que se hace y lo que se deja de hacer, comunica: los gestos, el silencio, las emociones, la expresión del rostro, etc.; dichas pautas conforman patrones que el individuo aprende en el núcleo familiar y replica en otros sistemas.

Las pautas de comportamiento deseables serán el resultado entonces del cambio de los patrones de interacción dados dentro del sistema familiar facilitando un clima de confianza, aceptación, diálogo y afecto.

Por último, cabe señalar que la familia es considerada como un sistema vivo que nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere; y en ella hay un ciclo vital en el que se presentan etapas definidas: noviazgo, matrimonio, el primer hijo, la edad escolar, la adolescencia, la juventud, la partida de los hijos y el reencuentro de la pareja al quedar el nido vacío, por lo tanto, se mantiene en constante cambio y evolución y así mismo se mantiene como un sistema específico con estructura e identidad a la cual es viable moldear, reestructurar y apoyar en la adquisición y aprendizaje de nuevas creencias y valores que den como resultado patrones de interacción más funcionales y sanos, con mensajes claros hacia los hijos y restableciendo la autoridad asertiva de los padres.

TECNOLOGÍA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN LA MODIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE CRIANZA

La terapia cognitivo conductual cuenta con un abanico de técnicas que permiten la modificación de pensamientos distorsionados (Beck, 2000), las estrategias del modelo han evolucionado con las incorporaciones de las técnicas conductuales e incluso de algunas técnicas emotivas, partiendo del principio en el que se plantea que las creencias pueden modificarse no solo mediante procesos de reestructuración cognitiva, sino de cambios comportamentales a partir de contingencias o de la exposición a la activación emocional (Ellis, 2002).

Las técnicas conductuales han sido las más utilizadas en el entrenamiento parental, su eficacia empírica las hace incluyentes de prácticamente todos los programas cuyos objetivos incluyen la habilitación en estilos de crianza asertivos. Dentro de las más referidas por la literatura se encuentran las instrucciones alfa (Ayala, Téllez y Gutiérrez, 1994), que consisten en pautas específicas con las cuales los padres dirigen peticiones a

los hijos, incrementando la probabilidad del cumplimiento de la conducta meta a través de contingencias predeterminadas.

El análisis funcional de la conducta es otra herramienta básica dentro del entrenamiento para padres, que aunado a estrategias como el modelamiento, ensayo conductual y la retroalimentación positiva, representan una caja de herramientas de alta confiabilidad para el terapeuta en la intervención de problemas de conducta infantil y empoderamiento de tutores; dicha cadena de técnicas es constantemente utilizada en entrenamiento en habilidades de interacción padres – hijos (González, et al, 1998).

En el entrenamiento en habilidades de interacción, los padres adquieren comportamientos de intercambio de conductas positivas, tales como: compartir, premiar, risa provocada, contacto visual, acercamiento, proximidad, contacto físico, peticiones verbales, sonreír e imitación. En el mismo proceso, el terapeuta motiva a que los padres reduzcan la frecuencia de comportamientos negativos, tales como: desaprobar, gritar e ignorar (González, et al, 1998).

Olivares, Méndez y Ríos (2002), realizan una propuesta de tratamiento en donde las estrategias psicoeducativas figuran como elemento clave, el terapeuta expone conceptos básicos sobre las formas adecuadas de educación: consecuencias, castigos, pérdida de privilegios, valores, entre otros; los cuáles se imparten de maneras didácticas, con apoyo visual y de audio, guías y manuales de autoayuda.

Por su parte, Fajardo y Hernández (2008) hacen hincapié en el entrenamiento de límites, subrayando la importancia del establecimiento de reglas y contratos conductuales en comportamientos presentados dentro y fuera de casa.

En un giro interesante, Fukushima y Miller (2011) centran su atención en la ansiedad como variable vinculada a los estilos de crianza, señalando la correlación entre el estado emocional de los padres y su capacidad para tomar las medidas adecuadas en lo referente al comportamiento de sus hijos. En este punto, los talleres de manejo del estrés pueden ser parte prioritaria dentro de los programas de entrenamiento parental, enseñando a los participantes técnicas de relajación, paro y sustitución de pensamientos negativos, detección de distorsiones cognitivas, auto debate, métodos de solución de problemas y estrategias de priorización de eventos en agenda.

Finalmente, es relevante mencionar una estrategia que ha sido poco explorada y utilizada en intervenciones con fines de entrenamiento a padres, como la educación racional, no se

encuentra referida en la literatura, pero los autores de este capítulo hemos validado clínicamente los resultados reflejados en las muestras en las que se ha aplicado. La educación racional consiste en explicarles a los padres o tutores los principios básicos de la Terapia Racional Emotiva y la aplicación en su filosofía educativa (Ellis y Dryden 1989).

MODELO CONTEMPORÁNEO DE UNA ESCUELA PARA PADRES: PROPUESTA INTEGRATIVA

El estudio de las prácticas de crianza tiene amplia tradición en psicología constituida por dos dimensiones básicas: una vinculada con el tono emocional de las relaciones y la otra con las conductas puestas en juego para controlar y encauzar la conducta de los hijos. En la primera dimensión se sitúa el nivel de comunicación y en la segunda el tipo de disciplina, teniendo ambas relación entre sí.

Las competencias parentales forman parte de lo que se refiere a la parentalidad social o profesionalidad parental para diferenciarla de la parentalidad biológica, es decir, de la capacidad de procrear o dar la vida a un ser humano. La mayoría de los padres pueden asumir una continuidad entre uno y otro tipo de rol paterno (social y biológico), de tal manera que sus hijos son cuidados, educados y protegidos por las mismas personas que los han procreado. Sin embargo, existen grupos de padres que tuvieron la capacidad biológica para copular y engendrar un hijo, pero desafortunadamente no poseen las competencias para ejercer una práctica parental mínimamente adecuada.

Desgraciadamente los malos tratos, consecuencia de las incompetencias de los padres, provocan diferentes tipos de daños graves en los niños, aunque no siempre visibles. Dentro de los impactos emocionales que los niños sufren son: trastornos del apego y de la socialización, trastornos de estrés traumático de evolución crónica, traumatismos severos y alteración de los procesos resilientes (Solis, 2007). Además, si los niños no reciben protección oportuna y adecuada, ni tratamientos para reparar estos daños existe una gran probabilidad que en la adolescencia el sufrimiento se exprese por manifestaciones como: comportamientos violentos, delincuencia, abusos sexuales, uso de drogas y alcohol.

La Escuela para Padres se vuelve un medio de capacitación permanente que permite el enriquecimiento en los diferentes planteamientos que propone la educación de los hijos, da la posibilidad a los padres de concientizarse en que éstos son los principales responsables de sus hijos, y de reconocer que son susceptibles de una formación continua que les permita deshacerse de condicionamientos externos e internos, de creencias

irracional y de patrones disfuncionales producto de su propia historia y experiencias de vida. Así mismo, les permite reconocer individualmente actitudes equivocadas y ofrece la oportunidad de cambiarlas por otras que sean mejores, adaptándose a las necesidades emocionales de los hijos, en donde se favorece el adiestramiento en generar habilidades de comunicación asertiva y la modificación del estilo de las relaciones familiares, estableciendo roles, jerarquías e interacciones firmes y claras.

Los Padres de Familia actuales están viviendo una enfatizada necesidad de encontrar herramientas que les permitan la solución de problemas cotidianos que enfrentan con sus hijos, ya que al cambiar las interacciones debido a situaciones laborales en donde el manejo de estrés se ha incrementado, el tiempo se ha reducido y los roles de los padres han sufrido cambios bruscos, el desempeñarse como padres está siendo una labor que exige mayor compromiso y responsabilidad, por lo que la adherencia a cursos y/o talleres avocados a paternidad está resultando cada vez más imprescindible.

Independientemente del enfoque que se maneje en la planeación y estructura de escenarios de Escuela para Padres, es importante considerar los siguientes aspectos:

- La participación activa de los encargados de la educación y formación de los hijos, teniendo tutoría y poder para la toma de decisiones, siendo su presencia a todas las sesiones de vital importancia para la generación de nuevas dinámicas que favorezcan la interacción de todos los integrantes.
- Organizar Escuelas para Padres con dos tipos de modalidades: modalidad **preventiva** y modalidad de **intervención**, ya que dichas circunstancias permitirán focalizar con mayor precisión el objetivo de las sesiones.
- Considerar que el total de las sesiones para el manejo de los contenidos puede estructurarse en diferentes módulos que pueden oscilar entre 3 y 5 bloques.
- Abarcar aspectos de comunicación asertiva y aspectos acerca de las necesidades emocionales de acuerdo a las etapas de vida de los hijos.
- Favorecer dos tipos de escenarios: enfocado a la reflexión y a la toma de consciencia, y el avocado a la resolución práctica de problemas a través de técnicas de modelamiento, habilidades de interacción, aproximaciones sucesivas y manejo del estrés.
- Utilizar tres ejes que rijan los objetivos de la Escuela para Padres: ejercicio de autoridad y jerarquía, valores y moral y establecimiento de límites.
- Desarrollo de competencias parentales, las cuales son el conjunto de habilidades cuyo origen está determinado por factores biológicos y hereditarios, no obstante,

son modulados por las experiencias vitales y son influenciados por la cultura y los contextos sociales.

Cabe mencionar, que una gran cantidad de materiales tratan de brindar respuestas educativas a los constantes cuestionamientos que los padres tienen; sin embargo, la no conjugación de la teoría con la práctica hace que dichos materiales no resultan lo suficientemente funcionales, por lo que la permanencia y la continuidad en la postura de generar cambios se tornen decrecientes.

TENDENCIAS A FUTURO

Uno de los grandes desafíos que enfrentan padres y madres, es admitir la falta de algunos elementos formativos para sí mismos y en relación con sus hijos, dado que la paternidad no se da de manera inmediata al tener un hijo y no se aprende solo por experiencias personales pasadas, se requieren de procesos de capacitación sistemáticos, que los acompañen en el arduo camino de la parentalidad para así formarse para formar, re-educándose para educar, modificando los estilos de crianza hasta hoy utilizados, empoderando a los padres a una comunicación jerárquica en un clima de valores.

Conforme el ritmo de vida avanza, la tecnología cobra terreno, el estrés se vuelve cotidiano, la libertad mal entendida siga siendo el estandarte de las interacciones humanas, y la indiferencia ante las evidentes carencias de los niños de hoy continúen, más campo de acción tendrá un programa diseñado para la capacitación de los padres.

Actualmente, los colegios o instituciones aportan información con temas de interés respecto a la crianza como apoyo a la capacitación continua de los padres, sin embargo, algunos de estos programas no cuentan con técnicas realistas y aplicables en situaciones cotidianas, otros resultan poco formales y estructurados, y, en ocasiones, suelen tener un alto costo.

Además, las desventajas socioeconómicas, los conflictos entre la pareja, los padres con síntomas depresivos, el aislamiento de los padres, las madres solteras y una falta de redes sociales influyen sobre la participación a programas de entrenamiento (Marinho y Matos – Silveiras, 2000).

Una de las áreas de oportunidad respecto a la eficacia de los programas de capacitación para padres es que los temas que se toquen durante las sesiones cuenten con el respaldo teórico-práctico que les permitan una aplicación natural, verificación de los resultados y monitorear de manera grupal los cambios realizados para transformarse en profesionales del rol parental. Para ello, las técnicas del modelo cognitivo conductual, garantiza la adquisición de los recursos necesarios para generar nuevas formas de interacción a partir

del reconocimiento de la importancia que juegan los padres como principales figuras de modelaje para los hijos.

Por último, es de primordial importancia que en este reaprendizaje del “ser familia” y “ser padres”, se retome a la pareja como eje esencial de la familia y de los hijos, quitando de foco a los menores, ya que la prioridad a de recaer en el cónyuge, comprendiendo y aprendiendo a formar una alianza capaz de priorizar su propia comunicación y necesidades logrando acuerdos que les permitan llevar a cabo un mejor papel como padres.

La presencia de ambos padres en la educación de los hijos es vital, sin embargo, los nuevos tipos de familias como la mono-parental (madres o padres solteros), o las familias reconstituidas, se ven enfrentadas a desarrollar esta tarea con desafíos que incluyen aspectos sociales, culturales y educativos; reestructurando sus creencias, valores y patrones de interacción, cuyo objetivo sea la formación de hijos socialmente productivos.

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth M. (1991). *Attachment theory, social, development and clinical perspective.* West Stret, Hillsdale: Anlytic Press Inc.

Artola A, Piezzi R. (2000). *La familia en la sociedad pluralista.* Buenos Aires, Argentina: Ediciones Espacio.

Ayala, H. E.; Téllez, G. y Gutiérrez M. (1994). *Análisis y establecimiento de instrucciones en padres de familia como estrategia de intervención en problemática conductual infantil.* *Revista Mexicana de Psicología.* 11 (2), 7 – 18.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización.* España: Gedisa.

Berridi, R. (2001). *Relaciones parentales, orientación al logro y desempeño escolar en niños de primaria.* *Tesis de Maestría.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Bowlby J. (1982). *El Apego y la pérdida :* Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Brooks J. S., Tseng L, Whiteman M y Cohen P. (1998). *A three-generation study: Intergenerational continuities and discontinuities, and their impact on the toddler's anger.* *Genetic, Social Et General Psychology Monographs,* 124 (3), 335-351.

Casullo. (2001). *Evaluación de los estilo de apegos en adultos.* Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Cátedra: M.M.

Dallos, R (1996). *Sistemas de Creencias Familiares, terapia y cambio.* España: Paidos.

Ellis, A., Lega, L y Caballo, V. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva.* Español: Siglo XXI.

Ellis, A., y Dryden, W. (1989). *Práctica de la TRE,* Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Faber Adele/ Mazlish Elaine (2001). *Cómo hablar para que los niños escuchen y cómo escuchar para que los niños hablen*. 20ª impresión México: Grupo Editorial Diana (Edivisión).
- Fajardo, J. y Hernández, L. (2008). *Tratamiento cognitivo conductual de la conducta agresiva infantil*. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 34, (2). 369-387.
- Fukushima, M. y Miller, L. (2011). *FRIENDS Parent Project: Effectiveness of Parent Training in Reducing Parent Anxiety in a Universal Prevention Program for Anxiety Symptoms in School Children*. *Behaviour Change*. 28, (2). pp 57-74.
- González, J., Téllez, G., Fulgencio, M., Chaparro, A., Vargas, E. y Ayala, H. (1998). *Manual de entrenamiento en interacción: registro de la interacción y aplicación del programa*. México: UNAM.
- Gordon Thomas (2005). *Cómo enseñar Autodisciplina a los niños en el hogar y en la escuela*. California, Estados Unidos: Editorial Diana S.A. de C.V.
- Grolnick & Ryan (2004). *The psychology of parental control: how well-meant parenting backfires*. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Isaacs Gavid (2008). *La Educación de las virtudes humanas y su evaluación*. 21ª impresión en México: Minos Tercer Milenio.
- Jiménez, D. y Guevara, Y. (2008). *Estilos de crianza y su relación con el rendimiento escolar*. En C. Mondragón, C. Avendaño, C. Oliver y J. Guerrero (Eds.) *Saberes de la Psicología (Volumen I)*. México: FES Iztacala. UNAM. Capítulo 2, pp 33-54.
- Jiménez, R. y Guevara, Y. (2008). *Comparación de dos estrategias de intervención e interacciones madre – hijo. Su relación con el rendimiento escolar*. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 3, (2), 219-244.
- Lipsitt, L. P. y Reese, H. W. (1983). *Desarrollo infantil*. México: Trillas.
- Lickona Thomas (1991). *Educating for character*. Estados Unidos: Bantam
- MacCoby&Martin (1983). *Parenting style, race and delinquency*. Minnesota: SUNNY Press.
- Marinho M. y Mattos-Silvares E. (2000). *Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo*. *Psicología Conductual*, 8 (2), 299-318.
- Mestre M, Tur A.M., Samper P, Nacher M. J. y Cortés M. T. (2007). *Estilos de Crianza en la Adolescencia y su relación con el comportamiento*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2), 211-225.
- Miller A. (1997). *Por tu propio bien*. España: Tusquets Editores.
- Minuchin S. (1980). *Familias y Terapia Familiar*. Madrid: Ediciones Gedisa.
- Musitu, Roman, Gracia (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y educación de los hijos*. Barcelona, España: Labor.

- Oliváres, J; Méndez, F. X y Ríos M. C. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. En Caballo, V. E. y Simón, M. A. Capítulo15. El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud.* España: Pirámide.
- Palacios J. (2002). *Familia y Desarrollo Humano.* Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Pons-Salvador G, Cerezo Ma. A y Bernabé G. (2005). *Cambios y estabilidad en los factores que afectan negativamente la parentalidad. Journal Psicothema.* 17, 31-36.
- Raya A, Herreruza J y Pino M. (2008). *El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. Journal Psicothema.* 20 (4), 691-696.
- Rigby Jill (2006). *Educación hijos respetuosos en un mundo irrespetuoso.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen S.A. de C.V.
- Ríos J.A. (1994). *Manual de Orientación y Terapia Familiar.* Madrid, España: Instituto Ciencias del Hombre.
- Satir V. (1999). *Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar.* México: Editorial Pax.
- Schmill Vidal (2006). *Disciplina Inteligente.* Toluca, México: Producciones educación aplicada.
- Solís Pedro / Díaz Romero Marysela (2007). *Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños.* Ciencias de la Conducta, Instituto Mexicano del Seguro Social (México).
- Trip, S., McMahon, J., Bora, C., y Chipea, F. (2010). *The efficiency of a rational emotive and behavioral education program in diminishing dysfunctional thinking, behaviors and emotions in children. Journal of Cognitive and Behavioral Psychoterapies.* 10 (2), 173-186.
- Villar, P., Luengo, M. A., Gómez, J. A. y Romero, E. (2003). *Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia: Journal Psicothema.* 15 (4), 581-588.

TRANSFORMACIÓN

Una manera de estar presente en lo que ocurre

Claudio Rud⁴

Hace ya varios años que intento desarrollar una alternativa teórica dentro del Acercamiento Centrado en la Persona que contemple la transformación paradigmática venimos experimentando como humanidad.

Por un lado, la concepción newtoniana-laplaciana de un universo mecanicista regido por el orden absoluto ha sido sustituida por la de un cosmos autoorganizador, resultado de la compleja dialógica entre el orden y el caos. Por otra parte, las nociones de ecosistema y de biosfera y las teorías de la complejidad dibujan una nueva imagen de la Naturaleza y de nuestra relación con ella. Los abordajes de la complejidad nos abren las puertas a una experiencia caleidoscópica, móvil, afectiva e inteligente. Caídos los muros y las certezas comenzamos a vislumbrar un mundo diverso en el que todos participamos activamente en su producción y en su devenir.

En sus últimos años, Rogers se interesó en expresar su punto de vista sobre la transformación que enfrenta nuestra cultura, el progreso del pensamiento científico, y especuló también sobre el modo en que cambiará la forma de nuestro mundo y la naturaleza de la persona capaz de vivir en ese mundo transformado. Suelo decir que quienes continuamos con el pensamiento de Rogers nos sentimos cómodos con el nuevo paradigma científico.

¿Cómo habitar la experiencia sin disociar la teoría y la praxis?

Podríamos decir que una constante en la vida y en la obra de Rogers es llegar a ser nuestra experiencia, percibirnos no como un producto o una entidad estática sino como un proceso de transformación, como un flujo de ir siendo y no como algo acabado.

⁴ Director de Casa Abierta
Argentina

Describiendo la relación terapéutica y la persona como peregrinos de la incerteza, como parte de la totalidad del universo, como indisolublemente ligados a la totalidad del cosmos, concibiéndonos como “sujeto entramado”.

Sugiero la posibilidad de mirar el acontecer humano como un hecho estético es decir capaz de acceder y facilitar la plenitud de las formas de la vida, que lo que aparece, adquiera y despliegue su excelencia hasta su transformación, que no es más que la consumación de esa forma en sí misma.

Esta praxis implica no sólo el carácter estético sino el carácter ético en el sentido spinoziano. Es autorizarse a estar presente, más que forzarse a hacer. Como digo en mi libro “Entre Metáforas y Caos” se trata de pasar de una intervención que es pasiva, como una partitura musical que ya esta trazada a una contemplación que es activa, porque participa del arte de la improvisación.

Es estar como modo de hacer, más que hacer como modo de estar.

Es una práctica que manifiesta fidelidad a todo aquello que contempla. Cuando hablo de fidelidad me refiero al compromiso con la experiencia de asistir plenamente al desafío que supone afirmar nuestra presencia rigurosamente en cada suceso del acontecer terapéutico.

La cuestión de la transformación requiere, a mi parecer, la revisión de algunos temas anudados conceptual y prácticamente. Este cuestionamiento está dirigido a algunos “edificios”, como fueron en su momento las torres gemelas, que sostienen los valores y modelos de occidente, responsables de los progresos que hemos tenido como civilización y al mismo tiempo son propulsores de ciertos modos de enfermar y ciertos modos de curar.

Estos **edificios-altares** conllevan cultos que deben ser respetados para mantener la integridad y el desarrollo de los mismos. Hacen a ciertas nociones básicas que parecen incuestionables, me refiero a la noción de yo, de proceso y progreso, de orden, de los valores supuestamente objetivos de la ciencia y de los valores morales.

Me encuentro “castigando” con alguna severidad a la ciencia en general y debo aclarar que al hacerlo me refería a la ciencia de la modernidad como productora de absolutos y como gestora de un paradigma que procuraba asestar la verdad como hecho incuestionable.

La gratitud la debo a los científicos que en los últimos años han podido incluir la incerteza, cuestionar el modo absolutista de la producción de conocimiento y se han abierto a nuevos desafíos y nuevos cuestionamientos.

Notablemente son la física, la matemática y la biología contemporáneas, las que dan un soporte “científico” a algunas de las afirmaciones que desarrollo a lo largo de este artículo.

En el mismo orden, escuchamos las voces de científicos notables de este último siglo que, trascendiendo el límite de lo antropocéntrico, dan cuenta del fenómeno de la interrelación, de la interconexión al que suelo mencionar al hablar del “entre” y de la resonancia.

Un argentino de treinta años, profesor de física cuántica en Harvard, Juan Maldacena, fue aclamado por sus colegas hacia fines de 1998 por “La Conjetura Maldacena”. Ésta consigue articular la mecánica cuántica y la teoría de la relatividad a través del concepto de **malla o red** de supercuerdas que de acuerdo a la variación de vibraciones darían lugar a todo lo que concebimos como universo.

Es demasiado pronto aún para decir si la teoría de las supercuerdas, el tejido espacio-temporal o el campo morfogenético serán confirmados en el laboratorio: los experimentos no son fáciles de realizar, pero es intrigante que las tres teorías tengan características conceptuales similares: fuerte no-linealidad, espacio-tiempo subjetivo, flujo inexorable, y que acentúen la topología de la interconectividad.

Según el “Principio de Incertidumbre” de Heisenberg, en el nivel subatómico no existen partículas con certidumbre, sino que sólo muestran *tendencias a existir*. Los acontecimientos humanos tampoco ocurren con certidumbre, sino que sólo muestran *tendencias a existir*. Como resultado, argumenta Capra, las partículas subatómicas no tienen sentido como entidades aisladas, sólo se pueden comprender como interconexiones o correlaciones entre varios procesos de observación y medida. En la teoría de los cuantos uno nunca termina con cosas, sino que siempre trata con interrelaciones.

Por otra parte, el teorema de Bell propuesto en 1964 por el físico J.S. Bell en Suiza, y confirmado por primera vez en forma experimental en 1982, comprobó el misterio de la invisible unidad de las cosas. Sus experimentos muestran que si partículas apareadas, que son gemelas idénticas en su polaridad, se separan y la polaridad de una de ellas es cambiada por el experimentador, la otra cambia simultáneamente. Misteriosamente permanecen conectadas (se lo conoce como el efecto Einstein-Podolsky-Rosen / EPR).

En 1973, Bohm, discípulo de Krishnamurti, sugirió que el efecto EPR podría entenderse mejor en base al modelo de un holograma. Un holograma es una imagen tridimensional creada por la interacción de rayos láser. Lo que lo hace significativo es que toda la imagen queda almacenada en cada parte del holograma. Si se corta la imagen en dos, no se consigue dos medias imágenes sino dos imágenes enteras. Cada parte contiene y puede

reconstruir toda la imagen. Otra característica de los hologramas es que al principio el rayo láser parece ser sólo una masa de remolinos carentes de sentido, la imagen organizada no aparece hasta que un segundo rayo láser interactúa con él.

Tal vez el mundo es un holograma, y el segundo láser es la mente humana.

La mente transforma las frecuencias caóticas del mundo subatómico en imágenes tridimensionales. Por ello pensamos que el mundo ahí fuera es en realidad una proyección de nuestras mentes.

Para los pensadores de la Nueva Era es semejante a la idea oriental de que el mundo es una proyección de nuestra conciencia. Ferguson establece este paralelo: "Si la naturaleza de la realidad es *en sí misma* holográfica, y el cerebro opera holográficamente, entonces el mundo es ciertamente como lo han dicho las religiones orientales: un espectáculo mágico llamado *maya*, su concreción es una ilusión".

De esta forma, la teoría cuántica ha derrumbado la clásica distinción entre sujeto y objeto. El papel del científico ha cambiado de interventor pasivo al de contemplador activo.

Bohm espera que la ciencia y el arte lleguen a fundirse algún día; que esta separación sea sólo temporal ya que no existía en el pasado y no hay motivos para que exista en el futuro. "En el futuro de la ciencia –dicen algunos– va a haber algo que se parecerá bastante a la poesía. La ciencia va a seguir con toda seguridad la senda ya recorrida por la filosofía, la literatura, el arte y la música".

El mundo de objetos sólidos y separados es una creación de la mente en base de otro material más primario. Pribram sugiere que en estados trascendentales o místicos, (abiertos a la resonancia diríamos nosotros), conseguimos acceso directo a aquel reino primordial subyacente a la realidad normal, vemos a través de la ilusión, y nuestras mentes normalmente crean el carácter unitario de todo lo que existe.

El comportamiento familiar y ordenado de los cuerpos macroscópicos deja paso a la rebelión y al caos. Lo que acostumbramos considerar objetos sólidos, no es más que un fantasmal mosaico de vibrante energía. La incertidumbre cuántica nos dice que no podemos saberlo todo de una partícula todo el tiempo.... Y las partículas forman el armazón del Mundo.

Es erróneo considerar que las partículas elementales de la materia se unen colectivamente para formar cosas más grandes. Es más preciso decir que el mundo es un entretejido de relaciones.

El universo es visto como un tejido dinámico de eventos interrelacionados. Ninguna de las propiedades de cualquiera de las partes de este tejido es fundamental; ellas suministran todas las propiedades a las demás partes, y la consistencia general de sus interrelaciones mutuas determina la estructura del tejido en su conjunto.

El fenómeno de estados alterados de conciencia, como son las prácticas de profundización a niveles interiores, podemos suponer que se debe a una sintonía literal con esa matriz invisible de vibrante energía que pone en evidencia esa realidad completa. Puede ser que este fenómeno posibilite la interacción con alguna realidad, pudiendo dar cuenta así de las experiencias de precognición, psicokinesis, distorsión del tiempo, sanación y vivencias de unificación con el universo. Tal vez nos vemos distintos unos a otros porque nuestra vibración energética es diferente a pesar de ser todo parte de la misma energía. Para un realista ingenuo el Universo es una colección de objetos. Para el físico cuántico es una inseparable red de vibrantes esquemas de energía, en la cual ningún componente posee realidad independientemente de la totalidad, y en la totalidad se incluye al observador.

Cada individuo es una pequeña parte del gran holograma que contiene en sí mismo al universo entero. La ciencia actualmente concibe la posibilidad de que una acción a distancia influya simultáneamente en todos los puntos del espacio, sin que exista ninguna fuerza visible o manifestación medible que viaje a través del espacio mismo. Tal vez si yo como individuo cambio de alguna forma, si altero la pequeña porción del holograma que a mí me corresponde, se alteren todas las demás.

Lorenz estudiando los fenómenos meteorológicos en un simulador, advirtió que pequeños cambios en el cálculo inicial de un pronóstico podrían producir grandes efectos. Lo llamó "Efecto mariposa" debido a que por ejemplo, el aleteo de una mariposa en Beijing, cuyas ondas se multiplican en el tiempo y el espacio llega a desencadenar un maremoto en Tumaco. Y tal vez el siguiente aleteo "no produce nada".

"Podiera haber diverso número de realidades. Nos estamos refiriendo a una realidad en que se ha desvanecido el tiempo y el espacio, un mundo en el que no podemos vivir, pero cuyas leyes podemos aprender y percibir, una realidad que se base no en nuestros sentidos, sino en nuestras percepciones internas". (Rogers)

Para algunos de nosotros puede ser al principio un concepto difícil de asimilar, aunque sus implicaciones son obvias, ya que hace que demos un gigantesco salto a una nueva percepción, a un nuevo descubrimiento del mundo.

En relación con nuestra práctica como terapeutas, tal vez sea esta concepción la que dé soporte “teórico” al fenómeno de la resonancia, que es como percibimos a diario en la consulta. Es decir captar este lugar, ese vacío hace lugar, nos abre a un territorio en el que hay muy pocas certezas, un territorio de potencia, de energía, de intensidades, de arte y de incertidumbre...

Atreverse a investigar la posibilidad de que existe una realidad legítima que no está abierta a nuestros cinco sentidos, realidad en que presente, pasado y futuro se entremezclan, en donde el espacio no es una barrera, y el tiempo ha desaparecido. Realidad que pueda percibirse y conocerse cuando estamos activamente contemplativos en lugar de estar pasivamente activos. Este es otro modo de entender cuál puede ser el propósito de una psicoterapia.

Tal vez hemos perdido la capacidad de tomar contacto con toda la información que poseemos, por habernos dividido y alienado unos de otros. Tal vez será en la fraternidad que encontraremos la verdad de nuestra herencia universal. No hay ningún allá. Para la mente todo es aquí y ahora.

La ciencia del siglo XX apoya lo que en tantas ocasiones se ha dicho a través de los siglos, lo que sostengo en otra parte del texto: el prójimo es tu hermano, tu hermano eres tú, lo que pase a tu hermano te pasa a ti, todo lo que tú haces en el mundo afecta a los demás.

“Esta experiencia se expresa en la magia, en la religión y en la poesía, pero no sólo en ellas: desde el paleolítico hasta nuestros días es parte central de la vida de hombres y mujeres. Es una experiencia constitutiva del hombre, como el trabajo y el lenguaje. Abarca desde el juego infantil al encuentro erótico, y del saberse sólo en el mundo a sentirse parte del mundo. Es un desprendimiento del yo que somos (o creemos ser), hacia el otro que también somos y que siempre es distinto que nosotros. Desprendimiento, aparición: experiencia de la extrañeza que es ser hombres”. (Paz)

Un biólogo “espiritual” inglés, Rupert Sheldrake propugna un cambio radical en nuestra forma de observar la realidad. De acuerdo con su tesis, la materia deja de ser concreta para volverse información objetivada. En la vida de las células o en la conducta de los animales podemos descubrir la acción de un campo inmaterial.

Sheldrake ha creado y desarrollado vastas experiencias en torno a un concepto revolucionario en Biología, **La Resonancia Mórfica**: “Cualquier habilidad conseguida arduamente por una rata de laboratorio en Inglaterra, repercutía misteriosamente en animales de la misma especie en Australia: el tiempo de aprendizaje de las segundas se reducía considerablemente comparada con las primeras, como si el conocimiento pudiera transmitirse espontánea y naturalmente de unas a otras sin mediar contacto físico. El mismo fenómeno era observable entre los humanos. Resultaba asombroso que un mismo descubrimiento, científico o tecnológico, pudiera ser realizado simultáneamente por dos o tres personas en diferentes lugares del mundo”.

Cuando Sheldrake se refiere a la resonancia mórfica o campos morfogenéticos en el campo de la Biología, habla de una trasmisión de información que ocurre “misteriosamente” entre distintos organismos vivos sin un contenido “material”.

Las leyes pensadas como leyes eternas dejan de tener sentido en un mundo en desarrollo, dado que estamos en un universo en constante expansión. Sheldrake prefiere la idea de que la naturaleza está gobernada por hábitos, que se mantienen por la antedicha resonancia mórfica, que muy resumidamente, es la influencia de lo semejante en lo semejante.

Sheldrake nos habla del científico que para conocer se **descorporiza**, se incluye en lo observado, el observador se compromete con lo que observa, y el modo en que mira afecta su descubrimiento. La creatividad es una característica continua del universo evolutivo, donde las interrelaciones modifican y forman.

Estos cambios hacen que el modo de ver el mundo se modifique en forma formidable, la naturaleza está viva, en vías de desarrollo y en plena actividad y somos parte de ello.

Con los aportes de Freud y Jung, podemos comenzar a preguntarnos si mi alma o psique inconsciente se reduce a mi propia mente o también me conecta con todas las otras personas en el Inconsciente Colectivo. Y si esto es así, ¿cómo se produce esa relación entre las personas y con las almas o campos de otros animales y plantas, con Gaia y con el cosmos? La respuesta de Sheldrake es: no lo sabemos.

Sí podemos afirmar que la naturaleza consiste en energía que puede adoptar cualquier forma, y los campos morfogenéticos son los principios formativos de todos los reinos de la naturaleza incluyendo a la especie humana.

A partir de la ciencia moderna, vemos el universo como una acción entre el principio del hábito, representado por los campos, y un principio creador, representado por el flujo continuo de las cosas que se manifiesta como transformación. En verdad nuestras propias vidas son una interacción entre hábito y creatividad.

El descubrimiento hace unos años de las llamadas neuronas espejoⁱ, y todo un sistema en torno a ellas, por parte del equipo de investigación de Giacomo Rizzolatti, del departamento de Neurociencia de la Universidad de Parma, estas neuronas con una función especializada pueden servir para explicar la sociedad y la cultura humana.

Del mismo modo, cuando nos referimos a la metáfora como modo de manifestación de la resonancia interhumana, planteamos que al igual que con los campos morfogenéticos, tal captación de información y su consiguiente transmisión, ocurre en un espacio que elude el carácter puramente intelectual (literal) de tal información. Esa captación pertenece a un campo todavía misterioso al que podríamos llamar, aunque sea provisoriamente, campo morfogenético de la relación humana o ámbito de la resonancia transformativa.

Creemos que el ACP es una forma de acercamiento psicoterapéutico que confía en ese campo inmaterial de información, donde se produce el fenómeno de la resonancia. De este modo, la resonancia se constituye en el ámbito natural donde se despliegan **al unísono** lo que Rogers llamó las actitudes básicas, que son las distintas maneras en que se presenta la resonancia.

Colocarse en disposición para resonar, es colocarse al servicio de la tendencia transformativa universal, es ser parte de ese acontecer resonante que es el cosmos. Para esto sólo hay que estar presente sin pretender, sin intoxicarse de abuso, sencilla y rigurosamente sentirse parte de lo que hay. Si miramos la patología imperante en todos los tiempos, desde la antigüedad hasta nuestros días, se hace evidente, al menos para mí, cómo la disquisición entre si algo está bien o está mal, si algo o alguien es bueno o malo, genera tensiones, culpas, explicaciones, fundamentalismos, devociones, sumisiones, y otras formas de intoxicación del vivir y del morir.

Acompañar a alguien en un tramo de su vida y en un particular campo de sus múltiples campos experienciales, desde algún campo experiencial propio dentro de los múltiples campos propios, es percatarse de la infinidad de relaciones posibles, de entramados de experiencias que debería volvernos más modestos acerca de la eficacia de la ayuda.

Acompañar es volverse compañero, es proceder a estar ahí con el otro, con el profundo deseo de ayudar.

Dr. Claudio Adrián Rud

Argentina, 2012

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Bohm, D., Capra, F., et al(1989) El espíritu de la ciencia. Barcelona, Kairós
Deleuze, G. (2003). En medio de Spinoza. Buenos Aires: Cactus
Ferguson, M. (1989) La conspiración de Acuario. Barcelona: Kairós
Gondra, J. (1981). La psicoterapia de Carl Rogers. Bilbao: Desclée de Brouwer
Herren, G. (2002). Fractales. Argentina: Longseller
Bohm, D. (1996). Más allá del tiempo. Buenos Aires: Kier
Lewin, R. (1995). Complejidad. Barcelona: Tusquets
ROGERS, C.(1980).El Poder de la persona.México: El manual Moderno
ROGERS, C.(1987).El camino del ser . Barcelona: Kairos
Rud, C. (2004). Entre, metáforas y caos. Buenos Aires. Editorial Nueva Generación
Sheldrake, R. (2001). De perros que saben que sus amos están camino a casa
Buenos Aires: Paidós
Spinoza, B. (1980). Ética demostrada según el orden geométrico. Barcelona: Sopena S.A.

POSTMODERNIDAD Y ESTRÉS

⁵Dr. Lucio Balarezo Ch.

RESUMEN

El artículo intenta explicar la encrucijada actual en la que nos encontramos, en medio de la modernidad y con una fuerte tendencia hacia la postmodernidad, y cómo actúa esta condición como elemento determinante para generar mayores índices de estrés; concepto no tan nuevo, pero con notable actualización en el presente. Se analizan las influencias de la modernidad y la postmodernidad en los diversos campos de la cultura actual y su repercusión familiar para recalcar, finalmente, cómo en medio de toda esta presión resaltan las condiciones de personalidad para resistir.

TÉRMINOS CLAVE:

Modernidad, postmodernidad, estrés, resiliencia, personalidad

ABSTRACT

The article tries to explain the current crossroads in which we in the midst of modernity and postmodernism trend is strong, and it works this condition as a decisive element to generate higher rates of stress, not such a new concept, but with remarkable upgrade in the present. Analyzes the influences of modernity and Postmodernity in the various fields of today's culture and their family to finally underline as in the midst of all this pressure impact highlight personality conditions to resist.

TERMS KEY:

Modernity, post-modernity, stress, resiliency, personality

DEL TREN DE VAPOR, AL AVIÓN SUPERSÓNICO Y A LAS “SALES DE BAÑO”

Cuando en una noche del mes de enero del presente año revisaba este artículo, pretendiendo en el plano de lo concreto, relacionar lo moderno con lo postmoderno, medité acerca de la gran fortuna de mi generación al haber podido vivir, presenciar y sentir las dos etapas.

Así, recuerdo que en mi niñez acudía donde mi abuela paterna, Carolina, a veces bajo la luz de una vela, para que me relate anécdotas y cuentos de miedo como recompensa al rezo previo; asistíamos con mi padre a la estación del ferrocarril a enviar telegramas cuando teníamos alguna urgencia de comunicarnos con algún familiar que residía en otra ciudad; que para escuchar noticias y música encendíamos una radio de tubos de vacío que se quemaban con frecuencia inutilizando su funcionamiento. O me enteraba, por las crónicas difundidas en emisoras locales, que no en todos los barrios de mi Quito, existía alcantarillado; que en otros se recogía el agua para el uso doméstico desde tanqueros que acudían semanalmente a sitios estratégicos. El teléfono era casi inexistente, apenas aparecía la TV en blanco y negro. Para acudir a las fiestas prácticamente cargábamos unos discos LP enormes de 12 canciones o acetatos simples de dos canciones, una a cada lado,

⁵ Presidente SEAPSI

que, además, tenían una alta probabilidad de rayarse por su uso frecuente. Años antes, para escuchar música había que utilizar la vitrola que requería darle manivela a intervalos seguidos. Mis padres me contaban de la presencia del tranvía y sus vestigios de rieles; sí, los conocí en algunas calles de la ciudad. Una experiencia que recuerdo claramente son los viajes en tren desde Quito a Guayaquil, en dos días, con dormida en Riobamba (si es que no se descarrilaba la máquina) y la llegada a Durán para trasladarse en lancha a Guayaquil atravesando el gran río Guayas. Estas referencias son personales, pero sí relataría las experiencias de mis abuelos narradas a mis padres, el asunto nos conduciría a una perspectiva más desalentadora para la mayoría de los lectores jóvenes.

Hoy nos encontramos en una sociedad llena de comodidades y también de competencias, es la época del tren rápido, aunque no en nuestro país; es el tiempo del internet, de la comunicación por fibra óptica, de la televisión por cable, de la TV a colores con alta resolución, del avión supersónico, del Ipod, los viajes interplanetarios, del mundo supuesto. Hoy no podemos prescindir del teléfono celular, de los medios más sofisticados de comunicación, de cines en casa y experiencias virtuales. Todo es más rápido, veloz y urgente, las distancias se han acortado, hoy se prefiere la comunicación a distancia utilizando blackberry que el diálogo hogareño bis a bis.

Estos dos momentos han ocurrido en períodos de tiempo extremadamente cortos correspondientes a la modernidad.

Y qué decir de las nuevas tendencias postmodernistas expresadas en la búsqueda de cada vez mayor libertad y derechos; las propuestas de los grupos feministas y del post feminismo: el derecho al placer y la libertad del cuerpo; el incremento y la tolerancia del consumo de drogas, el uso de “sales de baño” que encienden los impulsos canibalísticos en los humanos; la permisividad sexual; el respeto a las variadas orientaciones sexuales; las rupturas de la moda; los simbolismos de los tatuajes y las tribus urbanas; y todas las nuevas corrientes del arte plástico, la arquitectura, la literatura y en fin de toda la cultura. Entonces, el interés por reflexionar sobre la temática se engendra en la inquietud por resolver la relación o vínculo entre la modernidad y la postmodernidad con el estrés y en pretender contestar algunas interrogantes como las siguientes: **¿es perceptible y visible el postmodernismo en nuestro contexto?**; o todavía ni siquiera nos hemos incluido en los logros del modernismo. **¿El estrés es un fenómeno exclusivo de la modernidad y/o de la postmodernidad?** En fin **¿existe relación entre estos dos términos?**; **¿hasta qué punto el uno depende del otro?** O quizás, qué grado de influencia mutua se presenta en los momentos actuales en su permanencia y perpetuidad.

MODERNIDAD Y POSTMODERNIDAD

La historia de la humanidad en nuestra era evoluciona en tres etapas, a saber. Desde la inicial noción de la providencia antigua, atravesando por el período del progreso de la etapa intermedia, hasta culminar en el actual nihilismo.

En la primera etapa, el mundo occidental se desenvuelve con la idea divina del cuidado de Dios, Creador y Vigilante del proceso histórico con un objetivo concreto representado por la salvación espiritual. El pensamiento de este ciclo se lo puede encontrar en “**La ciudad de Dios**” de San Agustín que describe a un humano pleno en fe y esperanzado en la felicidad eterna, no terrenal.

En el segundo período, correspondiente a la modernidad, entre 1789 y 1989, esto es, desde la revolución francesa hasta la caída del socialismo, se pone énfasis en la racionalidad y la evidencia que nos brindan los sentidos orientando el desarrollo de las disciplinas científicas fácticas que promueven la superación del medievalismo y el tradicionalismo de la etapa anterior. Es la época del progreso y la búsqueda de la felicidad terrenal y el bienestar a través de los logros científicos y tecnológicos.

En el último período, esto es en la postmodernidad, se pone énfasis en la relatividad del conocimiento, el surgimiento de movimientos sociales refractarios a la modernidad y a la falacia del desarrollo tecnológico y el crecimiento económico como formas de encontrar el bienestar y la felicidad.

Referirnos al término **postmoderno** es hacer alusión a Jean-Francois Lyotard quien popularizó el término en su obra **La condición postmoderna (1984)**. Término asociado con antecesores y exponentes como Karl Marx, Martin Heidegger, Friedrich Nietzsche, Jacques Derrida, Michel Foucault, Gilles Deleuze, Jean Baudrillard, Jacques Lacan, Gianni Vattimo, Gilles Lipovetsky, Slavoj Zizek, Alain Badiou, y muchos otros más.

El postmodernismo aparece en la segunda mitad del siglo XX principalmente en la década de los 70 ante el fracaso del modernismo en solventar los problemas humanos en el campo del arte, el pensamiento, la vida social, la cultura y, sobre todo, por orillar las injusticias y exclusiones de la humanidad que se suponían se resolverían con la nueva tecnología y el desarrollo de la ciencia. Entonces, la postmodernidad se caracteriza por la presencia de una amplia gama de movimientos insurgentes durante el siglo XX en variados campos culturales, que intentan proclamar y superar las limitaciones generadas por el modernismo.

Citamos a Vásquez Rocca (2011):

“Lyotard define la condición postmoderna como escepticismo, incredulidad, frente a todos los metarrelatos. Metarrelatos son las verdades supuestamente universales,

últimas o absolutas, empleadas para legitimar proyectos políticos o científicos. Así por ejemplo, la emancipación de la humanidad a través de la lucha de los obreros (Marx), la creación de la riqueza (Adam Smith), la evolución de la vida (Darwin), la dominación de lo inconsciente (Freud). Lyotard considera que el descenso y caída de los grandes relatos modernos es inevitable, en virtud del cambio operado en el conocimiento mismo”.

El autor agrega:

“Hoy se habla también de una ciencia postmoderna, cuyos rasgos característicos serían: ruptura con el determinismo newtoniano, con el dualismo cartesiano y con la epistemología representacionista. Los defensores de la ciencia postmoderna abogan por el caos, la indeterminación y la hermenéutica, y algunos hasta claman por el «reencantamiento de la naturaleza”.

¿CÓMO NOS AFECTAN LA MODERNIDAD Y LA POSTMODERNIDAD?

El desarrollo de la ciencia y la tecnología en la etapa moderna marca algunos rasgos controversiales señalados por Lyon, D. (2000).

Con el desarrollo de la ciencia y la tecnología se amplían y diversifican las actividades laborales requiriendo una atomización de las tareas y funciones. Todas las ciencias deben transformarse y transformar a los humanos en súper-especialistas en las actividades profesionales y operativas; la mecanización avanza peligrosamente sobre la creatividad, casi anulando la iniciativa. La razón intenta dominar con su ejercicio a la naturaleza, pero también someter a los individuos a los intereses de los poderosos y manejar los datos estadísticos producto de las investigaciones de mercado en su beneficio. La razón es transformada en racionalización para justificar los embates de la tecnología en la vida cotidiana y sobre lo que se consideraba anteriormente como irracionalidad. En este marco, los campos se desalojan para buscar la prosperidad de las ciudades y el urbanismo trae consigo un sinnúmero de problemas: poluciones, congestión, barrios marginales y abarrotados, problemas de desplazamiento, pero sobre todo la centralización del consumismo; aparecen el mall y el shopping y con ellos la frustración del que no tiene y del que tiene también. El Estado y su burocracia generan el más irracional y brutal de los controles a cuenta de establecer sistemas disciplinarios para beneficio de no sabemos quiénes. Se confunde la disciplina y la organización con el miedo que provocan las amenazas y la vigilancia carcelaria. Trabajadores y profesionales sometidos al más

humillante control. Con la superación de la fase de la providencia divina aparecen nuevas formas de organización social apartadas de la Iglesia y sus dogmas, inaugurándose propuestas seculares sobre todo en los campos de la sexualidad, los derechos reproductivos y el género.

Reseñemos las características actuales de nuestro medio en los diferentes terrenos.

Los cambios económicos radicalizan la distribución del dinero favoreciendo una marcada tendencia al consumismo y su injerencia en el desarrollo social competitivo y devorador tendiente a mantener la primacía y poder sobre el opositor o rival. En el mundo de la economía aparece el concepto **de obsolescencia planificada** con el que se explica el acuerdo de las grandes industrias para elaborar bienes y servicios de uso por tiempo limitado para obligar al consumidor a cambiar de artículos, productos y enseres con más frecuencia y sin necesidad; así los carros ya no subsisten varios años, se requiere cambiar de modelo cada tres años (al menos esa es la recomendación de los productores); la ropa resiste menos tiempo y debemos estar a la moda cada mes con vestimenta de “marca”; los celulares se tornan obsoletos al instante, todos los útiles son reciclables en poco tiempo; inclusive nuestro rostro y cabello deben renovarse cada muy corto tiempo y el cuerpo debe ser perforado, alineado, reconfigurado, remodelado y quizá clonado para el consumo. En el campo tecnológico el avance logrado en estos últimos treinta años supera en mucho lo logrado en toda la historia pasada de la humanidad. Aquello que fue novedad la semana anterior, no lo es en el momento actual y peor en la semana siguiente. Hemos controlado, o por lo menos intentamos, controlar la naturaleza y la divinidad. Lo virtual supera a lo real, las distancias se han acortado, los tiempos se sumergen en la subjetividad. Los avances en la medicina, la ciencia, la tecnología permiten un sinnúmero de comodidades imposibles de imaginarse hace veinte años.

En el campo mediático, el desarrollo es asombroso, hoy nos comunicamos al instante con cualquier parte del mundo y probablemente del universo. Se afirma que el mundo de hoy es un mundo mediático y si no veamos la influencia vigorosa que tiene en el campo político, deportivo, social, económico, en fin en todas las áreas. Se ha redefinido la realidad a través de técnicas como el gerencialismo para lograr los resultados más exitosos en el marketing. La ciencia y la tecnología influyen en los estilos de vida y los gustos del consumidor. Podría decirse que es la época del consumo. La compra transformada en la **actividad cultural del ocio** y como una **experiencia de espectáculo, lujo y nostalgia**.

En lo social, como se afirma más arriba, se observan radicales cambios reflejados en la equidad de género, la perspectiva nueva sobre la sexualidad y sus expresiones variadas; la amplitud de roles tanto en los varones como en las mujeres.

En este contexto se generan contradicciones y ambivalencias; por un lado aparecen las comodidades brindadas por la tecnología y el progreso que se evidencia sobre todo en el sector urbano, pero a su vez el sujeto es susceptible del más aparatoso aislamiento y de la fragmentación social más deshumanizada. La alienación y la explotación son los instrumentos diarios de dominación a través del **“fetichismo de la mercancía”**; nos venden todo lo que no necesitamos. La anomia se hace presente en el humano, la familia tambalea y está próxima a firmarse su acta de defunción; los lazos tradicionales de la familia y la comunidad son sustituidos por la incertidumbre, la pérdida de dirección y la sensación de soledad. La organización burócrata traspasa el ciclo desde la brutalidad imperante en los períodos anteriores del esclavismo y la explotación obrera hacia la expoliación con guante blanco. Esta es pues una “sociedad de extraños” en la que el egoísmo mezquino se presenta en todos los actos humanos. En esta sociedad el sujeto está sometido a los sistemas que funcionan e intentan hacerle funcionar al humano como máquina. El sujeto transformado en un tornillo más de la gran máquina de la industria y el Estado.

Según Taylor (1991) las tres grandes enfermedades del modernismo son el individualismo, el análisis de costo-beneficio de todas las cosas con una visión utilitarista y el “despotismo blando” organizado burocráticamente.

Las apreciaciones que Lyon señala con relación al mundo, Arriagada en el 2002, las ratifica para la familia en su estudio sobre los “Cambios y desigualdades en las familias latinoamericanas”.

Así, los efectos de la modernidad en la familia se los puede apreciar en los marcados cambios de los procesos productivos como resultado del gran auge de la industrialización que conlleva a nuevas pautas de consumo y trabajo, con acceso masivo, pero desigual, a los bienes de consumo en las familias con crecientes índices de endeudamiento, hoy la gente se gasta el dinero que no tiene y se sumerge en el imaginario del dinero plástico cuando cree en el valor imponderable de las tarjetas de crédito. El desplazamiento de las familias desde el campo a la ciudad, el tránsito hacia una economía globalizada y terciarizada, la nueva composición demográfica con esperanzas prolongadas de vida, la reducción de nacimientos y del tamaño de la familia, las oportunidades ilimitadas de trabajo femenino, el trabajo informal y la inestabilidad laboral generan nuevas obligaciones familiares así como cambios estructurales. La promoción de la libertad social e individual hasta límites insospechados o quizá a lo ilimitado, aplicado a los derechos de los excluidos, las variantes sexuales y la búsqueda de nuevas identidades suscita replanteamientos sociales y

culturales en la relación generacional entre padres e hijos. Se podría afirmar que el progreso social actual está basado en lo individual y no en lo familiar.

No obstante, existen también percepciones positivas sobre las ventajas del modernismo en la familia. Salles y Tuirán en 1996 afirman, “En síntesis, la modernidad en la familia se expresaría en el ejercicio de derechos democráticos, la autonomía de sus miembros y un mayor equilibrio en el reparto del trabajo (doméstico y social), de las oportunidades y de la toma de decisiones familiares. Se trataría de una nueva relación basada en asimetrías matizadas por pautas democráticas”.

Queda entonces para el análisis objetivo y equilibrado el beneficio o perjuicio que marcaría el modernismo en la sociedad y la familia.

PERO ¿SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE LA MODERNIDAD?

De haberse cumplido los propósitos de la modernidad en estos siglos estaríamos frente a la satisfacción humana plena, lo cual era, en apariencia, la esperanza de la humanidad. Nadie puede discutir los beneficios de los descubrimientos científicos y los adelantos tecnológicos citados en párrafos anteriores. Pero cabe preguntarse si con todo esto hemos conseguido bienestar o mayores complicaciones y tensiones; además debemos respondernos si el bienestar es colectivo en su totalidad y para todos los humanos y sociedades, o para grupos cada vez más privilegiados. Además esta invalidez de los logros se asocia con la inconclusión de lo moderno y el deshumanismo resultante.

Todo esto marcado por la finalización del progreso de la era industrial y el incremento del interés en los servicios de la urbe. Con la globalización, todos los países desarrollados y subdesarrollados se encuentran en la misma onda, a pesar de la profundización de las desigualdades entre los pueblos. La tecnología se ha dispersado en todas las áreas pero los capitales se han concentrado en pocas personas. Toda la actividad se orienta a tornarle al sujeto en un **consumista empedernido**. En la política también impera la mediocridad.

Los gobiernos son productos de venta con grandes campañas de propaganda, actos de masa irracional y entrevistas arregladas con “buena imagen”.

Hoy vivimos en una época de lo *“light”*, desde las bebidas hasta los libros; desde la comida a la ropa; desde los valores hasta las artes. La mayoría de los productos culturales son livianos, opacos, sin sabor ni profundidad, efímeros, transitorios, sin ningún tipo de compromiso. En nuestra psicología prevalece lo alternativo, lo precario, lo fácil; es preferible dedicarnos a meditar en los grados más profundos antes que resolver los problemas cotidianos; es preferible tomar infusiones o encender inciensos, que reconocer

nuestra responsabilidad en los conflictos. Por eso el incremento de las terapias alternativas.

Las alertas más significativas acerca del modernismo se relacionan con los riesgos mundiales. **“La cornucopia consumista crece simbióticamente con la sociedad de riesgo”**. El concepto de riesgo señalado por Ulrich Beck (1992) tiene una connotación universal y se refiere a los derrames de petróleo en los mares, los escapes nucleares, el agujero en la capa de ozono, la desertización del mundo. No obstante, los riesgos no se refieren exclusivamente a la destrucción del mundo sino también a las consecuencias socio-familiares presentes.

¿ES EL ESTRÉS UN SÍNTOMA POSTMODERNO?

Si afirmamos que temporalmente nos encontramos en el albor del postmodernismo y probablemente la modernidad se encuentra vigente o quizá no se acaba de desarrollar, la aseveración más certera sería que el fenómeno conocido como estrés no es una condición de esta época sino más bien una situación permanente en las diferentes etapas con diversas causas desencadenantes y sujetos con predisposiciones heterogéneas para enfrentarlo.

Nuestro mundo actual, moderno o postmodern, es vertiginoso y nuestra cultura responde con igual prestancia ante las necesidades. Nuestro occidentalismo está dominado por una perspectiva competitiva, pragmática y exitista propia del modernismo en que la felicidad gira alrededor del consumismo evidenciado por el dinero y sus adquisiciones. Esta demanda, que es social y cultural, es urgente e irracional, hasta podría decirse brutal, competencia que nos crea el imaginario de que es pertinente estar en la “onda” para sentirnos felices y realizados. Este consumismo más palpable en los bienes materiales, es casi imperceptible en lo humano y lo psíquico, pero de todos modos está presente.

El mayor problema observado en esta etapa es, sin duda, la expresión de la pobreza. Los estudios señalan que los niños y niñas de la pobreza están sometidos a un doble riesgo. En primer lugar, como afirma Osborne, (2002):

“están expuestos con mayor frecuencia a situaciones tales como enfermedades físicas, estrés familiar, apoyo social insuficiente y depresión parental; especialmente en el caso de la madre”. En segundo lugar, “a partir de estos riesgos, los niños pobres expuestos a consecuencias más serias comparados con sus pares de grupos sociales más aventajados desde un punto de vista social y económico. También se han mencionado otros efectos, tales como la mayor presencia de problemas de tipo conductual”.

En lo relacionado con la pobreza las estadísticas latinoamericanas durante estas dos últimas décadas dan razón de los siguientes datos: Entre 1990 y 1999 la proporción de hogares pobres en América Latina disminuyó de 41% a 35%, mientras que en 2010 se ubicó en 31,4%.

De acuerdo al documento avalado por Naciones Unidas, en 1990 *la pobreza fue estimada* en 48,4%, En los últimos 20 años la pobreza extrema (indigencia) varió de 22,6% a 12,3%. Porcentaje que indica que de los 177 millones de pobres que se registraron en 2010, los 70 millones estaban en condición extrema.

La pobreza sigue afectando más a los niños y adolescentes. En 1999 era pobre el 59% de los niños de 0 a 5 años y el 61% de los que tenían entre 6 y 12 años, dado que las familias pobres tienen más hijos (CEPAL, 1999, 2000, 2001, 2012)".

Complementariamente, en las clases altas y medias las presiones sociales suscitan el criterio de que ya no se necesita una casa, sino "las casas" para incrementar las rentas; la vestimenta no sirve estrictamente para mantener la temperatura o cubrirnos el impudor, sino para mostrarnos a los demás. El vehículo que en el pasado era "un lujo" de las clases acomodadas, pasa luego a constituirse en una necesidad para desplazarse en las urbes, y hoy es una muestra de preponderancia y superioridad. Y el cuerpo también deja de ser el contenedor de nuestros órganos internos para transformarse en el receptáculo de mejoramientos, cortes, estiramientos, tatuajes, cirugías, supresiones y agregados para competir con los demás. Como se afirma vulgarmente: **"No existen hombres o mujeres feos o viejos, sino hombres y mujeres sin dinero"**.

En lo psíquico ya no es posible sentir las emociones, ni faltar a un molde establecido por la también **"psicología light"**. Los nuevos términos discurren libremente y si son en inglés, mucho mejor: autoestima, resiliencia, inteligencia múltiple o por lo menos inteligencia emocional, hemisferio izquierdo, programación neurolingüística, el secreto, todo para lograr desarrollo o crecimiento personal.

Estas demandas modernas son las que ordinariamente le tensionan al sujeto actual y lo mantienen en constante estrés y frustración. Ya no es posible mantenerse al ritmo de evolución tecnológica o cambio social. O mejor este ritmo ya no lo puede mantener el común de los humanos.

¿QUÉ SIGNIFICADO TIENE EL ESTRÉS EN NUESTRA ÉPOCA?

Cuando Hans Selye en 1926 introduce el término lo define como una respuesta específica del organismo a toda demanda o estímulo, otorgándole una connotación estrictamente

fisiológica. Luego aparecen nuevas perspectivas que insertan el factor psicológico en su estudio, desviando el interés hacia una apreciación más integral en la que aparecen nociones como del grado de preparación del sujeto para resistir el estrés, las condiciones de neuroticismo, el tipo de personalidad y desde luego la intensidad y cronicidad del estresor. Luego la pregunta es si el estrés es causa o efecto. Labrador (1993) propone las dos alternativas en su teorización.

La posición universalizada y fisiológica de la década de los sesenta y sesenta del siglo anterior es paulatinamente reemplazada en los ochenta por la visión idiosincrática y psicológica. También se discute acerca de la intensidad de los estresantes como factores fundamentales en el desarrollo del estrés aunque la actuación permanente y crónica de tensiones pequeñas también provocan estrés.

Durante el proceso del estrés acontecen varios hechos. Primero sobreviene la presencia de un estímulo crónico o agudo permanente como, enfermedades crónicas, noticias impactantes, sucesos vitales estresantes como la pérdida del puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad, eventos inesperados o situaciones de crisis intensas, un fuerte ritmo de trabajo, acoso laboral, falta de reconocimiento en el trabajo o en el hogar, estados de pobreza permanente, que al actuar suscitan una determinada respuesta. Sin embargo, la intensidad o cronicidad del suceso, al parecer, no es lo más importante como se suponía en el pasado. El individuo en base a sus procesos cognitivos y afectivos, esto es en base a su personalidad, sus condiciones de estabilidad emocional y su capacidad de afrontamiento evalúa las condiciones externas y las posibilidades internas para enfrentar la situación, si este es el caso lo superará, caso contrario sucumbirá y aparecerán las consecuencias del estrés.

LA PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El por qué no todas las personas se estresan ante los mismos estímulos está en función de sus características de personalidad y los estilos y estrategias de afrontamiento que poseen. El término inglés que se emplea en la literatura actual es de "Coping" definido como la capacidad de afrontamiento de los humanos para enfrentarse a los estímulos estresores. El tema se ubica principalmente en aspectos cognitivos y comportamentales como capacidades para manejar situaciones difíciles. En algunas ocasiones se utilizan estrategias para solucionar problemas y en otros casos estrategias para regular las emociones. Para diagnosticar estas estrategias se pueden emplear escalas, una de ellas es "La escala de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1985)" que evalúa los pensamientos y acciones empleados para manejar el estrés. Ellos son confrontación,

planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-
evitación, reevaluación positiva.

A propósito de las características de personalidad cabe citar a Eduardo Galeano: "Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno que ni se entera del viento y gente de fuego loco que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende."

En la capacidad de afrontamiento se incluye el concepto de resiliencia, procedente del vocablo latino **resilio**, equivalente a saltar, rebotar, volver de un salto. En la Física es la cualidad de los objetos para volver a su forma luego de someterse a una presión. En las ciencias sociales, Rutter (1993) la incluye como el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos para enfrentarse exitosamente a la adversidad. Kotliarenco (1997), acoge en el concepto la caracterización a aquellos sujetos que a pesar de vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psíquicamente sanos y socialmente exitosos. Por lo tanto, las definiciones distinguen dos componentes: la resistencia con éxito ante situaciones estresantes y también la posibilidad de reconstrucción positiva y vital ante situaciones dificultosas. Esto depende según Melillo (2002) de algunas condiciones como: adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas ellas desplegadas frente a situaciones vitales adversas y estresantes, que le permiten atravesarlas y superarlas. Se supone que la resiliencia se establece en función de procesos sociales e intrapsíquicos, añadidos a componentes biológicos predisponentes. No obstante, no todas las respuestas del individuo frente a los estresores son funcionales; Zukerfeld en 1999, se refiere al hecho de respuestas disfuncionales sean somáticas y/o comportamentales frente a factores de estrés o adversidad, característica denominada **vulnerabilidad somática**, que es evidenciada en un sinnúmero de enfermedades y que depende de la relación entre los sucesos traumáticos, la calidad de vida y las condiciones históricas del sujeto.

Importante resulta distinguir algunas fortalezas que poseen las personas resilientes. Suárez Ojeda, citado por Melillo (2002) anota las siguientes: introspección, independencia, capacidad de relacionarse con los demás, iniciativa, humor, creatividad y moralidad. Wolin y Wolin, (Kotliarenco, 1993), llaman a estos atributos el **mandala** de la resiliencia y se los ha trabajado sobre todo con pacientes portadores de cáncer, enfermedad de nuestra época.

Parafraseemos nuevamente a Galeano para revelarnos en nuestra condición de resiliencia frente a los embates del modernismo y el posmodernismo:

“Nosotros tenemos la alegría de nuestras alegrías y también tenemos la alegría de nuestros dolores, porque no nos interesa la vida indolora que la civilización del consumo vende en los supermercados, y estamos orgullosos del precio de tanto dolor que por tanto amor pagamos. Nosotros tenemos la alegría de nuestros errores, tropezones que muestran la pasión de andar y el amor al camino.

Tenemos la alegría de nuestras derrotas porque la lucha por la justicia y la belleza, valen la pena también cuando se pierde. Y sobre todo tenemos la alegría de nuestras esperanzas en plena moda del desencanto, cuando el desencanto se ha convertido en artículo de consumo masivo y universal. Nosotros seguimos creyendo en los asombrosos poderes del abrazo humano”.

COLOFÓN

Para concluir el tema querría reflexionar sobre dos artículos publicados en la prensa nacional y consultarles a ustedes acerca de estas reseñas:

“EL COMERCIO”, 20 DE MAYO DE 2012

“El “Ascend D” que fue presentado en el Mobile World Congress de Barcelona en febrero, es conocido por el “smartphone” más rápido del mundo por su procesador de cuatro núcleos y 1 GB de RAM.

Además, posee un procesador gráfico que permite profundidad de color de 32 bits y una pantalla de 4.5 pulgadas con resolución de 720 p. Además su cámara de fotos de 8 megapíxeles con sensor retroiluminado graba video de 1080 p.

También está el “Ascend P1” catalogado como dispositivo móvil más delgado por sus 6.68 milímetros de grosor. Sus competidores más cercanos como el Samsung Galaxy SII y el Motorola Razr tienen 8.5 mm y 7.1 mm, respectivamente.

Esta característica no se limita a la extensión de las imágenes de su pantalla Super AMOLED que captura con 8 megapíxeles (cámara frontal) y 1080 p. de grabación en alta definición. Esto, sin contar que su batería de 1670 mAh/1800 mAh permite mayor rapidez en servicios de multitarea, reproducción y videojuegos.

Otro Premium Huawei es el “Honor” con un procesador de 4 núcleos y una pantalla de 4 pulgadas AMOLED, que refuerza la protección de rupturas en el dispositivo, reduce el consumo de batería y permite flexibilidad y portabilidad.

Este dispositivo es el más avanzado que tiene la compañía con 512MB de RAM, 4GB de ROM, cámara de 8 megapíxeles con captura de video HD, Wi-Fi, GPS y Radio FM”....

Si todos los presentes entienden perfectamente el lenguaje y la simbología señalada, les felicito, están en la modernidad; si lo entienden a medias o no le entienden, están en la premodernidad o la postmodernidad.

*O si tiene como herramientas para enviar mensajes y chat: **WhatsApp, BlackBerry, Nokia Chat o HeyWire**; si tiene programas para hacer videollamadas y chat: **Skype, Tango, Face Time o Octro Talk**; si maneja como funciones para hacer llamadas en la red: **Viber, Google Talk, To Me o Fring**; y si está en opción de utilizar como aplicaciones para dejar mensajes de voz: **VoxNote, HeyTell, Walkie Talkie o Schmessages**; entonces está en la modernidad. Si por el contrario, no los conoce, no tiene acceso por falta de dinero o si los tiene pero está a punto de devolver los equipos por falta de renta para pagarlos, o si está entre las 400.000 familias con problemas de crédito, está a punto de salir de la modernidad y se encuentra en los problemas de la postmodernidad.*

BIBLIOGRAFÍA

- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdades en las familias latinoamericanas. Santiago: Revista de la CEPAL 77
- Beck, U. (1992). ¿Qué es la globalización? Madrid. Paidós
- Galeano, E. (1993). El mundo, Nosotros. La máquina del tiempo
- Labrador, F. (1992) El estrés: nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de hoy
- Lyon, D. (2000). Postmodernidad (segunda edición). Madrid: Alianza Editorial
- Lyotard, J. F. (1989). La condición postmoderna. Madrid: Ed. Cátedra
- Melillo, A. (2004). Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. Buenos Aires: Paidós
- Osborne, M. (2002). Modernidad. Buenos Aires: Paidós
- Salles, V. & Tuirán, R. (1996). El giro cultural en la investigación sobre la familia: un ejemplo con base en el estudio en mitos. México: Revista del departamento de sociología
- Vásquez Rocca, A. (2011). La postmodernidad: a 30 años de la condición postmoderna de Lyotard. Madrid: Alianza Editorial
- Zuckerfeld, R. (1998). Psicoanálisis actual: tercera tópica, interdisciplina y contexto social. Presentado en el III Congreso argentino de psicoanálisis y II Jornada Interdisciplinaria. Córdoba

MENTORING FAMILIAR FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

Mayra Velástegui V.⁶

RESUMEN

El modelo integrativo focalizado en la personalidad es una propuesta de asesoramiento y psicoterapia que debe ir ampliando espacios de aplicación en el plano individual, familiar y social.

El interés personal al realizar este trabajo es desarrollar un programa de mentoring familiar con el antecedente de que el mentoring como forma de estimular el desarrollo personal y profesional que es aplicado en el campo organizacional pueda ser trasladado en su manejo a la familia.

Esto significó que teóricamente nos acogamos a propuestas teóricas explicativas del mentoring para vincularlas al concepto de personalidad tanto del mentor como del mentee y aplicar la metodología del modelo a esta nueva idea.

Palabras clave: *asesoramiento, mentoring, familia, mentor*

ABSTRACT

The integrative model focused on personality is a proposal of counselling and psychotherapy that should expand implementation at the level of individual, family and social spaces.

Personal interest to carry out this work is to develop a program of family mentoring with the antecedent that mentoring as a way to encourage personal and professional development which is applied in the organizational field can be moved in handling family.

This meant that theoretically we welcome explanatory theoretical proposals of mentoring to link them to the concept of personality of the mentor and the mentee and apply the methodology of the model to this new idea.

Key words: *counselling, mentoring, family, mentor*

ANTECEDENTES

Los roles paternos tradicionales se caracterizan por la verticalidad, el autoritarismo y la injerencia de valores disciplinarios, religiosos, culturales y sociales que promueven aprendizajes y valores sin mayor participación de sus hijos. Esto trae como consecuencia una gran cantidad de dificultades vinculadas con el desarrollo personal de niños y adolescentes que generan conflictos intrapersonales, vinculares e intergeneracionales que se traducen en disfuncionalidades familiares, sin que se pretenda decir que esta es la única causa ocurrente de conflicto en el medio familiar, todo lo contrario, se aprecia a los hijos como subsistemas dependientes de macrosistemas que trasladan e incorporan

⁶ Magíster en Psicoterapia Integrativa
Psicoterapeuta Integrativa
Vicepresidenta ALAPSI

cogniciones, afectos y sentimientos, sobre todo visibles en la época moderna con gran repercusión en la disfuncionalidad personal y familiar.

Con este presente desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, se plantea la temática del mentoring familiar como un tema que puede resultar realmente novedoso, práctico y útil en función de generar una posición parental que contradiga las características de los roles tradicionales. Las ventajas que ha demostrado el mentoring en el sector organizacional se trasladan a la propuesta del mentoring familiar considerando a la organización y la familia como sistemas con características similares tanto en los aspectos estructurales como funcionales; por lo tanto, encontramos algunas aplicaciones que proporcionan notable ventaja sobre otros manejos preventivos familiares. Así, la horizontalidad en la inducción de normas, la particularización de las acciones en función de la personalidad de cada miembro, la búsqueda de las fortalezas de cada padre derivadas de su propia personalidad para promover ayudas específicas y la confianza en las propias capacidades de niños y adolescentes para emprender en el proceso de desarrollo personal.

APORTES TEÓRICOS PARA EL MENTORING

Procesos de aprendizaje

Aprendizaje es el proceso por el cual un sujeto en su interacción con el medio incorpora la información suministrada por éste según sus necesidades e intereses, la que elaborada por su estructura cognitiva modifica su conducta para aceptar nuevas propuestas y realizar transformaciones en el medio.

El concepto de proceso nos remite a pensar, que el aprendizaje se da en forma espiralada donde cada momento integra al anterior, lo transforma y conserva de él los aspectos necesarios para su estructuración. Estos momentos tienen un tiempo diferente para cada sujeto que tiene que ver con su ritmo de desarrollo y las variables socioculturales que influyen en él. (Revista La Educación Hoy. La obra 2000. Psicopedagogía. "Nos preparamos para el cambio".)

Brevemente se ha descrito los principios básicos del aprendizaje considerados en la construcción del mentoring familiar

Influencia de la psicología positiva

Desde esta vertiente varios son los conceptos que se han puesto en boga en las últimas décadas, por lo que sumamos estos criterios para el ensamblaje de los conceptos teóricos que se pretende integrar en la construcción del mentoring, la calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad son algunos. La calidad de vida ha sido definida como "un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye, desde lo subjetivo, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Desde lo objetivo, incluye el estado de salud, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad". Por otra parte, se ha conceptualizado la satisfacción vital como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre). El ser humano ha tendido siempre a perseguir la felicidad como una meta o un fin; como un estado de bienestar ideal y permanente al que llegar.

Aprendizaje significativo Rogeriano

Es una estrategia basada en el humanismo y desarrollada por Carl Rogers que busca explorar aquellas partes de nosotros que hemos negado o que son contradictorias.

Carl Rogers opina que en la mayoría de los trabajos psicológicos una "terapia eficaz" es la que pudo llevar a una persona desde la categoría de patológico, a la de normal. Comenta que la persona que ha logrado un desarrollo psicológico óptimo, es aquella que tiene una positiva salud mental.

Si bien es cierto que el proceso del mentoring desde la perspectiva integrativa está vinculado estrictamente al asesoramiento, se consideran los principios generales del asesoramiento centrado en el cliente de Rogers, mismos que se desarrollan en el contexto humanista que se constituye en un elemento aportativo para este trabajo.

MENTORING

El mentoring consiste en desarrollar, cuidar, compartir y ayudar en una relación en la que una persona invierte tiempo, y esfuerzo en potenciar el desarrollo de otra persona, en el ámbito de los conocimientos y las habilidades, y dar respuestas a necesidades críticas de la vida de esa persona en direcciones que preparan al individuo para una productividad mayor o un éxito en el futuro. (Shea, G. 1994). La mentorización consistía en la relación entre un maestro y su pupilo.

El mentoring focalizado en la personalidad es una herramienta destinada a desarrollar el potencial de las personas, basada en la transferencia de conocimientos y en el aprendizaje a través de la experiencia, todo ello en el marco de una relación personal y de confianza entre un mentor/a que guía, estimula, desafía y alienta a otra según sus características de personalidad y sus necesidades para que entregue lo mejor de sí a nivel personal y profesional.

En una relación de mentoring focalizado en la personalidad, debe existir la clara y reconocible sinergia entre sus tres componentes: mentor, mentorizado, (cada uno con sus atributos y déficits de personalidad) y la familia.

El mentor capacita al mentorizado para que disponga de nuevas perspectivas, enriquezca sus formas de pensar y promueva un conocimiento personal más profundo.

Funciones del Mentoring

Coaching: el mentor como entrenador es un líder activo, y estimula al colaborador para desarrollar cualidades y actitudes para el futuro.

Consejo: el Mentor ayuda al colaborador en la solución de problemas y toma de decisiones.

Ayuda: el Mentor proporciona los contactos que pueden permitir al colaborador alcanzar sus metas.

En esta relación, el mentor:

- Toma un rol activo, tutoriza y enseña al mentee nuevas habilidades técnicas y nuevos comportamientos y le provee nueva información.
- Actúa como un guía en la formulación del plan de carrera del mentee dentro de la familia. Recomienda y usa su influencia, cuando sea apropiado, para fomentar su avance.

- Da el ejemplo a su mentee.
- Ofrece consejo y asesoría a su mentee en la toma de decisiones.
- Actúa como confidente, estableciendo una relación de confianza.

LA FAMILIA

Desde una concepción integral se define a la familia como un sistema complejo en que sus integrantes desempeñan distintos roles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia como un todo y para contribuir a la sociedad la que pertenece (Mejía et al, 1990). Desde una visión estructural (Barudy, 1998; Minuchin y Fishman, 1984), la familia es un conjunto de miembros que mediante interacciones frecuentes se agrupan en subsistemas:

Individual: cada miembro familiar en sí es un subsistema.

Conyugal: conformado por los miembros de la pareja en cuanto cónyuges.

Parental: conformado por los miembros de la pareja en relación con el ejercicio de sus funciones como padres.

Fraterno: integrado por los hermanos.

Intergeneracional: compuesto en función de las diferencias generacionales al interior de la familia.

Estos subsistemas permanentes y otros subsistemas ocasionales, están separados los unos de los otros por fronteras simbólicas, cada uno contribuye en el funcionamiento del grupo familiar manteniendo su identidad mediante el cumplimiento de roles, funciones y tareas que son necesarias para la existencia y supervivencia de la familia (Minuchin, 1979, citado en Barudy, 1998). La importancia de destacar estos subsistemas está relacionada con la posibilidad de generar conflictos en la familia cuando los roles, funciones y tareas específicas de cada uno de estos subsistemas no se cumplen o se llevan a cabo de manera inadecuada.

MENTORING FAMILIAR COMO UNA FORMA DE ASESORAMIENTO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

Como lo habíamos referido anteriormente, en el modelo focalizado en la personalidad se realiza una diferenciación entre asesoramiento y psicoterapia, por lo tanto al referirnos al tema de mentoring familiar lo ubicamos en los programas que se plantean desde el asesoramiento y el desarrollo personal. El psicoterapeuta integrativo chileno Roberto Opazo (2004), señala que el desarrollo personal correspondería a un proceso de cambio progresivo de la persona en el tiempo. Progresivo en términos del desarrollo personal nomotético e ideográfico. El desarrollo personal nomotético, establece como cambio progresivo la evolución en una dirección que la sociedad considera valiosa. El desarrollo personal ideográfico, establece como cambio progresivo la evolución en una dirección que la persona afectada considera valiosa.

En este proceso, la persona va actualizando potencialidades que le facilitan su adaptación, le enriquecen sus opciones de bienestar personal y de satisfacción de necesidades personales, le fortalecen sus opciones de éxito afectivo, social y laboral y le abren mejores posibilidades de auto-realización.

EL SISTEMA FAMILIAR Y LA PERSONALIDAD

El mentoring familiar constituye una herramienta que promueve el aprendizaje a través de la guía e instrucción de los padres quienes se convierten en mentores y formadores de sus hijos a través de su experiencia personal.

La familia se convierte en la organización en donde se afincan todos los rasgos característicos de sus integrantes, también es ahí donde se sostiene la situación-problema por la que pasa la familia, aun siendo un solo miembro quien la manifieste. La identidad diferencia a una familia de otra, por lo que sus preceptos, concepciones y filosofía de vida impulsan a un sistema familiar a encontrar soluciones a sus conflictos, si esta identidad no tiene solidez a la vez que flexibilidad estará abocada al conflicto.

Es importante resaltar la configuración familiar para que podamos ubicar adecuadamente el espacio en que se generará un proceso de mentoring, para ello recurrimos a la clasificación propuesta desde el modelo sistémico:

- **Influencia de la personalidad en el subsistema individual**

El denominado subsistema individual incluye a cada uno de los miembros de la familia, abarcando el concepto que cada uno tiene de sí mismo en la relación con los demás subsistemas individuales, con el sistema total e inclusive con el social. Cada persona actúa en diferentes sistemas, mostrando sólo la parte que este sistema le demande. Para el modelo integrativo resulta básico el estudio del estilo o perfil de personalidad que posee cada sujeto tanto en su percepción personal como en la relación que establece con los demás.

- **Influencia de la personalidad en el subsistema diádico conyugal**

Las personas se unen para formar pareja, cada una de ellas trae su independencia y su trama estructural, por lo que en la inter-relación debe perder algunas normas de su sistema original ganando sentido de pertenencia a un nuevo sistema. Entre ambos cónyuges han de construirse un sistema común. Este subsistema ha de ser claro y preciso para un buen desarrollo de los hijos ya que con ello se les transfiere valores. Da mucha fuerza interior a sus miembros y sentido de pertenencia al grupo, seguridad y protección. En la formación de este vínculo son incuestionables los procesos conscientes e inconscientes que formalizan un estilo de acercamiento cognitivo, afectivo y comportamental en la relación de pareja, condición que tiene su fundamento en los estilos de personalidad y en las preferencias que denota cada una de ellas.

- **Influencia de la personalidad en el subsistema parental**

Tiene que ver con las funciones primordiales, como crianza, culturización y alimentación de los hijos. El éxito de este subsistema depende de la claridad en la delimitación de límites en el subsistema anterior. Los componentes genéticos y ambientales que influyen en las relaciones parentales con sus hijos facilitan o dificultan el acercamiento positivo entre ellos. En otras ocasiones la influencia de los padres para transformarse en “modelos” a seguir por sus hijos motiva irrespeto a la diversidad psicológica de ellos.

A veces este subsistema se presta a ser compartido por otros familiares, lo que puede llegar a ser disfuncional para el sistema como totalidad, debido a que no están claras las tareas, superponiéndose cada una de ellas y dando como resultado confusión de roles. Debe ser flexible a los cambios que los miembros demandan. Las funciones y las tareas irán cambiando de forma acordada con el desarrollo

evolutivo de los miembros, lo cual se dará con éxito si el subsistema conyugal ha sido negociado.

- **Influencia de la personalidad en el subsistema fraterno**

Muy importante para los miembros menores del sistema ya que en él se va a aprender a negociar las relaciones que van a hacer luego fuera del sistema familiar. Es importante ver el grado de cohesión, si están aliados, si forman parte de subsistemas a los que no le pertenece por medio de triangulaciones. Y en todo este proceso se hacen presentes las características de personalidad de los hermanos.

Como se puede deducir de lo anotado, el planteamiento de nuestro modelo se centra en la diversidad del sujeto de acuerdo a los estilos de personalidad prevalentes, en la conformación de los varios subsistemas como en los roles desempeñados en cada uno de ellos.

PRINCIPIOS GENERALES DEL MENTORING EN EL CONTEXTO FAMILIAR

- Se centra en las necesidades biopsicosocioculturales de los niños y adolescentes
- Enseña a cómo pensar y no a qué pensar, y a discernir lo adecuado de lo inadecuado
- Pretende hacer a sus miembros más independientes
- Ayuda a descubrirse a uno mismo, de dentro hacia fuera
- Estimula y mejora la proactividad
- Se logran efectos a largo plazo ligados a la condición de pertenecer a una familia y a su capacidad de crecimiento dentro y fuera de ella
- Se basa en la experiencia, en la vida
- Prepara a los integrantes de la familia para el futuro

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN MENTOR FAMILIAR

- Capacidad para fijar niveles altos de rendimiento, invertir tiempo y esfuerzo y organizar experiencias que promuevan el desarrollo integral de sus hijos
- Posibilidad de brindar consejos realizables
- Accesibilidad para escuchar
- Posibilidad de transformarse en ejemplo para lograr aprendizajes vicarios, demostrando comportamientos, actitudes y valores familiares

- Interés por apoyar a sus hijos
- Suficiencia para retroalimentar
- Habilidad para criticar el comportamiento, no a la persona
- Capacidad para impulsar desafíos en los hijos para desarrollar un plan de éxito
- Posibilidad de crear una base firme de apoyo continuo
- Objetividad para evaluar los resultados obtenidos
- Disposición para saber cuándo los hijos deben independizarse

El mentoring está planteado para ejecutarse en cinco etapas:

Autoconocimiento de la personalidad y reconocimiento de la personalidad de los probables mentorizados

Esta etapa pretende estimular el autoconocimiento de la personalidad de los padres y/o familiares significativos, así como generar competencias para determinar rasgos de personalidad de los mentorizados.

Conocimientos básicos del mentoring y la dinámica familiar

Esta etapa pretende fomentar el conocimiento del mentoring focalizado en la personalidad y los componentes de la dinámica familiar para discernir las variantes entre los guiones parentales tradicionales y los establecidos en esta nueva modalidad de desarrollo.

Aprendizaje de técnicas y procedimientos aplicados al mentoring familiar focalizado en la personalidad

Esta etapa promueve el conocimiento de las técnicas y procedimientos empleados en el mentoring familiar focalizado en la personalidad para aplicarlos en el medio familiar

Evaluación y retroalimentación de las etapas anteriores

Esta etapa se orienta a evaluar las competencias adquiridas por los mentores y obtener un feedback acerca de los procesos a fin de mejorar aspectos metodológicos y superar dificultades.

Seguimiento

Esta etapa busca evaluar permanentemente las competencias adquiridas por los mentores y obtener un feedback acerca de los procesos a fin de mejorar aspectos metodológicos y superar dificultades a largo plazo.

CONCLUSIONES

- Luego de esta breve revisión teórica y metodológica se aprecia que los conceptos del mentoring, tradicionalmente aplicados al sector organizacional, han logrado ser trasladados al contexto familiar de una manera apropiada y sólida.
- La consideración de la familia como un sistema que está integrado por individuos que conforman diferentes subsistemas denota un proceso particular en función de las características de personalidad de sus miembros.
- El objetivo fundamental del mentoring familiar es agregar al rol de padres la condición de mentores, sin sustituir sus guiones básicos.

BIBLIOGRAFÍA

Balarezo, L. (2010). Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad. Quito: UNIGRAF.

(1998). Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería. Quito: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Cohen, Norman (2004). Mentoring. Madrid: Ed. Universitaria Ramón Areces

Casado, L.& Prat, T. (2007). Conflict-Mentoring. Ed.Bresca: Barcelona

Caro, I. (1997). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.

Formm, E. (2007). El humanismo como utopía real. Barcelona: Paidós.

Ginger, S. & Ginger, A. (1993). La Gestalt: una terapia de contacto. México: Manual Moderno.

RENTON, J. (2010). Coaching y Mentoring Técnicas para el desarrollo de los RR.HH.

Valderrama, B. (2009). Desarrollo de Competencias de Mentoring y Coaching. Ed. Prentice Hall. Madrid

Vásquez, M. (1996). Las terapias de desarrollo personal. Barcelona: Robin Book

ZURRO, M. & PÉREZ, C (2003). Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica, 5ª edición. Madrid: Elseviser

WEBGRAFÍAS

<http://www.creapsicologia.com/psicoterapia.html>

<http://www.escueladementoring.com/mentoring.asp>

<http://www.council-consultores.com/mentoring-presentacion.asp>

<http://www.scribd.com/doc/8426182/Mentoring>

<http://www.asesordecarrera.com/docfiles/Coaching%20y%20Mentoring.pdf>

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA
PARA TRATAR LA COMPLEJIZACIÓN DEL DUELO
SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD**

Adrián Felipe Vásquez ⁷

RESUMEN

La Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para Tratar la Complejización del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad está constituida en tres momentos a saber: marco teórico que expone la entidad clínica del duelo complicado, marco metodológico que demuestra el tratamiento planteado a manera de una guía explicativa y marco práctico que pone a prueba la iniciativa.

Investigación con la que hemos evidenciado la plasticidad metodológica del Modelo Integrativo Ecuatoriano, es necesario emplearla en un mayor número de personas para observar la efectividad del tratamiento en los distintos rasgos de personalidad predominantes y la posibilidad de futuras modificaciones que permitan constituirlo en un verdadero manual de procedimiento.

PALABRAS CLAVES:

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA – SEAPSI – PERSONALIDAD – DUELO – SISTEMATIZACIÓN

ABSTRACT

The Proposal of Psychotherapeutic Intervention to Treat Complex Grief according to the Integrative Model Focalized on Personality contains three parts: theoretical framework that presents the clinical aspect of complex grief, methodological framework that shows the treatment in the form of a guide and practical framework that puts this initiative to test.

This investigation has demonstrated the methodological plasticity of the Ecuadorian Integrative Model, it's necessary to employ it in a larger number of people in order to observe the effectiveness of the treatment in different predominant personality traits and to present possibility or future modifications that allow converting it into an actual procedure manual.

KEYS TERMS:

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY – SEAPSI – PERSONALITY – GRIEF – SYSTEMATIZATION

La presente investigación se basa en los aportes a la Psicoterapia de los doctores: Lucio Balarezo Chiriboga (Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad), J. Montoya Carrasquillas (Tanatología Clínica) y Jorge Fernández Moya (Psicoterapia del Duelo); y contó con las acertadas orientaciones en su estructuración de la Mst. Alexandra Córdova Vega (actual Vicepresidenta SEAPSI).

⁷ Magister en Psicoterapia Integrativa. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa. Director de Psicología Terapéutica (Servicios Psicológicos). Editor de: somopsicologiatrapeutica.blogspot.com y somosseapsi.blogspot.com. Docente de la Universidad del Azuay. Investigador de temas de Salud Mental.

Se tomaron cinco casos de la consulta privada, quienes expresaron su voluntad y consentimiento para ser partícipes del proceso psicoterapéutico, mismo que tuvo una duración aproximada de nueve meses de tratamiento.

El grupo de estudio estaba conformado por adultos con Duelo Complicado y cuya aflicción fue mayor a un año desde la fecha de la pérdida del sujeto u objeto razón de su congoja; a quienes se les identificó con un pseudónimo y se incluyó datos de filiación generales como referentes informativos para preservar la identidad.

El proceso se guía en las Fichas SEAPsI agrupa una serie de procedimientos psicoterapéuticos, particularmente de tipo Cognitivo – Conductual; aplica un conjunto de Técnicas Específicas para Tratar el Duelo en tres bloques de trabajo: Asesoría y Consejería Psicológica, Alivio Sintomático y Conocimiento de los Rasgos de Personalidad.

Partimos con la elaboración de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs), en la que: incluimos datos informativos del paciente; analizamos la demanda, expectativas y motivaciones; sintetizamos los resultados de las pruebas psicológicas; redactamos la biografía psicológica personal y familiar (genograma); identificamos los antecedentes disfuncionales de la queja; hacemos una descripción diagnóstica del trastorno, rasgos de personalidad y entorno; establecemos los criterios pronósticos; y planteamos recomendaciones al inicio del proceso como parte de la primera entrevista.

Los reactivos psicológicos que nosotros recomendamos aplicar a más de aquellos que considere el facultativo para indagar sobre la entidad clínica, son: Breve Inventario del Duelo (BID), Inventario del Duelo Complicado (IDC), Cuestionario de Personalidad SEAPsI (CPS) y Escala de las Tres Esferas (ETE).

Luego, aplicamos la Ficha Integrativa Complementaria de Pareja o Familiar que reúne las características de personalidad de los integrantes del grupo familiar, interacciones de relación entre ellos, observaciones de la dinámica familiar y análisis de roles, reglas, límites.

Acto seguido perfilamos la Ficha Integrativa de Análisis de la Demanda, Expectativas y Motivaciones previas al Inicio del Proceso recogiendo: origen de la demanda, tipo de demanda, expectativas y motivaciones del paciente, del psicoterapeuta o de otros interventores.

Más adelante, llenamos la Ficha Integrativa acerca de los Tipos de Primera Entrevista y la Relación Psicoterapéutica detallando: el tipo de entrevista, el tipo de proceso y el tipo de relación psicoterapéutica, dando respuesta a las interrogantes al finalizar la primera entrevista.

Después nos enfocamos en la Ficha Integrativa de Síntesis Valorativa y Diagnóstica de los Componentes Biopsicosociales redactando: el diagnóstico formal del trastorno, el diagnóstico informal de la personalidad y las decisiones sobre el proceso psicoterapéutico.

Posteriormente diseñamos la Ficha Integrativa de Planificación del Proceso haciendo: la formulación dinámica del trastorno, la formulación dinámica de la personalidad, el señalamiento de los objetivos y el señalamiento de las técnicas de intervención.

Nuestros objetivos de tratamiento fueron los siguientes:

1. Con relación al trastorno.
 - Orientar el proceso de resolución del Duelo Complicado a través de técnicas específicas de reelaboración de la pérdida previamente seleccionadas de diferentes enfoques psicoterapéuticos.

2. Con relación a la sintomatología:
 - Trabajar sobre los trastornos psíquicos asociados a la entidad clínica utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual y el uso de técnicas sintomáticas para disminuir especialmente los rasgos de depresión, ansiedad y miedo.

3. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:
 - Mejorar el awareness, promover insights e inducir el conocimiento, flexibilización o modificación de los rasgos de personalidad por medio de la reestructuración cognitiva.

Y nuestras técnicas de abordaje se resumen en:

1. Con relación al trastorno.

- Programa para trabajar el Duelo Complicado y sus características de eventualidad, historicidad, cronicidad, afrontamiento y deterioro con técnicas específicas de elaboración de la pérdida, entre las que mencionamos:
 - Diálogo socrático.
 - Hablar/escuchar flotante.
 - Free writing (carta tributo, bibliografía, necrósales, notas póstumas, etc.).
 - Biblioterapia.
 - Five.
 - Baúl de los recuerdos.
 - Botiquín de primeros Auxilios Espirituales.
 - Cuatro perdones.
 - Maleta.
 - Sesiones de tributo.

2. Con relación al trastorno.

- Entrenamiento en técnicas de relajación: respiración diafragmática, relajación sin/con visualización, sugestión; y el trabajo sobre la triada cognitiva de la depresión.
 - Técnicas de relajación:
 - Método Silva.
 - Entrenamiento Autógeno de Schultz.
 - Relajamiento Progresivo de Jacobson.
 - Visualización Creativa de Saavedra.
 - Sugestión Directa de Rubin.
 - Triada cognitiva de la depresión:
 - Visión negativa de sí mismo.
 - Visión negativa del mundo.

- Visión negativa del futuro.
3. Con relación al conocimiento de la personalidad y a la generación de cambios.
- Restructuración cognitiva conductual: reelaboración MAPPAS; trabajo sobre los pensamientos disfuncionales; y, otras técnicas para el trabajo sobre el pensamiento.
 - Reelaboración MAPPAS:
 - Magnificación – minimización.
 - Abstracción selectiva.
 - Personalización.
 - Pensamiento dicotómico.
 - Inferencia arbitraria.
 - Sobregeneralización.
 - Pensamientos disfuncionales:
 - Pensamientos erróneos.
 - Pensamientos subyacentes.
 - Creencias nucleares.
 - Otras técnicas para el trabajo sobre el pensamiento:
 - Pare del pensamiento intrusivo.
 - Pensamiento inverso.
 - Autoinstrucciones positivas.

Durante el proceso, sistematizamos la Ficha Integrativa de Ejecución y Aplicación Técnica, incluyendo la fecha, la actividad y la evolución. Nosotros proponemos 25 encuentros de Psicoterapia, tal y como se detalla en la siguiente tabla:

# de sesión	Finalidad
1	Se realiza la recepción, la primera entrevista, FIEPs, el encuadre clínico y el contrato psicoterapéutico.
2 y 3	Se aplica los reactivos: BID, IDC y CPS; y, conjuntamente otros que ameriten, por ejemplo: escalas depresión, ansiedad, estrés.
4	Se utiliza el diálogo socrático enfocando los tópicos más relevantes del proceso de duelo: etapas, agudización, complejización, patologización y formas de resolución.

5	Se informa los resultados de la evaluación, socializamos el proceso de tratamiento y planteamos los objetivos de intervención psicoterapéutica.
6	Se identifica dificultades, problemas o conflictos nucleares después de la pérdida, autenticados con el FIVE.
7	Se analiza, evalúa y confronta las inferencias obtenidas en la sesión precedente a través del hablar flotante y el diálogo dirigido.
8	Se incluye técnicas de confrontación y de reparación tales como: diario de desarrollo personal, baúl de los recuerdos, carta tributo, etc.
9	Se retoma, supervisa y asesora en la implementación de lo trabajado en la sesión anterior.
10	Se examina rasgos de culpa, rabia y resentimiento asociados a la pérdida en relación a sí mismo y a los otros.
11 y 12	Se trabaja en base a los “cuatro perdones” extendiendo el reconocimiento a plantear la reconciliación: buscar y/o conceder perdón.
13	Se elabora un botiquín de primeros auxilios espirituales en caso de dolor emocional, al recordar la pérdida.
14	Se incorpora la estrategia denominada: “la maleta” en búsqueda de cargas y/o culpas autoasignadas.
15	Se complementa la sesión anterior valiéndonos del taller de desarrollo personal: “el equipaje” y “los puntos cardinales”.

16	Se evalúa los signos de alerta frente a síntomas de depresión, ansiedad, miedo u otros que puedan haber sido activados como respuesta al dolor psíquico
17 a 19	Se instrumenta en técnicas de alivio sintomático: respiración diafragmática, relajación sin/con visualización, sugestión.
20 y 21	Se diferencia el mundo personal (presente) del mundo del pasado (vivido) con el ser, objeto y/o situación queridos, utilizando para este fin la escala de las tres esferas.
22	Se diseña un esquema de tributo para honrar la memoria del ser querido frente a las reacciones de aniversario y otras fechas.
23	Se lleva a cabo una sesión de tributo, incluyendo: pensamientos, oraciones, necrósales y otros recursos.
24 y 25	Se evalúa el proceso de intervención psicoterapéutica, se comparte algunas recomendaciones finales y se cierra el tratamiento.

Vale la pena resaltar que los encuentros son constantemente evaluados en forma crítica, sometidos a rectificaciones cuando así lo ameriten y ejecutados con maleabilidad para propiciar los mejores resultados y los mayores grados de desarrollo, bienestar y cualificación de la vida psíquica del paciente.

Fue un eje transversal el uso de las técnicas cognitivas antes señaladas y de las sesiones de control.

Las sesiones de control o de seguimiento, finalizada la intervención psicoterapéutica, se emplean durante los meses subsiguientes, en total seis, con el objeto de sondear posibles estancamientos, involuciones o evoluciones.

Antes de concluir ejecutamos la Ficha Integrativa de los Fenómenos de la Relación Psicoterapéutica donde evidenciamos: las condiciones ambientales externas, las características del psicoterapeuta, las características del paciente y los fenómenos afectivos.

Y, finalmente, valoramos utilizando la Ficha Integrativa de Evaluación al Final del Proceso, emitiendo criterio acerca de la propuesta, los objetivos, el cumplimiento de las metas, el grado de efectividad de las técnicas empleadas y las interrogantes finales.

La sintomatología común de los pacientes intervenidos: Complejización del Duelo; y las características de los casos de estudio:

# de Caso	Características
1	Etapa de anclaje: Aflicción aguda. Rasgos clínicos: incredulidad, pensamientos obsesivos, psicomatizaciones, triada cognitiva de la depresión, dificultades de concentración, confusión, tensión y pérdida de control. Nivel de complejización: criterios A+C+D.
2	Etapa de anclaje: Cicatrización. Rasgos clínicos: retomar el control de la propia vida, abandonar los roles anteriores de padecimiento, buscar el significado a lo sucedido, cerrar el círculo de dolor y disminuir gradualmente los efectos del estrés prolongado. Nivel de complejización: criterios C+D.
3	Etapa de anclaje: Cicatrización. Rasgos clínicos: abandonar los roles anteriores de padecimiento, buscar el significado a lo sucedido, cerrar el círculo de dolor, disminuir gradualmente los efectos del estrés prolongado y perdonar u olvidar como proceso de aceptación. Nivel de complejización: criterios A+C+D.
4	Etapa de anclaje: Aflicción aguda. Rasgos clínicos: confusión, inquietud, angustia, desesperanza, sensación subjetiva de tensión, dificultades de concentración e incapacidad transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria. Nivel de complejización: criterios A+C+D.
5	Etapa de anclaje: Aflicción aguda. Rasgos clínicos: incredulidad, confusión, angustia, desesperanza, pérdida de control, dificultades de concentración e incapacidad

	transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria. Nivel de complejización: criterios A+C+D.
--	--

Los resultados obtenidos con la aplicación de lo arriba detallado fueron realmente alentadores, pues posibilitaron que los participantes superaran el anclaje del duelo, lograran conciencia de renovación y fuera posible (con las sesiones de control) sondear los estancamientos, involuciones y evoluciones.

Se concluye entonces:

- Nos ha sido posible dilucidar, entender pero, sobre todo, trabajar en la entidad clínica del duelo y su posibilidad agudización, complejización y patologización.
- Las estrategias planteadas no son las únicas, pero si la más sencillas y eficaces desde los resultados obtenidos con esta práctica.
- Su sistematización no significa que deba seguirse en ese mismo orden, pudiendo variar el mismo e incluso agregarse otras similares pero mantenerse los resultados.
- Hemos evidenciado consecuencias positivas de resolución teniendo en cuenta que los intervenidos tenían diferentes predominios de personalidad.
- La planeación, aplicación estructurada y evaluación del proceso han sido la clave para el tratamiento exitoso.
- El mayor logro alcanzado ha sido propiciar movilizaciones, cambios u optimización de los rasgos disfuncionales e inadecuados de vivir la pérdida.
- No descartamos que en ciertos casos el nivel de mejora sea menor pero creemos que se pueden ir haciendo modificaciones al momento de planificar este proceso.
- Podemos ir creando instrumentos de asistencia y evaluación ajustados a nuestra realidad como a las diferentes poblaciones que son atendidas.
- Por lo que recomendamos y a la vez nos plantemos:
- Ir depurando nuestra propuesta integrativa al ponerla a prueba con un mayor número de casos, con los distintos predominios de rasgos de la personalidad, para hacer los cambios que se hagan necesarios.

- Llevar a cabo estudios comparativos entre la forma tradicional de acompañamiento al doliente y nuestra propuesta de intervención para cuantificar su validez, versatilidad, efectividad.
- Implementar las guías SEAPSI y redimensionar la Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad para orientar el trabajo con instrumentos o procedimientos propios (niños, adolescentes, adultos mayores).
- Procurar con el tiempo y con un mayor sustento teórico, metodológico y práctico la promoción de nuestra propuesta como un verdadero protocolo de abordaje para tratar el duelo complicado.
- Aportar al crecimiento de los modelos de integración y su tendencia actual la comprensión del constructo más amplio del psiquismo humano: La Personalidad, que denota mejores y definitivos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Balarezo, L. Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. 2010. Quito – Ecuador. Unigraf.
- Beck, A. (1992a). Terapia Cognitiva de la Depresión. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer. 16va. edición.
- Beck, y otros. (2006b) Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad. Madrid, España. Editorial Paidós Ibérica. Madrid – España. 2da. Edición.
- Bowlby, J. (1985). La Separación Afectiva. Barcelona, España. Ediciones Paidós.
- Bucay, J. (2001) El Camino de las Lágrimas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Grijalbo.
- Frankl, V. (1947) El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano. 1947. Barcelona – España. Paidós
- Fernández, J. (2006). Después de la Pérdida. Universidad del Aconcagua, Catamarca 129 (5500) Mza. Rca. Argentina.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: “UNA MIRADA CRÍTICA”

⁸Sebastián Herrera Puente

RESUMEN:

El presente artículo tiene un único objetivo: crear varias dudas al lector, describiendo brevemente el estado actual de la psicoterapia, sus líneas de investigación, su eficacia y efectividad para terminar con algunas preguntas que, hasta el momento, no han sido respondidas de forma clara.

Palabras clave:

Psicoterapia, eficacia, efectividad.

ABSTRACT

This article has a single objective, create several questions to the reader, briefly describing the current state of psychotherapy, its lines of research, its efficiency and effectiveness to conclude with some questions that so far have not been answered clearly.

Keywords:

Psychotherapy, efficacy, effectiveness.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la proliferación de tratamientos “psicológicos” y de terapias “alternativas” inundan el mercado ofreciendo mejoría a problemas de la vida cotidiana y obviamente a los trastornos psicológicos “clásicos”, la psicología clínica se encuentra inmersa en este “campo de batalla” oferta-demanda, por lo que los profesionales de la salud mental y más aún, los especialistas en psicoterapia debemos prepararnos para enfrentar la presión social, política y científica que estamos viviendo, y defender la labor que desempeñamos como agentes de “bienestar psicológico”, precisando argumentos firmes basados en evidencia científica, sobre los resultados de nuestros tratamientos y, sobre todo, el “cómo” llegamos a estos resultados.

La psicología clínica y el modelo médico

La psicología clínica nació con la convicción de proceder científicamente en el campo de la solución de los problemas humanos. En la definición formulada en 1935 por la sección clínica de la American Psychological Association (APA) se hacía hincapié en la función profesional

⁸ Magíster en Psicoterapia Integrativa

que debía desempeñar el psicólogo, así como en la utilización de métodos científicos y de los principios de la psicología para la valoración de los patrones y capacidades de conducta de cada individuo (Landa., 2010). El modelo que se estableció para la formación de los nuevos psicólogos aplicados fue entonces el científico-practicante (Phares & Trull, 1999).

Acontecimientos que contribuyeron a su desarrollo en países desarrollados:

- En 1905, Alfred Binet publicó la primera prueba objetiva de inteligencia con la finalidad de apoyar al gobierno francés en la identificación de los individuos con retardo mental y el pronóstico de fracasos escolares, con lo que inicia el boom de la evaluación psicológica.
- La necesidad de seleccionar a las personas más adecuadas para las tareas militares durante la Segunda Guerra Mundial, así como la incapacidad del cuerpo médico para atender los innumerables casos de “neurosis de guerra”, favoreció que los psicólogos se desempeñaran en un campo que les había estado vedado hasta ese momento: el de la *psicoterapia* (Pérez, 1981).
- Catell, Binet y Witmer adaptaban los procedimientos experimentales a las pruebas clínicas y a los estudios de las diferencias individuales, los estudiosos de la conducta anormal desarrollaban ideas acerca de la motivación, la psicopatología y la psicoterapia. Gracias a Stanley Hall y William James. Los escritos de Freud tuvieron un mayor impacto en la psicología norteamericana que en la psiquiatría europea.
- En 1949, con la famosa Conferencia Boulder, se estableció formalmente el perfil del psicólogo clínico; primero debería ser psicólogo, es decir, debería tener una sólida formación en las áreas más importantes de la teoría, conocimiento e investigación de la psicología anormal, de la psicología de la personalidad y de la psicología social y, posteriormente, debería adquirir las habilidades necesarias para la intervención psicoterapéutica (Phares & Trull, 1999).

Aunque en la actualidad la Psicología Clínica tiene su espacio en el campo de la salud en general y el de la salud mental, en particular, la aplicación de modelos teóricos tanto en la evaluación como en el tratamiento, ha tenido la guía explícita e implícita de la medicina. Los criterios de aplicación adoptados tácitamente son de naturaleza médico-clínica, a partir de la incorporación de conceptos como desorden mental, psicoterapia, paciente, intervención, psicodiagnóstico (Landa., 2010).

En palabras de Landa (Landa., 1998), no se puede hablar de ejercicio profesional y dejar de lado los criterios sociales de aplicación del conocimiento científico. ¿Quién decide qué comportamientos son desadaptados y por qué? ¿Quién decide cuáles se deben cambiar? ¿Quién

decide la dirección de dicho cambio? ¿Quién decide los criterios de consecución del cambio? Las disciplinas aplicadas tienen un qué y un cómo. El qué, es el contenido teórico-metodológico, el conocimiento sobre el objeto de estudio, en este caso, el comportamiento. El cómo consiste en la aplicación de esos conocimientos, así como los criterios que se utilizarán, con el propósito de alterar el objeto.

Hay dos cuestiones que marcan las respuestas a estas interrogantes:

1. La adopción de criterios de anormalidad, disfuncionalidad, desadaptación etc.,
2. Y la medición de estos criterios a través de taxonomías de naturaleza médico-psiquiátrica a través de manuales, como el DSM-IV (APA, 2000) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

En este sentido, llama la atención por ejemplo, que la primera edición del DSM (DSM-I, 1952) contenía unos 60 trastornos mentales y que la actualmente vigente (DSM-IV-TR, 2000) supere los 300.

Actualmente, la psiquiatría biológica, acuñada por la medicina, ha dirigido la evaluación, el diagnóstico y el *tratamiento* de la mayor parte de los problemas de salud mental, y la psicología clínica se ha ido adaptando sumisamente a esta posición. Los criterios de medicina basada en evidencia científica, para el diagnóstico y *tratamiento* de las enfermedades, ha llevado a la psicología a una necesidad de “no quedarse fuera” de las exigencias científicas actuales, exigencias claro que son direccionadas por las políticas gubernamentales de salud pública principalmente por la economía de cada región.

Por lo que, en este momento, las terapias psicológicas (refiriéndonos al tratamiento) con apoyo empírico han experimentado un gran desarrollo en diversas áreas. La psicología clínica basada en la evidencia implica la integración de la experiencia clínica con los resultados de la investigación. Sin embargo, hay muchas discrepancias entre la investigación y la práctica clínica: no siempre un tratamiento eficaz en un ensayo clínico resulta efectivo en la práctica clínica habitual (Echeburúa, Corral Paz, Salaberría, 2010).

Las exigencias sociales en la actualidad, los servicios públicos de salud y las compañías de seguros han impulsado en los últimos años la investigación sobre la efectividad de las terapias psicológicas. Ya no se trata sólo de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que lo es más que otras alternativas y en unas mejores condiciones (más breve, en un régimen ambulatorio, etc.). (Echeburúa et al. 2010).

A pesar que en los últimos años se han dado avances en la biología de los trastornos mentales, el desarrollo de nuevos psicofármacos y la incorporación de tratamientos psicológicos breves y efectivos (Bados, García y Fuste, 2002), la difusión de estos progresos ha sido asimétrica, ya que los dos primeros tienen el auspicio económico de las grandes empresas farmacéuticas lo que conlleva a una mayor difusión y aplicación. Por el contrario, los avances de los tratamientos psicológicos se han limitado a las revistas científicas y no han llegado suficientemente al sector profesional implicado (Echeburúa, 1998). Llama la atención, por ejemplo, que las revistas científicas que publican resultados de investigación en el ámbito clínico y psicoterapéutico, son poco leídas por los clínicos (Gunderson & Gabbard, 1999; Jiménez, 2007; Morrow-Bradley & Elliott, 1986) y aun por los investigadores (Orlinsky, 2007). A decir de Mariane Krause, los resultados de las investigaciones científicas en psicoterapia se consumen poco, por lo que no es suficiente constatar que demuestran la eficacia de esta, pues ello de nada sirve si la investigación no es capaz de nutrir la práctica en forma sistemática (Krause, 2011).

¿Qué se enseña en la universidad?

En psicología clínica no necesariamente se enseña lo que arrojan las investigaciones empíricas. La enseñanza de la clínica y la psicoterapia se realiza a base de textos clásicos de los diferentes enfoques que prescindan de datos empíricos, se basan en su mayoría en la ilustración a partir de casos, y otros que muestran resultados empíricos en el formato clásico de *paper* de investigación. Sin embargo, siguen siendo los primeros los que gozan de mayor popularidad y los que, por lo mismo, nutren la enseñanza de la clínica (Krause, 2011). Además, la investigación puede ser vista por algunos enfoques como un enemigo amenazante encargado de destruir su teoría psicológica. Sin embargo, la experiencia de aquellos clínicos que se han involucrado profundamente con la investigación (Jiménez, 2002; Safran & Muran, 1994), sostiene que mejora su desempeño terapéutico, al proveerlos de una “actitud empírica” (Jiménez, 2002) que permite la interacción de sus observaciones clínicas con su teoría, evitando el sesgo confirmatorio en relación con esta última (Krause, 2011).

Con frecuencia, los clínicos no tienen los conocimientos técnicos para apropiarse críticamente de los conocimientos que emergen de la investigación empírica (no necesariamente todo lo publicado tiene utilidad clínica real), por tanto es más motivador apropiarse de estudios cualitativos, que presentan sus resultados con datos más cercanos al caso, que enfrentarse a estadísticas complejas (Krause, 2011). Y en palabras de Orlinsky, leer investigación puede ser aburrido, y a veces no solamente para el clínico (2007).

Líneas de Investigación en Psicoterapia.

La “alianza terapéutica” es el “factor común” que más atención ha recibido por parte de los investigadores. Se le atribuye la posibilidad de predecir los resultados de la psicoterapia. Horvath y Greenberg (1986) partiendo de Bordin (1979) establecen tres dimensiones de la alianza terapéutica que pueden tener un efecto positivo en el resultado de la terapia: el lazo personal entre el terapeuta y el paciente, el acuerdo de ambos con respecto a las metas y el acuerdo acerca de las tareas terapéuticas. No obstante la alianza terapéutica predice una proporción demasiado pequeña del resultado terapéutico. Es entonces la misma investigación la que finalmente cuestiona su importancia, ya que el impacto que empíricamente tiene la alianza sobre los resultados es bastante modesta (Safran & Muran, 2006), al explicar solo algo más del 5% de la varianza (Barber, 2010).

Otro de los aportes de la investigación de proceso también a la clínica es la demostración de que el proceso terapéutico no es homogéneo; vale decir que se compone de una sucesión variable de segmentos, periodos o fases (Bastine et al., 1989). Entre estos segmentos, los más estudiados han sido aquellos en que se producen cambios (Bastine et al., 1989; Elliott, 1984; Fiedler & Rogge, 1989; Marmar, 1990; Rice & Greenberg, 1984); los que evidencian rupturas de la relación entre paciente y terapeuta (Safran & Muran, 1996); y, recientemente, los que muestran un estancamiento del proceso de cambio en el paciente (Herrera et al., 2009).

Otra línea de investigación que tiene esta ventaja de potencial cercanía a lo clínico es la del estudio de la evolución del cambio. Distintos investigadores han hecho propuestas sobre “etapas” del cambio terapéutico (Hill, 2001; Krause et al., 2006, 2007; Prochaska & Norcross, 2002; Stiles, 2002). Los modelos provenientes de la investigación que proponen etapas de la evolución del cambio han tenido una buena recepción desde el mundo clínico. Así, por ejemplo, se considera que los Indicadores de Cambio Genérico (Echvarri et al., 2009; Krause et al., 2006, 2007) pueden ser una herramienta útil para monitorear el proceso de cambio.

Los estudios sobre interacción terapéutica y técnicas se encaminan en dos sentidos, controlar al máximo la técnica, las llamadas terapias manualizadas en que se prescriben los procedimientos en detalle (Orlinsky, 2007), o estudiar lo que los terapeutas “hacen”, independientemente de su escuela y de las prescripciones de esta (Elliott et al., 1987; Valdés et al., 2010). El primer camino precisa la técnica y el apego al manual de terapia (Barber, 2010), alejándose de la investigación de los contextos naturales, al perderse u omitirse justamente aquellos factores comunes que se relacionan con el cambio en terapia. El segundo, requiere inicialmente de metodologías cualitativas “orientadas al descubrimiento” (Elliott, 1984; Hill, 1990), ya que intenta desprenderse de las prescripciones de las diferentes escuelas, como categorías de

análisis. Sin embargo, los resultados de esta segunda línea de investigación son aún pocos, porque la investigación es costosa, ya que se realiza a través del microanálisis del proceso terapéutico (Krause, 2011).

El tema de la eficacia

La eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan (Bados A., García E., y Fusté A., 2002). Los autores que defienden una línea más científica consideran solo como claramente eficaces a los tratamientos que cumplen las siguientes condiciones:

1. Han sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo o de caso único,
2. Han obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz,
3. Los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes.

Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas.

Las investigaciones controladas en contextos artificiales que evalúan la eficacia presentan problemas en la validez externa, ya que omiten muchos de los elementos típicos de la práctica clínica real (Bados, García y Fusté, 2002). Por ejemplo:

- 1) Utilizan tratamientos de duración prefijada,
- 2) Las intervenciones se aplican de forma estándar sin adaptarlas a las características de los pacientes o sin corregirlas en función de la evolución del caso,
- 3) Los pacientes son seleccionados para conseguir muestras con trastornos «puros» o con la menor comorbilidad posible,
- 4) Los clientes son asignados a los grupos al azar y no pueden decidir la intervención que seguirán ni el terapeuta con el que trabajarán,
- 5) Los estudios con frecuencia se centran más en la reducción de síntomas específicos que en la mejora del funcionamiento general y,
- 6) Los terapeutas están muy motivados y, en muchos casos, tienen poca experiencia profesional.

La eficacia de la terapia psicológica se basa fundamentalmente en medidas de tendencia central, en vez de en porcentajes de clientes clínicamente mejorados o recuperados. Las conclusiones se

basan generalmente en los pacientes que terminan el tratamiento; no se tiene en cuenta a los que no lo aceptan o abandonan, los cuales, según Pekarik (1993) son al menos el 50% en la práctica clínica real (25% en investigaciones). En la mayoría de estudios no se controla adecuadamente si los pacientes reciben otros tipos de intervención (grupos de autoayuda, manuales de autoaplicación, fármacos, terapias paralelas, etc.) durante el tratamiento o el seguimiento. Se excluye de los estudios a los pacientes que presentan trastornos comórbidos severos. No hay acuerdo sobre las variables que deben utilizarse para evaluar la eficacia de la terapia psicológica ni sobre los criterios de éxito. Los efectos conseguidos con la terapia psicológica son moderados, la curación total es rara; lo común en la mayoría de los trastornos es que permanezcan síntomas residuales. Los efectos de la terapia tienden a ser duraderos, pero los seguimientos de la mayoría de estudios no llegan al año y son pocos los que incluyen seguimientos superiores a los 3 años. Además, la mayoría de estudios están basados en intervenciones conductuales (incluidas las cognitivo-conductuales), lo que dificulta la generalización de los resultados al amplio espectro de la terapia psicológica. Por otra parte, las recaídas son frecuentes en problemas como adicciones, obesidad, depresión, trastornos psicóticos y personalidad antisocial (Bados, et al 2002).

El tema de la efectividad

El concepto de efectividad o utilidad clínica de las intervenciones implica tres aspectos (Bados et al, 2002):

- a) Generalizabilidad de los resultados de los estudios realizados en condiciones artificiales a los contextos clínicos reales, lo que implica verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y terapeutas “experimentales” y con los métodos de trabajo que se utilizan en los contextos artificiales y que estos sean reproducibles en la práctica clínica real;
- b) Viabilidad de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, malestar, duración, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales;
- c) Eficiencia: relación costo/beneficio para el cliente y para la sociedad.

Que un tratamiento sea eficaz no significa necesariamente que sea también efectivo o clínicamente útil, esto es viable, generalizable a los contextos clínicos reales y con una buena relación coste/beneficio. Menos del 25% de las personas con trastornos psicológicos recibe terapia psicológica; de los que la buscan, un 25-40% no acepta el tratamiento propuesto o no se presenta a la primera sesión de terapia (Garfield, 1994). Alrededor del 65-80% de los pacientes abandona el tratamiento antes de la décima sesión -aunque un 25-33% de estos dice abandonar

por haber mejorado- (Berenger y Quintanilla, 1994; Castañeda y Mira, 1998; Garfield, 1994; Pekarik, 1993). Algunas de las razones que pueden explicar estos datos son la complejidad, larga duración y costo económico de los tratamientos ofrecidos y, en general, la falta de coincidencia entre lo que el paciente espera y lo que se ofrece: los clientes esperan recibir tratamientos breves. Según Pekarik (1993), los estudios que evalúan las expectativas de los pacientes, antes de la terapia encuentran que alrededor del 70% cree que la duración del tratamiento será de 10 visitas o menos y aproximadamente el 50% espera que la duración será de 5 visitas o menos. Asimismo, los clientes desean terapias que les ayuden a solucionar problemas concretos. Sin embargo, los terapeutas tienen una clara preferencia por llevar a cabo intervenciones más largas (la prescripción más común oscila entre 20 y 50 visitas) y orientadas a conseguir cambios en la personalidad (Bados et al. 2002).

Las investigaciones que estudian el tratamiento tal como es aplicado en la práctica real suelen fallar en validez interna: muestras sesgadas, falta de grupos control, diagnósticos a veces poco rigurosos y empleo frecuente de medidas retrospectivas (Bados et al. 2002). Sin embargo, nada impide estudiar amplias muestras de pacientes, emplear diversos momentos de evaluación (pre, durante, post, seguimientos) y utilizar una diversidad de medidas (entrevista, cuestionarios, juicios del terapeuta, informes de otras personas). Además, existen métodos estadísticos, como la regresión, las ecuaciones estructurales o el modelado causal, que permiten analizar a nivel probabilístico en qué medida los efectos observados son debidos al tratamiento o a otras variables. Estos recursos permiten compensar, al menos, parcialmente, la falta de grupos control (Bados, 2002).

Las demandas actuales

El cambio en el foco de la demanda, que no solo se circunscribe a cuadros clínicos tradicionales (trastornos afectivos, de la conducta alimentaria, de ansiedad, adicciones), *menores*, que, sin constituir propiamente trastornos mentales, reflejan una *patología del sufrimiento o de la infelicidad*. Las demandas terapéuticas han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos “tradicionales” (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria o adicciones), en la actualidad la demanda se centra en problemas que, sin constituir propiamente trastornos mentales, reflejan una patología “del sufrimiento o de la infelicidad” (duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia y educación con los hijos, las conductas violentas de los adolescentes, los problemas de estrés laboral, el sufrimiento de los inmigrantes, el dolor crónico, el cansancio por el cuidado de personas dependientes, las consecuencias psicológicas del daño cerebral en el

enfermo y su familia, etc.), por lo que en la actualidad los pacientes exigen una mejor calidad de vida, poseen menor tolerancia del malestar emocional, pero también se observa una mayor medicación de la vida cotidiana (Echeburúa et al. 2010). Por lo que actualmente en nuestra consulta la solicitud de tratamiento se circunscribe a situaciones de infelicidad y sufrimiento psicológico.

Interrogantes finales

Aunque con gran entusiasmo los profesionales que promovemos la salud mental observamos los avances que se han logrado en cuanto a la investigación de los resultados de los tratamientos psicológicos, todavía quedan algunos escollos por superar; por ejemplo el constructo “placebo” parece operar de forma distinta según sea el enfoque terapéutico. Las actuales guías de tratamiento al parecer no son lo suficientemente flexibles para adaptarse a las características de personalidad del paciente, sin dejar de lado que estas operan sobre mono-trastornos y no sobre lo que es más común la comorbilidad. La variable del terapeuta ¿Qué impacto tiene en la eficacia y efectividad del tratamiento?, ¿Qué perfil es el más indicado para qué tipo de cliente, que padece tal patología?, ¿Por qué algunos terapeutas son más efectivos que otros a pesar de usar el mismo enfoque?, ¿Qué sucede cuando la terapia empeora el cuadro? ¿Por qué los mejores resultados son de enfoques cognitivos-conductuales? ¿Qué sucede con los otros “300” enfoques?, ¿En nuestro país quién financia este tipo de investigaciones? Y, por último, ¿Qué tipo de formación deben recibir los psicoterapeutas “efectivos”?, ¿Qué tipo de programa de entrenamiento sería el más eficaz?, ¿La psicoterapia integrativa vendría ser una posible solución?, ¿Es importante una certificación o acreditación para los profesionales especializados en psicoterapia?, ¿Reguladas por qué organismos y en base a qué elementos?

Esperamos que en un futuro cercano los psicólogos clínicos podamos dar respuesta a estas interrogantes, que en su mayoría parecieran ser todavía un misterio.

BIBLIOGRAFÍA

Bados López A., García Grau E., Fusté Escolano A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 2., No. 3. 2002 pp. 477-502.

Echeburúa E., De Corral P., Salaberría K.. (2010). Efectividad de las Terapias Psicológicas: Un análisis de la realidad actual. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 15 No. 2.. pp. 85-99.

Fernández-Álvarez H. (2011) Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos. Editorial Polemos S.A.

Fernández-Álvarez H. (2009). Integración y Salud Mental: el proyecto Aiglé 1977-2008. 2da. Edición. Editorial Desclée de Brouwer.

Fernández Hermida J., Fernández Rodríguez C., Pérez M., Amigo I., (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Tomo I. Editorial Pirámide.

Fernandez R., Pérez M. (2001) Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema* Vol. 13. No. 3. pp. 337-344.

Jimenez J. (1999) ¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿A quién le interesa?. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. 3 No. 1. pp. 105-116.

Krause M. (2011) La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio?. *Revista Colombiana de Psicología* Vol. 20 No. 1. pp. 89-98.

Landa P. (2011) Algunas Consideraciones sobre la Adopción del Modelo Médico en Psicología: el Caso de las Terapias Empíricamente Fundamentadas. *Revista Colombiana de Psicología* Vol. 20. No. 1. 2011 pp. 107-115.

Llobell J., Frías M., Monterde H. (2004) Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico y Práctica Clínica Basada en la Evidencia. *Papeles del Psicólogo*. No 87. pp. 1-8.

Moncada H., Kühne W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*. Vol. 21. No. 2.. pp. 193-201.

Mustaca A. (2011). Evaluación Objetiva de los Tratamientos Psicológicos: Modelos Basados en la Ciencia". *Revista Colombiana de Psicología* Vol. 20 No. 1. pp. 99-106.

Santibáñez P., Román M., Vinet E., (s/a) Efectividad de la Psicoterapia y su relación con la Alianza Terapéutica. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias a fines*. Vol. 26. No. 2. pp. 267-287.

MUJERES Y ADICCIÓN: CONSIDERACIONES PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL

Carol Palacios P. ⁹

RESUMEN

El servicio asistencial en el campo de las adicciones ha estado dirigido a la atención en población masculina, esto debido a la mayor predominio en pacientes varones que acuden a estos servicios; sin embargo, en los últimos años, el número de mujeres con problemas de dependencia a sustancias ha crecido espectacularmente; así también la demanda en centros asistenciales de tratamiento ha incrementado.

La mujer y su entorno suponen grandes diferencias en el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo. Así también el proceso de rehabilitación se encuadra en diferencias marcadas para el tratamiento, considerando la problemática propia del género.

El presente artículo nos da una visión general de las grandes diferencias entre la asistencia en adicciones para una mujer y las consideraciones terapéuticas desde una perspectiva integrativa.

Palabras clave: *adicción; Identidad de género; tratamiento integral; violencia de género*

ABSTRACT

Traditionally in Ecuador the Addiction Assistance Services have been focused on male population mainly due to their prevalence in attending these services. However, in recent years, both the number of women with substance dependence problems and their specific treatment demand in assistance centers have increased dramatically. The woman and her environment pose big differences in the development and maintenance of the addictive process, their treatment and rehabilitation.

This essay as a general overview has a twofold purpose: in the first place highlight the differences to consider in an Addiction Assistance Services for women. And secondly, propose a set of therapeutical considerations from an Integrative perspective.

Key words: *addiction; Gender identity; integrative treatment; gender-based violence.*

INTRODUCCIÓN

El tema de la adicción a sustancias psicoactivas en las mujeres no ha cobrado la debida importancia en el ámbito de la salud mental. Esto se evidencia en la baja

⁹ Psicóloga Clínica. Universidad del Azuay. Maestrante de psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Coordinadora del área de adicciones del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho del C.R.A. Docente de la Universidad Nacional de Loja. Presidenta de la SEAPsI (A)

repercusión en las investigaciones en drogodependencia en mujeres. La especificidad de la adicción entre las mujeres no es considerada en los distintos enfoques del fenómeno de las adicciones pese a las diferencias de gran envergadura respecto al abordaje para el tratamiento en adicciones de varones.

La asistencia en el campo de las adicciones en nuestra sociedad es considerada a través de un sesgo de “masculinización” del perfil de los adictos. (Castillo A, Llopis J, Rebollida M, Fernández D, Orengo T, 2003)

Tanto los clínicos como los investigadores han mostrado que las mujeres con problemas de abuso de sustancias tienen grandes diferencias en el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo. Entre las variables diferenciales que se han mencionado destacan: redes sociofamiliares diferentes, mayor vulnerabilidad biológica (más lesiones y progreso más rápido, más efectos tóxicos con dosis menores, más historia familiar de abuso); mayor vulnerabilidad psicosocial (parejas con trastornos por abuso de sustancias, mayor prevalencia de psicopatología, más acontecimientos vitales estresantes incluyendo abuso sexual, malos tratos en la infancia y en la adolescencia, disfunciones sexuales, etc.); más consecuencias sociales (no aceptación social, soledad, complicaciones sociolaborales, pérdida de apoyo social incluyendo divorcios y separaciones, marginación); y más consecuencias psicológicas (depresión, más tentativas suicidas, más suicidios, más ansiedad, mayor deterioro cognitivo). (Barreda M, Díaz-Salazar M, De la Cuesta S, 2005), (Blanco Zamora P, Sirvent Ruiz C, Palacios L, 2005)

Otro problema que enfrentan las mujeres adictas es la violencia. Una mujer adicta que establece una relación violenta pierde el límite de si la agresión es por ser adicta o por ser mujer. En general la mujer ha recibido un trato desigual determinado por lo que se conoce como la triple carga de la mujer (Breilh, 1991) que involucra la práctica doméstica y cuidados del hogar, la procreación, a lo cual se suma, en los últimos años, su participación en el campo laboral. Favoreciendo el consumo de alcohol y otras drogas como mecanismos de compensación.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La importancia del diagnóstico es indispensable para realizar un tratamiento eficaz y lleva a plantearse la necesidad de tener una sistematización e instrumentos necesarios para la evaluación integral.

El eje principal para realizar un diagnóstico es el proceso de evaluación que va desde el primer contacto con el paciente requiriendo una evaluación médica, psicológica y social. La evaluación de su condición mental psíquica, evaluación multiaxial, referida en los documentos internacionales. En el caso del internamiento esa evaluación pasa por las etapas de contacto con el equipo médico psicológico, social en una visión multidimensional

La importancia de la evaluación radica en: la clasificación del problema, en la identificación de la gravedad del mismo, la sistematización de su abordaje, la formulación del plan de acción en un contexto multi e interdisciplinario. Buscando un acercamiento global del paciente.

El objetivo de la evaluación se centra en evitar la pérdida de recursos, optimizar información, precisar las intervenciones y establecer consenso en diagnóstico y planes, establecer logros o alcances del plan trazado que se puede llegar con el paciente.

Se sugiere que el equipo de trabajo esté conformado por: personal médico, psicólogos, personal de trabajo social, terapeuta ocupacional, terapeuta vivencial.

CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN MUJERES CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Ante las diferentes necesidades que tiene una mujer, sobre todo en su rol que desempeña en el ámbito familiar, social y laboral se realizan las siguientes consideraciones para la evaluación y diagnóstico en lo referente a su consumo y los problemas de género.

Evaluación Inicial: Se debe rescatar que la primera evaluación inicial tiene consideraciones especiales, tanto en el servicio hospitalario y ambulatorio. Por lo que es necesario considerar los siguientes aspectos para la evaluación.

1. Revisión de historia clínica con datos relevantes para el conocimiento global de la paciente.
2. Cómo es la actitud ante el tratamiento: motivación, expectativas, creencia irrealista. Etapas de cambio.
3. Historia biográfica: presencia de malos tratos y adicciones en la familia de origen.
4. Historia de adicciones: inicio, proceso y recaídas. Relación con sus parejas.
5. Presencia de trastornos psicopatológicos.
6. Detección de situaciones de maltrato.
7. Evaluación de relaciones familiares
8. Evaluación de relaciones interpersonales
9. Valoración del entorno cercano: La pareja y la familia, tanto la de origen como la formada por la mujer adicta, constituyen un elemento fundamental para el buen resultado del tratamiento, aunque también pueden actuar como factor desestabilizador del mismo. Su colaboración resulta muy valiosa cuando se implican en el tratamiento. Siendo importante conocer sobre la existencia de hijos y responsabilidad respecto a ellos. (Castillo A, Llopis J, Rebollida M, Fernández D, Orengo T, 2003), (Barreda M, Díaz-Salazar M, De la Cuesta S, 2005)
10. Evaluación ginecológica: Lo habitual en la mujer adicta es la falta de atención, en especial, a esta parte de su salud, agravada por la frecuente inestabilidad en la que vive, lo que dificulta un seguimiento sistemático. El control ginecológico abarca:
 - Estudio y tratamiento de las alteraciones menstruales, tales como la amenorrea, tan frecuentemente asociada al consumo de sustancias.
 - De gran importancia es el control o exámenes de embarazo.
11. Alteraciones de la sexualidad (vaginitis, anorgasmia) con base orgánica. Se debe indagar si la paciente utiliza un método anticonceptivo adecuado a su situación personal. Es importante evaluar tanto los conocimientos que la

mujer posee, como sus actitudes, creencias y dificultades respecto a la anticoncepción y la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual.

Evaluaciones subsecuentes

Luego de la primera evaluación, se analizan aspectos relacionados con el desarrollo del proceso psicoterapéutico, especialmente si se trata de intervenciones grupales o de internamiento. Se sugiere realizar evaluaciones semanales enfatizando en los siguientes aspectos evaluativos:

- Su cuidado personal y del entorno
- Evaluación del avance del programa: Etapa de cambio, la vivencia del programa, cumplimiento de horario y normas
- Actitud ante el tratamiento: motivación, expectativas, creencia irrealista de poder salir sin apoyo. Etapas de cambio
- Presencia de trastornos psicopatológicos.
- Evaluación de relaciones familiares
- Evaluación de relaciones interpersonales

La evaluación es el primer paso que nos facilitará una planificación del tratamiento. También nos permitiría establecer hipótesis sobre los condicionantes que han favorecido el consumo de tóxicos, así como aspectos relacionados con la intervención como sus expectativas o el tipo de motivación.

CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO

Teniendo una comprensión de las realidades de las vidas de las mujeres, los programas sensibles al género deben considerar las necesidades específicas desde una perspectiva integrativa. En las terapias grupales, sobre todo en circunstancias de internamiento, se debe considerar:

Género del terapeuta del grupo: Existe controversia sobre las ventajas y desventajas de tener un terapeuta femenino o masculino. Es lo más conveniente que trabaje una pareja de terapeutas hombre – mujer. (Blanco Zamora P, Sirvent Ruiz C, Palacios L, 2005)

Tipo de grupo: Grupo abierto específico de mujeres. Según Acuerdo No. 00000767 del Ministerio de Salud Pública en su artículo 5 hace referencia a que los centros de recuperación deberán ofrecer servicios únicamente a pacientes de un mismo sexo, sean: adolescentes, o adultos, por lo que no podrán constituirse centros mixtos. Estos centros no podrán atender a pacientes adultos en el mismo lugar que a niños, niñas y adolescentes, pues se requiere de centros especializados para la atención de la niñez y de la población adolescente.

El objetivo: Integrar y ampliar los beneficios terapéuticos de los programas específicos del tratamiento integral de las mujeres con problemas de adicción, para aprender a manejar eficazmente aquellos demandas vitales que están matizadas por el hecho de ser mujer.

ALGUNOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA GRUPAL DE REHABILITACIÓN EN MUJERES ADICTAS.

Además de los contenidos relacionados con el consumo de sustancias como: motivación, psicoeducación, deshabituación, terapia espiritual, prevención de recaídas, terapia cognitiva conductual, etc. Es decir en el proyecto general para adicciones, se deben trabajar los siguientes módulos dirigidos especialmente a la problemática de la mujer adicta:

-La identidad femenina y violencia de género:

Este módulo tiene como objetivo también reflexionar en grupo sobre las situaciones en las que las mujeres se sienten culpables por no cumplir con los imperativos de género.

Si en el grupo de mujeres hubiera personas con situaciones de malos tratos, es importante detectar los pensamientos y sentimientos que permanecen y promover en el grupo la reflexión dirigida a la promoción de la salud para que puedan hablar de su experiencia y fortalecerse para paliar la experiencia de maltrato. (Barreda M, Díaz-Salazar M, De la Cuesta S, 2005), (Reyes del Olmo P, Vásquez Navarro O, 2006)

Además se sugiere tratamiento para trastorno de estrés postraumático y depresión que son los principales trastornos relacionados con la violencia de género.

-Sexualidad

Aspectos específicos a tener en cuenta en la intervención grupal sobre sexualidad en la mujer drogodependiente:

1. Distinta vivencia de la sexualidad condicionada por posibles antecedentes de abuso sexual y/o maltrato y frecuente relación de pareja con consumidor.
2. Mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual por: Ausencia de control ginecológico rutinario por: Sentimientos de vergüenza, temor, desconocimiento de los múltiples aspectos que abarca y su importancia para la salud.
3. Dificultades específicas para la práctica de sexo más seguro por parte de la mujer adicta:
Uso del preservativo. Modelo de Cambio y adopción de comportamientos sexuales preventivos
4. Sexualidad y drogas: Disfunciones sexuales. Efectos de las drogas sobre la respuesta sexual.
5. Planificación familiar y atención interdisciplinar. (Barreda M, Díaz-Salazar M, De la Cuesta S, Sánchez S, 2005)

-autoestima y autoconocimiento

Tiene como objetivo evaluar y mejorar el concepto de sí mismas de forma grupal, para conseguir un mayor desarrollo personal, asumir responsabilidades adecuadas a sus habilidades, aprender a tomar decisiones eficaces, y proyectar metas realistas para lograr un mayor control en su vida.

Para un adecuado desarrollo de la autoestima como punto de partida en el grupo hay que fomentar el autoconocimiento de las propias necesidades, deseos y objetivos personales.

Las mujeres pueden sentirse culpables cuando entre otras razones:

- Anteponen una necesidad propia a una de los demás
- Expresan o sienten rabia o enfado

- No responden cuando alguien espera algo de ellas

El espacio grupal es un buen entorno para que la mujer con problemas de adicciones aprenda a disfrutar de las diferentes posibilidades que otorga su cuerpo. (GROW, 2011)

-Habilidades sociales y afabilidad

El objetivo es fomentar grupalmente una adecuada comunicación y la mejora de las relaciones y sensibilizarse ante las necesidades y sentimientos de una forma asertiva, mejorar el grado de cooperación, cordialidad y empatía facilitando el iniciar nuevas relaciones con personas normalizadas. En el grupo se planteará el derecho a un tiempo y espacio personal para evitar que se sientan aisladas y sin apoyo social.

En grupo se practicarán estrategias adecuadas de asertividad y habilidades sociales en general (Barreda M, Díaz-Salazar M, De la Cuesta S, Sánchez S, 2005)

-Situación relacional asociada al consumo

- Relación actual con la pareja y los padres: aspectos fuertes de la relación y aspectos que generan conflicto, en relación con el género. Es frecuente que el consumo de sustancias en las mujeres se haya iniciado y mantenido con su pareja.
- Relación con los hijos, si los hubiere: desarrollo del rol de madre
- Proyectos de salida del mundo de consumo y proyectos de futuro de cara a su incorporación social: educativa, laboral y familiar.

BIBLIOGRAFÍA:

- Barreda M, Díaz-Salazar M, De la Cuesta S, Sánchez S, (2005). *Adicción y Mujer. Instituto de adicciones Madrid: Adicción y Mujer.* Madrid. Descargado de <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/mujeryadiccion.pdf>
- Breilh Jaime, 1991. *La triple carga*, Ediciones CEAS, Quito- Ecuador.
- Blanco Zamora P, Sirvent Ruiz C, Palacios L. (2005). *Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas*, Fundación Instituto Spiral, Madrid

- (España). *Salud y drogas*, Vol. 5 N° 2 pp. 81-98, descargado de <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Genero y consumo/Articulos/Diferencias de genero.pdf>
- Carrasco Galán M.J, García Mina, Sebastián J. (2001). *Género Salud y Psicoterapia. Género y psicoterapia*. Editorial Universidad Pontificia de Comillas. Madrid
 - Castillo A, Llopis J, Fernández D, Orengo T, Rebollida M, (2000). *Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad Valenciana*. *Salud y drogas* Vol. 3 N° 2. Valencia descargado de <http://www.haaj.org/sites/default/files/IDENTIDAD%20DE%20GÉNERO%20Y%20ABUSO%20DE%20DROGAS.pdf>
 - Chait, L. y Zulaica B, (2005). *Mujeres drogodependientes maltratadas: Análisis para la intervención*. Publicado en *Trastornos Adictivos*. Vol.07 núm 02 descargado de <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Genero y consumo/Articulos/Mujeres drogodependientes.pdf>
 - GROW, (2011) *Guiando la recuperación de las Mujeres. Intervenciones sensibles al género en el tratamiento por abuso de sustancias en mujeres con experiencias en traumas*. Estados Unidos
 - GROW. (2011) *Guiando la recuperación de las Mujeres. Programa de entrenamiento para especialistas en adicciones sobre el desarrollo de intervenciones del tratamiento por abuso de sustancias sensible al género*. Manual del participante. Estados Unidos
 - Ministerio de Salud Pública, Servicio de Información Emergente, (2012). SIE Derecho Público, SIE-DP-12/190, Suplemento del Registro Oficial No. 720, Acuerdo 00000767. 8 de junio de 2012.
 - Urbano Aljama A, Urbano A, Arostegi E, (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Vol 14 de Serie *Drogodependencias*, Universidad de Deusto descargado de <http://www.gizartegaiak.ej-gv.net/GizarteGaiakContenidos/pdf/LAMUJERDROGODEPENDIENTE.pdf>

INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD EN LA SOMATIZACIÓN DE LA ANSIEDAD

Nadia Gavilanes¹⁰

Alejandro Valencia¹¹

Resumen

La personalidad es, sin duda alguna, el eje rector de la vida psíquica del ser humano. Esta estructura dinámica matiza cogniciones, comportamientos, afectos y la forma del individuo para relacionarse con los demás.

Entendiendo su amplitud, podemos deducir su influencia en la modalidad de sensaciones y manifestaciones físicas que podemos advertir. La experiencia psicoterapéutica evidencia como cada sujeto es capaz de revelar su ansiedad, de forma diferente a otro, aunque aparentemente las condiciones del trastorno sean las mismas.

El presente artículo pretende dilucidar cómo se relacionan los diferentes estilos de personalidad con cierta manifestación propia de síntomas físicos de la ansiedad.

Palabras clave: Estilos de personalidad, ansiedad, somatización.

Abstract

Personality is, without doubt, the linchpin of the psychic life of man. This dynamic structure qualifies cognitions, behaviors, emotions and shape of the individual to relate to others. Understanding its amplitude, we can deduce their influence, too, in the form of sensations we can experience physical manifestations.

In the psychotherapeutic experience is evident, as each subject is able to express their anxiety differently than another, although apparently the conditions are the same disorder.

This article aims to clarify, how they relate to different personality styles with some manifestation of self, physical symptoms of anxiety.

Keywords: personality styles, anxiety, somatization

Personalidad: El gran pilar.

Personalidad proviene de la palabra persona que procede de su homónimo latino máscara; y, aunque no existe un consenso global para su definición, varios autores concuerdan en que se trata de una estructura, una organización formada por aspectos físicos y psicológicos que dotan a la persona de particularidades en sus percepciones, cogniciones, sentimientos y actuaciones. Es la personalidad lo que nos hace únicos, lo que nos confiere la tan requerida identidad personal.

Así, se dice entonces, que existen varios estilos de personalidad, cada uno con su privativa forma de entender y adaptarse al mundo. Dentro de nuestro modelo integrativo se manejan diez tipos, cada uno con predominancia en diferentes áreas psíquicas.

¹⁰ Miembro Activo en formación de la SEAPsI

¹¹ Miembro Activo en formación de la SEAPsI

Ansiedad: Esa sensación difusa

Este término ha sido ampliamente utilizado a lo largo de la psicología y describe un estado de agitación, inquietud o zozobra del estado de ánimo.

Una definición más amplia sugiere que el estado de ansiedad es una sensación subjetiva manifestada principalmente por síntomas de tensión o temor, que supone una anticipación o respuesta predicha ante un peligro (situación). Aparece siempre que un sujeto se enfrenta a situaciones estresantes cotidianas, ya que presume una señal de alerta, que pone en marcha una serie de respuestas adaptativas que ayudan a superar el factor amenazante. (De la Gándara, 1999)

Somatización: Cuando el cuerpo habla

Se entiende por somatización a la experimentación de síntomas físicos que son desencadenados por factores psicológicos.

La somatización entendida como parte de la manifestación ansiosa puede originarse por:

1. La amplificación de las sensaciones corporales: la preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones "normales" de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad.
2. La incapacidad en algunas ocasiones para manifestar las emociones negativas o situaciones de estrés hacen que la persona manifieste dichas situaciones a través de su cuerpo.
3. Necesidad de estar enfermo: manifestar un sufrimiento que no puede expresar de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.
4. La disociación: capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial; las sensaciones así percibidas son "reales". (Belloch, 1995).

¿Cómo somatizamos la ansiedad de acuerdo a nuestro tipo de personalidad?

La relación existente entre personalidad y síntomas orgánicos de ansiedad no ha sido claramente establecida; sin embargo, desde los aportes de la fisiología y ciertos estudios psicológicos, podemos describir lo siguiente:

Las personalidades con propensión a la cognición: anancástica y paranoide tienen un predominio de funcionamiento de las regiones frontales, estructura que controla el pensamiento, lo que explica la tendencia de estas a las cavilaciones y al aumento del estrés.

Si una personalidad de tipo cognitivo atraviesa un periodo de ansiedad, se ha evidenciado que su organismo responde, incrementando el ácido gástrico, lo que provoca malestar en la zona estomacal. Además al elevarse en ellos el nivel de estrés, requieren mayor energía psíquica, para enfrentar al estímulo estresante; el organismo, entonces, resta la misma, a otra función básica: la intestinal, ocasionando lentificación o estreñimiento. Es así como en este tipo de personalidades la somatización se expresa prioritariamente a nivel gastrointestinal. La teoría Freudiana guarda basta relación con lo anteriormente referido. Según esta, la personalidad anancástica u obsesiva surge a partir de la etapa anal de desarrollo sexual, cuya fuente de obtención de placer se centra en la expulsión o retención de las heces fecales, pues estos actos estimulan la mucosa anal.

En las personalidades con predomino afectivo: histriónica y ciclotímica, la manifestación somática de la ansiedad se cristaliza, sobre todo, a nivel cardíaco, con síntomas como taquicardia y opresión en el pecho; puesto que estos estilos presentan supremacía de funcionamiento hipocámpico y del sistema reticular; este último, encargado de controlar el estado de vigilia y la frecuencia cardíaca.

Curiosamente, en el contexto de nuestra cultura, el concepto del amor, el afecto y las emociones se han materializado en el tan utilizado símbolo de corazón. Quizá esta relación entre las personalidades afectivas y su mayor conexión con el sistema cardiovascular, sea la explicación a esta práctica cultural.

En las personalidades con déficit relacional se revela el predominio de la inhibición en las regiones frontales y dominancia del sistema parasimpático. Este se encarga de disminuir las excitaciones provocadas por su complementario: el sistema nervioso simpático. El influjo mayor de este sistema, implica mayor tendencia a la lentificación de los procesos orgánicos, condición que se verifica en el poco nivel de actividad al que propenden estos estilos de personalidad. Dentro de un proceso ansioso es factible evidenciar síntomas de ansiedad relacionados con la disentería por himotilidad y dificultad para deglutir alimentos, debido al cese de la función bucal-digestiva.

Los estilos tendientes a lo comportamental exhiben carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados, con manifestaciones de hiperactividad. Esto, sin duda, representaría la susceptibilidad a manifestar síntomas ansiosos de tinte motor, como temblores musculares, e inquietud motora, sobre todo, a nivel de las extremidades superiores e inferiores. Posiblemente, lo más preocupante sean las características de impulsividad que ostentan estas personalidades, pues cotejando estos rasgos con síntomas de ansiedad, se ha demostrado que pueden reaccionar manifestando conductas atentatorias en contra de sí mismos.

Indudablemente, el terreno de lo psíquico no es aún un misterio; sin embargo los descubrimientos dados, nos orientan a indagar y desarrollar aún más como profesionales de la mente.

La intención de lo expuesto es realzar la importancia de la personalidad; creemos como integrativos que esta estructura es la piedra preciosa sobre la que hay que trabajar.

BIBLIOGRAFÍA:

American Psychiatric Association. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4ta ed.). Barcelona: Masson.

Balarezo, L. (2010). Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Quito: UCE.

Belloch, A. (1995). Manual de psicopatología. V. 2. Madrid: Mc. GrawHill. 407-411.

Cervone, D. (2009). Personalidad, teoría e investigación. (2a. ed.). México:

Gándara, J., y Fuertes, J. (1999). Angustia y ansiedad. (1a. ed.). Madrid: Pirámide

Sánchez, A. y Ruiz, B. (2002). Historia de la Psicología. Madrid: Pirámide

Tortora, G. y Grabowski, S. (2004). Principios de anatomía y fisiología. (9a.ed.). México: págs. 554-572.

EL DESGASTE PROFESIONAL, NUEVO ESTILO DE VIDA DE LOS DOCENTES UNIVERSITARIOS ECUATORIANOS

Silvia S Mancheno Durán¹²

Los docentes universitarios sometidos a demandas de carga mental, procesamiento cognitivo simultáneo bajo presión y a un estrés constante y acumulativo, están propensos a generar alteraciones en la función ejecutiva, en sus componentes de toma de decisiones, regulación de la conducta frente a las nuevas exigencias profesionales.

La academia, no se sustrae de las exigencias del mundo globalizado, los procesos de acreditación incorporan mayor peso a la gestión sobre la docencia e investigación, especialmente en los docentes de tiempo completo, con cargas horarias que sobrepasan las 40 horas semanales. Al analizar el tiempo real de cada hora, con sus niveles de preparación, lecturas, ajustes de metodología en la preparación de la tarea bordearía los 115 minutos. Acevedo (2001) ha señalado la importancia de la carga horaria del personal docente universitario, a nivel de programación de horario, actividades del aula, asistencia a reuniones, tutorías, cursos, papeleo, se relacionan directamente con el burnout.

El sobre involucramiento, el alto grado de exigencia, los horarios, las tutorías, los traslados, pueden llevar a un desgaste profesional, caracterizado por una triada importante a saber: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal Maslach (1991) involucrando una serie de conductas como el deterioro del rendimiento, optando por un distanciamiento en su responsabilidad, con actitudes pasivo agresivas y pérdida de motivación en el personal que lo padece.

Las investigaciones proporcionan alteraciones biológicas en las personas que padecen de estrés laboral, v.g. elevación de los niveles de cortisol, Bellingrath S. Weigl T. Kudielka B. (2008), hablan de desregulación sutil de los valores basales, como producto del estrés. Onen Sertöz O, Binbay IT, Elbi Mete H., (2008) estudian la

¹² Postulante para Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo

desregulación del eje Hipófisis- Pituitaria- Adrenal que dan como resultado alteraciones en la concentración, memoria. Si ocurre en estas funciones neuropsicológicas, por qué no, analizar esta relación con la función ejecutiva, en sus componente de toma de decisiones y regulación de la conducta ante las nuevas exigencias del mundo globalizado y con ellas la presencia de varios daños a la salud cognitiva como los enunciados antes.

A las personas que sufren de desgaste profesional se los ve apáticos, indiferentes, inflexibles, me pregunto si estas características corresponden a la despersonalización o corresponden a la alteración de la función ejecutiva. ¿Es pertinente encontrar una explicación también neuropsicológica a este síndrome?

El trabajo del docente demanda una exigencia cognitiva alta, las principales funciones involucradas acorde a investigaciones realizadas son: memoria, atención, concentración y razonamiento, tanto en sus funciones de docencia, gestión e investigación. Creo que es pertinente ampliar la mirada hacia otras funciones involucradas, entre ellas, la función ejecutiva, que nos permiten entender la forma de planificar, organizar y verificar las actividades, de igual manera la posibilidad de flexibilizarse frente a los cambios o desde la metacognición poner en marcha el conocimiento de los propios recursos.(Pineda, Mancheno 1999, Arango 2008, Ardila 2010). La mirada neuropsicología será indispensable para comprender como la postura psicosocial puede incidir en la cognición del docente universitario, o los procesos cognitivos se ven alterados.

El efecto de las demandas laborales, como principal predictor del agotamiento emocional, refrenda tanto el planteamiento teórico del modelo de demandas y recursos de Demerouti (2001), como los datos empíricos obtenidos en diversos estudios meta-analíticos (Lee y Ashford, 1996; Podsakoff, LePine y LePine, 2007), si bien otros estudios empíricos del modelo han confirmado el papel secundario aunque significativo de los recursos laborales (Bakker, Demerouti y Verbeke, 2004). Son igualmente interesantes los resultados respecto a la edad, en este estudio parece hallarse una tendencia a que los profesores universitarios de mayor edad tendrían menos puntuaciones en agotamiento emocional. Este resultado puede estar relacionado igualmente con las peores condiciones laborales de los

profesores jóvenes, contratos más inestables, horas de docencia más ampliadas, tutorías, etc.

Otro aspecto a considerar en el trabajo docente es la carga física estática, derivada de su postura bípeda, el permanecer de pie en sus clases, tiende a generar problemas osteotendinosos; la contracción de los grupos musculares por largo tiempo y de una manera sumativa, producirán más ácido láctico, provocando fatiga y dolores musculares; en el campo venoso también las dificultades en el retorno venoso producirá edema en miembros inferiores y a la larga varices.

El instrumento por excelencia del docente es la palabra, que se sirve de todo el sistema fonatorio para expresarlo. El desgaste de la voz, es otro daño a la salud en la docencia que no está tipificado como riesgo laboral. Se infringirá más daño si es utilizado frente a un gran número de estudiantes, en aulas sin acústica, rodeado de ruido y con un desconocimiento de la higiene, cuidado, educación de la voz. No se han analizados aspectos preventivos de salud a este nivel, la atención especializada también es pertinente, para que no se cronifique y convierta en una pérdida irreparable, disfonías permanentes o con la presencia devastadora del Cáncer.

El docente se desenvuelve en un medio social altamente cambiante, sea en relación a sus grupos de estudiantes o a lo interno de los mismos, de manera individual; el manejo de las relaciones interpersonales y el intercambio con los estudiantes, pueden generar conflictos con los estudiantes, por una distancia emocional inadecuada y un involucramiento mayor del que propone la responsabilidad de la docencia.

Se ha mencionado aspectos psicosociales, biológicos, en la generación de riesgos laborales, a estos es importante incorporar el contexto legal, en cuanto a los derechos del docente y del estudiante.

En el Ecuador nos rige la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), expedida en el año 2010, los docentes somos considerados servidores públicos, en su artículo seis, con respecto a los docentes e investigadores, de manera general los derechos se expresan así:

1. Ejercer la cátedra con absoluta libertad, sin ningún tipo de presión, ideológica, religiosa, política, partidista
2. Contar con las condiciones necesarias para el ejercicio de su actividad.
3. Acceder a la docencia, cargos administrativos, que el provean de estabilidad, promoción, movilidad y retiro, basados en el mérito académico, la calidad de la enseñanza, en la producción investigativa, sin discriminación de género.
4. Participar en los procesos de evaluación,
5. Recibir una capacitación periódica acorde a su formación profesional y a la cátedra que imparte.

En el Estatuto de la Universidad Central del Ecuador los derechos del docente además se contemplan los de la LOES, menciona un derecho a contar con un ambiente sano y seguro dentro de los predios universitarios. El bienestar universitario está mayormente dirigido a los estudiantes, se señala que se implementará los recursos necesarios para proteger al servidor universitario de los riesgos que deriven de su ocupación y responsabilidad.

No se encuentra fácilmente en las declaraciones o reglamentos, el incluir acápite de prevención y menos abordar el estrés o propiciar un clima laboral adecuado para el docente.

Larrosa F., (2010), en su artículo sobre los deberes y derechos de los docentes, incluye un apartado sobre “prevenir el estrés laboral que se produce por el desequilibrio de la demanda laboral, por parte de las unidades educativas y la administración, como por la falta de materiales para el buen desempeño en el ámbito educativo”, esto en el marco de la enseñanza a los futuros maestros, situación necesaria y pertinente para evitar riesgos psicosociales intra-laborales.

En cuanto a los estudiantes, sus derechos son claramente establecidos en el Estatuto de la Universidad Central, rezando de la siguiente manera:

1. Recibir una educación de calidad, con formación científico técnica y humanística, para estar en capacidad de producir conocimiento, cultura y el ejercicio de una profesión sin discriminación alguna.

2. Participación en actividades de investigación y la vinculación a la sociedad.
3. Respeto al pluralismo y a las decisiones democráticas.
4. Ingreso y gratuidad con responsabilidad académica, de acuerdo a las disposiciones constitucionales y legales.
5. Reconocimiento e incentivos a la creatividad, participación y aporte a la ciencia, la tecnología, el arte y la cultura.
6. Recibir información y rendición de cuentas de parte de las autoridades universitarias y de sus compañeros dirigentes.
7. Participación en el cogobierno, en las elecciones y consultas universitarias.
8. A la libre organización y asociación estudiantil.
9. Ambiente sano y seguro dentro de los predios universitarios.
10. Beneficios del Bienestar universitario.
11. Participar en la evaluación a los(as) docentes.
12. Ejercer el derecho de tacha de acuerdo con el reglamento respectivo.
13. Recibir dentro del plazo reglamentario la información referente a las evaluaciones, revisión y recalificación.
14. Solicitar la recalificación de exámenes y demás evaluaciones según el Reglamento correspondiente.
15. Dirigir quejas y peticiones a las autoridades, debidamente sustentadas, y recibir respuestas en el plazo establecido por la Ley y los reglamentos.
16. Gozar de licencia en los casos de maternidad o paternidad conforme lo dispone la Constitución. En los casos de maternidad, las Facultades deben facilitar el cumplimiento de sus obligaciones estudiantiles en horarios y con tareas especiales.
17. Obtener los títulos profesionales y grados académicos para los cuales se hubieren hecho acreedores, de conformidad con la Ley, este Estatuto y los reglamentos.
18. Defensa en los procesos de enjuiciamiento universitario por el Servicio de consultorios jurídicos gratuitos institucionales.

19. Participar en los programas de movilidad e intercambio estudiantil a nivel nacional o internacional.
20. Realizar pasantías y prácticas pre-profesionales que sean reconocidas como primer empleo, de acuerdo a la correspondiente ley y el reglamento correspondiente.
21. Acceder a becas y créditos estudiantiles.

De lo anterior se desprende que la protección hacia el docente es poca, no se considera su rol protagónico en la formación de profesionales y de seres humanos, que en un futuro tomaran la posta en la profesión en la que estén inmersos sus docentes. Cuando se afecta la salud psíquica y física, los factores de riesgo se evidencian en insatisfacción, cambios de comportamiento, absentismo y una desilusión de su rol.

La prevención es necesaria en la carrera del docente, creando espacios adecuados en los que se desarrolle, un clima organizacional bueno, satisfacción con los instrumentos a emplearse en la docencia, además una educación en el conocimiento, cuidado e higiene de la voz, instrumento base de la docencia, es imprescindible de hacerlo. El manejo adecuado del estrés y las condiciones que rodean al desgaste cognitivo, evidenciados como alteraciones de la memoria, atención y función ejecutiva, son invalorable, caso contrario entraremos en acción entrópica, caminando a un nuevo estilo de vida del docente universitario, el desgaste profesional.

Ardila A., (2008). Neuropsicología Clínica. México. Ed. Manual Moderno

Bellingrath S, Weigl T, Kudielka BM. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, Bio. Psychol <http://pubmed/PMID:18325655>[PubMed - indexed for MEDLINE .pdf recuperado 21 de octubre 2012

Betancourt O., La salud en el trabajo, organización panamericana de la salud, <http://issuu.com/julianrivas/docs/libro-de-seguridad-y-salud-dr-oscar-betancourt1>recuperado 22 de marzo 2013

Larosa,R., (2010). Deberes y derechos de los docentes, <http://books.google.com.ec/books> recuperado 25 de marzo de 2013

Lozada M.,(2012). La Docencia un riesgo de salud,
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiii1_2.pdf recuperado 20 de marzo 2013

Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández E, Rodríguez Carvajal R, Martínez, M., , Ferrer Puig R., (2008). El Burnout del Profesorado Universitario y las Intenciones de Abandono: Un Estudio Multi-Muestra., Rev. psicol. trab. organ. v.25 n.2 Madrid ago. 2009
<http://dx.doi.org/10.4321/S1576-59622008000300004> pdf recuperado 21 de octubre 2012

Onen Sertöz O, Binbay IT, Elbi Mete H., (2008). The neurobiology of burnout: the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis and other findings]., , Bio. Psychol [http:// PMID:18791885](http://PMID:18791885)[PubMed - indexed for MEDLINE] .pdf recuperado 21 de octubre 2012

www.scielo.isciii.es/pdf/ejp/v17n3/original4

http://www.utelvt.edu.ec/LOES_2010.pdf recuperado 21 de marzo 2013

<http://es.scribd.com/doc/35992827/Estatuto-UCE-2010> recuperado 20 de marzo 2013

LEXINTEGRATIVO IV

Mayra Velástegui V.¹³

Como lo hemos realizado en las tres publicaciones anteriores seguimos en el afán de socializar más términos que son parte de la identidad de los modelos integrativos, los aquellos aspectos epistemológicos, teóricos y metodológicos son plasmados en cortos extractos para que ustedes se familiaricen con nuestro quehacer psicoterapéutico.

A

ACERCAMIENTO DE ACUERDO A LA PERSONALIDAD

PERSONALIDAD		PROBLEMAS BÁSICOS	ESTRATEGIA	TÁCTICA
Cognitiva	Paranoide	Desconfianza, impaciencia, suspicacia, disputa por el poder	Empleo de juicios y razonamientos	Confianza, respeto a las resistencias, franqueza, lógica
	Anancástica	Excesiva escrupulosidad, hipersensibilidad, rigidez		Organización, puntualidad, permisividad, lógica

Balarezo, L. (2010)

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA: Indudablemente la primera entrevista cumple con este propósito. Sería deseable inclusive que se pueda delinear en este primer contacto un esbozo de la ficha psicológica; esto sin embargo, no siempre es posible ni conveniente. El interrogatorio rígido o inquisidor, cumple sí con fines investigativos, pero puede ser obstaculizante en el establecimiento de condiciones emocionales favorables. Este componente abarca tres diagnósticos: clínico, de personalidad y del entorno. Balarezo, L. (2003)

¹³ Psicoterapeuta Integrativa

B

BASES ESTRATÉGICAS DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PNIE: Podemos desde esta concepción, definir la psicoterapia como una forma de tratamiento biopsicoemocional y social en la que un profesional idóneo establece una relación con uno o varios sujetos con el propósito de modificar síntomas o promover la salud en los niveles biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (Dubourdieu, 2008)

C

CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA PSICOLÓGICA.- La actividad psíquica constituye una constante y permanente construcción de la realidad impelida por un afán de conocimiento. La experiencia se construye con la participación de un conjunto de operaciones interiores y exteriores que realizan los seres humanos y su acción es el resultado del entrecruzamiento de factores biológicos y sociales presentes en el individuo. Fernández-Álvarez, (1992)

CONTRATRANSFERENCIA: Expresión de afectos o sentimientos racionales e irracionales por parte del terapeuta hacia el paciente. Balarezo, (2006)

CONVERGENCIA CAUSAL Y TEMPORAL.- En los sistemas abiertos los fenómenos se dan por la convergencia e interacciones que ocurren en un momento determinado entre varios factores multicausales. La intermolulación causal rompe la causalidad lineal y monocausal permitiendo que en el trabajo clínico trascienda de las meras descripciones diagnósticas hacia la búsqueda de factores biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos y lingüísticos que intervienen en la producción de los fenómenos. Además esta perspectiva nos permite considerar la convergencia temporal entre pasado, presente y futuro.

Dubourdieu, M. (2008)

D

DIFERENCIAS ENTRE OBJETIVISMO VS CONSTRUCTIVISMO

OBJETIVISMO	CONSTRUCTIVISMO
Sujeto recibe pasivamente los estímulos del entorno	Sujeto construye el conocimiento
LA NATURALEZA DEL CONOCIMIENTO	
Conocimiento como representación directa del mundo real	Conocimiento como construcción de la experiencia
Conocimiento como descubrimiento de la realidad factual	Conocimiento como invención de nuevos marcos interpretativos
Conocimiento como proceso modelado mediante aproximaciones sucesivas a una verdad absoluta. Progresión mediante la acumulación de datos	Conocimiento como proceso evolutivo, moldeado por la invalidación resultante de mecanismos selectivos (adaptación). Evoluciona mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras

Feixas, G. & Villegas, M. 2000

E

EMPATÍA: Se refiere a la empatía como la capacidad de sentir el mundo privado del cliente como si fuera propio, pero sin perder nunca esa cualidad del “como si”, siendo algo que parece esencial para la terapia. Sentir la ira, el temor o la confusión del cliente como si fueran propios, pero no obstante, sin que se confundan con ellos la propia ira, el propio temor o la propia confusión, es el estado que intentamos describir. Rogers (1961)

ESTABLECIMIENTO DE UNA COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA: En situaciones que lo requieran, en una estrategia terapéutica compartida por las distintas especialidades intervinientes, restaurando al paciente su unidad tantas veces disociada.

Dubourdieu, M. (2008)

ESTÍMULOS EFECTIVOS.- Constituyen la fuerza movilizadora de la dinámica psicológica del sujeto. Los estímulos externos que recibe el paciente son la materia prima que provee de fuerza y sentido al proceso en la medida que la persona registra, interpreta y les proporciona un determinado significado; este último depende de la idiosincrasia del sujeto quien viene con su propia experiencia, hecho que le permite construir sus propias vivencias. Opazo, (2001)

ESTRATEGIAS GENERALES PARA EL MANEJO DE LAS RESISTENCIAS:

Estrategias de respeto:

Al inicio del proceso para facilitar el rapport.

Cuando obedecen a valores y creencias personales y culturales.

Cuando su revelamiento sea riesgoso en el proceso.

Balarezo, L. (2001)

EXPERIENCIA DEL SUFRIMIENTO.- Fernández-Álvarez establece una distinción entre las experiencias de sufrimiento que son susceptibles de trabajarse con psicoterapia de aquellas que no lo son. Algunas expresiones de dolor y sufrimiento se ligan al cumplimiento de un fin que lo justifique como es el caso de los mártires de la religión, los defensores de sus valores y principios o de los seres humanos que, en beneficio de sus familiares, hallan en el dolor una forma de realización personal. Las otras formas son las experiencias de *padecimiento gratuito*, es decir, sin justificación que explique el padecimiento del individuo.

Fernández-Álvarez, (1992)

EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL.- El diagnóstico integral del paciente se ubica en un terreno intermedio que supera los extremos de la etiquetación global y la enumeración desorganizada de características inaportativas para la terapia. El modelo utiliza la *Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*, cuyas características se basan en la recolección de datos de acuerdo con los paradigmas del modelo. Los aportes que brinda la FECI tienen que ver con la investigación clínica, la selección de estrategias terapéuticas y el apoyo logístico permanente al proceso.

Opazo, (2001)

I

Inercia afectiva.- Vinculada con las resistencias que denota el paciente ante la acción de afectos que tienen valor opuesto a él y que están de acuerdo con la intensidad de los mismos. En el modelo integrativo se lo emplea para mejorar la capacidad de disfrute.

Opazo, (2001)

J

Jerarquía de las estructuras de significado.- El desarrollo del *self*, de acuerdo a, se forma en una "*sucesión espiralada de construcciones*", descripción que la formaliza y desarrolla en base a propuestas sobre el desarrollo humano planteada por antecesores como Freud, Erikson, Bowlby y Stern.

Fernández-Álvarez, (1992)

N

NIVEL DE ACTIVIDAD: Regula la inclinación del sujeto a responder a un estímulo mediante el trabajo o la acción. Las personas activas son propensas por naturaleza a la actividad, sobre todo ante las dificultades; por lo que si bien pueden ser testarudas, individualistas e imprudentes, al mismo tiempo son más constantes, emprendedoras, hábiles y alegres. Las no-activas son más calmadas y conciliadoras, pero fáciles al desaliento, temerosas de lo difícil y propensas a relegar o delegar sus propias obligaciones. El nivel de actividad se denota por la inclinación del sujeto para responder a un estímulo.

McCrae y Costa (1990)

P

PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL: Se fundamenta en las experiencias tempranas, muchas veces difíciles de modificar, que intervienen como factores etiológicos al mediatizarse a través de proceso de aprendizaje. En el campo terapéutico ejemplifica los hechos benéficos que producen, la exposición in vivo en la superación de fobias y el enriquecimiento del repertorio conductual interpersonal en la depresión. En el nivel de principios de influencia evalúa e influye sobre la calidad del medio como potencial satisfactor de las necesidades en la historia escolar, social, sentimental y laboral del paciente y en la calidad del repertorio conductual.

Opazo, (2001)

PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD Y LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS.- Se fundamentan en la propuesta de Morín (1990), quien plantea la concepción de *la unidad desde lo múltiple sin olvidar la diversidad al contemplar la unidad*. Sus aportes inicialmente dirigidos a la Biología, abarcan paulatinamente otros campos del saber y en la Psicología denotan un notable impulso y cambio de dirección en la comprensión del ser humano. Los aportes de Bertalanffy se resumen en los postulados de los sistemas y las propiedades de los sistemas abiertos.

Dubourdieu, M. (2008)

PERSONALIDAD: Estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual.

Balarezo, (2008)

PERSONALIDADES AFECTIVAS: predominan los mecanismos cerebrales vinculados con

la extraversión y la amabilidad, con un predominio de funciones neuropsicológicas relacionadas con las regiones hipocámpicas, el sistema límbico y la sustancia reticular, con una estructura bioquímica y endócrina dependiente de estos sistemas sobre todo los mecanismos vinculados con la serotonina. Balarezo, (2008)

POSRACIONALISMO: Con el término posracionalismo designaba Vittorio Guidano a una orientación psicoterapéutica situada en un marco posterior a las terapias de corte racionalista como las de Ellis o Beck que situaban la primacía de la cognición, ideas o creencias irracionales, como el eje básico de las intervenciones. El autor citado pone su interés en la emoción y su experiencia, dirigiendo todo su esfuerzo a observar y maximizar, mediante la técnica de la moviola, los momentos en que aquella se construye.

PRIMERA ETAPA DEL COGNITIVISMO: DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, época en la que el sujeto es considerado como una computadora, que desde la perspectiva mecanicista, recibe, procesa y expresa la información. En este procesamiento intervienen funciones psíquicas que cumplen diferente papel en niveles superficiales o más profundos.

PROACTIVIDAD.- Contrariamente a una actitud pasiva, conformista y reactiva como psicoterapeuta, adoptar una postura que propende con una mirada hacia delante como indicio de su creatividad y la búsqueda de respuestas novedosas y singulares en cada caso que atienda. La proactividad requiere pensar con características de superación, iniciativa y responsabilidad, manteniendo la condición de libertar en la elección. Balarezo, (2008)

PSICOLOGÍA IDEOGRÁFICA: estudia y entiende al individuo como único, y para poder demostrar esta condición se utilizan métodos ideográficos. Para ilustrar como se debería estudiar a la personalidad ideográficamente, Allport (1965), utilizó una serie de cartas escritas por una mujer a su hijo a lo largo de doce años para intentar entender la personalidad de la mujer. Para el psicólogo ideográfico el objetivo de la psicología de la personalidad es el entendimiento total de la unicidad del individuo.



REALIDAD: Un conocimiento eficaz sólo se puede producir a través de un paso del concepto de conocimiento como representación de la realidad objetiva al concepto de conocimiento como representación de la realidad más adaptada...el conocimiento no

ofrece la reproducción de un mundo independiente, sino un mapa de lo que se puede hacer en el ambiente tal y como es percibido. Glasersfeld (2001)

RELACIÓN DE AYUDA: Es una forma particular y diferenciada de relación interpersonal caracterizada por la condición de que en ella, uno de los integrantes (paciente/cliente) busca ayuda en el otro (terapeuta/asesor) quien proporciona el marco apropiado para que se produzca el cambio terapéutico o desarrollo personal bajo condiciones específicas

Balarezo, L. (2003)

S

SEPI: Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (1983)

U

Unidad Psique-soma. Breve reseña histórica de la psicósomática.- Analiza la unidad psique-soma en una visión histórica desde las concepciones antiguas hasta los aportes modernos, sobre todo relacionadas con la psicósomática de origen psicoanalítico, lideradas por Freud, complementadas por Alexander y complementadas por Pierre Marty en la Escuela Psicósomática de París y estudios posteriores sobre el estrés.

Dubourdieu, M. (2008)
