



ISSN 1812-9536

AVANCES EN
PSICOLOGÍA
Adultez



Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades
Indexada Latindex
Volumen 15 (1) 2007

unife



UNIVERSIDAD FEMENINA DEL SAGRADO CORAZÓN

DIRECTORIO

RECTORA
Elga García Aste, rscj.

VICERRECTORA ACADÉMICA
Victoria García García

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA
Jorge Silva Merino

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y HUMANIDADES

DECANA
Rosario Alarcón Alarcón

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
Jenny Quezada Zevallos

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA Y TEOLOGÍA
Fernando Elgregen Reátegui

DIRECTORA DEL PROGRAMA ACADÉMICO
Friedda Fernández Bravo

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA
Rosario Alarcón Alarcón

unife

AVANCES EN PSICOLOGÍA
Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades
Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Av. psicol.

Volumen 15 (1) 2007, Enero - Diciembre

ISSN 1812-9536

Hecho el Depósito Legal en la
Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-05109

Periodicidad: Anual

Distribución por suscripción o canje

Diagramación e impresión: Ediciones Libro Amigo

Editora: Rosario Alarcón Alarcón

Comité Editorial: Irma Altez Rodríguez
Jenny Quezada Zevallos

Comité Científico: Rosa María Reusche Lari
Universidad Femenina del Sagrado Corazón
Victoria García García
Universidad Femenina del Sagrado Corazón
Carlos Arenas Iparraguirre
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Jorge Bazán Guzmán
Pontificia Universidad Católica del Perú
Nahir Rodríguez de Salazar
Universidad Pedagógica Nacional (Bogotá)
Martha Llanos Zuloaga
Consultora UNICEF

Traducción: Facultad de Traducción e Interpretación - UNIFE

Revista arbitrada

*El contenido de cada artículo es de responsabilidad
exclusiva de su autor o autores y no compromete
la opinión de la revista.*

Facultad de Psicología y Humanidades - UNIFE
Av. Los Frutales 954, Urb. Camacho, La Molina
Teléfonos: 436-4641 • 434-1885 (Anexo 265)
Fax: 436-3247 E-mail: psicolog@unife.edu.pe
www.unife.edu.pe
Lima - Perú

Contenido

Editorial.....	7
Artículos originales:	
• El lóbulo frontal y su rol en la depresión <i>The frontal lobe and its role in the depression</i> Roberto Ventura; Stella Bocchino; Rodolfo Ferrando	9
• Maternidad y Modernidad <i>Motherhood and modernity</i> María del Carmen Bravo de Rueda	31
• Las significaciones sociales, las instituciones y el orden social. Apuntes Teóricos. <i>The social significances, the institutions and social order.</i> <i>Theoretical notes.</i> Larissa Balsamo Fasce	49
Experiencias terapéuticas:	
• Psicoterapia cognitiva conductual en el tratamiento de la obesidad <i>Psychotherapy Cognitive Conductual in the Obesity Treatment</i> Alejandra Larrañaga, Ricardo García-Mayor, Victoria García García	57
• Adultos mayores cuidadores de familiares enfermos crónicos <i>Therapeutic experience with elderly people caregivers of a chronic sick relative</i> Vera Bail, Susana Azzollini	67
Investigaciones:	
• La Adulterez y los roles parentales. Un Estudio desde la Percepción de los hijos adolescentes. <i>Adulthood and parental roles. A study from teenager's perception.</i> José Moreno	97

• Trascendiendo apariencia: Hijas de Mujeres en reclusión. <i>Going beyond appearances: Women inmates' stories</i> Sabina Deza Villanueva	115
• Relación entre autoestima y actitudes hacia la violencia familiar en mujeres <i>Connection between self esteemand attitudes toward family violence in women</i> Ana Matos Gibson Noyli, Margot Ríos Manzo	135
Reseña Bibliográfica	
• Vejez: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales. Jenny Quezada Zevallos	149
• El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Martha Guevara Castillo	155

Editorial

La Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón con el fin de promover la investigación y el intercambio científico viene realizando en forma continua y permanente, talleres, conversatorios, simposios, cursos y la edición de publicaciones como parte de su quehacer académico

En el 2004 se retomó la serie sobre el Desarrollo Humano continuando con el compromiso de seguir descubriendo horizontes para el caminar del hombre, en sus etapas de primera infancia, niñez, adolescencia y adultez.

Es así que la publicación de la Revista *Avances en Psicología: Adultez*, cierra el ciclo evolutivo y permite la continuidad de las publicaciones anteriores.

El contenido de la Revista *Avances en Psicología* se divide en: artículos originales, experiencias terapéuticas e investigaciones y en esta publicación se ha añadido la sección de reseña bibliográfica, que agrupamos en relación a los diferentes temas tratados.

El desarrollo del adulto implica analizar tres sistemas de interacción dinámica entre el yo, como individuo, como miembro de la familia y como trabajador. Tomando en consideración el contexto general de la comunidad y la cultura. Vera Bail y Susana Azzollini (Argentina) nos relatan su experiencia terapéutica de adultos mayores cuidadores de enfermos crónicos. Larissa Bálsamo Fasce nos presenta las significaciones sociales, las instituciones y el orden social. Y Martha Guevara Castillo hace una reseña bibliográfica del estrés en cuidadores de mayores dependientes, cuidarse para cuidar.

Algunos estilos de vida están directamente ligados a la salud, psicología y la condición física, entre ellos encontramos: la nutrición y obesidad. Alejandra Larrañaga, Ricardo García-Mayor y Victoria García García (España- Perú) presentan la experiencia terapéutica: Psicoterapia cognitiva conductual en el tratamiento de la obesidad.

En la edad madura suele observarse un deterioro o una reducción de las capacidades físicas, se ven afectadas las habilidades sensoriales y motoras, lo mismo que el funcionamiento interno del organismo. Roberto Ventura, Stella Bocchino y Rodolfo Ferrando (Uruguay) nos presentan el artículo sobre el lóbulo frontal y su rol en la depresión. Y Jenny Quezada Zevallos hace la reseña bibliográfica de Vejez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La transición a la paternidad (maternidad) exige numerosas adaptaciones y ajustes: cambios de identidad y de vida interior, modificaciones de roles y de relaciones en el matrimonio, cambios de roles y de relaciones entre generaciones, modificaciones de roles y de relaciones fuera de la familia y nuevos roles y generaciones como padre o madre. María de Carmen Bravo de Rueda nos presenta su artículo sobre Maternidad y modernidad. José Moreno (Argentina) presenta su investigación sobre la adultez y los roles parentales, un estudio desde la percepción de los hijos adolescentes. Sabina Deza Villanueva presenta la investigación *Trascendiendo apariencia: hijas de mujeres en reclusión*. Y Ana Matos Gibson y Noyli Margot Ríos Manzo la investigación *relación entre autoestima y actitudes hacia la violencia familiar en mujeres*.

Deseamos agradecer a los profesionales extranjeros que confiaron en nuestra Universidad, y a los docentes y exalumnas de nuestra Facultad que contribuyeron con sus artículos para la publicación de esta edición.

Agradecemos a las autoridades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, al Comité Editorial, al Comité Científico que incorpora a Nahir Rodríguez de Salazar representante de la Universidad Pedagógica Nacional de Bogotá y a la Facultad de Traducción e Interpretación de la Unifé.

Y un agradecimiento muy especial a la Doctora Elga García Aste, rscj, Rectora de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón por su apoyo incondicional.

Rosario Guadalupe Alarcón Alarcón
Decana

EL LÓBULO FRONTAL Y SU ROL EN LA DEPRESIÓN

The frontal lobe and its role in the depression

Roberto Ventura, Stella Bocchino, Rodolfo Ferrando*

Resumen

Los autores realizaron una puesta al día del tema, exponen la clasificación de estos desórdenes según su geografía lesional y en virtud de la correlación anatomoclínica. Por último comentan los hallazgos en tres pacientes abordados desde la óptica de la neuropsiquiatría en el marco de la referida clasificación.

Palabras clave: Lóbulo frontal / depresión.

Abstract

The authors carry out an updating of the subject and present the classification of these disorders according to their lesion location and to the anatomoclinic correlation. Lastly they talk about the results in three patients treated from the Neuropsychiatric view within the framework of the above mentioned classification.

Key words: Frontal lobe / depression.

* Docente Adj. de Neuropsicología del Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina, Montevideo.
Grupo de trabajo de la Sociedad de Neuropsiquiatría del Uruguay.
ceddic_caf@netgate.com.uy

INTRODUCCIÓN

Es conocido desde hace más de 100 años, el rol que juega el lóbulo frontal en la determinación de la conducta, el lenguaje, la inteligencia y el humor. La patología del mismo, por otra parte, no se ha podido agrupar en síndromes unitarios. Para el estudio de la correlación anátomo-clínica se ha subdividido clásicamente al sector prefrontal en: medial, órbito-frontal y dorso-lateral. Las lesiones en estas localizaciones originan una afectación diferente en cuanto al humor, el comportamiento y el pensamiento y con ello un desorden global de la persona.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es múltiple:

1. Realizar una puesta al día de los conocimientos en lo referente al sustrato biológico que sustenta la experiencia emocional y a los hallazgos referentes a las diferentes alteraciones encefálicas que por varios métodos diagnósticos se han encontrado en los pacientes que padecen depresión.
2. Actualizar la participación de la patología del lóbulo frontal en las alteraciones del estado de ánimo y a su vez mostrar cómo se clasifican los diferentes síndromes pre-frontales de acuerdo a su traducción clínica para comprender mejor en que contexto aparece la depresión en dichas agrupaciones sintomatológicas.
3. Finalmente, comunicar los hallazgos de nuestro grupo de trabajo con relación al abordaje en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro grupo procedió de la siguiente manera:

1. Durante más de un año se realizó una exhaustiva búsqueda y actualización bibliográfica, trabajando sobre los artículos más significativos.
2. Se estudiaron pacientes que cumplieran los criterios del DSM IV TR para Trastorno Depresivo Mayor (F 30.). a todos se les realizó una evaluación neuropsiquiátrica (psiquiátrica, neuropsicológica e imagenológica funcional). (ver anexo 1).
3. Se seleccionaron tres pacientes para ilustrar la presente comunicación.

Datos de Revisión

Resultan de gran interés los datos que surgen de las investigaciones actuales referente a dilucidar como se organiza la experiencia emocional en nuestro cerebro, donde toma gran interés la corteza cerebral y sus conexiones con las estructuras sub-corticales.

La organización funcional del cerebro humano está caracterizada por múltiples asimetrías hemisféricas. Existe la asimetría de estructura y asimetría de función, no existiendo dos cerebros que sean iguales, existiendo una variación individual considerable.

La asimetría puede reflejar el avance biológico de concentrar los componentes de control de una red dentro de un solo hemisferio, para minimizar las demoras de la conducción transcallosa (Mesulam, 2000). Lo más interesante fue descubrir que así como existe una asimetría interhemisférica para la cognición también la existe para la emoción (en el contexto de otras asimetrías ya sea macroscópicas, citoarquitecturales, bioquímicas, cognitivas y asimetrías también de género).

Al respecto fue interesante descubrir que existe un planteo a manera de hipótesis denominada "hipótesis de valencia", que postula:

"El hemisferio izquierdo es dominante para la emoción positiva".

"El hemisferio derecho lo es para la emoción negativa".

Estos postulados pueden explicar la predominancia de cuadros depresivos por lesiones hemisféricas izquierdas.

Otros datos interesantes en cuanto a la emoción, es que la misma se puede memorizar y también evocar bajo formas diferentes. Hacemos referencia mayormente a la emoción que acompaña a eventos o experiencias vivenciadas. Dichas experiencias están sustentadas en dos circuitos cerebrales de trayecto córtico-subcortical conocidos. Uno es el circuito de Papez que ayuda a memorizar las experiencias vivenciadas en episodios de nuestra vida. El mismo se denomina técnicamente circuito hipocampo-mamilo-tálamo-cingular, haciendo referencia a las estructuras que une dicha red a través del núcleo anterior del tálamo. Otro es el circuito de Mishkin que une a la amígdala con el núcleo dorso-mediano del tálamo y la corteza prefrontal. Este último es el responsable de memorizar directa-

mente las experiencias emocionales que acompañan a los episodios vivenciados. En cuanto a la evocación de dicha experiencia, la revisión mostró dos formas:

- 1) La denominada "memoria emocional" que hace referencia a una excitación emocional que corresponde a un evento recordado determinado y lo acompaña. Puede vivenciarse aun sin el recuerdo específico que lo originó (es una forma de memoria implícita).
- 2) La denominada "memoria de la emoción" que hace referencia al recuerdo de un evento emocional. Se recordaría el evento causante de dicha experiencia emocional con todo lo acompañado y desencadenado por dicho estado sin necesariamente vivenciarlo en el momento de su evocación. Se recuerda entonces la emoción pero ésta perdió la capacidad de excitarnos visceralmente (es una de las formas de la memoria explícita).

Recordando también las etapas del procesamiento de la información (memoria ultra-corta o sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo) que posibilitan la decodificación, almacenamiento y la posterior evocación de la experiencia, es que mencionamos a la memoria a corto plazo activa o también denominada memoria de trabajo u operativa (working memory). La misma tiene la capacidad de unificar y mantener en compás de espera a una tríada de información que podemos utilizar para la planificación de una respuesta determinada que bien podría ser una toma de decisiones. Nos referimos a la información que ingresa desde el medio ambiente a través de los sentidos, también a la información episódica evocada desde el almacén de la memoria a largo plazo y por último a la experiencia emocional en ese momento determinado. Este espacio de procesamiento está vinculado a la experiencia conciencia del individuo y está fuertemente vinculado al concepto de "foco atencional" en el proceso atencional.

Es así que se concibe un espacio a manera de memoria de trabajo emocional, donde confluye la experiencia emocional y los eventos de la memoria episódica. Es aquí que entramos a considerar una correlación anátomo-clínica de gran interés. La corteza órbita-frontal está posicionada a manera de interfase entre la amígdala y la memoria de trabajo (vinculada a un procesamiento en las cortezas asociativas).

La interrupción de la entrada de la información emocional a la memoria de trabajo como resultado del daño a la corteza órbita-frontal, tiene severas conse-

cuencias para el razonamiento y la toma de decisiones (concepto de “marcador somático” de Antonio Damasio).

Los lesionados en esta área tienden a no tomar conciencia (o a “no tomar en cuenta”) de las claves sociales y emocionales que podrían influir sobre su conducta. La misma parece no estar influenciada entonces por factores emocionales. Por consiguiente, los razonamientos y los procesos de toma de decisiones de estos pacientes están muy deteriorados.

En cuanto a los aportes de la neuropsicología al campo de las emociones, la revisión mostró tres grupos sintomatológicos, a saber:

- 1) Signos y síntomas psicológicos vegetativos
- 2) Déficits neurocognitivos
- 3) Anormalidades neurológicas

Nos centraremos a continuación en el reporte de la literatura internacional respecto de los déficits cognitivos.

Los déficits neurocognitivos

Es así que nos resultaron datos interesantes lo que sigue a continuación:

- a) En la depresión mayor los cambios cognitivos pueden ser tan severos y globales que pueden cumplir los criterios para el diagnóstico de una condición demencial (denominado por algunos autores como “síndrome demencial de depresión” y como “pseudos-demencia depresiva” por otros).
- b) Los dominios cognitivos afectados son la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Dicha performance deteriorada puede encontrarse tanto en los deprimidos unipolares como en los bipolares.
- c) La relación entre el humor y la cognición tiene componentes que son marcadores de rasgo y otros que son marcadores de estado. Los denominados marcadores de estado hacen referencia a los elementos que claramente mejoran acompañando a la mejoría sintomatológica (la mejoría del estado de humor depresivo). Marcadores de rasgo hacen referencia a los déficits que se encuentran aún en estado de eutimia, indicando una condición que bien puede ser considerada como permanente.

- d) El deterioro aumenta a medida que se acentúa la sintomatología.
- g) El número de síntomas depresivos se asocia con mayor riesgo de padecer una enfermedad de Alzheimer. Con cada síntoma adicional, la tasa anual de declinio cognitivo se incrementa en un 24%.

Referente a los dominios específicos, la revisión mostró que:

Referente a la atención y la working memory (explorado con el Trail Making Test parte A y el test de símbolos y dígitos):

- a) Tanto los depresivos como los maníacos en fase aguda están deteriorados.
- b) Los deprimidos unipolares aun en eutimia, rinden menos en el T.M.T. parte A y en el test de símbolos y dígitos.
- c) Los bipolares en eutimia rinden mal solo en T.M.T. parte A.
- d) El rendimiento en la atención se correlaciona con la severidad de los síntomas.

Referente a la función ejecutiva (T.M.T. parte B, Stroop Test y Wisconsin Card Sorting Test):

- a) Los bipolares en fase maníaca rinden mal en el W.C.S.T. y mejoran con el alivio de los síntomas.
- b) Los bipolares eutímicos se equivocaron más en el W.C.S.T. que los normales.
- c) Los bipolares ya maníacos o eutímicos rindieron mal en el Stroop Test.
- d) Los pacientes deprimidos rindieron mal en el T.M.T. parte B.

Referente a la memoria declarativa verbal (historia corta y lista de 15 palabras de Rey) y no verbal (pruebas visuo-espaciales):

- a) El deterioro de la memoria verbal se reportó tanto en los deprimidos como en los maníacos y también en fase de eutimia.
- b) Los deprimidos fallaron en la memoria no verbal. La fase eutímica mostró rendimientos normales.
- c) La memoria empeoró con la severidad del cuadro.
- d) La memoria implícita esta conservada.

Referente al correlato anátomo-clínico mostramos los siguientes esquemas.

Aclaremos la sigla CPFDL como corteza prefrontal dorso-lateal.

Depresión Unipolar

Dominio Cognitivo	Anormalidades estructurales	Anormalidades funcionales	Hallazgos postmorten
Atención			
Memoria de trabajo	CPFDL	CPFDL	CPFDL
Función Ejecutiva	CPFDL CPFDL	Corteza Cingular	CPFDL
Memoria	Hipocampo CPFDL	CPFDL	

En cuanto a la relación entre el estado de ánimo y los dominios cognitivos específicos afectados, la revisión mostró lo que sigue:

Déficit cognitivo en la alteración del estado del humor

Dominio Cognitivo	Tarea Cognitiva	Eutimia	Estado Depresivo	Estado Maniaco	Déficit que aumenta con la severidad de los síntomas
Atención	TMT - A	SI	SI	NO	—
	Digitos Simbolos	SI	SI	?	—
Función Ejecutiva	WCST	SI	?	SI	SI
	Stroop test	SI	?	SI	—
Memoria	TMT - B	SI	SI	?	—
	Verbal	SI	SI	SI	SI
	No verbal Implícita	NO	SI	?	?
		?	NO	?	?

LAS ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS

A) Neuro-morfometría de las emociones:

- Existen anomalías anatómicas en las regiones límbicas asociadas con la emoción, la cognición y la regulación homeostática (gyrus cingulado anterior, corteza órbito-frontal y entorrinal, ínsula anterior, estriado ventral y amígdala).
- Dichos hallazgos explicarían los síntomas autonómicos y emocionales de los desórdenes del humor.
- Otros reportes mostraron que existen alteraciones en las cortezas prefrontales, en los hipocampos así como en el núcleo caudado y putamen.
- Los hallazgos más consistentes son la reducción del volumen cerebral y del flujo sanguíneo cerebral en las cortezas órbito-frontal dorso-lateral y dorso-medial (tanto en los desórdenes unipolar como bipolar).
- También se reporta la reducción del volumen hipocámpico en ambos, pero la reducción del caudado y del putamen se observó solo en la depresión unipolar.
- Que existen reportes de una dilatación de los ventrículos laterales (con aumento del tamaño ventricular entre 11 y 29% de los unipolares y bipolares). La misma es más frecuente en los bipolares que en la depresión recurrente.
- Los depresivos recurrentes con síntomas psicóticos tienen mayor dilatación. Los esquizofrénicos tienen mayor dilatación que los deprimidos y éstos que la población normal.
- En cuanto al tamaño del tercer ventrículo se reportó que tanto en pacientes deprimidos de edad avanzada y en los que cursan los primeros episodios maníacos. el tamaño se correlaciona con síntomas psicóticos, edad avanzada, inicio tardíos, sexo masculino, unipolaridad y test de supresión de dexametazona positivo.
- En cuanto a la sustancia blanca subcortical, existen hiperintensidades en 15- 44% de los bipolares y en 4-6% de los controles y 9% en los esquizofrénicos. Las mismas persisten en el tiempo. Existe un predominio frontal y parietal en los bipolares. Los mismos presentaban un incremento mayor del volumen de las hiperintensidades que los unipolares. Hay una mayor incidencia en el lóbulo frontal y se correlacionan positivamente con el tamaño ventricular. En los bipolares, las hiperintensidades no se

correlacionan con factores de riesgo vascular, exposición previa al litio, los neurolépticos o la terapia electroconvulsiva.

Parece que las mismas ya están presentes en pacientes bipolares jóvenes e incluso desde el primer episodio. A edades avanzadas son dependientes de la edad y están asociadas a factores de riesgo vascular.

- j) En cuanto a las estructuras del circuito fronto-límbico, en lo referente al lóbulo temporal, existe una disminución del volumen parahipocámpico. Existe en los unipolares un mayor tamaño del lóbulo derecho que el izquierdo. Los varones bipolares mostraban lo mismo pero no así las mujeres bipolares.
- k) En lo referente a la amígdala e hipocampo, los bipolares muestran una disminución del volumen del hipocampo a derecha. Otros hallaron un decremento del 10% en el volumen de ambas estructuras en los deprimidos. Otros hallaron aumento del volumen amigdalares en bipolares. Otros observaron un incremento del volumen hipocámpico derecho en bipolares que se correlacionó con peor rendimiento en la memoria, abstracción, atención, inteligencia y funciones motoras.
- l) Referente a los núcleos grises de la base, se evidenció una reducción del volumen del núcleo caudado y putámen bilateralmente en deprimidos. Se evidenció un aumento del núcleo caudado en bipolares masculinos, al igual que en los esquizofrénicos de ambos sexos (¿efecto de la medicación?). El tálamo de los bipolares era mayor y el de los depresivos unipolares menores. El tálamo de los adolescentes esquizofrénicos y bipolares es menor que los el de los controles.
- m) Referente al lóbulo frontal, el mismo mostró una disminución del volumen prefrontal en 7% de los pacientes con depresión mayor recurrente. No se reportan cambios en bipolares. No se evidenciaron asimetrías en los pacientes bipolares pero el lóbulo frontal derecho se mostró más grande en los pacientes deprimidos prepuberales.
- n) Los hallazgos en la glándula pineal mostraron calcificaciones de gran tamaño en 25 % de bipolares institucionalizados.

B) Relación entre la neuromorfometría de las emociones y la cognición:

- a) La alteración en el cortex prefrontal dorso-lateral, el cuerpo estriado e hipocampo, darían cuenta de la alteración en la atención, la Working Memory, la memoria propiamente dicha y las funciones ejecutivas.

- b) Los patrones de deterioro cognitivo tanto en los unipolares como en los bipolares es similar y se diferencian únicamente en su intensidad. La afectación de la corteza prefrontal dorso-lateral aparece como crucial.
- c) Habría un sustrato común para la afectación de la cognición. Los unipolares siempre mostraron un hipocampo reducido en su volumen siendo variables los hallazgos en los bipolares.

C) Relación a los hallazgos de neuroimagen en la tomografía por emisión de fotón único muestran que:

- a) En la depresión mayor hay un hipoflujo frontal izquierdo.
- b) El entecimiento psicomotor se correlacionó con una disminución del flujo a nivel prefrontal ántero-lateral izquierda.
- c) El deterioro cognitivo se correlacionó con una disminución prefrontal medial izquierda.
- d) Los pacientes unipolares no medicados muestran un incremento relativo en el flujo sanguíneo cerebral frontal izquierdo comparado con los bipolares. No existieron diferencias entre los bipolares y el grupo control.

D) Relación entre la neuromorfometría de las emociones, el flujo sanguíneo cerebral y la cognición en reposo:

- a) Comparando a pacientes deprimidos deteriorados cognitivamente y a deprimidos no deteriorados, se encontró una disminución de la actividad en el gyrus prefrontal medial izquierdo (área 10 de Brodmann) y aumento en el vermis cerebeloso en los deteriorados.
- b) El declinio cognitivo global en los deprimidos se correlacionó con disminución del F.S.C. en el cortex prefrontal medial (memoria y atención). El cortex cingulado anterior solo correlacionó con la memoria.
- c) Otro reporte importante informa que los estudios de neuroimagen funcional sustentan la noción de que los deterioros cognitivos en la atención y working memory así como en las funciones ejecutivas en los desórdenes del humor, están asociados con disturbios en la cortezas prefrontal, cingulada anterior e hipocámpica.

E) Relación entre la neuromorfometría de las emociones, el flujo sanguíneo cerebral, la cognición, los métodos de activación y la afección bipolar:

- a) Existen hallazgos similares a los unipolares en cuanto a la disfunción prefrontal.
- b) Cuando se intentó activar con la tarea de generación de lista de palabras, toma de decisiones y el Stroop Test, en la manía se evidenciaron anomalías en el cortex prefrontal ventral.
- c) El déficit de activación en el cortex prefrontal izquierdo se mostró como marcador de rasgo.

F) Referente a la neuroimagen funcional y métodos de activación en las siguientes situaciones:

- a) En la expresión facial de tristeza en forma progresiva, se evidenció un aumento de actividad funcional de amígdala izquierda y del polo temporal derecho.
- b) En la expresión facial de cólera progresiva, se evidenció un incremento de actividad en córtex prefrontal y córtex cingular anterior.
- c) En la expresión facial de miedo, se evidenció un incremento de actividad en amígdala izquierda, pulvínar izquierdo, ínsula anterior izquierda y circunvolución del cíngulo anterior bilateralmente.

G) En cuanto a los hallazgos con la tomografía por emisión de positrones:

- a) En la depresión se observa hipoactividad prefrontal, temporal, cingular anterior y en los ganglios basales.
El hallazgo más replicado tanto en la depresión unipolar como en la bipolar es el hipometabolismo prefrontal dorso-lateral y de predominio izquierdo que se correlaciona con la gravedad de los síntomas y que suele normalizarse con el tratamiento y la remisión de los síntomas.

H) Los hallazgos referentes a la resonancia nuclear magnética funcional mostraron que:

- a) La concentración de creatina en el lóbulo frontal izquierdo de los bipolares en fase depresiva era menor que el estado de eutimia.

- b) La concentración de creatina en el lóbulo frontal derecho fue mayor en los varones que en las mujeres.
- c) Los hallazgos concluyen en un decremento de la densidad neuronal o disfunción neuronal en la región prefrontal dorso-lateral.
- d) Los niños con trastorno bipolar muestran niveles elevados de glutamato/glutamina en ambos lóbulos frontales y en los ganglios basales comparado con los controles. Estos hallazgos sugieren que la resonancia nuclear funcional podría detectar anomalías en niños con trastorno bipolar en forma precoz.

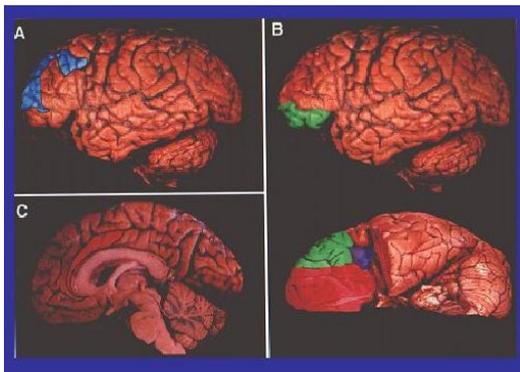
Referente a las formas en que se ha estudiado la correlación anátomo-clínica del humor depresivo haciendo referencia a patologías específicas, surgieron datos interesantes. Las líneas de investigación han sido tres:

- 1) Con lesiones discretas o localizadas (T.E.C., stroke, tumores, ablación quirúrgica y epliepsia focal).
- 2) Con cambios degenerativos o neuroquímicos definidos (Parkinson, Huntington, P.S.P., Fahr, Wilson, intox. Con CO)
- 3) Con patología cerebral generalizada (enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple y enfermedades sistémicas)

Seguidamente haremos referencia los hallazgos en las primeras dos líneas de investigación.

LESIONES DISCRETAS O LOCALIZADAS

Referente a lesiones focales pudimos observar que se reporta un grupo sintomatológico que se repite según la lesión de las diferentes caras del sector prefrontal (dorso-lateral, órbito-frontal y medial-cingulado). De esta manera se puede arribar a una verdadera clasificación de los síndromes prefrontales de acuerdo a su traducción clínica.



Principales áreas corticales de inicio de los circuitos prefronto-subcorticales:

- Dorsolateral.
- Orbitofrontal.
- Cíngulo anterior.

Síndrome Prefrontal-Orbital (10-11-13 Y 47):

- 1) Trastornos atencionales (control de interferencias).
- 2) Síndrome de dependencia ambiental (imitación y utilización).
- 3) Hipermotilidad e impulsividad.
- 4) Euforia (con irritabilidad)-
- 5) Desinhibición de instintos y deterioro del juicio moral.
- 6) Sociopatía criminal.
- 7) Perseveraciones.

Síndrome Prefrontal Medial Cingulado (6-8-10-12-24 y 32).

- 1) Dificultades en la iniciación del movimiento del brazo, ojos y dificultades en el lenguaje (6-8).
- 2) Hipokinesia o akinesia (24-32). Mutrismo akinético.
- 3) Catalepsia.
- 4) Apatía.

Síndrome Prefrontal Dorsolateral (ÁREAS 8-9-10 Y 46):

- 1) Trastornos atencionales (intensiva y selectiva).
- 2) Posible negligencia visuo-espacial (alteraciones de la mirada).
- 3) Síndrome disejecutivo (atención, WM, planificación).
- 4) Alteraciones del lenguaje (afasia prefrontal y fluencia verbal).
- 5) Perseveraciones.
- 6) Apatía.
- 7) Depresión.

Es importante destacar que la afectación tan focalizada dentro del sector prefrontal del lóbulo frontal suele observarse en lesiones como las causadas por el stroke.

En lo referente a la depresión post-stroke, pudimos compilar una información sumamente interesante, como la que sigue a continuación.

DEPRESIÓN POST STROKE

Los hallazgos son como sigue:

- A) La depresión se correlaciona mayormente con lesiones hemisféricas izquierdas que con las derechas en una forma estadísticamente significativa.
- B) Las lesiones correspondían a una localización frontal, subcortical o fronto-subcortical (afectando las proyecciones fronto-estriatales).
- C) Existe una correlación inversa entre la distancia del borde anterior de la lesión y el polo frontal (tanto para las lesiones corticales como subcorticales).
- D) Hallazgos similares para la injuria cerebral post-TEC.
- E) La asociación entre la depresión mayor y el sitio de la lesión se restringe al estado agudo. La depresión de inicio tardío se correlacionó con factores sociales y con la historia psiquiátrica previa.
- F) La atrofia subcortical previa es un factor de riesgo para padecer depresión post-stroke.
- G) Existiría una afectación directa de las neuronas catecolaminérgicas o una disrupción de sus proyecciones corticales.

- H) Existiría una asimetría en la disposición de dichas vías (se evidencia en un descenso de serotonina, dopamina y norepinefrina y de la dosificación en L.C.R. De MHPG en la fase aguda de las lesiones a izquierda)
- I) Los lesionados a izquierda deprimidos, presentaron un hipometabolismo fronto-orbitario, temporal y cingulado bilateralmente. Los maníacos (lesionados a derecha), mostraron un hipometabolismo ipsilateral temporal. Los eutímicos lesionados a izquierda no mostraron nada a nivel temporal y singular pero como todos, mostraron un hipometabolismo frontal inferior bilateral.
- J) El efecto metabólico remoto en el cortex órbito-frontal, es debido a la interrupción de las vías córtico-estrio-talámicas. Las anomalías a nivel temporal son estado específicas implicando la disrupción de las vías límbico-vasotemporales.
- K) Las anomalías basotemporales y fronto-orbitaria se observaron tanto en la enfermedad de Parkinson, la afectación de los ganglios basales y en la enfermedad de Huntington, siempre y cuando estuvieran deprimidos, de lo contrario no se observaba alteración alguna.
- L) El humor deprimido se correlacionó con cambios cerebrales estereotipados y fue estado específico pero no enfermedad específica.
- M) House, Dennis, Warlow, Hawton y Molineux (1990) encontraron una relación directa entre la proximidad lesional al polo frontal y la severidad de la depresión pero tanto a izquierda como a derecha.

CAMBIOS DEGENERATIVOS O NEUROQUÍMICOS DEFINIDOS. La depresión en la enfermedad de Parkinson

- A) Existe una asociación específica entre la neuropatología de la enfermedad de Parkinson, la Depresión Mayor y los Déficits Cognitivos Frontales.
- B) Existe un hipometabolismo bilateral en el núcleo caudado y en el cortex frontal inferior característico en los parkinsonianos deprimidos al compararlos con los no deprimidos.
- C) Existe una hipoperfusión en las regiones frontales dorso-laterales y antero-mediales así como en las cortezas cinguladas (similar a la depresión primaria)

- D) Se observó una disfunción en dos vías a saber:
- 1) Córtico-Estrio-Talámica
 - 2) Límbico Basotemporal
- E) Los pacientes akineto-rígidos tienen mayor proporción de depresión mayor.
- F) Existe una fuerte correlación entre la bradicinecia y una hipoperfusión del cortex fronto-medial. La bradicinecia fue el signo extrapiramidal de mayor correlación con la depresión.

La depresión primaria

- A) Existe un hipometabolismo prefrontal dorsolateral predominantemente izquierdo.
- B) Se observó un decremento del flujo en la zona fronto-orbitaria, temporal anterior y cingular.
- C) El tratamiento exitoso normalizó el hipometabolismo prefrontal dorsolateral así como disminuyó el metabolismo en el cortex órbito-frontal y aumentó el metabolismo en el núcleo caudado.
- E) Como marcador de estado se identificó un incremento del flujo en la pars orbitalis frontal inferior bilateralmente.
- F) La mejoría se asoció con un hipometabolismo en las áreas paralímbicas ventrales (ínsula anterior y polo temporal).
- G) Los deprimidos resistentes a la terapia mostraron un hipermetabolismo en la ínsula anterior y en el polo temporal. Los resistentes al tratamiento con fluoxetina mostraron un hipermetabolismo en dichas áreas ventrales (cortex órbito-frontal e ínsula anterior).

Por último revisamos la literatura en lo concerniente a las causas o mecanismos biológicos de la depresión y encontramos un posible mecanismo explicativo.

EL MECANISMO DE LA DEPRESIÓN (una visión unificada de la depresión secundaria)

- 1) Los cambios metabólicos orientan a la disfunción de dos circuitos:
- a) Córtico-estrio-talámico

- b) Límbico basotemporal (que une la corteza órbito-frontal y el cortex temporal anterior vía fascículo uncinado).
- 2) Existe una interacción anormal entre las áreas ventrales y dorsales.
- 3) Se observa una asimetría en la respuesta de sistema de aminas biógenas a la injuria (la depresión mayormente con lesiones a izquierda)
- 4) Esto conllevaría a una disfunción serotoninérgica lateralizada con una disfunción límbica y por consiguiente a un estado depresivo.

RESULTADOS

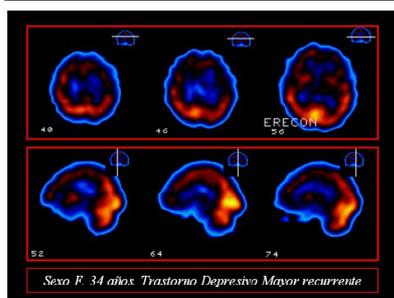
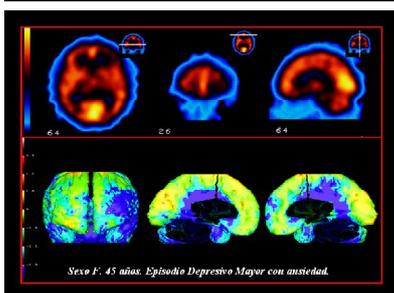
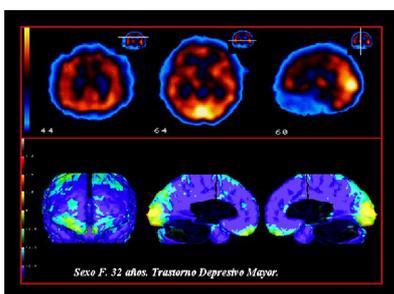
De la actualización surgieron ciertas conceptualizaciones:

- a. Se estudió la Hipótesis de valencia y se observó que los cuadros depresivos unipolares y por lesiones focales muestran predominancia de disfunción frontal izquierda.
- b. Dentro del sector prefrontal, la mayor afectación es la dorsolateral.
- c. Las anomalías anatómicas en las regiones límbicas asociadas con la emoción, cognición y la regulación homeostática (cíngulo anterior, corteza órbito-frontal y entorrinal, insula anterior, estriado ventral y amígdala) explicarían los síntomas autonómicos y emocionales de los trastornos del humor.
- d. También pueden encontrarse alteraciones en hipocampo, núcleo caudado y putamen.
- e. Los hallazgos estructurales más consistentes en los Trastornos Uni y Bipolares son la reducción del volumen prefrontal (7%), particularmente en la corteza mesial y orbitaria, del volumen hipocámpico en Trastornos Uni y Bipolar, y del estriado en la depresión unipolar. Ocasionalmente se observa dilatación de los ventrículos laterales (11 a 29% de los pacientes con Trastornos Uni y Bipolares). Los pacientes con Trastornos Depresivos Recurrentes con síntomas psicóticos son los que muestran la mayor dilatación.
- f. Se observaron hiperintensidades en sustancia blanca subcortical (en 15-44% de los pacientes con Trastorno Bipolar vs. 4-6% de los controles). Parece que las mismas ya están presentes en pacientes jóvenes e incluso desde el primer episodio. A edades avanzadas son dependientes de la edad y están asociadas a factores de riesgo vascular.
- g. Los estudios de neuroimagen funcional constatan alteraciones del flujo sanguíneo cerebral en la corteza órbito-frontal, prefrontal dorsolateral, el cíngulo anterior, los ganglios basales y los lóbulos temporales. En general se han descrito disminuciones de la actividad en corteza prefrontal dorsal y aumentos en las regiones ventrales. Las áreas orbitarias y mediales y las estructuras límbicas están implicadas en la modulación del comportamiento emocional, sugiriendo su participación en la patogénesis de la depresión. Los trastornos en estas áreas pueden persistir luego del tratamiento, constituyendo un marcador de rasgo.
- h. Los deterioros cognitivos en la atención, working memory y funciones ejecutivas en los desórdenes del humor, están asociados con disturbios en la corteza prefrontal dorsolateral, del cíngulo anterior e hipocámpica. La hipoactividad de las áreas dorsales durante el cuadro depresivo refleja alteraciones e interacciones neuropsicológicas entre el procesamiento cognitivo y el emocional y tiende a revertir con la remisión sintomática, por lo que puede ser considerada como un marcador de estado.
- i. El abordaje neuropsicológico de los pacientes seleccionados replican en gran forma los hallazgos de la literatura internacional aunque en uno de los mismos (el que presentó un trastorno depresivo recurrente) mostró la menor alteración de los tres con un Stroop Test normal y un Trail Making Test parte B también normal.
Hacemos un llamado de atención en cuanto a que no siempre es replicable lo reportado sistemáticamente en la literatura internacional referente a los hallazgos neuropsicológicos en cuanto al rendimiento cognitivo. Nos ha sucedido también en abordajes de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de la Tourette y pacientes esquizofrénicos.

CONCLUSIONES

El lóbulo frontal y sus conexiones prefronto-subcorticales participan en la organización del estado de ánimo del ser humano mostrando alteraciones de su funcionamiento en los pacientes deprimidos, con una dominancia hemisférica izquierda (hipótesis de valencia).

SPECT CEREBRAL DE TRES PACIENTES SELECCIONADOS



ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR -DSM IV

- Estado de ánimo depresivo: sentimiento de “tristeza” o de vacío, llanto fácil.
- Pérdida de interés. Pérdida de la capacidad para el placer (anhedonia)
- Irritabilidad.
- È o Í de peso (sin hacer dieta).
- Insomnio o Hipersomnia.
- Inhibición psicomotriz .
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de culpa, ruina, inutilidad, incapacidad.
- Í de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida con o sin plan específico.
- Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral, familiar.
- Los síntomas no son debidos a los efectos de una sustancia o enfermedad médica.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

REFERENCIAS

- APA. (2002) *DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arango-López, C., Crespo-Fcorro y Arroyo, MB (2003) *Neuroimagen en Psiquiatría*. España: Ars Médica.
- Brody AL, Barsom MW, Bota RG, Saxena S. (2001) Prefrontal-subcortical and limbic circuit mediation of major depressive disorder. *Semin Clin Neuropsychiatry* Apr;6 (2):102-12
- Calev, Abraham. (2005) *Assessment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Drevets WC. (2000) Neuroimaging studies of mood disorders. *Biol Psychiatry* Oct 15;48(8):813-2
- Flaschman, L.A (2004) Cognitive and Neurologic Impairment in *Psychiatric Disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*. March, Volumen 27. Number 1.
- Fuster, M.J. (1997) *The Prefrontal Cortex. Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobes*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Heilberg, Shalloway, S.P.; Malloy, P. F., and Duffy, J.D. (2001) *The Frontal Lobes and Neuropsychiatric Illness*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Lauterbach, E.C (2002) *Abordaje Psiquiátrico en las Enfermedades Neurológicas*. España: Ars Médica.
- Stuss Donald T. and Knight, R.T. (2005) *Principles of Frontal Lobe Function*. USA: Oxford University Press.
- Mesulam, M.M.: (2002) *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*. USA: Oxford University Press,
- Risberg, J., and Grafman, J. (2006) *The Frontal Lobes: Development, Function and Pathology*. Cambridge University Press. Schneider, W. X.; Owen, A.M., and Duncan, J.: *Executive Control and the Frontal Lobe: Current Issues*. Berlin: Springer-Verlag.

Fecha de recepción: 25 octubre 2007

Fecha de aceptación: 7 noviembre 2007

MATERNIDAD Y MODERNIDAD

Motherhood and modernity

María del Carmen Bravo de Rueda*

Resumen

El propósito del presente artículo es analizar los cambios sociales y laborales que se han dado en la vida de la mujer trabajadora, ciudadana, de nivel medio en las últimas décadas y la influencia que éstos tienen en la vivencia de la maternidad actual. Se analizan malestares y problemas, presentando alternativas de solución. Para su elaboración se ha revisado bibliografía de artículos y estadística publicada tanto en material impreso, como en Internet.

Palabras clave: Género / maternidad / roles de la mujer / salud mental / Bioética.

Abstract

The purpose of this abstract is to analyze the social and labor situation changes in the life of the middle class woman worker and resident of a city, in the last decades, and their influence in the way she experienced the motherhood at present. Discomfort and problems were examined and their alternative solutions presented. For this research, printed as well as on line articles and statistical data have been examined.

Key words: Gender / motherhood / roles of women / mental health / Bioethics.

INTRODUCCIÓN

El interés por analizar el tema planteado en este artículo, surge en la consulta diaria en mi labor como psicoterapeuta, a la que asisten mujeres jóvenes adultas, trabajadoras, profesionales, que de algún modo u otro, consultan acerca de su malestar, inquietud o una gran preocupación porque no logran complementar adecuadamente el rol de mujer trabajadora, con su relación de pareja y con su función de madre.

En muchos casos el hecho de estar muy ocupadas en mantener un sitio en el ámbito laboral o lograr el éxito profesional, las obliga a optar por una maternidad postergada.

Irónicamente, ante el aumento de los avances tecnológicos, las posibilidades de intimidad sexual decrecen y la procreación es más bien una decisión. (Welldon, E. 2006, Pág.99)

Esta decisión, puede tener consecuencias biológicas como psicológicas, ya que no sólo puede traer problemas en su fertilidad, sino también está relacionada con frustraciones, dificultades y hasta trastornos del estado de ánimo que se presentan frente a los temores de no poder quedar embarazadas dentro de unos años, el riesgo de anomalías cromosómicas que trae tener un hijo a edad mayor, temor de no contar todavía con la pareja "ideal" para considerarlo como padre de sus hijos (a pesar de las múltiples parejas que se tuvieron) o de no poder afrontar la situación de tener un hijo y conservar el ritmo de trabajo acostumbrado o el ascenso deseado

Al parecer lo que se le está exigiendo a la mujer del siglo XXI: ser buena madre, esposa, trabajadora, ser bella y verse bien, buena dueña de casa o jefa de hogar, etc. le están impidiendo ser realmente una mujer feliz. (Villagrán, 2005)

Por otro lado, a pesar de que actualmente la ciencia lucha contra la naturaleza y sus tiempos biológicos, las técnicas biogenéticas traen también una serie de dilemas, en el argot de la bioética, que plantean a su vez no sólo riesgos físicos y dolor, sino frustración y estrés, y hasta problemas éticos y morales para las mujeres que postergaron su maternidad y no pudieron tener el hijo cuando lo desearon.

* Psicóloga - Psicoterapeuta. Clínica Ricardo Palma, cbravoderueda@terra.com.pe

VISIÓN AL PASADO

Si retrocedemos en el tiempo, nos daremos cuenta de que hasta hace algunas décadas, la vida de la mujer en el Perú era muy diferente a su desempeño actual.

En la primera mitad del siglo XX, la vida de la mujer mayormente transcurría en el mundo del hogar y estaba guiada por las expectativas sociales, sobre la base de las tradiciones familiares y culturales. La maternidad era su función por excelencia y esto estaba muy alejado del disfrute sexual. Las que trabajaban fuera del hogar, lo hacían porque lo necesitaban económicamente y siempre en “labores femeninas” es decir lavado, cocina, confección de ropa, otras participaban como dependientas en comercios, secretarías, etc.

No se esperaba que la mujer fuese profesional y cuando lo decidía, se esperaba que fuera en una carrera de servicio que era compatible con las características que se le atribuían: maestra, enfermera, etc. Sin embargo, lo que la mayoría de padres aspiraban era que sus hijas, las “señoritas” de la casa, pudieran conseguir un buen marido, que se casaran bien y formaran un hogar. Los libros de Educación Familiar, en donde se les enseñaba modales, a coser, a bordar, a preparar su ajuar, a llevar un hogar, eran obligatorios en los colegios. En las ciudades, se esperaba que a los 25 años, la mujer ya estuviera casada o por casarse y se pensaba que la que pasaba los 35 años, si no salía a casarse al extranjero, era candidata a vestir santos. Por otro lado, muchas mujeres dejaban de trabajar al salir embarazadas y se dedicaban únicamente a la crianza de los hijos.

Todavía hay lugares y familias en donde predomina este pensamiento, Sara-Lafosse (2007) refiere que si bien actualmente en nuestro país hay un sector de padres responsables, algunos viven la relación familiar como si todavía estuvieran vigentes el Código Civil de 1936 y el Código Penal de 1924.

Estos códigos delineaban, el Civil, una estructura familiar patriarcal con una división sexual del trabajo que asignaba al padre el rol de proveedor y a la madre el rol de atención personal del hogar y cuidado de los hijos y, con un ejercicio de la autoridad masculino; y el Penal, una vivencia de la sexualidad como la práctica de un derecho masculino y un deber femenino. (Sara-Lafosse, 2007)

En Europa se escucharon voces a favor de los derechos de la mujer, ya en 1971 cuando Olimpia de Gouges, parafraseó la Declaración de los Derechos del

Hombre y los designó Derechos de la Mujer y la Ciudadana, conforme avanzaron los años se fueron produciendo más cambios, la mujer de pocos recursos entró como obrera a las fábricas, en donde fueron explotadas, mientras que las de mejor nivel económico se volcaron a las actividades sociales.

Durante los años 20, y como consecuencia del impacto de la primera Guerra Mundial en los roles femeninos, sectores de mujeres de la sociedad local que tenían oportunidad de viajar al exterior o de leer y estar en contacto con publicaciones europeas adoptaron actitudes y comportamientos que se distanciaban del ideal femenino convencional. (Reyes, 1995)

En el Perú, la lucha por los derechos de la mujer empezó en forma aislada desde tiempos remotos, sin embargo, nosotras conseguimos el derecho al sufragio recién en 1955 y con ciertas restricciones, después de Ecuador, Argentina, Venezuela, Chile. Fue en la década del 70, que las instituciones feministas se hicieron notar. A través de éstas, se cuestionó la circunscripción de la mujer en el ámbito privado o del hogar en donde si bien podía contar con la riqueza de los afectos y emociones, no se valoraba su trabajo doméstico y estaba en situación de dependencia del marido. Se le negaba la participación en el espacio público dominado por el hombre y basado en los poderes social, económico y político que los hacía dueños de las decisiones.

El cuestionamiento se dio sobre la base de varios temas, entre ellos sexualidad, control del propio cuerpo, violencia, maternidad, trabajo doméstico, que reflejaban situaciones del ámbito privado, pero que sin embargo, revelaban el dominio de lo masculino.

De este modo, el espacio privado (doméstico) que el patriarcado había creado para encerrar a la mujer, se amplió para convertirse en un espacio de poder, donde la mujer trabajadora se constituyó en protagonista principal de un rol como activista política, sindicalizada en la lucha para la obtención de leyes que reivindicarían en algo sus derechos igualitarios con el varón (educación, remuneración salarial, etc.) (Cerna, Estrada y Godoy, 1997)

Muchos años tuvieron que pasar para que las propuestas planteadas por los movimientos feministas en un comienzo, tuvieran su corolario en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo en 1994 y en donde se le da a la mujer “las armas necesarias para mejorar su

situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo”

A pesar de que internacionalmente ya se habían establecido principios generales que defendían los derechos de las personas como en la Declaración de Derechos Humanos, en la CIPD, se dieron principios relacionados con la perspectiva de género entre ellos el tema de la igualdad y la equidad entre los sexos, además por primera vez se tuvo en cuenta la salud reproductiva y la salud sexual y el derecho a la planificación de la familia, el derecho a la educación y el acceso a los servicios de salud, y la eliminación de la violencia contra la mujer, entre otros.

En el Programa de Acción se reconoce que el objetivo de la potenciación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su situación política, social, económica y de salud es, en sí mismo una meta sumamente importante y es esencial para el logro del desarrollo sostenible (UNFPA, 2004, p.5)

En el capítulo IV, titulado “Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer”, los objetivos son lograr la igualdad y equidad de género, a fin de que la mujer realice plenamente sus posibilidades, y su incorporación en el proceso de políticas y adopción de decisiones en todos los aspectos la vida económica, política y cultural. Por otro lado, en el capítulo VIII-C, enfoca los objetivos en la promoción de la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo; la reducción en la morbilidad y mortalidad maternas y la reducción del número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones. También se recomiendan medidas para mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

Sin embargo, en el 2004, a los 10 años de la CIPD, la Comisión de Población y Desarrollo (UNFPA, 2004; p. 63-65) se mostró preocupada por el hecho de que tal vez los países no logren cumplir los objetivos y compromisos convenidos en el Programa de Acción y destaca la importancia de la salud reproductiva para el desarrollo. Y entre otras recomendaciones reitera que los gobiernos deben seguir comprometiéndose al más alto nivel político a conseguir las metas y los objetivos del Programa de Acción.

Otro hito importante en la historia por la lucha de los derechos de la mujer fue la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing 1995. En dicha declara-

ción se reconoció que la situación de la mujer había avanzado durante el último decenio en algunos aspectos importantes, pero también se afirmó que persistían las desigualdades entre hombres y mujeres. Se refrendó que los derechos de las mujeres son derechos humanos y entre otros aspectos se reafirmó que, la potenciación del papel de la mujer y su plena participación en condiciones de igualdad en todas las esferas de la sociedad, incluidos los procesos de adopción de decisiones y el acceso al poder, son fundamentales para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz. Otro objetivo fue alentar a los hombres a que participen plenamente en todas las acciones encaminadas a garantizar la igualdad y a promover la independencia económica de la mujer, incluido su empleo.

A partir de estos acontecimientos, se fomentaron el ingreso masivo de la mujer en la educación, el uso de la libertad sexual y reproductiva, su desempeño en el ámbito laboral y su bien ganada independencia económica, que entre otros factores, han cambiado la programación de la vida de la mujer volcándola a participar en la vida pública.

En nuestro país, esto no se da de modo general en la actualidad, pues en los niveles sociales menos favorecidos o en el campo, todavía permanecen algunas costumbres y ataduras del pasado. Y aunque la clase menos privilegiada no es tema de nuestro artículo, nos parece importante hacer hincapié que no es sólo la clase social o económica lo que influye en el desarrollo de la mujer en la defensa de sus derechos, sino que al igual que Vargas (1989), consideramos que la educación es uno de los factores básicos que propician el desarrollo de la libertad de la mujer.

En efecto, la experiencia nos ha demostrado que la preocupación por la liberación de la opresión de género surge con más fuerza en medios sociales en los cuales las mujeres han logrado romper con algunas de las barreras tradicionales, y en los cuales tienen mayor acceso a la educación, al trabajo fuera de la casa, a la salud, y, por ende con todas las limitaciones-logran algún nivel de independencia personal (Vargas, 1989, p.39)

SITUACIÓN ACTUAL

a. Trabajo

Si nos situamos frente a la realidad de muchas jóvenes de 25 de nivel socio-

económico medio, podemos percibir que en la actualidad sienten que están en la cúspide de su desarrollo personal. Han terminado su carrera profesional, están estudiando o planean continuar con una maestría, generan suficiente dinero para autofinanciar sus necesidades, han viajado dentro y algunas fuera del país, tienen carro propio y están planeando la adquisición de su departamento. A pesar de que muchas todavía comparten el techo con sus padres, por razones afectivas, ahorro económico, etc. ya no dependen de ellos. En el aspecto personal, viven una vida sexual plena y han tenido más de un compañero, sin embargo, retrasan el deseo de ser madres para mantener el estatus laboral.

En el trabajo, han conquistado su propio espacio, las profesionales son bien aceptadas y aunque se valoriza sus características innatas de comunicación, organización, socialización, saber negociar, etc. han tenido que aprender a luchar en el terreno de los hombres, ser más racionales, seguras, imponer sus ideas, tomar decisiones, viajar solas, seguir procedimientos técnicos, etc.

Las ventajas del trabajo fuera de la casa en la mujer son múltiples, entre ellas el factor económico, independencia, superación, elevación de la autoestima, la satisfacción por hacer algo que les agrada, socialización, etc. El hecho es que dejando de lado la razón de cubrir las necesidades económicas, a muchas mujeres les agrada y desean trabajar, el problema son las condiciones y las dificultades que tienen que afrontar cuando tienen familia.

La mujer ha salido a trabajar pero nadie las ha reemplazado en la casa, y continúan haciéndose cargo del hogar, de los niños, de los enfermos de la familia y también de los adultos mayores, dedicándole algunas horas después de su jornada laboral. Muchas de las madres que se dedican a ambas actividades, se sienten abrumadas, estresadas, pierden la paciencia con los hijos, no tienen ganas de jugar, ni siquiera de conversar. Muchas veces, sólo exigen que todo se haga en orden, con perfección y a velocidad, chocando con el ritmo de sus hijos que necesitan aprender y quieren jugar y disfrutar.

Analizando la situación de la mujer peruana a través de las encuestas a escala nacional, encontramos que las mujeres forman parte de la gran fuerza laboral en el país. La Encuesta Permanente de Empleo (EPE, 2007), revela que en el último trimestre de agosto a octubre del 2007, en Lima Metropolitana había 6 millones 391 mil 300 personas en edad para desempeñar una actividad económica (PET). De este total, el 68,1%, lo que equivale a 4 millones 352 mil 300 constituyen la

Población Económicamente Activa (PEA). Del total de la PEA ocupada, el 56,2% (2 millones 253 mil 800) son hombres y el 43,8% (1 millón 753 mil 400) mujeres. Más de la mitad, el 53,2%, de los ocupados tienen edades comprendidas entre los 25 y 44 años.

Durante el trimestre mencionado, la PEA femenina desempleada (que busca trabajo) en Lima Metropolitana aumentó en 2,6%. De las 345 mil personas que buscan empleo, el 54,7% (188 mil 700) son mujeres y el 45,3% (156 mil 400) hombres. De otro lado, el 66,8% de la Población Económicamente Inactiva (PEI) está integrada por mujeres, mientras que el restante 33,2% son hombres. Es importante resaltar que dentro de la PEI se considera, entre otras, a las personas que se dedican a los quehaceres del hogar, incluyendo dentro de esta categoría a las "amas de casa", manteniéndose de esta forma la invisibilidad de su trabajo debido a que no es remunerado.

Se comprueba que todavía se mantiene la inequidad en los sueldos que perciben hombres y mujeres. Observamos que el ingreso promedio de los hombres llegó a 1009,9 nuevos soles y de las mujeres a 686,6 nuevos soles. El ingreso de las mujeres representa el 68% del ingreso de los hombres, siendo la brecha de 323,3 nuevos soles entre ambos géneros.

Si analizamos el nivel de educación de los trabajadores, el ingreso promedio mensual de los que tienen educación universitaria es lo que aumentó en mayor medida (12,6), motivo por el cual, se debería fomentar que las mujeres se esfuercen por seguir y culminar los estudios superiores.

Asimismo, los resultados de la EPE correspondiente al trimestre móvil agosto-setiembre-octubre del 2007, revelan que las horas que las personas permanecen en el trabajo se ha incrementado, sobrepasando incluso las ocho horas diarias o 48 horas semanales reglamentadas como máximo de acuerdo a las leyes peruanas.¹ El 64,5% de la PEA, trabajó más de 40 horas semanales, respecto a similar trimestre móvil del año anterior.

Se observa incluso que las horas trabajadas se han incrementado en mayor proporción entre los que laboraron como promedio 61 a 70 horas semanales

1. Como lo disponen la Constitución Política vigente (Art. 25º) y el Decreto Supremo N° 007-2002-TR Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 854 Ley de Jornada de Trabajo, Horario y Trabajo en Sobre tiempo, modificado por Ley N° 27671).

(11,2%), los que trabajaron como promedio de 51 a 60 horas aumentó en 7,8% y los que trabajaron de 41 a 50 horas semanales en 8,4%, lo que indica que las horas trabajadas supera ampliamente el número de horas establecido por ley.

A pesar de que se registra un mayor promedio los hombres (50,2 horas) que las mujeres (43,1 horas), hay que tener en cuenta que esto incluye a muchas mujeres que se dedican a trabajo doméstico por horas, por lo que el promedio no reflejaría el total de horas laboradas en oficina.

En el área urbana, las mujeres tienen mayor participación laboral en las categorías de ventas y servicios (41 por ciento), profesional /técnico/ gerentes (20 por ciento) y servicios domésticos (17 por ciento). En Lima Metropolitana, un 75 por ciento de las mujeres que trabajaron en los últimos 12 meses se concentra en estas tres categorías. (ENDES Continua 2004-2006, p.42)

El análisis por grupos de edad revela que los que tienen de 25 a 44 años de edad registraron mayor promedio de horas de trabajo a la semana (48,1 horas), en cuanto al aumento de horas. Es decir, precisamente el grupo que está por hacer familia o que tiene hijos pequeños. Podemos suponer entonces, que la gran cantidad de horas dedicadas al trabajo, va en desmedro del tiempo que se dedica a la pareja y a la familia.

Ahora si analizamos que el mayor promedio de horas personas trabajadas a la semana en el trimestre móvil en referencia se dio en el sector Comercio con 50 horas a la semana, seguida de Manufactura con 48,7 horas a la semana, Servicios con 45,8 horas y Construcción con 43,6 horas semanales, podremos ver que los tres rubros que demandan mayor tiempo son precisamente considerados como labores femeninas, en comparación con el de Construcción que corresponde a labores masculinas.

La ENDES Continua 2004-2006, además recogió información que da cuenta del grado de autonomía que goza la mujer en los diferentes contextos. A las mujeres empleadas con remuneración, se les preguntó sobre quién toma las decisiones respecto al uso de sus ingresos con el fin de determinar el grado de control de los ingresos. El 81 por ciento de las entrevistadas declaró que sólo ella decide cómo se gasta el dinero que ha ganado trabajando.

Sin embargo, el estado conyugal influye en la decisión del uso del dinero, pues es de 68 % entre las mujeres casadas o unidas, mientras que es de 93% en las solteras. Apreciamos a través de este dato, que las mujeres unidas o casadas no ejercen su autonomía sobre el dinero que perciben por su trabajo, no tenemos explicación de este hecho en la encuesta, esperamos que el marido no esté ejerciendo su fuerza o poder para designar el dinero que gana la mujer en algo que ella no desea, sobretodo en sectores menos favorecidos.

b. Salud Reproductiva

Según la Encuesta Nacional Continua 2006 (INEI-ENCO, 2001) revela que el 76,2% del total de la población femenina tenía 12 y más años de edad, mientras que el 51,5% de las mujeres en el país se encontraban en edad fértil (15 a 49 años). En Lima Metropolitana el porcentaje en edad fértil, es mayor al promedio nacional con un 55,1%. (ENCO, 2006, p.20).

Por otro lado, también apreciamos que las mujeres de todo el país están tomando el control sobre su salud reproductiva. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004-2006, pag. 66, da cuenta de que siete de cada 10 mujeres en unión conyugal (71 %) usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta, lo que representa un incremento de dos puntos porcentuales al encontrado en la ENDES 2000.

La tasa global de Fecundidad (TGF) según la Encuestas Demográficas de Salud Familiar ha bajado de 4,3 en 1986 a 2,9 en el 2000 (Ver Fig.1) y la ENDES Continua indica que ha bajado 10 por ciento, de 2.9 para el periodo 1997-2000 a 2.6 hijos por mujer para el periodo 2002-2006. En el área urbana, la fecundidad por edad alcanza su mayor nivel en el grupo de 20-34 años de edad, que aporta el 70 por ciento de la fecundidad total.

Figura No.1



Esto confirma que especialmente la mujer del área urbana está postergando su maternidad o ha optado por no tener niños. “El inicio de la procreación es más tarde en el área urbana (mediana 23.1 años para mujeres de 25 a 49 años de edad al momento de la encuesta) que en la rural (20.2 años); asimismo, es aún más tarde en Lima Metropolitana (24.4 años)” (ENDES Continua, p.57)

La diferencia que existe entre la TGF estimada para el área rural (3.7) y del área urbana (2.1), estaría relacionada fundamentalmente con el nivel de educación.

De continuar los niveles actuales de reproducción, las mujeres sin educación tendrían al final de su vida reproductiva casi tres veces el número de hijos que aquellas con educación superior (4.7 versus 1.6); siendo la brecha entre ambos niveles de 3.1 hijos. (ENDES Continua, p. 51)

En el aspecto legal, existen leyes que protegen a la madres y le otorga licencias por maternidad, así como otras que protegen a los niños. La ley 26644, otorga el goce del derecho del descanso prenatal y postnatal. En la ley 27240, se establece la hora de permiso para la lactancia materna. La ley 28048, protege a la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud o la del feto. Sin embargo, debido a que no todas las mujeres que trabajan están afiliadas al Seguro Social, muchas no pueden gozar de estos beneficios.

CONCLUSIONES

No podemos negar que en las últimas décadas se han dado cambios notorios en la vida de la mujer, la incorporación de la mujer al mercado laboral se ha constituido en un sinónimo revolución y avances en su vida integral. Este cambio ha traído otros a su vez, no sólo en la esfera pública sino también en esferas personales tales como son las decisiones sobre su cuerpo, control de la natalidad, mayor libertad sexual, etc. Pero también ha traído consecuencias no siempre deseadas como la maternidad postergada, el alejamiento de la familia, el tener que elegir entre el rol laboral o el rol de madre, etc. hechos que producen malestar e incertidumbre en la mujer.

A pesar de los adelantos logrados, todavía queda mucho que hacer. Sobre todo en el aspecto de la equidad de género y la de los derechos.

En el contexto de la diversidad de las condiciones geográficas, sociales, culturales y económicas del Perú, el análisis de la perspectiva del desarrollo social y el ejercicio de los derechos fundamentales nos revela una alarmante situación de inequidad y exclusión social para gran parte de la población. (Hurtado, R. y Ramos, M. 2006, p.137)

La mujer que antes estaba relegada al ámbito privado ha logrado no sólo entrar sino que actualmente está escalando posiciones en el espacio público. Sin embargo, todavía son muy pocos hombres que han tomado su lugar dentro del plano doméstico.

La ausencia de políticas públicas con enfoque de género, incluidas las normas laborales, implica continuar disociando el mundo público del mundo privado. Así las mujeres siguen siendo las únicas encargadas de los roles reproductivos, entendidos éstos de forma extendida como cuidado y crianza. (Hurtado, R. y Ramos, M. 2006, p.60).

El problema de la multiplicidad de roles todavía abruma a la mujer y no puede equilibrar el trabajo en la calle con su función de madre o esposa, pues cuando se le otorga más dedicación a uno de ellos, el otro se resiente.

...una de las grandes limitaciones para las mujeres que trabajan, según un estudio de Harvard del 2002, es la escasez de redes de contactos. Para la

mayoría de las profesionales que son madres y esposas, se restringe su recorrido cotidiano a casa-oficina-casa. (Escudero, 2004)

La tirantez entre las exigencias laborales y las hogareñas, no permite que la mujer se realice plenamente en ambos campos, es por ello que las mujeres que optan por destacar en el área pública, suelen por dejar de lado la maternidad a pesar de que la desean, trayendo como consecuencia frustración y malestar en la mujer.

Coincidimos plenamente con la siguiente cita, ya que no sólo comprueba las dificultades que acarrearán la postergación de proyectos, sino que también confirma además la importancia de tener espacios de consulta para que las mujeres puedan expresar y elaborar sus conflictos.

El trabajo clínico psicoanalítico con mujeres nos muestra la complejidad que representa hoy en día la decisión de tener un hijo. Apreciamos frecuentemente el conflicto que significa en sus vidas tener que postergar otros proyectos para detenerse y abrir un espacio en sus mentes para identificar y validar el deseo genuino, genital y maduro de criar un hijo, reconocido en su singularidad y con necesidades de atención y cuidado. (Zelaya, C., Mendoza, J. y Soto, E. 2006, p. 18).

El problema no es cuestión de decisión por una u otra actividad. La mujer ha logrado avanzar y ser parte del eje activo que lleva al progreso a la sociedad, sin embargo, no podemos olvidar que también es el eje de la familia y sin ella no habría sociedad. La dificultad reside en que la sociedad, no ha logrado alcanzar los cambios necesarios para conciliar el trabajo fuera de la casa con las labores que las mujeres desempeñan en el hogar, llámense cuidado de niños, del esposo o de los adultos mayores en la familia.

Ya han pasado más de diez años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en la que se recomendaba

"...cuando se adopten medidas relacionadas con el desarrollo, se debería prestar más atención a las múltiples exigencias que consumen el tiempo de la mujer, poniendo mayor hincapié en las medidas encaminadas a reducir la carga de las responsabilidades domésticas, y en la promulgación de leyes y la aplicación de programas y políticas que permitan a los empleados de ambos sexos armonizar sus responsabilidades familiares y laborales." (UNFPA, 2004, p. 22).

Sin embargo, en la práctica esto no se ha llevado a cabo, y por el contrario, advertimos que las horas de trabajo se han visto aumentadas por las empresas que no cumplen con las leyes promulgadas. En esto, también el Estado tiene responsabilidad pues debería mejorar el proceso de supervisión y acatamiento de las normas.

Por otro lado, el respeto a la jornada de trabajo, es una manera de darle el descanso necesario al trabajador en general, para que pueda desarrollarse mejor en el mismo trabajo y en su vida personal. Se sabe que una persona cansada o estresada, comete más errores y demora más tiempo para realizar labores cotidianas que requieran de las funciones de memoria o atención, cuidando su salud, se favorecería la productividad.

RECOMENDACIONES

a) Al Estado

Incluir en las políticas públicas la perspectiva de género.

Si bien existe la Ley de la Jornada Laboral, que en el 2002 ratificó la vigencia de las ocho horas de trabajo, sabemos que en la práctica son pocas las empresas, en su mayoría extranjeras, que realmente cumplen con esta ordenanza.

Los empleados, de ambos sexos, por temor a perder el trabajo o a perder las oportunidades de ascenso, suelen guardar silencio y no hacen respetar sus derechos. Es necesario que la Autoridad Administrativa de Trabajo (AAT) cumpla con su labor de inspección permanente para lograr el cumplimiento estricto del límite máximo de la jornada.

Promover políticas que favorezcan a la familia. Dar facilidades para la permanencia en el trabajo de la mujer con hijos, traerá bienestar no sólo emocional sino también económico, pues cuando ambos trabajan en una pareja pueden mejorar su estatus y con ello la posibilidad de dar una vida mejor a los hijos.

b) A las empresas,

Remuneración justa respetando la equidad de género. Recordar que el trabajador es el bien mayor de la empresa.

Reflexionar sobre la flexibilidad laboral o trabajo de calidad en jornadas parciales. Es mejor trabajar por objetivos y no por tiempo. Se ha comprobado que las mujeres que se adhieren a esta forma de trabajo tienen un mejor rendimiento.

Ser una empresa responsable con el ámbito familiar. Estas tienen en cuenta el equilibrio entre las horas que un trabajador pasa en la oficina y en su casa. Fomentan la flexibilidad laboral, el trabajo por Internet (Tele Trabajo) o las jornadas parciales los últimos días de la semana. Esto no sólo favorece a las mujeres sino a los trabajadores de ambos sexos, que responden con mayor motivación y productividad.

Valorar el trabajo de la mujer, se ha demostrado que sus características innatas tales como la comunicación y tendencia a armonizar favorecen la calidad del ambiente de trabajo.

Generar facilidades para que la mujer se reinserte luego de un periodo de maternidad y proporcionar facilidades para el cuidado de los hijos.

c) A las personas

Mujeres

Hacer respetar sus derechos, recordar que fueron ganados por gente que luchó por años para obtener un horario de trabajo justo y dignidad para la mujer.

Valorar su aporte a la empresa y negociar horarios parciales o flexibilidad laboral, que le permita equilibrar el tiempo de atención a su hogar.

Estudiar y capacitarse para lograr mayores beneficios.

Hombres:

También Uds. necesitan pasar mayor tiempo con la familia, los hijos necesitan del padre.

Es necesario que sean co-responsables con la esposa o pareja, no sólo del apoyo económico del hogar o de la manutención de los hijos, sino también participan activamente de las tareas domésticas. Tender camas, lavar platos o dar un biberón no va a mellar su masculinidad y si va a incrementar el bienestar de la familia.

REFERENCIAS

- Cerna, M., Estrada, M., Godoy R. (1997) Género y Trabajo Femenino en el Perú. Rev. Latino-Am. Enfermagem Vol.5 no.2 Ribeirão Preto Abr. 1997 Versión Web: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000200004&script=sci_arttext
- Cuarta Conferencia Mundial Sobre La Mujer - Beijing, China, Set. 1995. Disponible en <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.sp>
- ENDES Continua 2004-2006 Pagina Web del INEI - Bajo Titulo ENDES Continua - Informe principal. Agosto 2007 , p. 42. Leído en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0733/Libro.pdf>
- Escudero, A.L.(2004) Mujeres de Temple - Revista Caretas 27 de mayo de 2004, Pags. 42-43 de la edición impresa. También en <http://www.caretas.com.pe/2004/1825/articulos/mujeres.htm>
- Hurtado, R. y Ramos, M. (2006) Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú 2005. OPS. p.137
- INEI Resultados de la Encuesta Nacional Continua- ENCO-2006 p. Set. 2007- Leído en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0734/Libro.pdf>
- INEI. Encuesta Permanente de Empleo. Informe Técnico, 11 de noviembre de 2007. Leído en Nov 2007 -Sitio en Internet: <http://www.inei.gob.pe/web/BoletinesInformeEmpleo.asp>
- Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo. Introducción. Leído en <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
- Reyes, C. (1995) Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX, el hogar y el trabajo, escenarios de las mayores transformaciones. Revista Credencial Historia. Bogotá - Colombia). Edición 68 Agosto de 1995 Publicación digital en la página web de la Biblioteca Luis Ángel Arango. Revisado el 3 de octubre de 2007: <http://www.lablaa.org/blaavirtual/revistas/credencial/agosto95/agosto3.htm>
- Sara Lafosse V. "Liderazgo y responsabilidades compartidas entre los padres" I Convención Nacional MIMDES- 15 de mayo 2007 Sitio Internet Leído el 15 de noviembre de 2007: http://www.mimdes.gob.pe/dgfc/diafamilia/ponencias/mesa4/sara_lafossef.pdf

UNFPA (2004) Seguimiento a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994. Décimo aniversario de la CIPD

Vargas, V. (1989) *El aporte de la rebeldía de las mujeres*. Lima: Flora Tristán.

Villagrán, P. (2005) Mujer en el camino de la compatibilización. Opina No.26 Chile Unido . Sitio internet. Leído en noviembre de 2007 <http://www.chileunido.cl/opina/chile26.htm>

Welldon, E. (2006) ¿Por qué se desea un niño? En Zelaya C.,Mendoza J. y Soto, E. Editoras. *La Maternidad y sus Vicisitudes hoy*. Ed. Siklos.

Zelaya C.,Mendoza J. y Soto, E. Editoras (2006) *La Maternidad y sus Vicisitudes hoy*. Pág. 18, Ed. Siklos .

Fecha de recepción: 5 noviembre 2007

Fecha de aceptación: 7 noviembre 2007

LAS SIGNIFICACIONES SOCIALES, LAS INSTITUCIONES Y EL ORDEN SOCIAL. APUNTES TEÓRICOS¹

The social significances, the institutions and social order. Theoretical notes.

Larissa Balsamo Fasce*

Resumen

Para que la sociedad exista como tal, el ser humano debe ser sometido a un proceso de socialización desde que nace a través de las instituciones que la sociedad le presenta, las cuales están representadas en primera instancia por la madre. La constitución de cada sociedad y sus características son muy particulares en cada caso. Aquello que da "forma" a la sociedad y la diferencia de otras son una serie de elementos, llamados significaciones imaginarias sociales, que escapan a la percepción y están en constante transformación alimentando y siendo a la vez causa de una estrecha relación entre individuo y sociedad, en la cual ambos dependen de las instituciones para estructurarse y perpetuarse.

Palabras clave: Significaciones imaginarias sociales, institución, sociedad.

Abstract

In order to allow the society exists as such, human being must be brought under a socialization process through the institutions the society has introduced him since his birth. These institutions are represented primarily by the mother. The constitution of every society and its characteristics are very particular in every case. What "shapes" a society and makes it different from others is a series of elements called imaginary social significances which are out of the power of perception, and are constantly transforming, nourishing and being at the same time cause of a tight relation between person and society. In this relationship both of them depend on the institutions for their structuration and perpetuation.

Key words: Imaginary social significances - institution - society.

* lbalsamof@yahoo.com

¹ Basado en El proceso de identificación con la figura de autoridad en la sociedad peruana, tesis realizada por la autora para obtener el título de Licenciada en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

Cuando un individuo se inserta en la sociedad tiene como fin primordial 'obtener una satisfacción dichosa' al integrarse a una comunidad o al adaptarse a ella. El proceso social, en cambio, es diferente. El individuo siempre tenderá a su propia satisfacción. La sociedad busca, más bien, domeñar las pulsiones para garantizar el bienestar común. En el individuo, las restricciones impuestas sobre sus deseos amorosos y hostiles, estructuran su psiquismo permitiéndole ingresar a la vida en sociedad. La sociedad y la cultura, exigen esta restricción en el individuo porque ella misma la impone para su organización. Con la prohibición del incesto y del asesinato, según la describe Freud en Tótem y tabú, la sociedad garantiza a sus miembros tanto su perpetuidad, la pertenencia y la división de roles. Estas son dos condiciones necesarias para que exista una sociedad, pues es a partir de ellas que se funda la institución (Castoriadis, 1997).

El hombre (Freud, 1924, p. 220), "ha creado las grandes instituciones de la religión, el derecho, de la ética y todas las formas de organización estatal [las mismas que apuntan] (...) a posibilitar al individuo el dominio de su Complejo de Edipo y a apartar su libido de ligazones infantiles para dirigir las a las definitivas, las ligazones sociales deseadas". El individuo es en realidad aquello en lo cual deviene la psique cuando ésta es socializada. Castoriadis (1999, p. 120), expresa esta misma idea de la siguiente manera: "El individuo es una fabricación social". Si esto no fuera así, es decir, si la psique no se sometiera a un proceso de socialización, no sólo no existiría el individuo humano como tal sino que se negaría la posibilidad misma de la existencia social. Cada sociedad con sus normas, sus valores y leyes distintas formará un tipo de individuo propio de cada caso. Por lo tanto, para que exista individuo es necesario socializar la psique en un proceso donde la sociedad, con sus normas y leyes, se impone para sacar a la psique de su propio mundo. Es sólo a través de las instituciones que el individuo puede formarse como tal, es decir, puede convertirse en un ser humano. "La sociedad, dice Castoriadis (1999, p. 121), está ahí para hominizar a ese monstruito llorón que viene al mundo y volverlo apto para la vida". También Elias (1990, p. 37), argumenta que es sólo en la sociedad, es decir, en la estrecha relación con otras personas donde "(...) puede la criatura indefensa y salvaje (...) convertirse en un ser psíquicamente adulto, poseedor del carácter de un individuo y digno de ser llamado ser humano adulto". Sociedad e individuo no son dos extremos opuestos, puesto que uno existe porque existe el otro. Castoriadis (1998), se refiere a la sociedad y a la psique como irreductibles e inseparable entre sí. Dicho de otro modo, la una depende e influye en la otra y viceversa.

Cada uno de los seres humanos puede ser muy diferente en su constitución natural y biológica en el momento en que nacen, lo cual no significa que estén diferenciados los unos de los otros. El proceso de socialización tiene la función de hacer salir al individuo de sí mismo, de la omnipotencia en que vive durante las primeras etapas, y reconocer que existen otros individuos como él quienes son indispensables para que pueda seguir viviendo. Así, cada individuo forma parte de una estructura, de una armazón, no como una pieza aislada, sino como un elemento interdependiente de todo el conjunto.

Sin embargo, cada sociedad tiene una configuración particular que impactará de manera particular en la psique individual. Pero la sociedad no es algo que está ahí y que estuvo ahí desde siempre. Para existir, necesita de individuos que le den forma: "toda sociedad es una sociedad de individuos" (Elias, 1990, p. 21). La sociedad está formada por la reunión de muchas personas y la constitución psíquica de éstas es propia de cada época y lugar del globo terráqueo. La estructura de una sociedad no es la misma en Francia que en Bélgica, ni aun si comparásemos la Francia del siglo XIX con la Francia del siglo XX. Cabe preguntarnos, entonces, qué es lo que opera en esta relación interdependiente, en esta convivencia de muchos individuos para que, algo que nadie ha proyectado, premeditado o vislumbrado sea creado, sea puesto allí, algo como lo que es una sociedad determinada. ¿Qué es, entonces, la sociedad? Freud (1930, p. 88) la define como "la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales". Su finalidad es proteger a las personas y regular los vínculos entre ellas. Además, existen una serie de valores y actividades específicas que le son propias, así como también patrones de belleza que corresponden a cada época y lugar. Para Castoriadis (1998, p. 314), la sociedad, "es creación de sí misma". En su constitución más profunda se hallan elementos que escapan a la percepción, los cuales están en una continua transformación. Sólo puede existir la sociedad cuando se cumplen de manera regular una serie de funciones: producción, educación, parto, regulación de litigios, entre otros. Conforme la sociedad va evolucionando y se enfrenta a nuevos problemas, define por sí misma las formas de responder a sus necesidades, así como nuevas necesidades. Cada vez que se da un cambio en el ámbito social, no se trata de un descubrimiento, de "algo" absolutamente nuevo, sino de las transformaciones que se dan en estos elementos. Los elementos de los que hablamos se refieren a las 'significaciones'.

La sociedad permanece unida por medio del lenguaje, las normas, la familia, etc., es decir, las instituciones y las significaciones de las que está dotadas. La

institución remite al modo de relación que mantiene unidos los elementos del total; y las significaciones, como por ejemplo los dioses, la patria, los tabús, Dios, etc., nos hablan del modo de ser de una totalidad. El término 'institución' se refiere al lenguaje, a la religión, al poder; a lo que es el individuo en la sociedad; a lo que es ser hombre y ser mujer (Castoriadis, 1999). Tanto las instituciones como las significaciones imaginarias sociales son creaciones del 'colectivo anónimo', es decir, no existe un autor, un grupo de individuos que se reúnan y decidan modificarlas a voluntad. Ni siquiera los Estados, con todo el poder que se les otorga y la influencia sobre el pueblo que representan, tienen injerencia directa sobre las significaciones.

En el plano social no existen descubrimientos sino 'creaciones' cuando entran en interacción las significaciones y los individuos. Esta creación no se da en libertad ni en forma arbitraria. "(...) son creaciones bajo coacción" (Castoriadis, 1998, p. 316) porque existe una serie de condicionamientos que actúan e influyen en esta 'creación'. Por ejemplo, el pasado y la tradición; la flexibilidad de la psique que permite ser moldeada según las significaciones de cada sociedad (polígama, monógama, pacifista, pagana, etc.), lo cual explica la diversidad de sociedades a lo largo de la historia.

Desde que nace, el ser humano vive inserto en una red de normas, acciones, relaciones (de orden familiar, entre otras), etc., cuya estructura corresponde a cada grupo social en particular, y que él difícilmente puede cambiar a voluntad, sino dentro de los límites que el orden social en el cual se halla inserto lo permitan. Esto dicho se halla en relación con el término "clausura". Todas las sociedades y, en general, las instituciones llevan en su base una 'clausura' de tipos diferentes. El término clausura hace referencia aquí a un cúmulo de significaciones que puede ser más cerrado o más abierto si es que las cuestiones planteadas tienen sentido o no dentro de las redes de la sociedad, o que la respuesta formulada se dé en términos de significaciones dadas. En este sentido, se habla de sociedades abiertas y cerradas. Todas las sociedades tienen en sí mismas cierto grado de clausura necesaria para dotar de sentido la vida dentro de la colectividad. Cuanto más cerrada sea la clausura menos posibilidades tendrá el individuo de reflexionar acerca de su sociedad y asumirá las normas, las leyes, los valores, las tradiciones, etc. como verdad absoluta e irrefutable. Sobre este punto volveremos más adelante cuando nos refiramos a lo que significa la autonomía y la heteronomía.

El individuo es una creación social. Pues bien, tanto la institución como lo social tienen lugar en y por medio de un proceso de significación. Las significaciones imaginarias sociales dotan de sentido a las instituciones, a la vida colectiva e individual. Las significaciones no son pocas ni son rígidas en su estructura, vale decir que no son ni serán siempre las mismas de manera categórica. Las significaciones constituyen un magma, (Castoriadis, 1989), y por lo tanto la sociedad y sus instituciones son a su vez un magma de significaciones. El término 'magma', se refiere a una serie de organizaciones cargadas, cada una de ellas, de significado. Estas organizaciones forman conjuntos, de las cuales pueden extraerse las significaciones y representaciones. Son organizaciones conjuntistas porque a partir de unos signos que pueden siempre terminar por agotarse, se pueden formar nuevos conjuntos en cantidad indefinida. Hagamos un paralelo con el lenguaje para ilustrar lo mencionado líneas arriba: la lengua puede ser definida como un sistema virtual que contiene un número limitado de signos y reglas que los rigen; sin embargo, a partir de este número finito pueden actualizarse, producirse una serie infinita de oraciones, de enunciados. El mundo de una sociedad determinada y el lugar que esta ocupa en él es creado por significaciones imaginarias sociales, y son ellas las que dan forma a la psique de los individuos. En otras palabras, son las significaciones aquellas que impregnan a los individuos, y por ende, a la vida social en su conjunto, de una forma de ser, un modo de sentir, de actuar, de definir el mundo propio y característico.

Para que exista una significación imaginaria social, se necesitan significantes colectivamente disponibles y, más que eso, significados, que no son los significados pensados o imaginados por un individuo en particular. Esto hace que cada sistema institucional tenga un modo de ser específico y una orientación particular y propia que de algún modo abre la gama de posibilidades para la elección de las redes simbólicas que al irse tejiendo colocan el sello distintivo de cada época histórica como una creación determinada, con su forma de vivir, de ver el mundo de hacer y de entablar relaciones. Esto no es otra cosa que lo 'imaginario', aquello que dota de un sentido, que estructura. Lo imaginario organiza, ordena la realidad, de modo que el mundo no sea un caos, permitiendo distinguir entre lo verdadero y lo falso, lo autorizado o reconocido y lo prohibido, garantizando la existencia de la sociedad. Lo imaginario es el pilar sobre el cual se asienta una sociedad determinada en una época también determinada y permite su existencia. Su importancia radica en asegurar la continuidad mediante la repetición de las mismas formas y modos en que se da la vida de las personas, las cuales se mantienen mientras se van gestando cambios históricos, que modifiquen las estructuras sociales paulatina o radicalmente.

Ahora bien, el nacimiento de la sociedad y la evolución de la historia es posible de ser explicado por medio del 'imaginario social instituyente' (Castoriadis, 1999), aquel que imprime su marca, en las instituciones y en los individuos, recreándose y manifestándose en los unos y los otros. Dicho en otros términos, es aquello que instituye, que forma y conforma. 'Imaginario social instituyente' es el término que emplea Castoriadis para referirse a la dificultad que existe para explicar el origen de las sociedades y su evolución histórica. Remitirnos solamente a factores naturales, biológicos o a la pura actividad racional, es decir, al hombre mismo, no basta. Es necesario apelar a la facultad de creación, que no es otra cosa que imaginario e imaginación. Tanto el lenguaje, las costumbres, las normas, etc. difícilmente pueden explicarse a través de agentes biológicos, externos a las colectividades humanas, o puramente racionales. Debe más bien entenderse que estos factores son sí condiciones básicas y necesarias, pero insuficientes en sí mismas para creaciones de tal envergadura.

Para que exista sociedad, ésta tiene a representarse como siendo "algo"; un "algo" que puede ser nombrado, referido, detallado por ciertas características que expresan las significaciones imaginarias que permiten la cohesión de "esta sociedad". Los individuos de "esta sociedad" también tienen que representarse como siendo "algo" dentro de ella, es decir, participando de sus significaciones imaginarias sociales, normas, valores, tradiciones, etc. -que es lo que dota a los individuos de un sentimiento de pertenencia- y compartiendo, aun sin saberlo, una voluntad de ser parte de la sociedad y hacer que continúe. Sin excepción, todas las sociedades tienen o han tenido una representación como "algo": el pueblo elegido, etc. (Castoriadis, 1997). El individuo es el portador de esta representación que tiene la sociedad sobre sí misma. Elias (1990, p. 210), habla de una impronta específica, que cada ser humano particular comparte con los demás miembros de su sociedad y que lleva implícita una actitud social a partir de la cual se estructurarán los rasgos personales que diferencian a un individuo de los otros individuos de su sociedad. Es a través de las significaciones imaginarias de "su" sociedad que encuentra un sentido, y es a través de "sus" individuos que la sociedad se perpetúa.

De lo dicho podría desprenderse la siguiente reflexión: es posible que los individuos busquen perpetuar su sociedad mediante una compulsión a la repetición, a través de la cual la sociedad asegura la conservación de sus instituciones. La compulsión a la repetición es un proceso inconsciente que lleva al sujeto a reproducir actos, ideas, pensamientos y hasta sueños cuyo origen fue doloroso y generó sufrimiento. La compulsión viene a ser una fuerza pulsional que conlleva

la repetición del dolor y hace imposible que en su contenido éste no esté presente. Por otro lado, Lacan (1964) sostiene que la repetición inconsciente nunca es una repetición entendida en el sentido de reproducción de lo idéntico: la repetición se relaciona con la pulsión que lleva a la búsqueda de un objeto o de una cosa que se halla más allá de la cosa misma, y por esto mismo imposible de alcanzar. Es frecuente observar que ciertas vivencias muy dolorosas o traumáticas son "olvidadas"; en términos dinámicos diríamos reprimidas. Pero esas experiencias no se borran, siguen vigentes sólo que no como recuerdo sino como acción. De este modo, el individuo tiende a repetir en su vida aquellas vivencias traumáticas que no ha podido elaborar. Esto quiere decir que la vida anímica todo se conserva y, dependiendo de las circunstancias, puede ser nuevamente sacado a flote.

En el plano social el pasado se está repitiendo o, dicho de otra forma, 'reinterpretando' siempre. Cuanto más conciente sea una sociedad de sí misma y de su propio pasado es más factible que acoja su historia y la recree. Cuanto menos conciente sea una sociedad de sí misma, tenderá a repetir de manera casi exacta su propia historia. Un claro ejemplo de esto puede verse si se echa una mirada por el devenir histórico del Perú. De una u otra forma, la búsqueda de un mesías salvador ha caracterizado, en líneas generales, nuestra elección del líder.

La reinterpretación de un pasado o de una historia tiene como base las significaciones imaginarias que son posibles por una característica esencial de la psique humana: la capacidad de imaginar, que viene a ser el rasgo distintivo y constitutivo de la psique humana, aquello que le permite representarse él mismo y lo que le rodea continuamente, así como dar un significado distinto a las cosas. Gracias a esta facultad podemos "ver" no sólo lo que puede percibir por medio de sus sentidos, sino, precisamente, aquello que no se halla presente y que no necesariamente va a cumplir una función determinada. En el individuo, la creación de representaciones, afectos y deseos es un flujo incesante, condicionado pero nunca predeterminado, es decir, cambia, se retroalimenta y se adapta a la vida y a la realidad en una relación dialéctica entre psique y sociedad que no termina y que sólo es posible cuando los seres humanos logran interiorizar las instituciones de su sociedad y sus significaciones, es decir, aprenden un lenguaje, la categoría de las cosas, lo que es justo y lo que es injusto, lo prohibido, lo permitido, aquello en lo que se debe creer, adorar u odiar.

REFERENCIAS

- Aulagnier, P. (1993). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad. Vol. 1*. Barcelona: Tusquets.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Castoriadis, C. (1999). *Figuras de lo pensable*. Madrid: Cátedra.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- Freud, S. (1996). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tótem y Tabú (1913 [1912 - 1913]). T. XIII
- Psicología de masas y análisis del yo (1921). T. XVIII.
- El malestar en la cultura (1930 [1929]). T. XXI.
- Milmaniene, J. (1995). *El goce y la ley*. Buenos Aires: Paidós.
- Roccató, M. y Converso, D. (1996). Cómo y por qué es necesario volver a estudiar el autoritarismo. En: *Psicología Política*, N° 13, 63 - 79.
- Rozitchner, L. (1972). *Freud y los límites del individualismo burgués*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Schnapper, D. (1994). *La comunidad de los ciudadanos*. Madrid: Alianza.

Fecha de recepción: 25 octubre 2007

Fecha de aceptación: 7 noviembre 2007

ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE FAMILIARES ENFERMOS CRÓNICOS

Therapeutic experience with elderly people caregivers of a chronic sick relative

Vera Bail Pupko*
Susana Celeste Azzollini**

Resumen

Se realiza la presentación de una experiencia terapéutica que ilustra diversos aspectos de una intervención dirigida a grupos vulnerables con el objetivo de aumentar la eficacia de los mecanismos de afrontamiento, las redes sociales de apoyo y reducir la incertidumbre, que se realiza en distintos hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se presentan los datos correspondientes a un grupo de 7 adultos mayores enfermos crónicos que, a su vez, cuidan a un familiar. Se grabaron las sesiones y se construyeron categorías emergentes de las narrativas planteadas. Se concluye que los adultos mayores son habitualmente las personas que reciben cuidados, pero cuando son cuidadores, requieren un apoyo adicional que las instituciones de salud no siempre pueden brindarles.

Palabras clave: adultos mayores - cuidadores - enfermos crónicos - afrontamiento - red social

Abstract

This article presents a therapeutic experience illustrating a wide range of aspects of an intervention carried out in some public hospitals of Buenos Aires city, Argentina. The experience was directed to susceptible groups with the aim to improve the effectiveness of the tackling mechanisms and the social support networks, as well as to reduce the uncertainty. The studied group was formed by seven chronic sick elderly people who take care of a relative. The sessions were recorded and emergent categories of the narratives presented were constructed. The conclusion is that the elderly people are usually the people receiving care, but when they are caregivers, they need additional support that health institutions cannot always give them.

Key words: elderly people - caregivers - chronic sick people - tackling - social network

* Docente Adjunta de la cátedra de Psicología Social de la Universidad de Buenos Aires. verabail62@yahoo.com.ar

** Docente Adjunta en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. susana1060@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundacional definió la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias” (OMS, 1948: pag. 4). En 1984, el mencionado organismo consideró la salud como “un recurso para la vida diaria” en el que “se subrayaría, como concepto positivo, los recursos sociales y personales además de las capacidades físicas” (OMS, 1984: pag.10). Los elementos básicos para la salud serían la dotación económica (salario), la vivienda, la alimentación, y también “información y destrezas vitales; un entorno que apoye, proporcione oportunidades para elegir entre bienes, servicios e instalaciones, y condiciones en el entorno total (físico, social y cultural) que incrementen la salud” (OMS, 1984: p. 31).

En este sentido, para experimentar calidad de vida se requieren condiciones sociales y políticas libres de explotación económica y de abuso de los derechos humanos (Felice, 2003; George, 2002; Korten, 1995,1999; Sen, 1999). Prilleltensky (2004) considera que los seres humanos esperamos que los intercambios interpersonales basados en el respeto y apoyo mutuo, aumenten nuestra calidad de vida. Elabora una teoría del bienestar que concibe el desarrollo humano “en términos de propiedades mutuamente reformadoras de las cualidades personales, relacionales y sociales” (Prilleltensky, 2004: p. 16). Así, el bienestar, agrega el mencionado autor, también la justicia dependen del reparto equitativo de los recursos de una sociedad. Por lo tanto, el bienestar va a ser el resultado de una sinergia de factores personales (tales como salud, autodeterminación, oportunidad de crecimiento), relacionales (como afecto, cuidado, comprensión, vinculación, apoyo, respeto por la diversidad, participación significativa en la familia, el trabajo y la vida cívica), y colectivos (donde se incluyen la adecuada atención en salud, acceso al agua potable, justa y equitativa distribución de cargos y recursos e igualdad económica).

En Salud Mental Comunitaria, el valor del individuo emerge en tanto resulta un “miembro de una población, que es el verdadero blanco de la intervención” (Sánchez Vidal, 1991: p. 96). En Psicología Comunitaria, “la persona tiene una consideración suplementaria, como actor y elemento social básico”. (Sánchez Vidal, 1991: p. 96). Desde esta concepción, se puede intervenir sobre: 1) individuos en una situación dada de riesgo o de estrés, 2) sobre un sistema de educación- socialización (que proporciona pocos recursos psico-educativos para confrontar el estrés), 3) sobre un sistema de salud o de toma de decisiones políticas

sobre asignación de recursos o fijación de prioridades que no trate apropiadamente los efectos (o las causas) de ese estrés en forma de pérdida de salud mental (depresión, malestar vital, ansiedad, disfunciones interpersonales, etc.). Para Montero (1984) el objeto de la Psicología Comunitaria es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas y modificar cambios en los ambientes y en la estructura social. Esta perspectiva prescribe un rol de agente de cambio para el psicólogo quien, al situar el centro de control y de poder en la comunidad, enfatiza los aspectos de detección de potencialidades y los recursos en la comunidad y el fomento de los mismos en el proceso de resolución de los problemas (Martínez Guzmán, 1998).

Iscoc y Harris (1984) han señalado que la meta de la intervención en Psicología Comunitaria es el mejoramiento de la condición humana a través de esfuerzos dirigidos principalmente a la asistencia de los grupos más pobres, menos privilegiados, y dependientes, para enfrentarse con los problemas y mantener o mejorar su calidad de vida.

Uno de estos grupos resulta el de los adultos mayores. Las necesidades fisiológicas asumen una gran importancia para este grupo etario, viéndose también aumentadas las necesidades de protección y seguridad. Sin embargo, en América Latina dichas necesidades resultan de difícil satisfacción por las dificultades de acceso a los servicios de salud (largas esperas, problemas para acceder a medicación gratuita e incluso a turnos para distintas especialidades médicas) y por los escasos recursos económicos provistos por las devaluadas jubilaciones que perciben. Según Potter-Perry (1994), con el envejecimiento hay una disminución de la percepción sensorial, de tal modo que el individuo ya no está tan alerta del peligro y disminuye su capacidad física para afrontarlo; por ejemplo, los reflejos ya no son tan rápidos ni la coordinación tan buena, en consecuencia la reacción de una persona en situaciones peligrosas es lenta y menos eficaz.

Los ancianos son los mayores usuarios de los servicios de salud. Además, pueden ser víctimas de la soledad, el aislamiento y la depresión (Ordóñez Carceller, 2004).

En este sentido, si los adultos mayores son considerados población vulnerable, los que son cuidadores de enfermos crónicos son una población doblemente

vulnerable porque padecen de los mismos problemas que cualquier adulto mayor, sumados a la problemática de tener que cuidar cuando necesitarían ser cuidados. A esto hay que agregarle, en el caso de constituirse en cuidadores de sus hijos, la conciencia de que sus hijos van a seguir necesitando de cuidados aún cuando ellos no estén para hacerlo.

Sin embargo, el rol social de padres no prevé que los hijos dependan de ellos toda la vida porque están enfermos. Por lo que, cuando esto ocurre, el marco cognitivo previo no sirve para comprender la situación, es decir, genera incertidumbre. Esto se suma a la incertidumbre ya generada por la propia enfermedad que implica entender el patrón de síntomas, la familiaridad con los mismos y la congruencia de aquéllos con el diagnóstico (progresión esperable de la patología) (Mishel, 1988).

A su vez el marco de estímulos está influenciado por dos variables: una es la capacidad cognitiva (habilidades de procesamiento de información de la persona), y la otra consiste en los proveedores de estructura (recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos). Los proveedores de estructura son: la educación, el apoyo social, y la credibilidad en la autoridad (en el personal de salud, por ejemplo).

Por lo tanto, el poder brindar estructura a los estímulos va a depender en gran parte de las redes sociales de apoyo y de las habilidades de afrontamiento.

El afrontamiento es una respuesta humana para manejar el estrés, son los "esfuerzos orientados tanto hacia la acción como intrapsíquicos, para manejar (tolerar, reducir, minimizar) las demandas ambientales e internas y los conflictos que surgen entre ellas" (Folkman, 1999). Las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones principales: por un lado, la resolución de problemas y, por otro, el control emocional (Lazarus y Folkman, 1986). La primera implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno; mientras que la segunda incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno. Estas dos funciones no son excluyentes, ya que existe evidencia de que la mayoría de la gente utiliza estrategias de afrontamiento que cumplen las dos funciones simultáneamente (Folkman y Lazarus, 1980).

Pero Lazarus y Folkman (1986) reconocen el valor que tiene el afrontamiento no sólo en el contexto salud-enfermedad, sino también dentro de otros contextos como son la familia y el trabajo. De hecho, el afrontamiento se pone en práctica ante situaciones de la vida cotidiana y en la adquisición de aspiraciones y logros, aspecto común tanto en personas sanas como enfermas, en su lucha por mantener proyectos de vida. Funciona también ante situaciones que se salen de la rutina y exigen tomar alguna decisión y, por tanto, requieren de algún esfuerzo (Lazarus y Folkman, 1986).

Tomar decisiones está presente en la vida cotidiana, y esta condición se hace más patente cuando las condiciones y circunstancias de vida son muy complejas y difíciles, con el fin de hacer posible el alcance de metas y aspiraciones.

De este modo, es uno de los procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo - entorno y, a la vez, es el proceso más organizado y maduro del yo, al ubicarlo en una escala jerárquica con otros recursos reguladores (Vaillant, 1977). No obstante, Lazarus y Folkman (1986) plantean que afrontar no es equivalente a tener éxito, y piensan que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones y, por lo tanto, debe incluir tanto errores como éxitos. El afrontamiento eficaz, desde un punto de vista adaptativo, incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, o incluso ignorar, aquello que no puede dominar.

Es importante destacar los recursos de afrontamiento, los cuales incluyen aspectos físicos, sociales, psicológicos y materiales, que son evaluados respecto a las demandas de la situación, tales como: físicos (salud, energía), sociales (redes sociales y sistemas de apoyo), psicológicos (habilidad para resolver problemas, autoestima), materiales (dinero, herramientas y equipo).

Otro aspecto que contribuye a la estructuración de los estímulos en una situación de incertidumbre, tal como se mencionara, es la red social de apoyo. Ésta es definida como: "la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad" (Sluzki, 1996: pag. 19). Esta red social personal, constituye una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis. (Sluzki, 1979; Steinmetz, 1988).

El apoyo social (y su contrapartida socio-estructural: las redes de apoyo) son el amortiguador más importante de los efectos del estrés (Sánchez Vidal, 1991). En este sentido, el apoyo social resulta cercano al concepto mismo de comunidad y a su componente psicológico (el sentido psicológico de comunidad) en especial. Este último es definido por Sarason (1974) como:

"El sentimiento de que uno es parte de una red de relaciones de mutuo apoyo en que se podría confiar y como resultado del cual no experimenta sentimientos permanentes de soledad que lo impulsan a actuar o a adoptar un estilo de vida que enmascara la ansiedad y predispone a una angustia posterior más destructiva" (...) "El sentimiento de que uno pertenece a, y forma parte de, una colectividad mayor..." (Sarason, 1974: p. 31).

Este sentimiento es el que satisface las necesidades de intimidad, diversidad, pertenencia y utilidad como ser humano, de ahí que se tome como objetivo en los grupos de intervención, ya que es justamente lo que va a permitir diluir la soledad, el aislamiento y el sentimiento de anomia. Se fomentan las condiciones que permitan crear una historia común, compartir experiencias comunes, desarrollar relaciones emocionales entre las personas, y una pertenencia al grupo que conlleve el reconocimiento de una identidad y destino comunes para los miembros del grupo. Sentirse acompañado estimula la cooperación, y redundando en la práctica de conductas saludables, una mayor adhesión a los tratamientos, evita la depresión, y revitaliza o genera una red social de apoyo eficaz.

Caplan (1974) define los sistemas de apoyo como:

"Agregados sociales continuos que dotan al individuo de oportunidades para obtener feedback sobre sí mismo y la validación de sus expectativas sobre los demás. Las personas tienen una variedad de necesidades específicas que encuentran satisfacción a través de relaciones interpersonales duraderas (...) (desarrollando) y manteniendo un sentimiento de bienestar e involucrándose en un rango de relaciones que satisfacen "in toto" esas necesidades específicas" (Caplan, 1974: p. 4-5).

Una de las dimensiones del apoyo social es el apoyo afectivo o emocional. Para Chambo (1998) este tipo de apoyo constituye un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima, ya que implica tener con quien hablar de los propios problemas. Sluzki (1996) llama "círculo virtuoso" a la presencia de una red social

que por sus características protege la salud del individuo, y a su vez, la salud del individuo mantiene a la red social.

El expresarse emocionalmente, el compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, la confianza y la intimidad, el afecto positivo e intenso, el dominio de las emociones, los sentimientos de ser valorado, los elogios y expresiones de respeto, desempeñan un papel muy importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar (Chambo, 1998); y -potencialmente- toda enfermedad crónica entraña la pérdida del control corporal, compromete aspectos claves de la identidad y de las relaciones íntimas (Sourkes, 1982).

Tal vez el testimonio más revelador de la capacidad curativa de los vínculos emocionales es un estudio sueco publicado en 1993 (citado por Bonet y Luchina, 1998): todos los hombres que vivían en una ciudad sueca y que habían nacido en 1933 fueron sometidos a un examen médico gratuito; siete años más tarde, los 752 hombres que se habían presentado al examen fueron convocados nuevamente. De éstos, 41 habían muerto en los años transcurridos. Los hombres que originalmente habían informado que se encontraban sometidos a una intensa tensión emocional tenían un índice de mortalidad tres veces mayor que aquéllos que decían que su vida era serena y plácida. La aflicción emocional se debía a acontecimientos tales como un grave problema financiero, sentirse inseguro en el trabajo o quedar despedido del empleo, ser objeto de una acción legal o divorciarse. Haber tenido tres o más de estos problemas en el curso del año anterior al examen fue un pronosticador más claro de muerte dentro de los siete años siguientes de lo que fueron indicadores médicos tales como la elevada presión sanguínea, las altas concentraciones de triglicéridos en la sangre, o los niveles elevados de serum colesterol. Sin embargo, entre los hombres que dijeron que tenían una red confiable de intimidad -una esposa, amigos íntimos, etc.- no existía ningún tipo de relación entre los niveles elevados de estrés y el índice de mortalidad. Tener a quién recurrir y con quién hablar, alguien que podía ofrecer consuelo, ayuda y sugerencias, los protegía del mortal impacto de los rigores y los traumas de la vida.

Otro ejemplo, es un estudio realizado por Peterson y otros (1993), en el que 122 hombres que tuvieron su primer ataque cardíaco fueron evaluados para determinar su grado de optimismo o pesimismo. Ocho años más tarde, de los 25 hombres más pesimistas y con baja autoestima, 21 habían muerto; de los 25 más optimistas, sólo 6 habían muerto. Los optimistas tenían una red social estable con vínculos de alta intimidad, a diferencia de los pesimistas cuyas relaciones resulta-

ban menos cercanas y comprometidas. La visión mental de estas personas demostró ser un mejor pronosticador de la supervivencia que cualquier otro factor de riesgo, incluido el grado de daño sufrido por el corazón en el primer ataque, bloqueo de arterias, nivel de colesterol o presión sanguínea.

Inversamente, se ha encontrado una correlación entre la alienación psicológica generada por el aislamiento social (específicamente, cuando se le quita al enfermo de responsabilidades sobre su propia vida) y un resultado médico desfavorable en las enfermedades con riesgo de vida (Derogatis, Abeloff y Melisartos, 1979; Simonton, Matthews-Simonton y Saparks, 1980).

Y, justamente, los adultos mayores tienen una merma en su red social de apoyo. La longevidad hace que sea común el deceso de los amigos, a lo que se le suman las mudanzas y los traslados a otras ciudades, que interrumpen la cotidianeidad de los contactos. Hay que tener en cuenta también las características individuales de una persona en cuanto a habilidades sociales para establecer nuevos contactos, así como la cantidad y calidad de los nuevos contactos que se establecen.

A esto hay que agregarle que, ante la irrupción de una enfermedad crónica, se activa el "círculo vicioso" (Sluzki, 1996) que consiste en un impacto negativo en la red social de una persona, que a su vez impacta negativamente en la salud del individuo o del grupo íntimo, lo cual aumenta la retracción de la red, produciéndose una espiral de deterioro recíproco. Las redes sociales de apoyo del enfermo y su familia van a ser afectadas negativamente. La familia tiene la tarea de adaptarse a la nueva situación, eso quiere decir que tiene que incorporar elementos que le permitan desempeñarse exitosamente para poder salir de la crisis en que está inmersa.

La mayor parte de los cuidados que necesita un enfermo crónico está a cargo de la familia. Esto trae consecuencias para la propia familia, cuyo equilibrio se ve afectado por al irrupción de la enfermedad. El cuidador familiar principal (que mayoritariamente son mujeres), no son plenamente conscientes o desconocen totalmente (al igual que el resto de su familia) los riesgos que conlleva el desempeño del rol en forma prolongada (Seidmann y otros, 2001).

Este fenómeno es constatable en la red del cuidador familiar que se ve seriamente afectada por la enfermedad crónica, tanto más cuánto más visible sea la

enfermedad en cuestión (Seidmann y col., 2001). Así, la soledad resulta la consecuencia más inmediata.

Sin embargo, una red social estable, sensible, activa y confiable protege a la persona contra enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida (Sluzki, 1996). Es decir, es salutogénica.

Para Muchnik y Seidmann (1998), es el tipo de ayuda que los adultos mayores esperan recibir de los hijos. No obstante, cuando esto no ocurre suele aparecer la problemática de la soledad y el aislamiento. La primera como sentimiento subjetivo de no contar con alguien significativo, el segundo como ausencia de comunidad, y ambos se consideran daños que puede sufrir la red. No todos los adultos mayores que viven solos cuentan con una potencial red para ser activada lo cual afecta no sólo el apoyo emocional sino la ayuda material de la que pueden disponer.

La ayuda material o instrumental es el aporte de recursos o prestación de servicios de una manera tangible. En circunstancias ordinarias este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para el ocio, para integrarse en actividades y preocuparse por un mayor crecimiento personal (Chambo y Javier, 1998).

Por estos motivos, los grupos terapéuticos de adultos mayores tienen el objeto de: a) integrarlos en actividades físicas, recreativas y creativas que redunden en salud mental, b) lograr que la familia del anciano conozca y comprenda las características biopsicosociales de esta etapa de la vida, c) lograr una adecuada interrelación entre los servicios de salud, los ancianos, sus familias y la comunidad, d) mejorar las condiciones de salud de este grupo de edad, e) educar tanto a los ancianos como al resto de la población sobre las principales afecciones de la vejez para aumentar el grado de cooperación en la solución colectiva de sus problemas (Ordóñez Carceller, 2004).

Montoya (1988) señala que la participación en los grupos con estos objetivos, aumentan la percepción de bienestar, comprensión y aceptación social, incrementa las relaciones sociales, disminuye el insomnio y mejora el descanso, reduciendo los estados depresivos y el uso de fármacos.

La participación provee a los grupos de menor influencia el espacio para la canalización de sus orientaciones y de las formas como éstas pueden ponerse en práctica, sería una función para fomentar el cambio social (Sánchez, 2000). "En última instancia la participación relevante remite pues al empowerment, potenciación y desarrollo de las personas" (Sánchez Vidal, 1991).

El concepto de fortalecimiento (empowerment) aparece relacionado con el de participación, ya que se define como: "el mecanismo por medio del cual la gente, las organizaciones y comunidades obtienen dominio de sus propias vidas" (Rappaport, 1987: pag. 121). El fortalecimiento no se refiere solamente a la adquisición de nuevas habilidades, sino también a la reconstrucción del sistema personal o grupal de relaciones sociales. La participación constituye el espacio de acción o el medio en el que se desarrolla el fortalecimiento.

En el proceso de la participación, los sujetos involucrados se forman y forman a otros en el manejo de conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa. De esta forma, unos van cotejando experiencias con otros, produciéndose de esta forma no solo el aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante las dificultades que se le presentan, sino un sentimiento de satisfacción personal y aumento de la autoestima producto de saberse poseedor de una destreza, y de haber ayudado a otro en hacerle frente a un problema (Sánchez, 2000).

En este proceso es primordial hacer un especial énfasis en todo lo referente a los desempeños positivos y eficaces. Poder identificarlos como parte de las habilidades propias genera "un sentimiento de competencia, que va ligado al de empowerment en lo social, y al de autoeficacia, autoestima y al desarrollo de destrezas y resolución de problemas en los psicológico y personal" (Albee, 1984: p. 158). Para White (1959) la competencia incluiría actividades selectivamente dirigidas a interactuar con el entorno.

La participación en grupos, sirve para crear o aumentar una red social de apoyo, y es una de las intervenciones en red propuestas por Attneave (1976).

PROPÓSITO DEL TRABAJO:

Analizar la problemática de los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas y que, a su vez, son cuidadores de un familiar con una enfermedad crónica.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA:

Lograr el desarrollo de: salud mental positiva, calidad de vida, bienestar social, competencia, sentido psicológico de comunidad y empowerment. El foco de atención es el aprendizaje de habilidades, que necesariamente van a producir una acción sinérgica o potenciadora que redunde en el mejoramiento de otros aspectos de la vida de los participantes.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS:

Intervenciones con énfasis en la participación y concientización, búsqueda de fortalecimiento, aumento del control de estresores internos y externos, y aporte de un espacio privilegiado para la construcción de estrategias propias en el quehacer cotidiano de convivir con la enfermedad.

METODOLOGÍA:

- *Tipo de estudio:* Experiencia terapéutica
- *Participantes:* 7 adultos mayores que concurren a un grupo coordinado por docentes de la Práctica Profesional "Familia y Enfermedad Crónica" de la Fac. de Psicología de la UBA., quienes si bien padecen de alguna enfermedad física crónica son, además, cuidadores familiares, algunos de sus hijos (con algún tipo de discapacidad mental o psíquica), otros de su cónyuge, y otros de algún hermano o hermana.
- *Lugar de la intervención:* Hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- *Materiales:* Se grabaron las sesiones semanales de grupo a lo largo de dos años, con la autorización de los participantes que, además, acordaron con las investigadoras los resultados a publicar.
- *Análisis de los datos:* diseño emergente, en el que las categorías de análisis surgen de la interacción del investigador con los adultos mayores participantes. Se utilizó la Teoría fundada en los hechos - Grounded Theory - para el hallazgo de las categorías emergentes.

RESULTADOS:**a) Análisis de problemáticas específicas****Razones que ofrecen respecto de su participación en el grupo:**

"En vez de ir a los grupos de jubilados, donde son todos viejos, vinimos aquí, que la pasamos bien, vemos gente joven y podemos hablar de todo lo que queremos". "Nos hacen muy bien los consejos que nos da la Licenciada, siempre pensamos en lo que nos dice y tratamos de aplicarlos" (Sr. O., casado, enfermo cardíaco y cuidador de su hija con diagnóstico de esquizofrenia, 81 años)

"A mí me hace bien venir, lo pasamos muy bien. La primera vez que vine pensé: yo no vengo más. Pero después vine una vez más y me quedé" (Srta. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

"Yo vengo porque es un lugar donde puedo hablar, es el único lugar en el que hablo, con mi marido no puedo, siempre fue muy callado. Es la única salida que hago en la semana" (Sra. E., casada, enferma cardíaca, cuidadora de su marido con diagnóstico de diabetes que está postrado, 82 años).

"Vf el cartel que decía: Ud. cuida a un familiar enfermo y ¿a Ud. quién lo cuida?, que verdad que es eso, no?. Pensé que un ángel lo había puesto en mi camino, era lo que necesitaba, por eso vine. En realidad, antes de ver el cartel no lo había pensado así" (Sra. M., casada, enferma de artrosis, cuidadora de su esposo con diagnóstico de cáncer, 78 años).

La longevidad va acompañada de una mayor posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas; sin embargo, los participantes del grupo no se consideran a sí mismos enfermos, y mucho menos "cuidadores de enfermos crónicos", concepto que no tiene anclaje todavía en el conjunto de la sociedad, por lo que la presencia de estas personas en el grupo, es porque los convoca una problemática que no se la habían planteado como tal. La participación les da la posibilidad de crear una nueva red social de apoyo, y de contar con un lugar donde puedan expresar sus opiniones sobre cualquier tema que deseen, así como de encontrar los aspectos en común con los demás. Con el tiempo, se lo vivencia como un lugar donde pueden opinar libremente y compartir sus sentimientos sin temor a ser juzgados, además de cumplir la función de proporcionar recursos de afrontamiento que permitan

mejorar sus habilidades sociales y sus desempeños frente a sus padecimientos propios y del familiar.

Reducción de las redes sociales por la presencia de una enfermedad crónica:

“No me gustan las fiestas familiares porque R. (su hijo de 50 años, que vive en una institución) no para de tomar Coca Cola! Y habla y habla...habla con todos. Me pone muy nerviosa”. (...) “Mis familiares no dicen nada pero yo estoy incómoda porque él se pone muy molesto”. (...) Ya no festejo cumpleaños, ... mis hermanos y mi hijo M. (otro) y su familia están muy ocupados, no tienen tiempo”. (...) “Además, si ellos no dicen de reunirse.....” (...) “Además, R. me vuelve loca....me dice: ‘mamá, yo quiero tener una familia igual que M. ¿por qué yo no puedo?’ Y yo no se que decirle, por eso, si no se ven, mejor”. (Sra. L., viuda, enferma de artrosis cuidadora de su hijo con diagnóstico de discapacidad mental, 83 años)

“Nosotros antes festejábamos todo y venía mucha gente, tirábamos colchones, venían más de 30 personas. Ahora no ... G. (hija de 51 años con diagnóstico de esquizofrenia que vive con ellos) se siente incómoda, sigue encerrada en su cuarto, no viene a compartir la mesa, aunque con nosotros tampoco lo hace, pero si viene gente, es más incómodo” (...) “Además, ...no me gusta porque viene P. (su hijo varón) a hacer pinta, le muestra a la hermana que él está bien y le van bien las cosas” (Sra. N., casada, hipertensa, cuidadora de su hija con diagnóstico de esquizofrenia y de su marido enfermo cardíaco, 81 años).

“Esos enfermos son así, se ponen violentos, no hay caso. Conmigo no, pero con el resto de la gente sí. Yo le explico y él me escucha pero con el padre se pone violento y tira cosas. Yo le digo, no lo sobreprotejas más, el chico tiene 31 años no necesita que le pongas azúcar en el té, pero él igual le hace todo. Entonces después no se puede ir de visita a ningún lado, porque mi hermano no le deja hacer nada a mi sobrino y la gente no lo entiende” (Srta. J., soltera, hipertensa con glaucoma, cuidadora de su sobrino con diagnóstico de esquizofrenia, 80 años).

La enfermedad crónica, la falta o reducción de la red, y la presencia de un familiar con una enfermedad crónica que presente comportamientos disruptivos, trae como consecuencia que sean hogares donde ya no se hacen festejos de ningún

tipo, esto incluye cumpleaños y fiestas tradicionales. Además de no recibir visitas y no ir de visita a otras casas con el familiar enfermo. Cuando el enfermo es un hijo, los padres se sienten intranquilos por las posibles conductas que rotulan de “no convenientes” y la permanente suposición de que el resto de la familia se siente incómoda, incluso cuando esto no sea así. Es interesante que cómo en los dos primeros casos, los padres manifiestan la incomodidad que les produce el encuentro del hijo sano con el hijo enfermo. Incomodidad que se resuelve a través de la utilización una estrategia de afrontamiento evitativa.

Aislamiento social y emocional: sentimiento de soledad:

“Si volviera a nacer, volvería a elegir ser lo mismo: soltero y pirata.Sí me enamoré, pero no quise que nada se interpusiera entre yo y mi mamá; no quise que el amor por una mujer se interpusiera al amor por mamá. Lei un libro de piratas a los catorce años y dije, quiero ser así ... y esa fue la vida que elegí: no me casé, tuve muchas mujeres, me embarqué, conocí muchísimos países, recorrí el mundo. Después tuve que dejar todo para cuidar a mis padres cuando se enfermaron ... y no me arrepiento. Si tuviera que volver a elegir elegiría esta vida, aunque ahora estoy solo, me siento muy solo” (Sr. J. operado de columna y cadera, dejó su trabajo para cuidar durante 15 años a su madre actualmente fallecida, 81 años).

“Tuve oportunidad de casarme, pero mi novio, un médico venezolano, quería llevarme a su país y yo tenía que mantener a mi familia. Ellos siempre me tuvieron cuando me necesitaron, pero yo ... a mí cuando me pasa algo nadie puede. Todos tienen que trabajar o se enferman. Yo ya no pido más, ellos tienen que darse cuenta que ahora soy yo la que está sola y enferma” (Srta. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

“Antes cuando vivíamos en Ituzaingó venían todos los familiares, los atendíamos, hacíamos comida para todos, se quedaban a dormir. Ahora, desde que G. se enfermó llaman, no podemos decir nada, pero no vienen ni nos invitan, a veces nos sentimos solos” (Sra. N., casada, hipertensa, cuidadora de su hija con diagnóstico de esquizofrenia y de su marido enfermo cardíaco, 81 años).

“Mis amigos se fueron muriendo y mi familia cree que me tengo que arreglar sola como siempre lo hice. No se dan cuenta que ahora estoy vieja, y me

siguen llamando cuando tienen problemas. Pero si yo necesito algo ... la verdad es que estoy sola” (Srta. J., soltera, hipertensa con glaucoma, cuidadora de su sobrino con diagnóstico de esquizofrenia, 80 años).

Los distintos relatos son la constatación de los efectos de reducción de la red social de apoyo que tiene el rol de cuidador y la enfermedad crónica. Esto se suma a la reducción de la red que tienen normalmente los adultos mayores, producto de la pérdida de parientes y amigos de su edad. La participación en el grupo enriquece la vida social y aumenta el bienestar. Para algunos integrantes es la única salida que hacen en la semana, y por consiguiente, la única conversación con una relativa duración que hacen entre adultos, donde pueden expresar sus sentimientos, pero también las noticias de actualidad, y por qué no, también las bromas.

Beneficios secundarios de asumir el rol estereotipado de la ancianidad:
 “Soy una anciana, no puede hacerme esperar tanto, le dije ... y pasé como Pedro por su casa” (Srta. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

“Tomé los 30\$ que tenía ahorrados para comprarle a mi nieta unas zapatillas nuevas. Ella, sin querer, quemó las que tenía con la estufa porque quería secarlas rápido. Cuando llegué al negocio no estaban las que había visto por ese precio y le dije a la nena: ‘Vos calláte y dejáme hablar a mí’. Cuando el empleado dijo que ya no tenía y que las que había eran más caras, le dije: ‘Soy una jubilada, ¿no podría fijarse si tiene un par guardado? Porque yo no puedo gastar más’, y encontré uno!! Mi nieta estaba muy contenta” (Sra. E., viuda, enferma de cáncer, cuidadora de su hermana con enfermedad cardíaca, 78 años).

“Yo, a veces, subo al colectivo reagueando o mostrando que me cuesta caminar para que me den el asiento ... porque si espero algún gesto de caballerosidad estoy muerta” (Srta. J., soltera, hipertensa con glaucoma, cuidadora de su sobrino con diagnóstico de esquizofrenia, 80 años).

Hay un estereotipo del adulto mayor, como personas que parecen haberse quedado en el tiempo, desactualizadas, y que parecen no entender qué sucede en el mundo. Esto está muy lejos de ser cierto. Pero es curioso cómo los adultos mayores aprenden a desempeñar este rol estereotipado. Quizá asumir ese rol sirva como forma de aceptar el lugar que le dan los otros, y evitar confrontaciones que

resulten en aislamiento social. También sirve para lograr algún beneficio, tales como descuentos en negocios, o que les busquen la mercadería que vieron hace un tiempo y ya no tienen más. Este tipo de eventos siempre es contado como una picardía y festejado por el resto del grupo.

Angustia por el destino del hijo cuidado ante la propia muerte:

“¿Siempre me preocupa quién se va a hacer cargo de él (del hijo con discapacidad mental) cuando yo no esté?” (Sra. L., viuda, enferma de artrosis, cuidadora de su hijo con diagnóstico de discapacidad mental, 83 años).

“Nosotros también pensamos qué va a ser de G. cuando no estemos! No queremos que nuestro hijo (en referencia al hijo sano) cargue con ella llevándosela a vivir con su familia, pero una internación A veces pensamos que es mejor que G. se muera antes que nosotros, así nos quedaríamos tranquilos de haberla cuidado hasta último momento. A ella también le preocupa qué va a ser de ella cuando nosotros no estemos. Se preocupa y nos pregunta cómo estamos, qué dijeron los médicos” (Sra. N., casada, hipertensa, cuidadora de su hija con diagnóstico de esquizofrenia y de su marido enfermo cardíaco, 81 años)

Aunque no hay una respuesta que satisfaga enteramente este interrogante, se trata de visualizar alternativas y concretar los arreglos familiares, legales e institucionales que sean posibles de hacer en vida. Uno de los temas que se comparte en el grupo es justamente, la posibilidad de elegir, aún en situaciones no deseadas.

Es importante que los adultos mayores en esta situación puedan poner en palabras sus pensamientos, deseos y creencias con al respecto. Para poner ejemplos, cuando existe un hijo sano además del enfermo, hay ciertas expectativas de comportamiento que se esperan de ese hijo sano, tales como que los padres esperen que surja de ese hijo la conversación acerca del futuro del hijo enfermo. En parte, la dificultad para afrontarlo se debe a que los adultos mayores sienten que esa conversación es el preámbulo de sus propias muertes. Se trata, en los grupos, de que sean los propios padres los que puedan tomar la decisión de plantear qué es lo que quieren, lo que esperan del nuevo cuidador, y lo que no quieren que suceda.

b) Resultados de las intervenciones:

Recomposición de las redes sociales:

“Ayer hablé con J. (otro participante del grupo) y me dijo que hoy no venía porque no se sentía bien, lo voy a ir a ver mañana” (Sr. O., casado, enfermo cardíaco y cuidador de su hija con diagnóstico de esquizofrenia, 81 años).

“Fui a ver a mi hermano, que hacía mucho que no lo veía, como me dijo la Licenciada, y me hizo bien. Él estaba muy contento y nos acordamos de las cosas que hacíamos de chicos” (Srta. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

“Todos (refiriéndose a los otros participantes del grupo) me llamaron y se preocuparon cuando lo internaron a mi marido” (Sra. E., casada, enferma cardíaca, cuidadora de su marido con diagnóstico de diabetes que está postrado, 82 años).

“Fuimos con mis amigas a festejar navidad a la parroquia y lo pasamos bárbaro, hasta torta nos sirvieron. El año pasado la pasé solita en casa. Ahora no, les dije: -nos vamos a pasarla todas juntas!” (Srta. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

“Vino mi hijo con su familia y lo pasamos bárbaro, nos reímos y G. (hija con diagnóstico de esquizofrenia que vive con ellos) después dijo que nos escuchaba desde la pieza y que le dio alegría sentir cómo nos reíamos. La licenciada tenía razón, uno tiene que invitar, ellos pueden decir que no” (Sra. N., casada, hipertensa, cuidadora de su hija con diagnóstico de esquizofrenia y de su marido enfermo cardíaco, 81 años).

“Me fui a ver a mis amigas del barrio viejo, donde vivía antes de mudarme. Estuve con mi amiga de la tienda y con otra que tiene una verdulería con el marido. Hasta el perro me conoció, me dio una alegría bárbara. Uds. me insistieron y yo me animé. Nos reímos, recordamos cosas del pasado y lo pasamos muy bien. Yo llevé una torta de naranja que sé que les gusta a todos” (Sra. E., casada, enferma cardíaca, cuidadora de su marido con diagnóstico de diabetes que está postrado, 82 años).

Es un objetivo y una consecuencia de la participación en el grupo que los adultos mayores socialicen entre sí, no sólo dentro sino también fuera del grupo. El tiempo y las experiencias compartidas hacen que vayan surgiendo afinidades entre ellos, que aunque no siempre redunde en visitas, se concreta en varias charlas telefónicas semanales. Es decir que aumenta el número de contactos semanales, y se crea una nueva red social de apoyo. Si bien no se trata de vínculos de larga data, es importante la función que pasan a cumplir porque son las personas con las que pueden hablar de las dificultades del cuidado del familiar enfermo, sin temor a producir cansancio. Es importante destacar la reciprocidad. El sentirse útil, el comprobar que las experiencias vividas, aunque dolorosas, pueden servir de ayuda a otro, aumenta la autoestima. Brinda también la posibilidad de fortalecer la red social que se tenía previamente, dado que el vínculo con estos otros puede ser para cubrir funciones tales como la diversión y el esparcimiento.

Cuando en el grupo se habla de la importancia de estas reuniones familiares para festejo de cumpleaños, todos admiten y cuentan las positivas experiencias que han vivido en esos casos. En el grupo, se insiste en la importancia de generarse momentos de satisfacción. Cuando organizan una reunión familiar reconocen haberla disfrutado. La importancia de este aspecto es por un lado la reversión del llamado “círculo vicioso” de la enfermedad crónica, y por otro volver a instaurar los rituales familiares. Estos últimos tienen que ver no solo con los festejos familiares sino con la forma de festejarlos, que hace a la identidad familiar. La irrupción de la enfermedad crónica, rompe con estos rituales en algo que podemos considerar la no aceptación de la enfermedad. Por un lado, la culpa puede operar de tal forma que la familia considere que no hay nada para festejar, pero por otro lado cuanto más visible es la enfermedad crónica (por ej.: la esquizofrenia con sus conductas disruptivas), más proclive es la familia a abandonar los festejos. También influye la etapa de la enfermedad que se esté atravesando. Uno de los objetivos de la intervención es poner en práctica la planificación como mecanismo de afrontamiento. Las reuniones, los festejos, las visitas, no deben ser producto de la causalidad, sino que hay que proponerse estos momentos. Es una forma de agenciarse de la propia vida, y decidir pasarla bien porque es parte de un proyecto personal.

Expresión emocional:

“Yo necesito un lugar donde expresarme, decir lo que pienso....mi marido no tiene diálogo, nunca habló mucho, pero ahora a los 90 es peor” (Sra. E., casa-

da, enferma cardíaca, cuidadora de su marido con diagnóstico de diabetes que está postrado, 82 años).

“Vivo sola, tengo amigas, pero aquí es donde puedo decir todo lo que me pasa” (Srta. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

“Aquí me siento en libertad de decir lo que quiero, si alguien se ofende me lo dice y listo, no? Yo no tengo personas a las que puedo decirle realmente lo que siento porque pueden pensar que me pongo en víctima o que les estoy reclamando algo y no quiero que crean eso”. (Srta. J., soltera, hipertensa con glaucoma, cuidadora de su sobrino de 31 años con diagnóstico de esquizofrenia, 80 años).

Los adultos mayores que viven solos, tienen pocas posibilidades de intercambiar impresiones con otras personas. Muchas veces, sucede que los alumnos de la práctica profesional piensan que los adultos mayores que vienen al grupo son más alegres que los demás o que tienen más intereses que los adultos mayores que se encuentran en su vida diaria. Sin embargo, es posible pensar esta característica no como un fenómeno de un grupo restringido pero sí que se incrementa gracias a la participación en la actividad propuesta. Por supuesto, esto está directamente relacionado con la red social de apoyo. La longevidad hace que la red merme por la muerte de familiares y amigos de la misma generación. A esto hay que sumarle la dificultad para movilizarse por cuenta propia, en general el transporte colectivo no resulta un medio cómodo para los adultos mayores porque son pocas las unidades ergonómicas que hay en circulación. El taxi o remis es el medio que les resulta más apropiado, pero debido al costo demasiado elevado para los ingresos que tienen, es un medio que utilizan solo en casos extremos, y generalmente vinculados a resolver visitas al médico. El hospital es el lugar al que acuden a resolver temas de salud, por lo que es un contexto que está dentro de su repertorio de visitas. Es de suma importancia para ellos poder encontrarse con otras personas a las que pueden escuchar y ser escuchados. Los adultos mayores que viven solos tienen pocas interacciones diarias. Aunque la movilidad les permita salir, estas salidas se ven restringidas a hacer las compras o a trámites. Ninguna de estas interacciones requiere de muchas palabras y menos aún de expresión de emociones, sentimientos u opiniones, para lo que se requiere un cierto vínculo con los demás. Es así como van perdiendo ámbitos donde pueden expresarse y ser tenidos en cuenta. El grupo cumple esta función y refuerza de esta manera su autoestima.

Información y consejo:

“Lo que tenés que hacer para no olvidarte dónde dejás el dinero es elegir un solo lugar, cómo lo vas a tener en varios lados: en los dobladillos de la ropa, en un cajón, en el depósito del inodoro!! Podés ponerlo en una cajita bajo llave y la llave colgártela en una cadenita del cuello. Si tu hijo empieza a buscar, no va a encontrarlo y le decís: es mío y te doy lo que puedo y quiero” (Sr. O. dirigiéndose a la Sra. L.).

“A tu hija (en referencia a G. con diagnóstico de esquizofrenia) tendrías que dejar de comprarle los cigarrillos, si es tan fumadora, y no sale podés aprovechar y decirle: querés fumar, andate al quiosco de abajo; quizás así empiece a salir” ((Srta. A., dirigiéndose a la Sra. N.).

“Conozco un médico macanudísimo que podrías consultar, y tener otra opinión” (Srta. A. dirigiéndose al Sr. O.).

“Si no te llaman, llamá vos a tu familia. Como dice la licenciada, no tienen por qué saber que vos los necesitás” (Sra. E. dirigiéndose a la Srta. J.).

“A mí lo que me hizo muy bien para la constipación son la semillas de lino, preguntale a tu médico si podés comerlas” (Srta. A. dirigiéndose a la Sra. E.).

“Vos tenés que usar una agenda e ir marcando los días y no salir a la calle sin saber qué día es porque ya es la segunda vez que contás que vas al banco y es domingo” (Srta. J. dirigiéndose a la Sra. L.).

Es muy importante aquí el compartir las experiencias y las habilidades frente a la enfermedad crónica, o ante cualquier tarea que se tenga que afrontar. Las soluciones proporcionadas por los pares siempre son escuchadas y puestas en práctica porque provienen de alguien con sus mismos problemas: un par, alguien con quien se tiene una relación simétrica. Este hecho sirve para la creación de redes de apoyo, los sujetos son vistos como agentes activos y capaces de cambios. Los adultos mayores plantean dificultades propias de la edad, por ejemplo: la falta de memoria, la relación con hijos/as, yernos, nueras y nietos, el uso correcto de la obra social, conocer los beneficios que no son muy difundidos por su obra social, trámites necesarios para pedir subsidios de algún tipo, o atención de algún especialista en el hogar, etc. Los integrantes del grupo comparten con placer las estrategias que ponen en práctica para no olvidarse de las tareas que deben realizar durante la semana, o incluso para saber que día es hoy. Si bien este tipo de tareas parecen más difíciles para personas que viven solas, en realidad responde a carac-

terísticas de personalidad de toda la vida, pero que se exacerban en la edad adulta. Lo mismo sucede con las habilidades para establecer relaciones interpersonales; son los más habilidosos los que se enteran de los beneficios recreativos más escasos, tales como entradas de cine a bajo precio, clases de natación, o a nivel barrial cuáles son las parroquias donde se reparten los bolsones de comida y cuál es el contenido de las mismas. Con respecto a los trámites, además de los especialistas a domicilio, y los números telefónicos para hacer consultas médicas por este medio, nuevamente hay quienes saben donde y cuando se reparten pañales geriátricos, y como se tramita la obtención de este beneficio. La participación en los grupos, permite ponerse al día sobre éstos y otros temas. Las personas comparten sus experiencias y habilidades no solo dentro del grupo, sino que se crea una red telefónica que exceden los temas médicos y se transforman en apoyo emocional.

Afrontamiento de un futuro no deseado:

“Nos reunimos con mi hijo para plantear lo de la curatela, para que se haga legalmente cargo de G. cuando nosotros no estemos. Le dijimos, como nos recomendaron acá, que no queremos que G. viva con él y su familia, es una carga demasiado grande. Ahora tenemos que pensar juntos qué será mejor para G. si quedarse en casa con alguien que la cuide, si internarla ... vamos a ver” (Sr. O., casado, enfermo cardíaco y cuidador de su hija con diagnóstico de esquizofrenia, 81 años).

“Mi hijo cuando le hablé dijo que él siempre supo que antes o después iba a tener que hacerse cargo de su hermano, que me quede tranquila. Pero yo pienso, podrá cuidarlo como lo cuido yo? Ya comenzamos los trámites legales” (Sra. L., viuda, enferma de artrosis, cuidadora de su hijo con diagnóstico de discapacidad mental, 83 años)

Los adultos mayores a cargo de un hijo con una enfermedad crónica, durante la permanencia en el grupo hicieron los trámites de “curatela”, es decir, nombraron un tutor legal para sus hijos enfermos. Las intervenciones apuntaban a hablar con los hijos sanos del tema, es decir, a tomar el control de la situación. La intención fue también planificar, pero esto no es posible con todos. Para quienes viven con hijos con discapacidad, es muy difícil pensar en otra posibilidad. Los padres que planificaron sus vidas junto a estos hijos, se quedarían sin rol si cambian de esquema de vida. Con respecto al trámite de “curatela”, lo llamativo es que nunca se había tocado el tema antes. La importancia de hablar de este tema es para los padres, saber qué va a pasar con sus hijos enfermos, y para los hijos que asumen la

responsabilidad, poder escuchar de sus padres qué es lo que se espera de ellos en tanto cuidadores. Resulta un alivio para ambas partes: para los padres la sorpresa de saber que están dispuestos al asumir la responsabilidad y que siempre supieron que lo iban a hacer, y para los hijos poder hablar con sus padres y saber que no se espera de ellos que sean padres para sus hermanos, sino que se ocupen de que no pase necesidades. No todos los padres reaccionan igual, porque una de las dificultades de los cuidadores es aceptar las distintas modalidades que pueden tener los cuidadores. Delegar el cuidado implica aceptar que las cosas pueden hacerse con otra modalidad, cosa muy difícil de aceptar por las cuidadoras.

Resulta muy duro para los padres enfrentarse al hecho de que no van a ser más los que tengan el derecho de decidir legalmente sobre sus hijos discapacitados, hay que ayudarles a comprender que no van a dejar de ser los padres por eso, y que siempre van a ser los que más se ocupen y preocupen. Ahora tienen la tranquilidad de saber que otro también se puede ocupar, y que no va a haber desprotección cuando ellos ya no estén. Es momento para recordar que cada cuál se ocupa a su manera, y que aceptar la ayuda es también aceptar la manera que tiene esa persona de ayudar. No se trata de cuestionar la viabilidad o practicidad de los planteos, sino de que puedan dejar de ser solo imágenes y que el curador sepa qué se espera de él, y que pueda plantear a su vez sus propios pensamientos, y en conjunto, ponerse de acuerdo en el accionar a seguir en el futuro.

Enfoque psicoeducativo (qué es y no es la enfermedad que padece el familiar)

“Antes yo me levantaba a cualquier hora en que G. me llamara, al venir acá entendí que eso no es parte de la esquizofrenia, pude empezar a ponerle límites. Ahora le digo: “Si querés algo pedímelo ahora porque me voy a acostar y no me levanto, sino andá y buscáelo vos”. Ya sé que tampoco es lógico pero ella tiene su estante en la heladera con su comida y las cosas que a ella le gustan, son muy pocas las cosas que come, pero aprendí a no vivir esclava de todos sus deseos” (Sra. N., casada, hipertensa, cuidadora de su hija con diagnóstico de esquizofrenia y de su marido enfermo cardíaco, 81 años).

“R. me volvía loca pidiéndome un walkman, un celular, y yo me desesperaba porque no podía comprárselo. Ahora estoy más tranquila y le digo: no puedo, tengo muchos gastos y soy jubilada” (Sra. L., viuda, enferma de artrosis, cuidadora de su hijo con diagnóstico de discapacidad mental, 83 años).

“Yo había dejado de salir porque mi marido se ponía celoso. Pero ahora le digo, yo necesito ir al grupo para hablar, y vengo igual” (Sra. E., casada, enferma cardíaca, cuidadora de su marido con diagnóstico de diabetes que está postrado, 82 años).

“Le dije a mi hermano que la Licenciada me había explicado que la esquizofrenia no tiene nada que ver con que el nene no pueda comer con nosotros. Desde ahí le dijimos: -basta de llevarte la comida a la pieza o comés con todos o después te calentás la comida en el microondas y te arreglás solo-” (Srta. J., soltera, hipertensa con glaucoma, cuidadora de su sobrino de 31 años con diagnóstico de esquizofrenia, 80 años).

Los grupos además sirven para poner en práctica el enfoque apoyo psicoeducativo. Esto incluye comprender la enfermedad. En los casos mencionados, las familias aprenden cuáles son las conductas propias de la enfermedad, y cuáles no. Es característico de los padres atribuir cualquier requerimiento a la enfermedad, cuando el mismo en realidad es más bien un manejo tiránico de parte del enfermo, que aprende a manejar el sentimiento de culpa de los padres. Es necesario que comprendan que las enfermedades crónicas no suplantán los hitos evolutivos. Es normal que a los 50 años una mujer, quiera salir menos que a los 20, no porque tenga esquizofrenia sino porque a esa edad, los intereses y la energía no es la misma que a los 20. De la misma forma, nada indica que la esquizofrenia haga que quien la padece no puede servirse agua por su cuenta o no pueda compartir una comida en familia. Generalmente, los padres que pueden ver los momentos evolutivos en un hijo sano, con el hijo enfermo quedan congelados en el tiempo, como si éstos fueran eternamente adolescentes. Además de poder diferenciar los aspectos propios de la enfermedad y los que no, los cuidadores deben aprender a cuidarse a sí mismos. Es el descanso del rol de cuidador, el poder planificar actividades recreativas, lo que les va a permitir recargar energías para poder seguir cuidando.

Ayuda material:

“Reuní a mis hijas y les dije, yo entiendo que quieran protegerme pero necesito tener mi libertad. Una persona que me ayude en la casa está bien pero que no me deje hacer nada no quiero. Me van a hacer una vieja inútil. Yo quiero seguir cocinando y manejando mi casa. ¿Estuve bien, no?” (Sra. E., casada, enferma cardíaca, cuidadora de su marido con diagnóstico de diabetes que está postrado, 82 años).

“Dejé mi trabajo para cuidar a mi madre, que no podía valerse por sí misma. La cuidé durante 15 años. Como dejé de trabajar ahora tengo una jubilación mínima, no la que me hubiera tocado. Mis hermanos estaban conformes porque no tenían que cuidarla ellos pero ahora que tengo problemas económicos me dicen: “fue tu decisión, qué querés que hagamos nosotros? Tendrías que haber pensado que te íbas a quedar sin jubilación” ...Y yo me gasté todo lo que tenía para cuidarla. Igual no lamento porque tengo la conciencia en paz” (...). “El grupo me sirve para encontrar maneras de arreglármelas, dónde ir a reclamar cosas, cómo conseguir descuentos” (Sr. J. operado de columna y cadera, dejó su trabajo para cuidar durante 15 años a su madre actualmente fallecida, 81 años).

“Viajé a Entre Ríos para ayudarle a mi hermana con los trámites de la jubilación, ahí nadie sabe nada, no se dan maña, si no voy yo las cosas no se hacen. Yo cobro la jubilación mínima e igual les mandaba plata como lo hice toda la vida. Pero ahora, ahora basta, como me dijeron acá tengo que pensar también en mí, ella tiene un marido y tres hijos, yo no, y yo soy la que termina ayudándolos a todos” (Sra. A., soltera, enferma de cáncer y cuidadora de siete familiares que murieron del mismo tipo de cáncer que ella padece, 73 años).

La enfermedad crónica tiene un costo económico al que hay que hacer frente, y que muchas veces es elevado. Hay adultos mayores, tanto hombres como mujeres, que dedicaron su vida al cuidado de un familiar y este rol -muchas veces- resulta central para la autoestima. El problema es que el saberse hábil en un rol aunque hace sentirse valorado por el buen desempeño, también puede asumirse con omnipotencia. Esto puede dejar al cuidador en una situación de desamparo económico y afectivo. La intervención busca que los cuidadores aprendan a delegar tareas referentes al cuidado, y esto implica pedir ayuda, evitando así perder de vista las necesidades personales. En la medida en que el cuidado abarca toda la vida de una persona, es problemática la desaparición de la persona cuidada. Fomentar las actividades fuera del ámbito familiar, ayuda a generar redes que no pertenezcan al entorno del cuidado, y son lugares y vínculos fundamentales para cuando finaliza el cuidado. El cuidador debe además focalizarse en la imagen que brinda a los demás. La persona que siempre resuelve los problemas propios y ajenos, difícilmente sea vista como alguien que necesita ayuda, por lo que la tendencia es a no ofrecerle nada, y dejar que resuelva todo sola. Las intervenciones apuntan a ser concientes de la imagen que reflejan, y que solo pidiendo ayuda es que los demás pueden enterarse de sus necesidades. También es cierto que hay

que aprender a ser específico con la ayuda que se necesita, es decir, explicitar que tarea es en la que se necesita ayuda.

CONCLUSIONES:

Las intervenciones dentro del grupo están dirigidas a mejorar la calidad de vida, el bienestar, a generar habilidades respecto del cuidado propio, a cómo afrontar el cuidado de los demás, y a las alternativas posibles para el traspaso del cuidado, en los mencionados casos en los que se cuida a un hijo, enfocando en la recomposición de la red social de apoyo, la activación y la creación de la misma si es necesario.

Se asume que las intervenciones con personas enfermas "son siempre, en mayor o menor grado psicosociales" (Navarro Góngora, 2004: 311) debido a que afectan a la familia, a su red social y a los profesionales de la medicina que tratan al enfermo.

La creación de grupos tanto para los enfermos crónicos como para los cuidadores, permite compartir experiencias, generar una nueva red social de apoyo, constatar que lo que a uno le sucede también le sucede a otros. Asimismo, permite evaluar las estrategias que usan los otros miembros del grupo para afrontar las dificultades que se les presentan, entendiendo por afrontamiento los "esfuerzos orientados tanto hacia la acción como intrapsíquicos, para manejar (tolerar, reducir, minimizar) las demandas ambientales e internas y los conflictos que surgen entre ellas" (Folkman, 1999: 5). La palabra emitida por los pares, resulta una opinión altamente valorada para hacer frente a las dificultades propias. La palabra no viene de un profesional situado en un lugar superior, sino de alguien que también padece una enfermedad crónica, o cuida a un ser querido. El coordinador, es un agente facilitador. En el caso de los adultos mayores que cuidan a sus hijos, el hecho de tener la misma problemática hace que frente a la sugerencia, crítica o idea que aporta otro, no se pueda contestar: "es fácil decirlo". El asesoramiento en cuanto a beneficios y trámites administrativos o legales realizados o a realizar allana el camino: cuando hay otra persona que ya lo hizo, el siguiente conoce la manera y las potenciales dificultades para realizarlo.

Como se dijo anteriormente los adultos mayores a los que está dirigida esta propuesta, no son un público que haya tenido acercamiento a psicólogos previamente. Lo hacen por la curiosidad frente a la propuesta y la simpatía que pueda

ocasionarles la invitación recibida, o porque un profesional de la salud los deriva. En todos los casos, la permanencia se debe a un sentimiento subjetivo de sentirse bien durante su estancia, y al darse cuenta que el problema que uno tiene es compartido por otros. El saber que una preocupación, o un sentimiento es compartido, o que es común a la situación que se padece, produce alivio. Saber que frente a la situación de cuidado de un familiar se puede sentir hartazgo, cansancio, o algún sentimiento negativo hacia el familiar enfermo, hace que el cuidador alivie su sentimiento de culpa. Es, además, el primer paso para el enriquecimiento de su vida personal y el aumento del bienestar. La visualización de las necesidades, carencias, habilidades y recursos, es lo que va a permitir la puesta en práctica de los cambios. Asimismo, aumentar las expectativas de eficacia personal para cambiar ciertos hábitos produce una probabilidad mayor de éxito (Kravitz, R. et al., 1993).

En el tipo de intervención que se realiza en el grupo, no interesa la patología individual, si es que la hay, sino que se toman en cuenta los factores comunes que presentan los cuidadores y el cuidado, y cómo seguir de aquí en más, respetando siempre el significado que tiene para el cuidador la tarea que realiza o realizó. Se trata de fomentar los mecanismos de afrontamiento que se consideren más eficaces para el problema en cuestión. Se ha mencionado la importancia de sentir que se tiene control de la situación, la planificación, la resolución de problemas concretos, la guía cognitiva, los consejos, la información, la ayuda instrumental, el correcto uso de los servicios de salud y la integración comunitaria.

Se apunta a la construcción y reconstrucción de redes, considerándola una herramienta fundamental para el logro del bienestar tanto individual como social. El propio grupo se transforma en una nueva red, a la que se recurre independientemente de la reunión semanal. Por otro lado, se trata de reconstruir la red familiar o de amigos de los adultos mayores, cuando esto es posible. Se abre entonces un canal de información acerca de, por ejemplo, instituciones que proveen de actividades ya sea físicas, recreativas, culturales, sociales. También dentro de la familia es muy importante preservar las rutinas familiares y los rituales que marcan la identidad familiar, en tanto festejos que resultan importantes afectivamente para los miembros de la familia.

Los adultos mayores son habitualmente las personas que reciben cuidados, pero cuando un hijo padece una enfermedad crónica discapacitante, difícilmente se produzca la reversión del cuidado. A esto debe sumarse que existe un "crono-

metraje" (timing) normativo y no normativo de la enfermedad crónica en el ciclo vital. La enfermedad crónica y la muerte normalmente son consideradas normales en la adultez tardía; mientras que, enfermedades y pérdidas que ocurren con anterioridad están "fuera de fase" y tienden a ser más disruptivas (Rolland, 2000). Efectivamente, la enfermedad de un hijo o un miembro joven de la familia no solo constituye un episodio doloroso en la vida de los padres, sino que las instituciones de salud no siempre pueden brindarles la ayuda y las respuestas que necesitan.

REFERENCIAS

- Albee, G.W. (1984) Prologue. A model for classifying prevention programs. En: J.M. Joffe, G. Albee y L. Kelly (eds.) *Readings in primary prevention of psychopathology: Basic concepts*. Hanover: University Press of New England.
- Atteneave, C. (1976) Social networks as the unit of intervencion. En: P.J. *Guerin: Family therapy: theory and practice*. New York: Gardner Press
- Bonet, J. y Luchina, C. (1998) *Psiconeuroinmunoendocrinología*. Madrid: Biblos.
- Caplan, G. (1974) *Support systems and Community Mental Health*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Chambo, A. y Javier, V. (1998) *Instrumentos de Psicología Comunitaria*, Valencia: Promolibro.
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D. y Melisartos, N. (1979) Psychological doping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242: 1504-1508.
- Folkman, S. (1999); "Nuevas Perspectivas sobre el Afrontamiento: Lecciones de las Personas que cuidan Pacientes con Sida", En: *La Psicología al Fin del Siglo*, Caracas: Nueva sociedad.
- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239.
- Iscoe, I. y Harris, L.C. (1984) Social and community interventions. *Annual review of Psychology*, 35: 333-360.
- Kravitz, R., Hays, R., Sherbourne, C., Di Mateo, M., Rogers, W., Ordway, L., et al. (1993) Recall of recomendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 153: 1869-1878.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez Guzmán, M.L. (1998) "Psicología Comunitaria e Intervención en Comunidades". En: J.M. Krausse; A. Jaramillo Torrens (eds.) *Intervenciones Psicológico-Comunitarias en Santiago de Chile*, Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. *Image*, 20(4): 225-232
- Montero, M. (1984) Psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. Caracas: *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol 16 N° 3: 38-49.
- Montoya, E. (1988), La rehabilitación en la comunidad de Cuba. Congreso sobre rehabilitación del adulto en atención primaria. La Habana, Noviembre 1988.
- Muchnik, E. y Seidmann, S. (1998) *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Navarro Góngora, J. (2004) *Enfermedad y familia*. Barcelona, Paidós.
- OMS (1948) Carta Fundacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1984) Salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ordoñez Carceller, C. y Pons. Bravet, P. (2001). Prevalencia de Factores de Riesgo Coronarios en el área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. *Revista Cubana de Administración de Salud*, 10; 1.
- Peterson, C. y otros. (1993) *Learned Helplessness: A Theory for the age of Personal Control*, Oxford: University Press.
- Potter, P. y Perry, A. (1994) *Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica*, 3ª Ed., Madrid: Mosby/Dogma.
- Prilleltensky, I. (2004) "Validez Psicopolítica: el próximo reto de la Psicología Comunitaria". En: M. Montero: *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Rappaport, J. (1987) "Terms of empowerment/ Exemplars of prevention: Toward a theory for Community Psychology". *American Journal of Community Psychology*, 15: 121-148.

- Rolland, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Madrid: Gedisa.
- Sánchez Vidal, A. (1991) *Psicología Comunitaria* Barcelona: PPU.
- Sánchez, E. (2000), Todos con la "Esperanza", Comisión de Estudios de Postgrado: Universidad Central de Venezuela.
- Saranson, S (1974) *The psychological sense of community: Prospects for a community Psychology*. San Francisco: Josey - Bass.
- Seidmann, S.; Bail Pupko, V.; Acrich, L.; Stéfani, D. (2001) "Cuidando a un familiar enfermo. Una aproximación cualitativa", *Anuario de Investigaciones de la Fac. de Psicología* (UBA) . Buenos Aires, IX: 96-99.
- Simonton, C.O.; Matthews-Simonton, S. y Saparks, T.F. (1980) Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics*, 21: 226-233.
- Sluzki, C.E. (1979) "Migration and family conflict". *Family Process*, 18(1): 379.
- Sluzki, C.E. (1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona: Gedisa.
- Sourkes, B.M. (1982) *The Deepening Shade: Psychological Aspects of Long-term Illness*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Steinmetz, S.K. (1988): *Family and Support Systems Across de Life Span*. Nueva York: Plenum.
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little Bronw.
- White, R.W. (1959) Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66: 297-333.

Fecha de recepción: 23 octubre 2007
Fecha de aceptación: 3 noviembre 2007

LA ADULTEZ Y LOS ROLES PARENTALES. UN ESTUDIO DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS HIJOS ADOLESCENTES.

Adulthood and parental roles.
A study from teenager's perception.

José Eduardo Moreno*

Resumen

Este trabajo propone mostrar el mundo adulto y el desempeño de los roles parentales desde la visión que tienen los hijos adolescentes, teniendo en cuenta a diversos autores que caracterizan a los adultos y padres de la actualidad como inseguros y temerosos ante sus hijos. La muestra comprendió a 975 adolescentes de ambos sexos, de Buenos Aires (Argentina); a los que se les administraron la Escala Argentina de Soledad y la Escala Argentina de Percepción Parental para adolescentes. Entre otros resultados, mediante el análisis multivariado de varianza, se observa que los varones obtuvieron mayores promedios en la percepción paterna y materna de Autonomía y disciplina laxa ($p = .0001$), es decir que perciben a ambos padres como más permisivos que las mujeres.

Palabras clave: adultez, adolescencia, soledad, estilos parentales.

Abstract

This document is aimed to show the adult world and parental role performance from the young teenager's perspective, taking into account several authors who characterize nowadays adults and parents as insecure and fearful of their children. The sample was composed by 975 adolescents, from both sexes from Buenos Aires (Argentina), to whom it was administered the Argentine Loneliness Scale and the Argentine Scale of Child Perception of Parental Relationship. Among these results, by means of Multivariate Variance Analysis, the male adolescents got higher averages in mother and father perception of Autonomy and Lax Discipline ($p = .0001$), that is to say that they perceive both parents as more permissive than female teenagers do.

Key words: Adulthood, Adolescence, Loneliness, Parental Styles.

* Docente Titular de Psicología del Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica Argentina, jemoreno1@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

En la adultez las principales fuentes de autovaloración son el trabajo y la familia. La inserción en la estructura ocupacional, el logro de una posición estable que garantice la seguridad económica y que permita el desarrollo personal, junto con la satisfacción laboral, son cruciales para la buena autoestima. Del mismo modo, el logro de una pareja matrimonial y el desempeño de los roles parentales incrementan la valoración del adulto (Griffa & Moreno, 2005).

En la adultez los problemas laborales, las crisis matrimoniales y las dificultades en la crianza de los hijos son los motivos más frecuentes de la consulta psicológica. Lo cual demuestra la significación que tienen para el adulto el ámbito laboral y el familiar.

ADULTEZ Y PATERNIDAD EN CRISIS

Lazarte, O. (1995) llega a la conclusión de que en nuestra época, en nuestro medio, la familia ha ido perdiendo la función educadora y formativa de los hijos y aún el control y dirección de la misma. El problema de la relación entre padres e hijos es un problema de siempre, pero que en la actualidad conlleva nuevas peculiaridades. La falta de capacidad de los mayores para poner límites a los adolescentes y jóvenes es sin duda uno de los grandes problemas de nuestro tiempo.

Barylko, J. (1992) sostiene que los adolescentes son siempre iguales, los que cambian son los adultos. Además afirma que el siglo XX, en particular la segunda mitad, ha sido el siglo de la permisividad, un tiempo en el cual los padres que habían experimentado el exceso de autoridad, creyeron que lo mejor que podía pasarles a sus hijos era la permisividad. Esta permisividad estuvo también sostenida por ciertas teorías psicológicas.

El establecimiento de límites es importante ya que éstos ayudan a formar la identidad personal de los jóvenes, por eso tenemos que reencontrar el sentido de educar en los límites.

La educación tiene que llevar a la persona a comprender y aceptar que no todo saldrá siempre según su deseo, que no siempre logrará lo que se propone. La realidad no es tan manipulable como los niños o los adolescentes pretenden desde un pensamiento egocéntrico o narcisista. Esto se denomina tolerancia a la frustración y es un rasgo fundamental de la personalidad madura. Cuando un padre dice "basta" o "no hay más", o "esperá un rato" o "hasta acá", está funcionando como

un representante de lo real para ese hijo; le está adelantando situaciones que tendrá que experimentar, lo está ayudando a ubicarse.

Di Segni Obiols, S. (2002) considera que en la fuerte crisis que atraviesa el rol de adulto se explica la gran cantidad de adolescentes y jóvenes que se encuentran a la deriva.

La tarea de los padres no es gobernar a sus hijos, sino guiarlos, conducirlos y ayudarles a descubrir valores existenciales elevados, sin imponer su voluntad y teniendo en cuenta la conciencia y sensibilidad de los hijos.

En la definición de adultez son esenciales las nociones de poder y de autoridad. Se supone que el adulto debe poseer mecanismos que permitan imponer o persuadir a otros, en particular a los hijos, a hacer lo que se propone. El derecho que la sociedad le reconoce a utilizar ese poder constituye la autoridad del adulto.

Los adultos de la primera mitad del siglo XX fueron educados en un sistema estructurado y homogéneo. La transmisión de valores y normas se daba naturalmente de padres a hijos y la familia, la escuela y las instituciones en general compartían el mismo sistema de creencias. En ese período se visualizaba al adulto como el modelo al que debían seguir niños y adolescentes. La adultez era la cima del ciclo vital, la edad ideal. En la segunda mitad del siglo XX el adulto pierde autoridad más que poder, muy especialmente el hombre, el padre. Los límites, las normas, pasan a ser vistas como la expresión de la coerción y la represión. En los adultos se difunde el miedo a actuar de modo autoritario, se cuestiona el ejercicio del poder sobre los hijos.

Di Segni Obiols, S. (2002) sostiene que estos adultos inseguros consideran que tuvieron padres autoritarios que los castigaron y ahora enfrentan a hijos que los critican, también cruelmente. No queriendo imitar lo que hicieron sus padres tienden a consumir los consejos de los libros de autoayuda, de los profesionales que brindan los medios de comunicación masiva, de terapeutas y orientadores u otros expertos y, a veces, las opiniones diversas que obtienen los sumergen en una mayor confusión y duda.

Este conflicto con su poder y con su autoridad para criar hijos se manifiesta en vínculos paterno-filiales contradictorios. De este modo por momentos tratan supuestamente de comprender a los hijos acompañándolos como "compinches" o

amigos, pasando a veces rápidamente a conductas francamente autoritarias. Esta dualidad de los padres inseguros, con miedo a los hijos, es la que trataremos de abordar en este trabajo a partir de la percepción parental por parte de los hijos adolescentes.

Estos adultos en crisis no utilizaron y no se adherían a hacer uso de la fuerza física de ningún modo en la crianza de los niños. Incluso sienten sentimientos de culpa al contener con firmeza si su hijo se descontrola. Pero cuando en la adolescencia de sus hijos empiezan a recibir comentarios críticos, su incapacidad para manejar estas situaciones y de ocupar un rol con autoridad los lleva a realizar comportamientos autoritarios y agresivos. La persona insegura y temerosa suele ser muy agresiva cuando se siente acorralada, sin salida. La inseguridad lleva al uso de formas de control patológicas.

LA PERCEPCIÓN PARENTAL

Durante las décadas del 50 y 60, fundamentalmente a cargo de autores de orientación psicoanalítica, fueron realizados numerosos estudios sobre la percepción de los padres, o de diversos aspectos de la conducta parental o de la identificación (Kagan, 1956; Furkestein et al, 1955, en Yármoz, 1989). Posteriormente disminuyeron como tema de interés, para reaparecer en la década de los 80 desde diversos enfoques (Drill, 1986; Charlebois et al, 1988; Michels et al, 1983; Hazan y Shaver, 1987). Estos últimos autores abrieron una línea de investigación sobre las relaciones afectivas en adultos que, basándose en la teoría del apego (Bowlby, 1969/82, 1973, 1980), postula que las relaciones con los padres, en particular con la madre, y las representaciones que el niño construye de ella están en la base de esquemas relacionales afectivo-cognitivos sobre sí mismo, los otros y el mundo, que determinan la calidad y el tipo de sus relaciones afectivo-sociales.

Desde el modelo cognitivo, lo que realmente influye es la percepción que los miembros de una diada tienen de su interacción. En consecuencia, la relación de padres e hijos es percibida de modo diferente desde la perspectiva de uno u otro miembro de esa diada. La pareja parental tiende a evaluar más favorablemente el comportamiento que tiene hacia sus hijos que los hijos mismos. Barnes y Olson (1985) postulan que los hijos adolescentes perciben menos amplitud y más conflicto en la comunicación intrafamiliar que los padres. En los adolescentes, el vínculo con los padres es fundamental en el desarrollo de la personalidad y la

percepción de dicha relación influye en los procesos de identificación e individuación.

Los padres y los adultos en general son percibidos como menos aceptantes y más orientados a actuar como expertos o autoritariamente. Esto provoca una dificultad para que exista un proceso de diálogo y los jóvenes, por lo tanto, prefieren discutir sus problemas sentimentales y temores con sus amigos.

La explicación más completa acerca de la manera de transmitir normas sociales desde los padres hacia los hijos es probablemente la proporcionada por Baumrind (1991) quien estudió el estilo disciplinario ejercido por los padres en la orientación de sus hijos. Los padres que ejercen su autoridad (authoritative) son más eficaces en la enseñanza de las conductas sociales deseables que los autoritarios y los permisivos. Los padres con autoridad son nutricos y hacen mejor uso del afecto y del refuerzo positivo de la aprobación que los autoritarios. Al mismo tiempo, los padres con autoridad pueden castigar más eficazmente que los permisivos, puesto que son más consistentes y están más comprometidos con el castigo. Los permisivos son ambivalentes y a menudo, involuntariamente, anulan el efecto positivo del castigo. Baumrind considera que los padres con autoridad enseñan a sus hijos a ser asertivos y afiliativos, modelando este comportamiento en sus interacciones con el niño. Por el contrario, los padres permisivos no favorecen el comportamiento asertivo mientras que los autoritarios impiden el comportamiento afiliativo. Finalmente, el padre con autoridad se comunica más claramente con sus hijos y combina lo directivo con lo racional, favoreciendo la expresión abierta de pensamientos y sentimientos por parte del niño.

Es necesario diferenciar dentro de la categoría permisivo a los padres indulgentes, cuyo control deriva de una orientación ideológica que se fundamenta en la confianza, la democracia y la indulgencia (permisivos indulgentes), de los que tienen un bajo nivel de control a causa de su falta de compromiso con la crianza del hijo.

Sobre la base de sus observaciones en establecimientos preescolares, Baumrind identificó tres grupos de niños: a) energéticos-amigables, b) conflictuados-irritables, y c) impulsivos-agresivos, correspondiendo en gran medida a padres: a) autoritativos, b) autoritarios y c) permisivos, respectivamente.

PADRES AUSENTES, ABANDÓNICOS

La autoridad y calidez afectiva son elementos esenciales para la formación de la persona. El estilo parental autoritativo (con autoridad) es el que produce mejor maduración, no es autoritario, como tampoco es permisivo o abandonico. Es firme, no débil, y tiene como característica la comunicación, la preocupación y el cuidado por el otro, busca comprender y dar razones de los valores que pretende transmitir.

Además de los padres inseguros antes mencionados, también parecería que se han incrementado los padres que renuncian a sus obligaciones de crianza delegándolas en otros, ya sea familiares o no. Hijos que pasan su infancia en guarderías, escuelas de doble turno, o mirando televisión en su casa en soledad hasta que vuelvan sus padres del trabajo.

La indiferencia y el ser permisivos es muchas veces una respuesta cómoda para no hacerse cargo del compromiso paterno. El individualismo tan de moda, muchas veces sirve para justificar una falta de madurez, responsabilidad y entrega.

El patrón adolescente que se denomina abandonico podría considerarse como la consecuencia de un trastorno reactivo de vinculación en la infancia. Este mundo abandonico, es una verdadera neurosis de la pérdida, donde el hijo busca la protección desesperada, pero la figura protectora es la propia amenaza. La vida se organiza sobre un sentimiento que se estructura entorno al miedo a ser abandonado. El miedo se proyecta sobre el otro y adopta la actitud de víctima que reclama, u otras veces adopta una actitud masoquista que se autoinculpa por el presumible abandono.

La causa más profunda de los fenómenos globales, como el aumento de la delincuencia y violencia juvenil, adicciones, suicidios, deserción escolar, tienen como causa más profunda la percepción de la falta de amor incondicional o "desamor", debido al deterioro de la familia, la célula de la sociedad.

Esta investigación se propone considerar el mundo adulto, en particular de los roles parentales, desde la perspectiva de los hijos adolescentes. Interesa explorar, y en lo posible determinar, hasta que punto la hipótesis del miedo a los hijos, de la falta de límites y del incremento de la paternidad abandonica están presentes en nuestra realidad regional, especialmente en los sectores medios donde se pre-

supone un fuerte impacto de las nuevas tecnologías de la información y comunicación y de los llamados valores posmodernos.

MÉTODO

Sujetos

La muestra comprendió a 975 adolescentes de 14 a 17 años, de ambos sexos, de clase social media, que concurrían a escuelas secundarias estatales y privadas de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se trató de evitar aquellas escuelas a las que concurren alumnos de nivel social alto, como también a las que concurren sectores marginales por pobreza extrema. La distribución por edad resultó de 191 jóvenes de 14 años (18,6%), 297 de 15 años (30,5%), 326 de 16 años (33,4%) y 171 de 17 años (17,5%). Comprendió a 404 varones (41,4%) y 571 mujeres (58,6%).

Instrumentos

Escala Argentina de Percepción Parental para adolescentes (Richaud de Minzi & Sacchi, 2002b). Para evaluar la percepción que los adolescentes tienen de la relación con sus padres se trabajó a partir del Children's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI) elaborado por Schaefer (1965a y 1965b) basado en un modelo tridimensional resultante del análisis factorial. Este permitió identificar tres pares de factores ortogonales denominados: Aceptación versus Rechazo, Autonomía Psicológica versus Control psicológico (Control parental a través de la dominación y la inducción de culpa y ansiedad) y Control firme versus Control laxo (Control parental a través de la imposición de reglas y establecimiento de límites). La versión original consta de 26 escalas de 10 ítems cada una con un formato de respuesta dicotómico (Sí, No). La revisión de la misma dio origen a una versión de 192 ítems, compuesta por 6 escalas de 16 ítems y 12 de ocho ítems. Las escalas se denominaron: Aceptación, Centrado en el niño, Posesividad, Rechazo, Control, Refuerzo-Coacción, Implicación positiva, Intrusividad, Control a través de la culpa, Control hostil, Disciplina inconsistente, No coacción, Aceptación de la individualidad, Disciplina laxa, Instilación de ansiedad persistente, Alejamiento hostil, Retiro de relaciones y Autonomía extrema.

Esta última versión fue adaptada a la Argentina y abreviada a una escala de 72 ítem distribuidos con respecto a la madre en 5 factores: Aceptación; Autonomía versus Control; Posesividad e Intrusividad; Control versus Autonomía extre-

ma y Refuerzo. En relación con el padre se encontraron cuatro factores. Aceptación; Posesividad; Autonomía extrema e Intrusividad (Klimkiewicz, 1996). En base a esta última versión (Minzi, Sacchi) se construyó un nuevo inventario de 32 ítems más adaptable a las administraciones colectivas en condiciones escolares y. Se estudió la validez factorial y la confiabilidad de la misma en adolescentes de 12 a 17 años. En esta versión los estudios factoriales determinan tres dimensiones de la percepción parental: control (patológico, estricto y normal), autonomía extrema y disciplina laxa y finalmente aceptación padre/madre.

En este trabajo se utiliza esta última versión y se analiza dos de sus escalas: 1- Control patológico y 2- Autonomía extrema y disciplina laxa. De este modo se pueden evaluar los mecanismos de control parentales, la puesta o no de límites, la indiferencia o compromiso hacia los hijos, entre otras variables.

Escala Argentina de Percepción Parental para adolescentes Escala Argentina de Soledad para adolescentes (Richaud de Minzi & Sacchi, 2002a, 2004).

Esta escala se basó en instrumentos previos construidos por otros autores. Rokach and Brock (1995) desarrollaron la prueba conocida como Rokach Loneliness Scale que incluía ítems relacionados con desajuste social, vínculos problemáticos, pérdidas, déficit en el desarrollo, entre otros. Este autor trabajó principalmente con adolescentes marginales.

Por otra parte Marcoen, Goossens y Caes (1987) trabajaron con adolescentes no marginales, focalizando su atención en el vínculo con los pares y con la familia. Marcoen definió nuevas dimensiones de la soledad: Afinidad con la soledad y Aversión a la soledad.

Teniendo en cuenta a estos autores se desarrolló una escala de 58 ítems que después de los estudios factoriales y de confiabilidad, resultaron cuatro dimensiones: Rechazo por parte de los pares, rechazo y sentimientos de abandono por parte de los padres, déficit familiar e inadecuación social.

En esta investigación se trabaja con las dimensiones: 1- rechazo y sentimientos soledad y de abandono por parte de los padres y 2- la percepción de una carencia o déficit familiar, el considerar que el medio familiar les es hostil y no les brindó lo necesario para su desarrollo personal.

Procedimientos

Las tomas fueron realizadas grupalmente en las respectivas aulas de cada escuela. Se les administró exclusivamente a los alumnos cuyos padres habían autorizado expresamente su consentimiento.

Para la tabulación y procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Para visualizar mejor la percepción de ambos padres por parte de los hijos adolescentes se recurrió a considerar las frecuencias y porcentajes para cada ítem de las escalas y para evaluar las respuestas según la percepción del padre o de la madre se recurrió a la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Para comparar las diferencias de los promedios obtenidos en las escalas según percepción paterna o materna, edad o sexo de los alumnos, se utilizó el análisis multivariado de varianza (MANOVA) con los contrastes correspondientes.

RESULTADOS

Si bien la muestra comprendió a 975 sujetos, en las tablas y gráficos en ocasiones se pone un n menor porque algunos alumnos respondieron por solamente uno de los padres, dado que el padre o la madre habían fallecido a temprana edad, o los habían abandonado o no tuvieron interacción significativa con ellos.

En la tabla N° 1 se puede observar las frecuencias y porcentajes obtenidos en las escalas de Control patológico y de Autonomía extrema y disciplina laxa según la percepción del padre y de la madre. La lectura de esta tabla nos permite realizar consideraciones más específicas respecto de la problemática en estudio, que los promedios de ambas escalas (Ver anexos).

Así podemos observar en general que los porcentajes son similares en la percepción de la madre y del padre en cuanto al uso de mecanismos extremos de control. Entre el 5 y el 15% de los adolescentes manifiesta ser objeto de diversos controles extremos. Por otra parte, las madres parecen utilizar con mayor frecuencia las técnicas de inculcación (ver en la tabla el ítem 22) que los padres. El control paterno extremo parece ser más directo y centrado en el cumplimiento de la norma, sin recurrir tanto a técnicas de inculcación o de franca intrusividad.

Sin embargo, llama también la atención que entre el 5 y el 12% afirma que ambos padres utilizan mecanismos intrusivos de control y entre el 17,5 y el 40,8% que lo hacen parcialmente (ítems 5 y 10). Esto nos habla acerca de la incapacidad de un número considerable de padres para respetar al hijo como otro, como persona, y su fracaso en la puesta de límites en términos razonables.

Para comparar las puntuaciones de los ítems de control patológico del padre y de la madre, dado que los datos están en pares y no son independientes, utilizamos la prueba de las jerarquías con signos de Wilcoxon. Los adolescentes consideran más controladora (patológicamente) a la madre en los ítems: 10- "Se entromete en mi vida" ($p=.0001$) y 22- "Me dice que si realmente lo/la quisiera no actuaría en la forma en que lo hago y le evitaría tantas preocupaciones" ($p=.0001$). Los adolescentes consideran más controlador al padre en el ítem 19 "Insiste en que debo hacer exactamente lo que me dice" ($p=.004$). En los ítems 5 y 15 no se observaron diferencias significativas.

En cuanto a la dimensión Autonomía extrema y la disciplina laxa en los ítems: 8 - "Me deja salir cuantas veces quiera", 17- "Me da la libertad que quiero" y 32- "Me deja salir de noche cuando quiero" más del 22% dice que sí y más del 46% en parte. Predomina una percepción de los padres como muy permisivos en cuanto a horarios y salidas. La prueba de Wilcoxon para los ítems de esta dimensión nos muestra que los adolescentes perciben a su padre como brindándole mayor autonomía que la madre respecto a: "Generalmente no da importancia a mi mal comportamiento" (ítem 6, $p=.0001$) y "Me deja salir de noche cuando quiero" (ítem 32, $p=.02$).

En el cruzamiento de las respuestas a los ítems de intrusividad materna (10- Se entromete en mi vida) y de autonomía extrema materna (8- Me deja salir cuantas veces quiera) se observa que de los 243 alumnos que afirman que la madre les deja salir sin trabas, casi la mitad (113 alumnos) perciben a su madre como entrometiéndose indebidamente en su vida. Estos nos muestra que muchos adolescentes parecen percibir oscilaciones marcadas en la conducta parental, dificultades en los padres para tomar una distancia afectiva óptima y un control no invasivo.

Para evaluar las diferencias de medias en las dos escalas según sexo y edad se utilizó la prueba MANOVA, análisis multivariado de varianza. En cuanto a la diferencia por edad, dividida en cuatro categorías (14, 15, 16 y 17 años), no se encontraron globalmente diferencias significativas (F Hotelling (12, 2468) = 1,49

; $p = .12$). Analizando los F univariados se observa una diferencia significativa en la escala de Autonomía madre ($F(3, 827) = 3,42$; $p = .02$), la autonomía materna tiende a incrementarse con la edad, y los contrastes muestran que es significativo el incremento que se da de los 14 años ($M = 16,36$) respecto de los adolescentes de 17 años ($M = 17,53$).

En cuanto al sexo se encuentran diferencias significativas (F Hotelling (4, 824) = 14,89; $p = .0001$). Analizando los F univariados se observan diferencias significativas en ambas escalas de Autonomía (Padre $F(1, 827) = 46,08$; $p = .0001$ y Madre $F(1, 827) = 44,62$; $p = .0001$) y no en las escalas de Control patológico (ver gráfico N° 1). Los varones obtienen mayores promedios de Autonomía extrema y disciplina laxa en ambas escalas, es decir que perciben a ambos padres como más permisivos que las mujeres. Así en la percepción de la Autonomía extrema paterna los varones obtienen una $M = 18,39$ y las mujeres una $M = 16,38$. En Autonomía extrema materna los varones obtienen una $M = 17,95$ y las mujeres una $M = 16,11$.

En cuanto a la interacción entre sexo y edad no se encuentran diferencias significativas (F Hotelling (12, 2468) = 0,57; $p = .86$).

En la tabla N° 2 podemos observar las frecuencias y porcentajes obtenidos en las escalas de Soledad padres y de Déficit familiar del cuestionario de soledad. (Ver Anexos).

Más de un 10% de los jóvenes percibe a sus padres como emocionalmente distantes y un 8 % considera que sus padres tienen poco tiempo para ellos. Aunque minoritaria esta población de adolescentes que percibe a sus padres como indiferentes y abandonados, nos muestra que uno de cada diez adolescentes, aproximadamente, tiene serias carencias en sus vínculos afectivos con los padres y poseen sentimientos de soledad de importancia.

También en la escala de Déficit familiar aunque estadísticamente bajos algunos porcentajes encontrados, no dejan de ser preocupantes por la vulnerabilidad que manifiestan en estos adolescentes. Así, por ejemplo, un 2,8% considera que muy a menudo se siente de más en su propia casa y un 2% se siente rechazado por su familia.

Para evaluar las diferencias de medias en las dos escalas según sexo y edad se utilizó la prueba MANOVA, análisis multivariado de varianza. En cuanto a la

diferencia por edad dividida en cuatro categorías (14, 15, 16 y 17 años), no se encontraron globalmente diferencias significativas (F Hotelling (16, 1820) = 1,21; $p = .29$). Analizando los F univariados tampoco se observan diferencias significativas.

En cuanto al sexo se encuentran diferencias significativas (F Hotelling (2, 911) = 4,17; $p = .01$). Analizando los F univariados se observan diferencias significativas en ambas escalas: Soledad Padres $F(1, 912) = 8,35$; $p = .004$ y Déficit familiar $F(1, 911) = 5,22$; $p = .02$ (ver gráfico N° 2). Los varones obtienen menores promedios en ambas escalas (Soledad padres M varones = 1,62 y M mujeres = 1,79; Déficit familiar M varones = 1,41 y M mujeres = 1,53). Es decir que, los varones perciben a ambos padres como menos rechazantes y abandonados que las mujeres.

En cuanto a la interacción entre sexo y edad no se encontraron diferencias significativas (F Hotelling (6, 1820) = 0,78; $p = .58$). Tampoco el análisis de los F univariados dió diferencias.

CONCLUSIONES

Las necesidades de afecto y seguridad en las relaciones interpersonales fueron siempre reconocidas en los estudios acerca de la constitución de la personalidad. Consideramos que es en la familia donde se inicia y desarrolla la relación interpersonal, primero con la madre, padre y cuidadores, para luego irse ampliando a medida que el niño crece. El rol parental es fundamental para la sociedad. Evaluar y reflexionar acerca del impacto de los cambios recientes sobre este rol y la vida de los adultos es una tarea central de la psicología evolutiva.

En esta investigación sin pretender refutar o confirmar las hipótesis del predominio de padres inseguros y abandonados en la actualidad, podemos afirmar que algunas de las características propias de estos tipos parentales son percibidas por un minoritario pero considerable número de hijos adolescentes.

Los varones obtuvieron mayores promedios en la percepción paterna y materna de Autonomía y disciplina laxa, es decir que perciben a ambos padres como más permisivos que las mujeres. Esto responde a patrones culturales tradicionales que justifican el brindar mayor libertad a los hijos varones. Por otra parte, las

mujeres adolescentes perciben en mayor medida sentimientos de rechazo y soledad de sus padres.

El uso de los diversos mecanismos de control extremo por parte de ambos padres varía entre porcentajes del 5 al 15%. Este uso frecuente de conductas intrusivas, de técnicas de crear culpa para controlar, acompañadas del deseo del control de todo acto filial, parecen mostrar la dificultad de muchos padres de tomar una distancia óptima respecto de sus hijos y de una incapacidad de conducción y persuasión. Por otra parte, simultáneamente aparecen las demandas adolescentes de un mayor acercamiento emocional de los padres (5% si totalmente y 35% en parte) que vuelven a mostrar nuevamente esta dificultad adulta de lograr una distancia óptima en la cual el hijo perciba ser protegido, cuidado y controlado sin ser invadido en su intimidad.

El uso de controles extremos va acompañado de momentos en que se les brinda una gran autonomía y se flexibiliza al máximo la disciplina. Estas oscilaciones parecen ser una característica parental que aun siendo minoritaria impacta en un porcentaje considerable de nuestros adolescentes, futuros adultos de nuestra sociedad.

REFERENCIAS

- Barnes, H. L. & Olson, D. H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Development*, 56, 438-447.
- Barylko, J. (1992). *El miedo a los hijos*. Buenos Aires: Emecé.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gunn, R. Lerner, & A. C. Petersen (Eds.), *The encyclopedia of adolescence*. New York: Garland.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss*. vol. I. Attachment. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. vol II. Separation. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. vol III. Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Charlebois, P., Tremblay, R.E., Larivee, S., y Cagnon, C. (1988). La perception des échanges socioaux dans les relations pères-filles: le "role behavior test" appliqué a une population francophone. *Revue de Psychologie Appliquée*, 38, 1-13.
- Di Segni Obiols, S. (2002). *Adultos en crisis. Jóvenes a la deriva*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Drill, R. (1986). Young adult children of divorced parents: depression and the perception of loss. *Journal of Divorce*, 12, 169-187.
- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2005). *Claves para una Psicología del Desarrollo*. Bs As: Edit. Lugar. Tomo II.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Klimkiewicz, A (1996): Percepción del comportamiento parental en adolescentes. Adaptación argentina del CRPBI. *Interdisciplinaria*, 13,1, 67-77
- Lazarte, O. (1995). Desarrollo de los valores en la familia. *Logo-Teoría-Terapia-Actitud*, N° 20, 3-4.
- Marcoen, A., Goossens, L. & Caes, P. (1987). Loneliness in pre- through late adolescence: exploring the contributions of a multidimensional approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(6), 561-577.

Michels, G.Y., Messe, L.A. y Stollak, G.E. (1983). Seeing parental behavior through different eyes: exploring the importance of person perception processes in parents and children. *Genetic Psychology Monographs* 107, 3-60.

Richaud de Minzi, M.C. & Sacchi, C. (2002a). Loneliness and depression in children: Its relationship with attachment and self competence. In *Stress and emotion in children and adolescents Symposium* conducted at the meeting of the 25th International Congress of Applied Psychology, Singapore.

Richaud de Minzi, M.C. & Sacchi, C. (2004). Adolescent loneliness assessment. *Adolescence*, Vol. 39, No 156, 701-710.

Richaud de Minzi, M.C. & Sacchi, C. (2002b). Cuestionario argentino de la percepción de la relación con los padres para adolescentes. Ponencia presentada en el. 4º Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica AIDEP, Lima.

Rokach, A. & Brock, H. I. (1995). The effects of gender, marital status, and the chronicity and immediacy of loneliness. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(4), 1-16.

Schaefer, E. S. (1965a). Children's reports of parental behavior: An Inventory. *Child Development*, 38 (2), 413-424.

Schaefer, E. S. (1965b). A configurational analysis of children's reports of parental behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 552-557.

Yárnoz, S. (1989). Interrelación entre la percepción de los padres, la percepción de sí mismo y el comportamiento afectivo: un estudio empírico. Tesis doctoral no publicada, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián.

Fecha de recepción: 25 octubre 2007
 Fecha de aceptación: 19 de noviembre 2007

Anexos

Tabla N° 1 Frecuencias y porcentajes. Respuestas a los ítems de las escalas de percepción parental

Ítem de las escalas de percepción parental	Percepción del PADRE			Percepción de la MADRE										
	SI	En parte	NO	SI	En parte	NO								
Control Patológico	f	%	f	f	%	f								
5 Decide con qué amigos puedo relacionarme (Intrusividad).	44	5,11	52	17,5	673	77,4	46	5,0	212	23,0	664	72,0		
10 Se entromete en mi vida (Intrusividad).	77	8,9	272	31,4	517	59,7	115	12,4	377	40,8	433	46,8		
15 Quisiera controlar todos mis actos (control extremo).	64	7,4	219	25,3	582	67,3	69	7,5	254	27,5	602	65,1		
19 Insiste en que debo hacer exactamente lo que me dice (control extremo).	128	14,8	400	46,2	337	39,0	106	11,5	408	44,1	411	44,4		
22 Me dice que si realmente lo/la quisiera no actuaría en la forma en que lo hago y le evitaría tantas preocupaciones (Incapacitación)	84	9,2	181	19,7	652	71,1	151	15,4	258	26,4	570	58,2		
Disciplina laxa y Autonomía Extrema														
6 Generalmente no da importancia a mi mal comportamiento	68	7,8	210	24,2	589	67,9	50	5,4	126	13,7	744	80,9		
8 Me deja salir cuantas veces quiera	236	27,2	434	50,1	197	22,7	243	26,4	497	54,0	181	19,6		
16 A veces haga lo que no debo sin que mi padre/madre se preocupe por ello.	71	8,2	206	23,8	590	68,1	83	9,0	180	19,5	657	71,4		
17 Me da la libertad que quiero	271	31,3	428	49,4	167	19,3	274	29,6	492	53,2	159	16,3		
29 Nunca intenta hacer cumplir sus órdenes	66	7,6	249	28,8	550	63,6	78	8,5	281	30,6	559	60,9		
32 Me deja salir de noche cuando quiero.	195	22,5	403	46,6	267	30,9	117	12,8	448	48,7	295	32,1		
							n=869						n=925	

Tabla N° 2 Frecuencias y porcentajes. Respuestas a los ítems de las escalas de percepción de sentimientos de soledad respecto de sus padres y familia

Rechazo y abandono parental	NUNCA		RARAS		ALGUNAS		A MENUDO		MUY A	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
16 Mis padres son emocionalmente distantes.	621	64,6	147	15,3	89	9,3	42	4,4	62	6,5
23 Siento que mis padres no me apoyan emocionalmente.	650	66,8	186	19,1	69	7,1	38	3,9	30	3,1
36 Mis padres tienen poco tiempo para mí.	585	60,2	211	21,7	97	10,0	45	4,6	33	3,4
37 Siento que hay un corte en la relación con mis padres	624	64,3	178	18,4	86	8,9	30	3,1	52	5,4
39 Mis padres están fuera de casa mucho tiempo.	450	46,4	226	23,3	144	14,8	80	8,2	70	7,2
44 Mis padres no me prestan atención cuando digo algo.	600	55,6	241	24,8	91	9,3	23	2,4	18	1,8
Déficit familiar										
5 Mi vida familiar se caracteriza por el descontento y la infelicidad.	684	70,6	148	15,3	84	8,7	31	3,2	22	2,3
8 En mi familia me maltratan	855	88,9	70	7,3	20	2,1	5	0,5	12	1,2
24 Soy injustamente castigado por mi familia.	727	74,7	151	15,5	67	6,9	12	1,2	16	1,6
34 Siento que no hay confianza entre los miembros de mi familia	654	67,4	173	17,8	82	8,4	37	3,8	25	2,6
38 Siento que no tengo una familia afectivamente unida.	658	67,6	127	13,1	91	9,4	35	3,6	62	6,4
41 Me siento rechazado por mi familia.	810	83,4	93	9,6	41	4,2	8	0,8	19	2,0
42 Siento que en mi familia no compartimos lo que nos pasa	525	54,0	229	23,5	122	12,5	57	5,9	40	4,1
51 Me siento de más en mi propia casa.	778	80,1	103	10,6	45	4,6	18	1,9	27	2,8

n=973

Gráfico N° 1. Percepción parental de los hijos adolescentes, según sexo, del control patológico y de la autonomía extrema y disciplina laxa

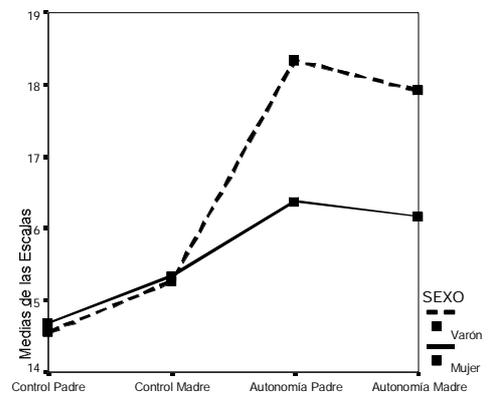
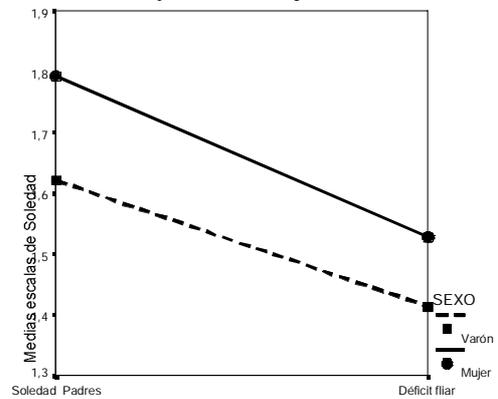


Gráfico N° 2. Percepción de soledad parental y déficit familiar por los hijos adolescentes, según sexo.



PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Psychotherapy Cognitive Conductual
in the Obesity Treatment

Alejandra Larrañaga*, Ricardo García-Mayor** y
Victoria García García***

Resumen

La obesidad es una enfermedad crónica. Entre los tratamientos existentes, tienen mayor efectividad a largo plazo, aquellos que implican un cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, un cambio de estilo de vida. La modificación de estos hábitos requiere el uso de técnicas psicológicas específicas. En el presente artículo proponemos la inclusión de psicoterapia cognitivo-conductual dentro del tratamiento multidisciplinar de la obesidad con el objetivo de conseguir el mantenimiento a largo plazo del peso perdido.

Palabras clave: Obesidad, Psicoterapia, pérdida de peso, hábitos de alimentación.

Abstract

Obesity is a chronic disease. The treatment of adult obesity is difficult and long-term results often are disappointing. Current management of this disease is based in the modification of the lifestyle, mainly regarding to eating habits and physical activity. Modification of any habit requires the use of specific psychological methods. In the present article we propose the use of cognitive-behavioural therapy as adjuvant in the regular therapy of obese patients, in order to maintain the loss weight.

Key words: Obesity, Psychotherapy, Weight loss, Eating habits.

* Psicóloga de la Sección de Nutrición del Hospital Universitario de Vigo (España).

** Médico Endocrinólogo de la Sección de Diabetes, Nutrición y Metabolismo del Hospital Universitario de Vigo (España). ricardo.garcia.mayor@sergas.es

*** Docente Principal de la Facultad de Psicología de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima - Perú.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad metabólica de origen multifactorial, en donde juega un papel fundamental la genética y factores ambientales como los hábitos dietéticos. Su incidencia y prevalencia han experimentado un notable aumento en todos los países industrializados y no industrializados, desde mediados del siglo pasado.

Desde 1994, año en que se publica la clonación del gen de la leptina en humanos, adquiere importancia el tejido adiposo como glándula de secreción interna. Este hecho ha permitido profundizar en la etiopatogenia de la obesidad y plantear tratamientos más racionales.

Es una experiencia constatada de los clínicos que nos dedicamos al tratamiento de estos pacientes, que la obesidad no suele ser percibida como una enfermedad y mucho menos crónica, tanto por los pacientes, como por la mayor parte de los terapeutas, lo que hace que el objetivo de tratamiento sea sencillamente perder una cantidad determinada de kilos, que se consideran un éxito del tratamiento. Pero también sabemos que prácticamente todos esos pacientes experimentan una recuperación del peso en un período de tiempo mas o menos largo. Además de entrar en una dinámica de pérdida de peso seguida de una posterior recuperación, vuelta a bajar, pero cada vez menos Kg., y vuelta a recuperar no solo los que tenía, sino alguno más. Esto indica que el organismo sufre un proceso metabólico de adaptación, potenciando su capacidad ahorradora de energía. Una de las teorías más en boga para explicar este fenómeno es la de los genes ahorradores.

Se considera que la obesidad del adulto no tiene tratamiento efectivo a largo plazo actualmente. Las corrientes actuales proponen aproximaciones multidisciplinarias que incluyen distintas formas de tratamiento incluyendo dietas, modificación de conducta, aumento de actividad física, fármacos, e incluso otros procedimientos invasivos con resultados desalentadores.

El sistema más utilizado es "el cambio de estilo de vida", que consiste en un cambio de los hábitos de alimentación y de actividad física mediante los procedimientos antes mencionados. Todos sabemos la dificultad que conllevan estos cambios en un adulto, nosotros proponemos que en el tratamiento multidisciplinar de la obesidad se incluya la psicoterapia para conseguir que este cambio de hábitos sea definitivo o a largo plazo.

DIFERENTES ORIENTACIONES PSICOTERAPEÚTICAS

A pesar de las distintas orientaciones psicológicas con las que contamos, dinámicas, humanistas, conductuales, etc. ninguna de ellas ha demostrado eficacia en la consecución de un cambio de hábitos o conductas de manera definitiva o a largo plazo, siendo esto constatado tanto en la obesidad como en los trastornos de la conducta alimentaria.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la única con resultados favorables en los trastornos de la conducta alimentaria, por eso creemos que sería la adecuada a aplicar en la obesidad.

La TCC está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la TCC está puesto más en el "Qué tengo que hacer para cambiar" que en el "Por qué". Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersección. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, por tanto se promueve al autocuestionamiento.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

El motivo de recordar estas teorías sobre cómo aprendemos los seres humanos, es tener presente las bases teóricas en las que se apoya la TCC. La mayoría de los hábitos (conductas) alimentarios los aprendemos en la infancia, en los 10 primeros años de vida; esas conductas o comportamientos quedarán fijados fuertemente por la repetición y refuerzos que se obtengan y tenderemos a ejecutarlos a lo largo de la vida.

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar como los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

Las 5 teorías principales del aprendizaje son:

1ª) Teoría del Condicionamiento Clásico de Pavlov, explica cómo los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes, aunque tal respuesta fuera evocada en principio, sólo por uno de ellos. Con esta teoría no se aprenden conductas nuevas sino asociaciones de respuestas que el organismo ya tiene en su repertorio.

2ª) Teoría del Condicionamiento Operante o Instrumental de Skinner; con él explica la conducta que es nueva para el organismo, proponiendo que dicha conducta se adquiere debido a que las consecuencias que percibe el organismo aprendiz, aumentan o disminuyen la frecuencia de aparición de esa conducta. El autor, dividió el proceso de aprendizaje en conductas operantes y estímulos reforzadores en función de dos contingencias, aparición o desaparición de estímulos reforzadores: reforzamiento, castigo y extinción. (Tabla 1)

Tabla 1: Contingencias en el Condicionamiento Operante.

	POSITIVO	NEGATIVO
REFORZAMIENTO	Jugar a las máquinas tragaperras (R: jugar r+: dinero)	Tomarse una aspirina por dolor de cabeza (R: tomarse la aspirina r-: dolor de cabeza)
CASTIGO	Niño que se porta mal y su madre le riñe (R: portarse mal r-: riña o sermón)	Aparcar mal el coche y recibir una multa económica (R: aparcar mal el coche r+: dinero)
EXTINCIÓN	Se estropea el reloj y se lleva a reparar. Durante unos días se observa la muñeca cuando se quiere saber la hora, al cabo de unos días se extingue la conducta (R: mirarse la muñeca r+: saber la hora)	

3ª) Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, el aprendizaje elaborado por él se llama vicario o por observación. Más complejo que el condicionamiento operante, implica una reproducción mental activamente elaborada por el observador de un estímulo que ejecuta alguna acción o sufre sus consecuencias, sin que el observador necesite ejecutar tal conducta. No es una imitación, el observador copia selectivamente y elabora leyes generales de comportamiento. Los componentes de este tipo de aprendizaje son: la atención, la retención, la reproducción motora y, la motivación.

4ª) Teoría Psicogenética de Piaget, no es propiamente una teoría del aprendizaje, ya que no llega a dar cuenta de los procesos que utilizan los sujetos en la resolución de tareas, pero influye en muchos de los modelos instruccionales de inspiración cognitiva. Es una explicación general y acabada del desarrollo de la inteligencia en los seres humanos ya que aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. Divide en 4 periodos los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales.

5ª) Teoría del Procesamiento de la Información, núcleo fundamental del cognitivismo. Este modelo de teorías asume que el aprendizaje se produce a partir de la experiencia, pero a diferencia del conductismo, lo concibe no como un simple traslado de la realidad sino como una representación de dicha realidad. Se pone especial énfasis en el modo en que se adquieren tales representaciones del mundo, se almacenan y se recuperan de la memoria o estructura cognitiva. No se niegan la existencia de otras formas de aprendizaje inferior, pero si su relevancia, atribuyendo el aprendizaje humano a procesos constructivos de asimilación y acomodación.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

Las técnicas utilizadas en la TCC derivan de las teorías del aprendizaje que antes mencionamos, algunas de ellas se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Técnicas Cognitivo-Conductuales

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO	CONDICIONAMIENTO OPERANTE	ENFOQUE COGNITIVO
<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación. - Exposición con prevención de respuesta. - Desensibilización sistemática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moldeado. - Castigo. - Control de contingencias. - Extinción de hábitos. - Sobrecorrección. 	<p>BANDURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelado. - Entrenamiento asertivo. - Técnicas de autocontrol. <p>COGNITIVO CONDUCTUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas racionales (TRE, RCC). - Técnicas de enfrentamiento. - Técnicas de resolución de problemas.

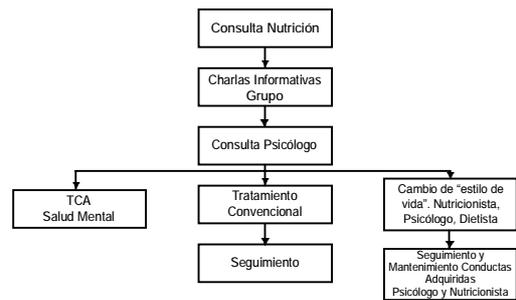
PLAN DE INTERVENCIÓN

El protocolo que a continuación presentamos para el tratamiento de estos pacientes es el que utilizamos en nuestra práctica habitual con resultados positivos, no solo en la obtención de la pérdida de peso sino en el mantenimiento del peso perdido a largo plazo.

Cuando el paciente obeso acude a las consultas de Nutrición para el tratamiento de su enfermedad, el endocrinólogo, tras la realización de su historia clínica y exploración física en que se determina el grado de obesidad, los pacientes son invitados a asistir a tres sesiones informativas sobre la naturaleza de la obesidad y los distintos métodos de tratamiento. Posteriormente son evaluados por un psicólogo con el fin de descartar la existencia de trastornos de la conducta frente a los alimentos (TCA), en cuyo caso se envían los pacientes al servicio de salud mental.

El siguiente paso es que los pacientes elijan seguir un tratamiento convencional consistente en un régimen de alimentación, aumento de actividad física y seguimiento por su médico generalista o, que se incorporen a un programa de cambio progresivo y gradual de su estilo de vida en el que se hace hincapié en la adquisición de hábitos de alimentación y de actividad física saludables. A medida que se vayan consiguiendo los objetivos se irán espaciando las consultas aunque el paciente continuará con el psicólogo y especialista en nutrición sometidos a monitorización a largo plazo (años) para el mantenimiento y reforzamiento de las nuevas conductas adquiridas. (Figura 1)

Fig. 1 Plan de Intervención Multidisciplinar en el tratamiento de la obesidad.



RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD

Los estudios realizados durante los años 80, en que se combinaba el tratamiento farmacológico con la terapia conductual, obtenían resultados positivos puesto que su único objetivo era la pérdida de peso, pero no tenían en cuenta la recuperación del mismo, puesto que eran estudios muy limitados en el tiempo (2 y 5). Trabajos recientes que ya tienen conocimiento de la historia natural de la obesidad y por tanto su objetivo además de la pérdida de peso, es el mantenimiento del mismo, también consiguen buenos resultados aumentando el tiempo de tratamiento hasta a 5 años, con terapia conductual combinada con tratamiento farmacológico y dietético. (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados obtenidos a largo plazo con terapia cognitivo-conductual en obesos.

AUTOR	AÑO	Nº PACIENTES	SEXO	EDAD MEDIA	DURACIÓN MEDIA TRATAMIENTO (Años)	PESO PERDIDO (Kgs)	REFERENCIA
Melin et al	2006	117	83 M 34 V	50	2	9,2 +- 10,8	46
Knowler et al	2002	1,079	734 M 345 V	50.6	2.8	3	45
Tuomilehto et al	2001	522	350 M 172 V	55	3.2	Año 1 4,2 +- 5,1 Año 2 3,5 +- 5,5	47
Stevens et al	2001	595	---	30-54	3	Mes 6 4,4 Mes 18 2,0 Mes 36 0,2	48

CONCLUSIÓN

Basándonos en los conocimientos actuales sobre la etiopatogenia de la obesidad y sobre la respuesta al tratamiento a largo plazo, creemos que es imprescindible que en el manejo de la obesidad sea multidisciplinar en el que juega un papel muy importante la psicoterapia cognitivo-conductual para que además de conseguir la pérdida de peso, obtengamos un mantenimiento del mismo a largo plazo, objetivo principal hoy en día en cualquier terapia.

REFERENCIAS

- Bandura A. (1987) *Pensamiento y acción*: Martínez Roca. Barcelona.
- Brightwell DR, Naylor CS. (1979) Effects of a combined behavioral and pharmacological program on weight loss. *Int J Obes*. 3:141-8
- Brolin RE, Kenler HA, Gorman JH, Cody RP. (1992) Long limb gastric bypass in the superobese. A prospective randomized study. *Ann Surg*. 215:387-95
- Caballo V. (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Craighead LW, Stunkard AJ, O'Brien RM. (1981) Behavior therapy and pharmacotherapy for obesity. *Arch Gen Psychiatry*. 38:763-8
- Domjan M. (2003) *Principios de aprendizaje y conducta*. Thomson.
- García González E. Piaget. (2005) *La formación de la inteligencia*. Mexico: Trilias Eduforma.
- García-Lorda P, Bellido D, Salas J. (2004) Distribución regional de la grasa: caracterización diferencial de los depósitos adiposos. *Rev ESP Obs*. 1:57-68.
- García-Mayor R.V., Andrade MA, Ríos M, Lage M, Dieguez C, Casanueva FF. (1997) Serum leptin levels in normal children: relationship to age, gender, body mass index, pituitary- gonadal hormones, and pubertal stage. *J Clin Endocrinol Metab*. 82:2849-55.
- García PP, Pereira JL, Romero H. (2004) Tratamiento farmacológico en la reducción del exceso de grasa corporal y comorbilidades asociadas. *Rev Esp Obes*. 1:107-24.
- Golay A, Fossati M, Volery M, Rieker A. (2001) Behavioral and cognitive approach to obese persons. *Diabetes Metab*. 27:71-7.

- Heymsfield SB, van Mierlo CA, van der Knaap HC, et al. (2003) Weight management using a meal replacement strategy: Meta and pooling analysis from six studies. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 27:537-41.
- Klein SB. (1997) *Aprendizaje. Principios y Aplicaciones.* Mc Graw-Hill. Madrid.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 346:393-403.
- Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. (1993) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.
- Larrañaga A, García-Mayor R.V. (2007) Tratamiento psicológico de la obesidad. *Med Clin (Barc.)* 129:387-91.
- Martínez J. (2005) Genética de la Obesidad. En: III Reunión Internacional La Alimentación y la Nutrición en el siglo XXI. Editorial: Fundación Española de la Nutrición. Madrid. 95-106.
- Melin I, Reynisdóttir S, Berglund L, Zamfir M, Karlström B. (2006) Conservative treatment of obesity in an academic obesity unit. Long-term outcome and drop-out. *Eat Weight Disord.* 11:22-30.
- Moreno B, Jiménez AI, Zugasti A, Bretón I. (2004) Tratamiento integral de la obesidad. En: *Nutrición y Metabolismo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*, editors. Mijan de la Torre A. Barcelona: Glosa, p. 331-46.
- Navarro Cueva R. (1994) Del condicionamiento clásico a la terapia conductual cognitiva: hacia un modelo de integración. En: *Aprendizaje y comportamiento.* Lima: A.L.A.M.O.C.
- NIH Conference: Gastrointestinal surgery for severe obesity (1991): Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med.* 115:956.
- Pérez de la Cruz AJ, Moreno-Torres R, Mellado C. (2005) Nutrición y Obesidad. En: *Tratado de Nutrición*, editors. Gil Hernández A. Madrid: Acción Médica, p 525-62.
- Pozo JI. (1993) *Teorías cognitivas del aprendizaje.* Madrid: Morata.
- Rand C, Stunkard AJ. (1978) Obesity and psychoanalysis. *Am J Psychiatry.* 135:547-51
- Ríos M, Fluiters E, Pérez LF, García-Mayor EG, García-Mayor RV. (1999) Prevalence of childhood overweight in north western Spain: a comparative study of two periods with a ten year interval. *Int J Obes* 23:1095-8.
- Sheldon B. (1995) *Cognitive-behavioural therapy. Research, practice and philosophy.* London: Routledge.
- Stevens VJ, Obarzanek E, et al. (2001) Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention phase II. *Ann Intern Med.* 134: 1-11.
- Stradling J, Roberts D, Wilson A, Lovelock F. (1998) Controlled trial of hypnotherapy for weight loss in-patients with obstructive sleep apnea. *Intern J Obes;* 22:278-81
- Toumlehto J, Lindström MS, et al. (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 344:1343-50.
- Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. (2004) Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res.* 12(Dec Suppl): 151S-62S.
- Wadden TA, Sarwer DB, Berkowitz RI. (1999) Behavioural treatment of the overweight patient. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 13:93-107
- Wadden TA, Vogt RA, et al. (1997) Exercise in the treatment of obesity: effects of four interventions on body composition, resting energy expenditure, appetite, and mood. *J Consult Clin Psychol.* 65: 269-77
- Wing RR. (2004) Behavioral approaches to the treatment of obesity. En: *Handbook of Obesity. Clinical Applications*, editors. Bray GA, Bouchard C. New York: Marcel Dekker Inc. p.147.
- World Health Organization. Obesity. (1998) Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO.
- Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. (1994) Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature* 372: 425-32.

Fecha de recepción: 20 octubre 2007
 Fecha de aceptación: 29 octubre 2007

TRASCENDIENDO APARIENCIAS: HISTORIAS DE MUJERES EN RECLUSIÓN

Going beyond appearances: Women inmates' stories

Sabina Deza Villanueva*

Resumen

El presente estudio tiene un carácter piloto - exploratorio, y se efectuó para identificar algunos factores psicosociales asociados a la conducta delictiva, presentes en la historia de vida de 50 mujeres con antecedentes de haber sufrido por lo menos 10 años de violencia familiar, recluidas por la comisión de tres modalidades delictivas: 8 por homicidio, 12 por robo y 30 por tráfico ilícito de drogas en un Penal de mujeres de Lima. En este trabajo se presentan los hallazgos preliminares pues la investigación se halla en curso como parte de un estudio más amplio sobre violencia familiar y modalidad de conducta delictiva en mujeres.

Palabras Clave: Mujer / Conducta delictiva / Violencia familiar

Abstract

This is a pilot research study to identify some psychosocial factors associated with the criminal conduct, present in the life stories of 50 women, imprisoned in a Women' Jail of Lima for having committed three criminal acts modalities: 8 for homicide, 12 for robbery and 30 for drug dealing, with backgrounds of having suffered at least 10 years of family violence. As the investigation is in process, the results presented in this work are preliminary. This research is part of a more extensive study on family violence and women' criminal conduct modality

Key words: Woman / criminal conduct / family violence.

* Docente de la Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad Femenina del Sagrado Corazón. sabinadeza@terra.com.pe

El problema de la mujer delincuente dentro del campo de la criminología se ha vuelto cada vez más evidente. Se puede hablar de una victimización de género, en la cual los rígidos esquemas en que son encasilladas muchas mujeres son facilitadores de su ingreso al ambiente delictivo. (Trujano, 1999).

La mayoría de los estudios sobre criminalidad femenina siguen partiendo de concepciones en las que el papel tradicional de la mujer no representa un problema que hay que analizar, por lo cual no se asume una postura crítica frente a él, llegando incluso a explicaciones que presentan a la mujer como naturalmente débil, enferma mental, desadaptada o, incluso, con rasgos masoquistas. (Romero, 2002): Se sabe que la mayoría de las mujeres encarceladas proviene de sectores de la población socialmente desfavorecida y que permanecen encarcelada por delitos típicos de personas que carecen de poder, han vivido maltrato y han sido violentadas la mayor parte de sus vidas. (Romero, 2003)

Las causas de la conducta delictiva son multifactoriales ya que están involucrados factores biopsicosociales, sin embargo, se han identificado algunos factores de riesgo relevantes para la prevención del delito. Los factores que más influyen en la delincuencia se pueden clasificar en individuales, biológicos y sociales o ambientales.

Uno de los factores importantes que tiene alta probabilidad de poner en marcha el mecanismo que puede llevar a un individuo a ser delincuente, es la baja categoría en el sistema de las clases sociales, la deficiencia en la educación, la pobreza, un ambiente familiar inadecuado o perturbado, la residencia en un mal vecindario y la pertenencia a una familia numerosa. Así, los factores adversos tienden a presentarse todos juntos y a actuar recíprocamente hasta el punto de crear una situación que puede inducir a un individuo a cometer conductas ilícitas (Corsi, 1999).

Se ha comprobado que uno de los factores relevantes relacionado directamente con niveles, causas y tipo de delito, es el nivel socioeconómico de los/las delincuentes, el mismo que está relacionado directamente con la educación, la cultura, la familia, la sociedad, la psicología, y la economía del individuo. Como expresiones de la marginalidad, surgen otras formas de economía ilegal asociadas a la supervivencia de marginales y marginalizados, como el tráfico de drogas y los roles laborales asociados: traficantes de menores, explotación sexual infantil y juvenil, vendedores ambulantes, etc.

La violencia intrafamiliar es otro factor preponderante en el riesgo de la delincuencia futura (Ferreira, 1999). Se refiere a la violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. Las relaciones afectivas de la infancia, determinarán en gran medida la vida del adulto, por lo que los padres tienen la responsabilidad de brindar intimidad, autoridad y educación adecuadas para el buen desarrollo de la personalidad infantil (Cerezo, 1995).

Los estudios sobre la influencia de la familia en la conducta delictiva han mostrado que los individuos cuyo proceso de socialización se ha basado en discordias familiares, con separaciones temporales o permanentes entre los progenitores, actitud de desprecio de los padres hacia sus hijos, padres con historial de criminalidad, con ausencia de comunicación íntima entre los miembros de la familia, disciplina paterna con violencia física, y una composición familiar incompleta y numerosa, van a sufrir un mayor número de alteraciones psicológicas que se manifestarán en conductas delictivas.

Para Herrero, S. (2006), la presión del medio ambiente es fundamental en la génesis de la delincuencia. Es decir, el contexto, si tiene cargas delictógenas, puede no sólo favorecer la criminalidad sino desencadenarla, ya que la mayor parte del comportamiento es aprendido y las personas crecen y se desarrollan recibiendo las influencias positivas y negativas del ambiente que les rodea.

El presente estudio tiene un carácter piloto - exploratorio, y se efectuó para identificar algunos factores psicosociales asociados a la conducta delictiva, presentes en la historia de vida de un grupo de mujeres con antecedentes de haber sufrido violencia familiar, reclusas por los delitos de homicidio, tráfico ilícito de drogas y robo, en un Penal de Lima. En este trabajo se presentan los hallazgos preliminares pues la investigación se halla en curso como parte de un estudio más amplio sobre violencia familiar y modalidad de conducta delictiva en mujeres.

MÉTODO

Participantes

La muestra está conformada por 50 mujeres recluidas por la comisión de tres modalidades delictivas: 8 por homicidio, 12 por robo y 30 por tráfico ilícito de drogas, en un Penal de mujeres de Lima. Sus edades están comprendidas entre los

30 y 45 años, con un grado de escolaridad que varía de primaria a superior universitaria, heterogéneas en el nivel socio-económico de procedencia y lugar de nacimiento (urbano- rural). La mayoría tiene de dos a tres hijos.

Las participantes tienen el antecedente de por lo menos 10 años de permanencia en relaciones de maltrato en su familia de origen, relaciones de convivencia o matrimonio con una o varias parejas.

No presentan ninguna de ellas diagnóstico psiquiátrico, 41 de ellas está en calidad de procesadas y sólo 9 han sido sentenciadas. El tiempo de reclusión varía de una semana a cuatro años y medio.

Instrumentos

Se utilizó una encuesta para recabar datos socio- demográficos e identificar a las mujeres que habían sufrido violencia familiar, que deseaban relatar sus experiencias y recibir apoyo psicológico.

Se efectuaron entrevistas teniendo como guía un formato de reconstrucción de historia de vida que se elaboró para el estudio.

Procedimiento

Se accedió a ingresar al Penal de mujeres como Voluntaria de una organización de uno de los cultos con mayor cantidad de fieles en el Perú y que brinda ayuda humanitaria a reclusos/as desde hace 25 años; lo cual generaba en las mujeres una actitud de confianza para relatar sus historias puesto que por un lado idealizaban a los miembros de la organización (bondad, confidencialidad, entrega desinteresada al prójimo, etc.) y por otro lado verbalizaban que sentían que aquello que expresaban al no ser revelado a las autoridades no las iba a perjudicar en sus procesos, como sí podía ocurrir cuando dialogaban con el personal del Penal.

Se efectuaron dos presentaciones sobre los “Efectos de experimentar violencia en nuestras vidas”, luego se aplicó una encuesta sociodemográfica y para identificar a las mujeres que habían sufrido violencia que deseaban relatar su historia. Se nombró una coordinadora de las reclusas para que registre y dé las citas para atención psicológica. Se realizaron de 2 a 3 entrevistas con cada participante, teniendo como base un formato de reconstrucción de historia de vida para ordenar la información verbalizada.

RESULTADOS

Población total del penal 1152 Mayo 2007

Total de encuestadas 118 de 18 a 73 años

Muestra 50 Mujeres de 30 a 45 años

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

a. Edad de las participantes

Edad	Frec.	%	Edad	Frec.	%
30	4	8	39	2	4
31	1	2	40	3	6
32	3	6	41	4	8
33	3	6	42	3	6
35	4	8	43	4	8
36	2	4	44	1	2
37	4	8	45	3	6
38	9	18			
Total	30	60	20	40	

b. Grado de Instrucción

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	20	40
Secundaria	25	50
Superior	5	10
Total	50	100

c. Lugar de Nacimiento

Procedencia	Frecuencia	%
Lima	31	62
Provincia	16	32
Extranjero	3	6
Total	50	100

d. Ocupación previa a reclusión

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	16	32
Ventas / Comerciante	21	42
Estilista/Cosmetóloga	4	8
Empleada de oficina	1	2
Empleada doméstica	4	8
Enfermera	2	4
Asistente social	1	2
Psicóloga	1	2
Total	50	100

e. Estado civil

Estado civil	F	%
Soltera	26	52
Conviviente	10	20
Casada	7	14
Separada / Divorciada	4	8
Viuda	3	6
Total	50	100

f. Número de hijos

N° Hijos	F	%
0	1	2
1	2	4
2	14	28
3	14	28
4	9	18
5	7	14
6	3	6
Total	50	100

g. Tiempo de reclusión en el Penal

Meses de reclusión	Frecuencia	%
1 a 6	21	42
7 a 12	11	22
13 a 18	3	6
19 a 24	7	14
25 a 30	1	2
31 a 36	2	4
37 a 42	3	6
43 a 48	1	2
49 a 54	1	2
Total	50	100

h. Participación en Actividades Laborales

Actividad	Frecuencia	%
Taller de pintura	1	2
Lavado de ropa	1	2
Taller de manualidades	35	70
Cosmetología	3	6
Tópico de Enfermería	1	2
Limpieza	1	2
No participa	8	16
Total	50	100

2. ANTECEDENTES DE MALTRATO

a. Maltrato en la niñez	F	%
Si	32	64
No	18	36
Total	50	100

b. Agente maltratante	F	%
Madre	11	34.3
Hermana	1	3.1
Hermano	1	3.1
Padres	3	9.3
Madre y Hermana	5	16
Tío/a	3	9.3
Padrastro	3	9.3
Padre	4	12.5
Abuela	1	3.1
Total	32	100

c. Maltrato en adolescencia	F	%
Si	31	62
No	19	38
Total	50	100

d. Agente maltratante	F	%
Padre	4	12.5
Madre	14	45.2
Hermano	1	3.3
Padres de conviviente	2	6.6
Pareja	4	12.5
Abuela/ Tíos	1	3.3
Padres	3	10
Padre de hijo/a	2	6.6
Total	31	100

e. Maltrato en Adultez	F	%
Si	50	100
No	0	0
Total	100	100

f. Agente maltratante	F	%
Pareja/Esposo	34	68
Padres/ Esposo	2	4
Familia/Esposo/Sociedad	6	12
Total	50	100

3. DESEO DE AYUDA PSICOLÓGICA

Desea ayuda Ps	F	%
Si	50	100
No	0	0
Total	50	100

4. TEMAS SOBRE LOS QUE DESEAN RECIBIR ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA (PODÍAN ELEGIR MÁS DE UNO)

Temas	F	%
Soledad	7	8
Problemas de pareja/ Maltrato	9	11
Ansiedad/ Depresión	2	3
Actitud hacia hijos	14	16
Sufrimiento de familia por reclusión	18	20
Perdón y arrepentimiento	5	6
Futuro	4	5
Violación/Incesto	13	15
Autoestima	14	16
Total	86	100

5. RECONSTRUCCIÓN DE HISTORIAS

a. Momento más feliz con mi familia

Momento feliz	F	%
Retornar de viaje	2	4
Paseo con esposo e hijos / Padres	3	6
Estar con padres y hermanos	5	10
Visita de mamá e hijos al penal	3	6
Rezar antes de dormir cuando mi madre estaba viva	4	8
Comer en familia en cumpleaños	1	2
Fiestas en familia	13	26
Cuando mis padres vivían juntos	1	2
Nacimiento de hijos	3	6
Estar con hijos, esposo y padres	5	10
Mi bautizo	1	2
Estar con mi papá	1	2
Estar con hijos	8	16
Total	50	100

2. Juguete que más recuerda

Juguete	F	%
Juego de té de loza	1	2
Cocinita	2	4
Peluche	6	12
No he tenido	11	22
Muñeca / o	24	48
Pelota	3	6
Bicicleta/ Patines	2	4
Pulseras	1	2
Total	50	100

c. Momento más triste

Momento	F	%
Muerte hijo/a	14	28
Muerte madre/padre	12	24
Captura	4	8
Violación por el padre	3	6
Muerte padre de hijo	4	8
Accidente de hermano	2	4
Mi vida	3	6
Muerte de hermano	1	2
Salir de mi casa	1	2
Sufrir accidente	2	4
Muerte de abuela	3	6
No tener consejos de padres	1	2
Total	50	100

d. Amigas/os de infancia

Respuesta	F	%
Extrafamiliar	26	52
Familiar	8	16
Animal	8	16
No tuve	8	16
Total	50	100

e. Antes le tenía miedo a

Miedo a	F	%
Pareja/Esposo	10	20
Oscuridad	10	20
Gritos	3	6
Todo/Nada	3	6
Papá/Mamá/Tío	8	16
Soledad	7	14
Hno de vecina/Personas desconocidas	2	4
Muerte	3	6
Rechazo	1	2
Ratas	3	6
Total	50	100

f. Cumpleaños que recuerdo

Cumpleaños	F	%
Míos	18	36
De mis hijos	11	22
Madre/ Padre/Hno	9	18
No tuve	12	24
Total	50	100

g. Travesura que más recuerdo

Acción	F	%
Salir sin permiso /Escaparme	16	32
Arrancar extremidades a muñecas/ Destruir juguetes	4	8
Romper objetos	10	20
Quedar con la cabeza atorada en reja	1	2
Echar agua al kerosene	1	2
Robar	4	8
Jugar fulbito	1	2
Molestar al profesor	1	2
Bañar al gato	1	2
Dar leche al perro en biberón de hermana	1	2
Romper cabeza/Golpear a amistad	9	18
Abrir llave de gas	1	2
Total	50	100

h. Lo más peligroso que he hecho

Acción	F	%
Vender droga	7	14
Viajar sola a otros países	6	12
Tirarme del 3er piso	1	2
Llevar droga en el estómago	4	8
Andar con malas juntas	6	12
Manejar carro robado	4	8
Abortar	6	12
Tomar veneno/Pastillas	6	12
Hacer todo por amor	1	2
Salir de mi casa	1	2
Robar	5	10
Quemar cosas	3	6
Total	50	100

i. Primer amor

Primer amor	F	%
A los 14 años	12	24
A los 15 años	12	24
A los 16 años	8	16
A los 18 años	3	6
Papá de mi primer hijo/a	15	30
Total	50	100

j. Persona que admiraba en su niñez

Respuesta	F	%
Papá	17	34
Mamá	8	16
Prima/Tía	3	6
Padres	4	8
Hogares ajenos de vecinos	1	2
Abuela	3	6
Padrinos	2	4
Dios	1	2
Mi pato que me acompañaba	1	2
Profesor	2	4
Tío	2	4
Nadie	6	12
Total	50	100

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se aprecia que aun cuando la mayoría de las reclusas 50%, refiere haber accedido a la educación secundaria, se advierte que presentan déficit en su nivel de comprensión, lectura y escritura, lo cual estaría relacionado con la escasa estimulación educativa recibida en su hogar y las limitaciones con las que cursaron sus estudios. (malnutrición, falta de útiles escolares, huelga de maestros, trabar y estudiar etc)

En cuanto a la ocupación previa a la reclusión, el 42 % manifiesta haberse dedicado a las ventas, cabe indicar que en este rubro incluyen también comercializar drogas. El 32 % se desempeñaban como amas de casa y ante la falta de ingresos para cubrir sus necesidades y la de sus hijos, 52 % son madres solteras con varios hijos y sin apoyo económico de los padres, justifican micro comercializar droga como una opción.

Se observa que la mayoría de las participantes proceden de hogares con grandes carencias económicas, con consumo de drogas y/o alcohol, las madres tenían trabajos eventuales incluyendo actividades ilícitas. La presencia del progenitor era ocasional mostrándose violento con la madre y eventualmente con ellas; pero paradójicamente lo idealizan y refieren que en su niñez lo admiraban y que tenían un mayor acercamiento afectivo con ellos.

Las internas refieren haber experimentado violencia en su niñez y adolescencia en su familia de origen, principalmente de parte de su madre, quien es descrita como alguien que era pasiva con el esposo y agresiva con los hijos y que generó en ellas hostilidad, rebeldía y resentimiento, pero que después de su reclusión han variado sus sentimientos hacia ellas reconciliándose, pues aprecian que son las que más las visitan y se preocupan por su situación.

Todas las participantes refieren haber sufrido violencia conyugal en algún momento de su adultez. Sus relaciones de pareja se han iniciado precozmente entre los 14 y 15 años 48%. Muchas de ellas refieren que a pesar que reconocen que su marido es malo tienen que seguir con ellos porque “le tienen ley”, expresión curiosa para quienes precisamente han trasgredido las normas legales.

Relacionan los momentos más gratos en familia con la experiencia de estar todos juntos, compartiendo. El 48% indica que el juguete de niñez que más recuerdan es una muñeca que no fue obsequiada por sus padres sino por otra persona, el 22% nunca tuvo juguetes propios. El 52% reconoce haber tenido amigos/as de infancia pero que actualmente ya no tiene contacto con ellos/as, el 16% considera a algún animal como mejor amigo y el 16% afirma no haber tenido amigos de infancia. La travesura que más recuerdan 32% es salir sin permiso o escaparse de su casa, admiten que lo hacían porque desde pequeñas tenían “malas juntas” y el 26% considera que es la experiencia de destruir juguetes o golpear a amistades. El 36% recuerda con mayor precisión sus cumpleaños pero no siempre por ser una fecha feliz. El momento más triste vivido se vincula con la pérdida

de seres queridos 68 %, cuya causa de muerte es trágica (violación y muerte de hijo, morir carbonizado, por falta de atención médica, en asalto, operativo policial, sida, suicidio, etc.). El 34% considera que lo más peligroso que ha hecho está relacionado con el tráfico de droga, y el 32% con experiencias dañinas para su salud.

Su mayor preocupación verbalizada gira alrededor del sufrimiento que le han ocasionado a su familia por su reclusión e informarse como educar correctamente a sus hijos para que no cometan los mismos errores que ellas, aún cuando identifican que están repitiendo muchos de los patrones bajo los cuales ellas fueron criadas. Así mismo es fuente de preocupación superar los efectos de la violación/inceto y mejorar su autoestima.

En síntesis se aprecia que la mayoría de las mujeres tiene el antecedente de haber sufrido violencia a lo largo de su vida, que proceden de hogares con jefatura femenina, con una estructura autoritaria y que han sido socializadas bajo patrones machistas donde visualizan que el maltrato hacia la mujer/esposa/madre era común y cotidiano. Por otro lado tienen incorporado un referente rígido acerca del sentido del deber y protección que le deben al marido incluso en algunos casos por encima de los hijos, lo cual incide para su permanencia en las relaciones de maltrato conyugal perpetuándose el círculo vicioso del efecto intergeneracional de la violencia familiar.

REFERENCIAS

- Cerezo, M. A. (1995). *El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar*. Argentina: Llamas.
- Corsi J. (1999) Estudios sociales, Corporación de promoción universitaria N° 101/ trimestre/3/ 1999. Buenos Aires
- Ferreira, G. (1999) *La mujer maltratada*. Buenos Aires: Sudamericana
- Herrero, S. y otros (2006) Proceso de socialización y síntomas del estado de ánimo en delinquentes juveniles privados de libertad. *Anuario de Psicología clínica y de la salud 2- 2006*. Universidad de Sevilla.
- Romero M; Aguilera RM; (2002) ¿Por qué Delinquen las Mujeres? Parte I. Perspectivas Teóricas Tradicionales. *Revista: Salud Mental Vol 25*. México
- Romero M., (2003). ¿Por qué Delinquen las Mujeres? Parte II. Vertientes Analíticas desde una Perspectiva de Género. *Revista: Salud Mental Vol 26*. México
- Trujano P., Velásquez E., Chavez E. (1999) Mujeres Detrás del Delito: estudio en el CERESO de Chiapas, México. *Revista Argumentos*

ANEXO

TRES HISTORIAS DE VIDA (extractos)

Caso 1. Procesada por Homicidio. Sra Julia 32 años.

"estoy aquí por un error de calculo ... siempre desde chica me han maltratado ... mi esposo se fue a Italia a trabajar hace tres años, y apenas si mandaba algo de plata para nuestros tres hijos...conmigo era malo me pegaba sin razón ... yo me sentía sola y a mi cuñado que era mi vecino su esposa lo abandono ... yo me enamore de él y nos veíamos a escondidas, pero mi esposo regreso de un momento a otro ... yo le dije para terminar pero mi cuñado no quería ... un domingo que hacíamos una pollada para pagar el abogado para mi hermanito menor que esta en Lurigancho por robo, sucedió la desgracia...mi esposo y mi cuñado estaban tomando y tomando, yo le recibía el vaso de cerveza a mi esposo y tomaba con él pero no recibía cuando me alcanzaba el vaso mi cuñado para que no se dieran cuenta de lo nuestro, eso parece que lo enfurecía...la cosa fue peor cuando salí a bailar con mi esposo pero no con él... le buscó pleito sin razón a mi esposo, rompió la botella y lo estaba cortando feo ... en ese momento pensé que lo iba a matar le había metido tajos por la cara, el cuello ... y tuve que decidir ¿A quién defendiendo? mi marido siempre fue abusivo conmigo, yo ya no lo quiero ...pero pensé es mi marido y le tengo que tener ley...así que con el cuchillo que estaba cortando el pollo me metí en la pelea y lo clave dos veces en mi cuñado ...se cayó y los llevaron a los dos al hospital...mi marido se salvó pero mi cuñado murió ...cuando le hicieron la autopsia me di cuenta que había cometido un error de cálculo yo pensé que había metido, dos puñaladas y habían sido cuatro ...y se murió ...ahora estoy deprimida porque maté al hombre que amaba ...". (Ante la pregunta ¿cómo la trataba el cuñado? refiere que también le pegaba incluso más que su marido por celos).

Caso 2. Procesada por Robo Sra. Ana 43 años.

"Mi madre y padrastro todo el día estaban tomando, conmigo eramos catorce hijos, yo soy la mayor, desde los 8 años tenía que salir a buscar plata para que coman mis hermanos...mi mamá lo que ganaba lavando ropa se lo gastaba en licor y luego metía hombres ya sabe para que ... yo tenía que lavar ropa, limpiar casas hacer lo que sea mi mamá decía que no quería darse cuenta de nuestras necesidades por eso se ermborrachaba ...cuando tenía 13 años me acuerdo de una vez que tres días que sólo tomábamos té y pan, no conseguía que nadie me de un

cachuelo para comprar comida.....después que una Sra. me hizo limpiar su casa, me pagó y me regaló comida al regresar a mi casa me dijo nunca más mis hermanos y yo vamos a pasar hambre a partir de ahora me voy a prostituir”.

Caso 3. Procesada por Trafico ilícito de drogas Sra. Cecilia 38 años .

“Estoy aquí por ambiciosa, yo tenía mi bazar y mi restaurante pero para tener droga para consumir seguí traficando. Soy la tercera de dieciséis hijos ... en el penal tengo a tres de mis hermanas y en Lurigancho tengo a cuatro hermanos y a un hijo ...la verdad es que casi toda mi familia trafica ... Mis papás que yo me acuerde sólo han trabajado traficando ... a su manera mi mamá me cuidaba cuando cumplí quince años era una jovencita atractiva y mi barrio era bravazo así que mi mamá me obligó a casarme con un hombre que tenía 38 años, tuve dos hijos....era muy celoso y me pegaba porque creían que era su hija...para escaparme de él me tuve que meterme con un tipo que era delincuente para que le tenga miedo ... lo malo es que no pensé bien y tuve un hijo con él ... a los 20 años tenía ya tres hijos ... a los 22 años estaba sin compromiso, y conocí a un oficial del ejercito que a pesar de la oposición de toda su familia me divorció y se casó conmigo, los 4 años que viví con él fue lo mejor de mi vida hasta que murió en un atentado terrorista ... mis 2 hijos mayores estaban con su papá, tuve dos hijos con el militar y reconoció como suyo a mi tercer hijo ... a partir de su muerte empecé a tomar y drogarme, no supe ser buena madre y no me ocupé de ver a mis hijos, me apena mucho que mi hija mayor se metió con un tipo que la infectó con el sida cada día esta más delgada ... yo por la droga no pensaba bien y en mi familia el que menos se mete droga o vende ... no tenía quien me frene..... el día de la captura mi mamá no estaba en la casa porque sino también estaría aquí ... yo ya sabía que me estaba buscando la policía y varios días que no vendía y estaba escondida...pero mala suerte mi hermana que no está metida en el tráfico pasó por la casa y se metió para ir al baño en eso la chapa la policía y la confunde conmigo y la traen al penal....yo me entregué a la policía para que suelten a mi hermana.....una tiene que ser derecha con su gente no podía dejar que la condenen a ella por mí”.

Fecha de recepción: 25 octubre 2007

Fecha de aceptación: 30 octubre 2007

RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES

Connection between self esteem and attitudes toward family violence in women

Ana Matos Gibson Noylí y Margot Ríos Manzo*

Resumen

La presente investigación es un estudio comparativo y correlacional, la muestra estuvo conformada por total de 158 mujeres de edades 18 a 45 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Actitudes hacia la violencia familiar en la relación de pareja de la Lic. Ofelia Montes y el Inventario de Autoestima de Barksdale.

Las conclusiones del estudio realizado muestran que no existen diferencias significativas en la relación de autoestima y actitudes hacia la violencia familiar, debido a las creencias, usos y costumbres que validan y legitiman la violencia familiar, poniendo a las mujeres en desventaja, debido a que incorporan e internalizan a edad temprana, en los ambientes familiares y en la sociedad, los aprendizajes de relaciones no equitativas de género y maneras sanas de asumir sus derechos.

Palabras Clave: Autoestima / Actitudes / Violencia familiar.

Abstract

The present research is a comparative and correlational study; the sample was composed by a universe of 158 women with ages ranging from 18 to 45 years. The instrument used was Ofelia Montes, BS' Scale of Attitudes toward family violence in the couple relationship and Barksdale's Self-esteem Inventory List.

The conclusions of the study carried out show that there are no remarkable differences in the self-esteem relation and attitudes toward family violence. The reason of this is the common belief, uses and customs that validate and legalize family violence, putting women in an unfair situation by helping to sit up and internalize at an early age, in the familiar environments and in the society, the gender-based injustice instead of the healthy ways to cope with their rights.

Key words: Self-esteem - attitudes - family violence.

* anamatosg@hotmail.com noylirios@speedy.com.pe

1. Basado en la Tesis para optar el Título de Licenciada. Facultad de Psicología, UNIFE (2005)

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente a mujeres. Una forma endémica de la violencia familiar es el abuso a las mujeres por parte de su pareja cuyas manifestaciones incluyen violencia física, psicológica y sexual. Resulta primordial considerar la dimensión Psico-socio-cultural para el abordaje del problema de violencia contra la mujer en su relación de pareja. Y es que se parte de la existencia de elementos culturales (creencias, valores y costumbres) sobre la que se sustenta la violencia de género, extraídos del sistema sexo-género dominante (desvalorización y subordinación de lo femenino) y la estructura específica familiar (autoridad y poder del padre).

Existen por lo tanto un conjunto de creencias y valores que se convierten en un factor decisivo para la reproducción de la violencia contra la mujer. Es el componente ideacional de la sociedad que ha sido institucionalizado, y se manifiesta y reproduce en las costumbres según la cultura, delimitando pautas de comportamiento que establecen una forma de vida, un modo de pensar y sentir, según el género de los miembros y el tipo de organización y funcionamiento de la unidad familiar.

De esta manera, las creencias acerca de lo que es un hombre incluyen estereotipos sobre la masculinidad que asocian varón con la fuerza, siendo posible su uso para la resolución de conflictos. En contrapartida, la mujer es culturalmente percibida como la más débil, sumisa y obediente.

Es así como surgió la pregunta que orientó el trabajo de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la violencia familiar?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la violencia familiar.
- Establecer la relación que existe entre edad y el nivel de autoestima.
- Establecer la relación que existe entre edad y las actitudes hacia la violencia familiar

Objetivos específicos:

1. Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia las relaciones igualitarias.
2. Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la agresión verbal y física.
3. Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia el machismo.
4. Establecer la relación que existe entre la edad y las actitudes hacia las relaciones igualitarias.
5. Establecer la relación que existe entre la edad y las actitudes hacia la agresión verbal y física.
6. Establecer la relación que existe entre la edad y actitudes hacia el machismo.

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**Variable dependiente**

Actitudes hacia la violencia familiar, variable ordinal, tratada como una variable cuantitativa continua. Sus indicadores son las respuestas de las mujeres convertidas en puntajes percentilares, obtenidos en la escala de actitudes hacia la violencia familiar en la relación de pareja, en base al baremo elaborado por la Lic. Ofelia Montes, en el año 2000.

Variable independiente

Autoestima, variable ordinal, tratada como una variable cuantitativa continua. Sus indicadores son las respuestas de las mujeres convertidas en puntajes percentilares, obtenidos en el inventario de la autoestima de L. Barksdale, en el año de 1978.

Variables controladas

Edad: mujeres entre las edades de 17 a 45 años de edad.

Lugar de procedencia: Mujeres procedentes de los Asentamientos Humanos de La Unión, Chimbote, Ancash y de Huáscar, SJL, Lima.

MÉTODO

Investigación de tipo descriptiva comparativa diseño correlacional, la muestra estuvo conformada por 158 mujeres, cuyas edades se encuentran entre 18 y 45 años, procedentes de la ciudad de Chimbote, departamento de Ancash, asentamiento humano La Unión, y del asentamiento humano Huáscar, Canto Grande, distrito de San Juan de Lurigancho, Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Actitudes hacia la Violencia Familiar en la relación de Pareja; de la Licenciada Ofelia Montes López y el Inventario de Autoestima de Barksdale del Dr. Lilburn S. Barksdale, traducido y adaptado al español por el Dr. José Navas Robledo.

INSTRUMENTOS:**1. Inventario de la Autoestima****Ficha Técnica:**

Nombre Original:	Inventario de Autoestima de Barksdale
Autor:	Dr. Lilburn S. Barksdale
Traducido y adaptado al español:	Dr. José Navas_Robledo
Duración:	Aproximadamente 15 minutos
Administración:	Se puede aplicar de manera individual o colectiva a sujetos de 15 años en adelante.

Descripción del Inventario:

El inventario de Autoestima está compuesto por un total de 50 ítems, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3 de la siguiente manera:

- 0 no es verdad
- 1 es más o menos cierto
- 2 es bastante cierto
- 3 es completamente cierto

El objetivo principal de este inventario es hacer una evaluación global del nivel de autoestima de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a edificar una mayor y más saludable autoestima.

Validez y Confiabilidad:

Para la confiabilidad del Inventario de Autoestima se utilizó el método pares

ones o participación por mitades, obteniéndose un puntaje de “r” = 0.722 (para Lima) según Pazzaglia 1990.

2. Escala de actitudes hacia la violencia familiar en la relación de pareja.

Ficha técnica

Nombre original : Escala de actitudes hacia la violencia familiar en la relación de pareja.

Autor: Ofelia Montes López

Aplicación: Puede ser administrada en forma individual o colectiva a las mujeres a partir de los 15 años y con un grado de instrucción necesario para leer y comprender la redacción de los reactivos.

Duración: Puede oscilar entre 15 y 25 minutos.

Descripción de la escala:

La escala está compuesta por 25 ítems, los cuales presentan claves de respuesta: TA (totalmente de acuerdo), A (de acuerdo), I (indiferente), D (en desacuerdo), TD (total desacuerdo).

El puntaje máximo es 95 y el puntaje mínimo es 19. Para obtener los puntajes por factores se suman los ítems que comprenden cada factor.

Validez y confiabilidad:

se ha obtenido la validez del instrumento mediante la correlación Item- test y la validez del constructo a través del Análisis Factorial. La confiabilidad de la prueba es de 0.85 determinada a través del método de consistencia interna, para el cálculo se empleó el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son:

1. Los resultados señalan, que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la violencia familiar. Esto quiere decir que las personas con alta o baja autoestima no se diferencian en sus actitudes hacia la violencia familiar.

Tabla N° 1
Cuadro de correlaciones del grupo total

	Edad	Actitudes	Fact: RI	Fact: AVF	Fact: MACH
Actitudes	-0.162				
Fact: RI	-0.059	0.685			
Fact: AVF	-0.128	0.498	0.317		
Fact: MACH	-0.094	0.703	0.492	0.512	
Autoestima	-0.090	-0.132	-0.160	0.172	-0.064

N = 158
GL = 156
r tab. 0.05 = 0.1638
r tab. 0.01 = 0.2301

Respecto a este hallazgo Ferreira, G. (1994) señala, que la transmisión generacional del concepto del ser varón o mujer, se perpetúa a través de las actitudes. Esta transmisión se apoya en patrones, normas y mitos que validan el que las mujeres no se perciban con los mismos derechos que los varones.

En un estudio realizado por Walker (1984) donde se postulaba que la autoestima de las mujeres maltratadas sería baja, se concluyó contrariamente a lo que se esperaba, que las mujeres se percibieran a si mismas como más fuertes, más independientes y más sensibles que el resto de las mujeres

2. Se halló que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima, la edad y el factor de relaciones igualitarias (RI). Este dato responde a que las mujeres han sido educadas y socializadas desde la infancia para mantener y cuidar las relaciones, ser buenas esposas y madres, para lo que se ha potenciado en ellas valores y actitudes como la empatía, comprensión, tolerancia y perdón.

Cuadro N° 2
Cuadro de correlaciones del grupo total

	Edad	Actitudes	Fact: RI	Fact: AVF	Fact: MACH
Actitudes	-0.162				
Fact: RI	-0.059	0.685			
Fact: AVF	-0.128	0.498	0.317		
Fact: MACH	-0.094	0.703	0.492	0.512	
Autoestima	-0.090	-0.132	-0.160	0.172	-0.064

N = 158
GL = 156
r tab. 0.05 = 0.1638
r tab. 0.01 = 0.2301

Ruiz Jarobe Quemada, C. y Blanco Prieto, P. (2004), postulan que estas actitudes se vuelven contra las mujeres ya que siempre tratan de entender, llegando incluso a justificar el ejercicio de la violencia. A veces estos sentimientos las conducen a minimizar, restar importancia o negar la violencia.

La mujer por ser madre y encargada de criar y educar a los hijos e hijas, va transmitiendo sus propios prejuicios de una generación a otra, haciendo difícil el camino para las nuevas ideas y posibilidades de crear relaciones igualitarias entre varón y mujer, debido a la discrepancia entre los patrones y modelos culturales que se transmiten al interior de la familia y los modelos que se ofrecen a través de los medios de comunicación social y la escuela.

La cultura lejos de apoyar y posibilitar espacios donde se practiquen relaciones igualitarias, lo que hace es perpetuar situaciones de discriminación y abuso de poder. Las relaciones de poder constituyen las raíces que explican todas las formas de expresión de la violencia en la sociedad. El poder define lo que es ser varón y mujer, lo que es ser niño y adulto, lo que es ser blanco, cholo, negro, chino, pobre o rico, empleado, desempleado, peruano o extranjero.

3. Los resultados señalan, que no existe relación significativa entre la edad y las actitudes hacia la violencia familiar. Relacionado con lo que las autoras Ruiz-Jarobe Quemada, C. y Blanco Prieto, P. (2004), sustentan en su investigación respecto a que, a las mujeres desde niñas no las hicieron sentirse capaces y valiosas, no les enseñaron el derecho a ser respetadas y a satisfacer sus necesidades. No desarrollaron su autoestima y auto confianza y seguridad en sí mismas, sino que aprendieron la dependencia, la obediencia y el conformismo.

Tabla N° 3
Cuadro de correlaciones del grupo total

	Edad	Actitudes	Fact: RI	Fact: AVF	Fact: MACH
Actitudes	-0.162				
Fact: RI	-0.059	0.685			
Fact: AVF	-0.128	0.498	0.317		
Fact: MACH	-0.094	0.703	0.492	0.512	
Autoestima	-0.090	-0.132	-0.160	0.172	-0.064

N = 158
GL = 156
r tab. 0.05 = 0.1638
r tab. 0.01 = 0.2301

Históricamente las mujeres han sido colocadas en el papel de débiles y sometidas, debido a que el entorno ha reforzado en ellas la no incorporación de la propia autovaloración y percepción de valía, dignas de tener derechos, desde temprana edad. Por ello, en cada situación de violencia, no existe una manifestación de reclamo, ni reconocimiento de sus propios derechos como mujeres y personas dignas de ser respetadas, pues constantemente han estado expuestas a situaciones de violencia, en su rol de hija, hermana, enamorada, novia, esposa y madre.

4. Los resultados señalan que, existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el factor de agresión verbal y física (AVF) debido a que la agresión verbal y física es visible, por lo tanto menoscaba la auto percepción y autoestima de las mujeres, lo que hace que exista un sentimiento de rechazo, más por la vergüenza que tienen frente a los comentarios que puedan recibir del entorno, que por la convicción de asumir su derecho a ser respetadas.

Tabla N° 4
Cuadro de correlaciones del grupo total

	Edad	Actitudes	Fact: RI	Fact: AVF	Fact: MACH
Actitudes	-0.162				
Fact: RI	-0.059	0.685			
Fact: AVF	-0.128	0.498	0.317		
Fact: MACH	-0.094	0.703	0.492	0.512	
Autoestima	-0.090	-0.132	-0.160	0.172	-0.064

N = 158
GL = 156
r tab. 0.05 = 0.1638
r tab. 0.01 = 0.2301

5. No existe diferencia significativa en el factor agresión verbal y física entre las mujeres de los asentamientos humanos de Huáscar, SJL, Lima y de La Unión, Chimbote, Ancash; debido principalmente a que Lima es la capital donde se encuentran concentrados los servicios de defensoría y educación contra la violencia hacia la mujer, lo que permite a las mujeres denunciar cualquier tipo de maltrato, mientras que en Chimbote, los servicios existentes son pocos y los que existen, aún se encuentran en implementación y en tanto que la población que acude a estos servicios no están aún bien informadas sobre los procesos a seguir.

Tabla N° 5
Cuadro de análisis estadístico de agresión verbal y física de Lima y Chimbote

	N	Media	D.S.	T
Lima	68	5.756	3.003	2.56
Chimbote	90	4.779	0.990	

GI = 156 tTab = 1.658

6. Existe una relación significativa entre la autoestima, edad y el factor machismo (MACH). Estos datos responden a que el machismo es una creencia que poseen las y los peruanos. En una encuesta realizada por la Universidad de Lima, presentada el 26 de julio de 2005 en el programa prensa libre, se señala que un 87.4% considera a la población peruana con fuertes creencias y actitudes machistas.

Tabla N° 6
Cuadro de correlaciones del grupo total

	Edad	Actitudes	Fact: RI	Fact: AVF	Fact: MACH
Actitudes	-0.162				
Fact: RI	-0.059	0.685			
Fact: AVF	-0.128	0.498	0.317		
Fact: MACH	-0.094	0.703	0.492	0.512	
Autoestima	-0.090	-0.132	-0.160	0.172	-0.064

N = 158
GL = 156
r tab. 0.05 = 0.1638
r tab. 0.01 = 0.2301

Si bien es cierto pareciera que las actitudes hacia la violencia familiar está cambiando, el cambio está más referido a un nivel de discurso por lo que se requiere un cambio profundo para modificar la perspectiva tradicional sobre los papeles que deben tener los varones y las mujeres. Se debe tener en cuenta además, que en muchos casos son las propias mujeres quienes acentúan estas diferencias y contribuyen a reafirmar el machismo. Por lo tanto el machismo es una creencia bastante arraigada en nuestra sociedad peruana y aprobada socialmente.

Al respecto Corsi J. (2003) concluye que esto se debe también a la sobre valoración de las aptitudes y características consideradas masculinas, otorgando con ello un lugar destacado al varón en los aspectos públicos y negando el acceso a las mujeres, siendo estas las mayores víctimas de la sociedad patriarcal.

7. Existe diferencia significativa en las actitudes hacia la violencia familiar entre las mujeres de ciudades diferentes. Se puede observar que la media de la

población tomada de Chimbote (38,103), es menor que la media de la población tomada de Lima (43,600), resultando más alta la de Lima, debido a que las mujeres que viven en la capital tienen mayores posibilidades de acceder a información, programas y servicios de atención para prevenir y denunciar los malos tratos y abusos que se cometen contra ellas

Tabla N° 7

Correlación entre actitudes hacia la violencia familiar y ciudad de residencia

Actitudes	N	Media	D.S.	t
Lima	68	43.600	15.956	2.66
Chimbote	90	38.103	6.522	

GI = 156 tTab = 1.658

8. Finalmente hallamos que existe diferencia significativa en el factor machismo entre las mujeres de los asentamientos humanos de Huáscar, SJL, Lima (5,067) y de La Unión, Chimbote, Ancash (4,250). La experiencia de conseguir trabajo a las mujeres de Lima les permite aprender a defender sus derechos y espacios de participación en otras actividades dentro del hogar, en el entorno laboral, en participación ciudadana y en diversas organizaciones femeninas, por lo tanto se sienten en el mismo nivel de igualdad que los varones.

Tabla N° 8

Cuadro de análisis estadístico del factor machismo de Lima y Chimbote

	N	Media	D.S.	T
Lima	68	5.067	3.046	2.02
Chimbote	90	4.250	1.490	

GI = 156 tTab = 1.658

Contrariamente a lo que se puede esperar, las mujeres de Chimbote aún no internalizan que tienen derechos y espacios que les otorgan participación en las decisiones del entorno familiar, laboral y comunitario.

Estos datos se relacionan con la investigación de Tallada, A. (2000) donde se señala que existe una convivencia entre un discurso moderno, respecto a la igualdad de los derechos y responsabilidades entre varones y mujeres y un discurso que hace referencias a representaciones de género muy tradicionales respecto a ser varón y mujer, cayendo en una aparente ambivalencia y dualidad.

Ruiz Bravo, P. (2001) señala también que las categorías de varón y mujer son productos de la cultura, construcciones sociales que tienen como fin informar a sus miembros sobre las formas de sentir y hacer.

CONCLUSIONES.

1. La presente investigación es un estudio que permite conocer la relación que existe entre las actitudes hacia la violencia familiar y el nivel de autoestima de un grupo de mujeres de los Asentamientos humanos de La Unión, Chimbote, Ancash y de Huáscar, en San Juan de Lurigancho, Lima.
2. Los resultados del estudio realizado muestran que no existen diferencias significativas en la relación de autoestima y actitudes hacia la violencia familiar, en ambas muestras.
3. No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la violencia familiar. Siendo importante considerar el factor de la transmisión de patrones y normas del concepto hombre y mujer en nuestra sociedad, a través de las creencias, usos y costumbres que la validan y legitiman, poniendo a las mujeres en desventaja, estas ideas son incorporadas e internalizadas a edad temprana, en los ambientes familiares y en la sociedad, así como a través de los aprendizajes de relaciones no equitativas de género y maneras no sanas de asumir sus derechos, siendo colocadas las mujeres en el papel de débiles y sometidas.

REFERENCIAS

- Corsi Jorge, (2003) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Paidós, Primera edición.
- Corsi Jorge, (1999) *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós,
- Montes López, Ofelia Isidora. (2000), Tesis: Actitudes hacia la violencia hacia a la mujer en la relación de pareja en dirigentes de comedores populares y bancos comunales , Lima Perú.
- Ruiz Bravo, Patricia. (2001) Una aproximación al concepto de Género. En: Sobre Género y discriminación. Defensoría del Pueblo. Lima.
- Ruiz - Jarobo, Consue & Blanco Prieto, Pilar (2004) *La violencia contra las mujeres*. Madrid: Díaz de Santos.
- Tallada, Ana. (Diciembre 2000), No todo está dicho: factores psicosociales y culturales asociados a la violencia contra la mujer en la relación de pareja. Red de promoción de la Mujer, Lima Perú.

Fecha de recepción: 25 agosto 2007
Fecha de aceptación: 7 setiembre 2007

VEJEZ: ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Autora: María A Cornachione Larrinaga (2006) .
Córdoba: Brujas
268 paginas

Jenny Quezada Zevallos

En el capítulo 1, la autora parte de que “*el envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, que se desarrolla en los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de los sujetos y que está estructurado en torno al tiempo. El envejecimiento es una etapa más del ciclo vital*” (pag 56). Plantea a la vejez como una construcción social, que varía de sociedad a sociedad y que designa status, roles y mandatos, definiéndose los posibles problemas de las personas mayores y la elaboración de las respuestas a los mismos.

Señala que el envejecimiento afecta de forma diferente a los hombres que a las mujeres, al ser las mujeres quienes viven más años, son las que cuidan de las personas ancianas de las familias. Asimismo las mujeres enfrentan a lo largo de su vida situaciones que generan una mayor vulnerabilidad cuando llegan a viejas. La mayoría de las personas que sufren abuso psicológico (y de otros, tipos) son las mujeres.

En el capítulo 2 titulado: Lo individual y lo social en el envejecimiento. Desarrolla el hecho de que la vejez surge como una etapa nueva desde la propia expectativa de las personas que envejecen, ya que para muchos hombres y mujeres se les presenta este segmento del ciclo vital con una duración similar o superior al período en que se dedicaron al trabajo. Por otra parte es recién a fines del siglo XX que la presencia de personas viejas se hace mas significativa y notoria a nivel social, hecho que está influyendo de forma directa en el sistema social y se halla condicionando el desarrollo de las comunidades, de los pueblos y los países..

A lo largo del capítulo realiza una revisión de los estudios sobre vejez, señalando como uno de los estudios más antiguos el realizado por Quetelet (1796 a 1874), y los últimos estudios a partir de la quinta y sexta década del Siglo XX, enfocados hacia la personalidad en la vejez, concluyendo que en la actualidad la psicología de la vejez esta sustentada por la psicología del ciclo vital, con un enfoque dinámico, contextual, dialéctico y ecológico.

Señala que son numerosos los prejuicios que existen sobre las personas mayores y que incluso son compartidos por las personas que transitan la vejez, por las personas de otros grupos generacionales y también por los profesionales que les brindan asistencia, presentando a continuación los estudios sobre prejuicios y mitos realizados por Kart (1990), Fernández Ballesteros (1992), Gil y Calvo (1995) y Salvarezza (1993).

Todos los prejuicios que se han presentado dan como resultante el considerar a la vejez como un problema social; la autora plantea que para modificar esto es necesario presentar a la vejez como:

- una institución social.
- una edad a respetar.
- una edad a proteger.
- una edad a conservar.

Para ello es necesario que las personas viejas asuman una clara actitud:

- en relación al desempeño de su propio rol
- que se reconstruya una relación de reciprocidad entre las personas viejas y el resto de la sociedad.

El estudio científico del envejecimiento, actualmente se realiza desde los modelos: mecanicista, organicista y contextuales. El enfoque del ciclo vital plantea que en el desarrollo en general y en la vejez en particular, se reconoce la plasticidad a que resultan sometidos los distintos acontecimientos evolutivos, como así también, la importancia de las relaciones funcionales y los factores situacionales.

En un acápite del capítulo realiza una interesante reflexión sobre el ejercicio real de los derechos humanos en el transcurso del envejecimiento, en especial referidos a la reducción o pérdida de la autonomía, el impacto en la subjetividad y la imposibilidad de ejercer el derecho de decidir.

La calidad de vida en el adulto mayor esta estrechamente relacionada con el grado de funcionalidad, es decir independencia física, psíquica y social de la persona. Se deben mantener metas, que generen ilusiones, se trata de agregar más vida a los años. Llevar un estilo de vida que le permita vivir de forma libre, independiente y satisfactoriamente.

En el capítulo 3, Negando la vejez, se revisan las diversas teorías del envejecimiento, planteando que ninguna teoría explica con suficiencia todos los cambios del proceso del envejecimiento, el cual es complejo y variado y cambia en la manera como afecta a diferentes personas y órganos. Presenta en forma sucinta las principales teorías del envejecimiento biológico: teoría inmunológica, teoría celular, y teoría genética

Señala que arbitrariamente se ha fijado la edad de ingreso a la vejez, 65 años para los países desarrollados y 60 años para los subdesarrollados (de acuerdo a las expectativas de vida).

Los hechos más importantes del envejecimiento son: su universalidad (iguales para todos los individuos de la especie) y su inevitabilidad, como etapa final de todos los seres vivos caracterizado por su deterioro morfológico y funcional progresivo, cuyo ritmo y características puede ser muy diferente según la especie, el individuo y los factores ambientales. (p. 78)

La duración de vida para el hombre se considera de 110 a 130 años (en ausencia de enfermedad), sin embargo, actualmente en las mejores condiciones ambientales es de 82.1 años para las mujeres y 76.4 para el hombre, se considera que la duración máxima o promedio de vida no ha variado en los últimos cien mil años, pero sí lo ha hecho la expectativa de vida: 18 años en la edad de bronce griega, hasta las cifras actuales.

El perfil biológico del viejo se caracteriza por.

- Disminución de la capacidad de reserva de las funciones fisiológicas frente al estrés, que se traduce en una menor resistencia frente a la enfermedad.
- Lentitud, imprecisión y merma de la capacidad de reacción frente a los cambios ambientales.
- Retrasos en la recuperación de las condiciones de normalidad.
- Disminución en la capacidad de regeneración, como consecuencia de la dificultad de proliferación celular parenquimatosa y de los mecanismos inmunitarios.
- Si bien el límite máximo de la vida no se ha modificado, la esperanza de vida sí se ha ido modificando.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): el envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie humana durante todo el ciclo de la vida. Esos cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. El ritmo en esos cambios se produce en los distintos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos en forma desigual. (p. 86)

La edad biológica del hombre esta dada por valores corporales, existen 15 marcadores biológicos. A medida que el ser humano envejece:

- La tensión arterial se incrementa.
- La densidad ósea: tiende a disminuir.
- El ritmo metabólico: es más lento.
- La grasa: se incrementa sobre todo, en abdomen y caderas.
- La capacidad respiratoria: disminuye.
- El colesterol: se incrementa.
- El metabolismo de los azúcares: es más lento.
- La temperatura corporal: existe menos capacidad para regularla.
- La masa muscular: se pierde.
- La resistencia: disminuye.
- La función inmune: más débil.
- El espesor de la piel disminuye, surgen las arrugas.
- La capacidad auditiva: disminuye.
- La capacidad visual: disminuye.

En el Capítulo 4, Desarrollo cognitivo y envejecimiento, se plantea que existen dos habilidades que son privativas del hombre y que no se encuentran en ninguna otra especie: la creatividad y la sabiduría. Al respecto los estudios de Sternberg y Berg (1987) sostienen que cuando las personas envejecen, es más importante que se mantengan eficientes en las actividades de la vida cotidiana que curiosas por el mundo o que razonen sobre nuevos conceptos, aunque esto no se lo debe considerar excluido del proceso de envejecimiento.

Dentro de los factores que inciden en el envejecimiento intelectual se mencionan: las expectativas y atribuciones que las mismas personas ancianas se postulan para su inteligencia, tales como la autosuficiencia, la falta de confianza para alcanzar el éxito; la rigidez - flexibilidad, el estado de salud, y los factores estructurales como el nivel de status laboral, el nivel de ingresos, etc.

El pensamiento postformal de la adultez conduce al individuo a plantearse dudas, contradicciones e interrogantes. El pensamiento dialéctico es el diálogo que caracteriza el pensamiento postformal. En este diálogo las ideas opuestas interactúan para dar origen a una nueva síntesis y esta interactúa con su versión opuesta para que surja otra síntesis y así permanentemente. Los aportes de Lavouvie-Vief (1985) muestran la existencia del pensamiento dialéctico en las personas que envejecen.

La sabiduría, solo en épocas recientes ha pasado a ser un tema de estudio desde la psicología. Las investigaciones de Holliday y Chandler (1986) muestran que las personas de distintas edades acuerdan que el significado y las características de la sabiduría no se modifican con la edad. Para estos autores la sabiduría resulta determinada por cinco factores: comprensión excepcional, habilidades de comunicación y juicio, competencia general, habilidades interpersonales y no obstrucción social (que incluye características como ser discreto, no juzgar, ser silencioso).

En el capítulo 5, Desarrollo de la personalidad, la autora realiza una revisión sucinta de las teorías del estudio de la personalidad que más aportes brinda con respecto a las personas viejas; así la teoría de los rasgos (Allport, 1961), la teoría de Jung (1933), el psicoanálisis y la teoría de Erikson (1933, 2000) quien se plantea la necesidad de un estadio más, el noveno, a fin de clarificar los nuevos retos que implica la circunstancia de que mayor cantidad de personas vivan más, considerando que significa y cómo es vivida esta circunstancia. A partir de los 80 años el cuerpo se va debilitando progresivamente y va disminuyendo la autonomía. Para Erickson, la desesperanza que se plantea en el octavo estadio, es quien acompaña íntimamente al noveno estadio, ya que resulta casi imposible conocer los acontecimientos y pérdidas de las habilidades psíquicas. Cuando declina la independencia y disminuye la confianza, el sujeto se presenta con su autoestima comprometida.

En el Capítulo 6, Desarrollo social y envejecimiento, se parte de que la familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, etapa en la cual tienden a retraerse otras relaciones sociales. Plantea la complejidad de la familia como sistema multigeneracional, en la cual las diversas necesidades e intereses experimentados por las diferentes generaciones es posible se contrapongan en determinados momentos y circunstancias provocando tensio-

nes dentro del seno familiar, los cuales afectarán el bienestar emocional y los niveles de satisfacción de los adultos de más de 60 años.

Los vínculos del anciano con la familia pueden variar de una familia a otra en función de su historia anterior, de la estructura de la familia como grupo, de las características de personalidad de sus miembros y de otros factores.

Se revisan los temas de pareja, amor, sexualidad, soledad, relaciones sociales, trabajo. La cultura del ocio como factor de cambio intergeneracional, las personas viejas al estar fuera de la cadena productiva, quedarían sin una delimitación o campo específico de práctica de ocio.

En el Capítulo 7, Adaptaciones y envejecimiento, la presencia del deterioro físico, produce que en muchos casos se presente limitaciones en el autocuidado, las tareas domésticas y la movilidad. Se revisan estudios sobre los efectos de la internación y la incidencia que tienen sobre las personas viejas.

Finalmente en el Capítulo 8, titulado Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento, presenta una visión amplia de la complejidad y falta de homogeneidad de la población envejecida, finalizando con una propuesta de planes para la actuación personal, social y profesional, a fin de conseguir un envejecimiento satisfactorio.

EL ESTRÉS EN CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES Cuidarse para cuidar

Autores: María Crespo López - Javier López Martínez (2007)
Madrid: Pirámide
278 paginas

Martha Guevara Castillo

En la primera parte, los autores refieren que el cuidador es una persona que añade a su quehacer cotidiano, la tarea de atender y cuidar, lo cual supone un reto y costos en periodos de tiempo prolongado, así mismo refieren que el estrés se origina por la sobrecarga de trabajo objetivo, por un lado el cuidado a la persona mayor y por otro las responsabilidades personales y familiares. Las personas prefieren envejecer en su propio hogar, contando con el cuidado de sus familiares más próximos.

Se presenta un análisis de la situación del cuidador que cuida a un mayor de edad, sus características, la relación, programas educativos que enseñan habilidades para el manejo de problemas relacionados con el cuidado del mayor, así como propuestas de intervenciones terapéuticas que permita manejar adecuadamente el estrés que es generado por el cuidado al mayor.

En la segunda parte realizan un análisis de la situación del cuidador el cual puede ser una persona no familiar, pero en la mayoría de casos asume la responsabilidad un familiar, hay un cuidador principal quien es el que asume las tareas del cuidado básico con las responsabilidades que ello acarrea, sin que así lo haya determinado la familia, generalmente es una mujer, la hija, la esposa o nuera, las hijas atienden a las madres y las esposas a los compañeros. La edad del cuidador oscila entre los 40 y 59 años, generalmente con estudios primarios y siendo su actividad principal las tareas del hogar, combina el cuidado del mayor con las actividades familiares.

Además analizan los receptores del cuidado: "el mayor", hallando que predominan las mujeres viudas y casadas; en cuando al nivel de estudios: son personas sin estudio o con estudios primario, la mayoría recibe algún tipo de pensión por

viudez o jubilación, padecen enfermedades (95%) o siguen un tratamiento, siendo los problemas de mayor incidencia, los huesos, el corazón, los trastornos mentales y la demencia o alzheimer.

En la relación entre cuidador y receptor, los autores refieren que generalmente viven en forma permanente en el domicilio del mayor, en la mayoría de casos suele ser la hija, hay una relación constante de tipo afectiva o convivencia permanente entre el mayor y el cuidador, y un alto porcentaje se veían o hablaban por teléfono con una frecuencia diaria, lo cual se mantiene posteriormente a la aparición del periodo de dependencia del mayor.

Con referencia a la caracterización del apoyo que se brinda, se considera que el horario del cuidador tiene que manejarse según la necesidad del mayor o receptor, se ha comprobado que últimamente ya no sólo hay un cuidador sino varios, el cuidado se reparte, porque las condiciones del mayor precisa de más ayuda. Hoy en día en nuestro entorno los cuidadores proporcionan una ayuda frecuente, intensa y prolongada en un periodo de tiempo promedio de 3 a 6 años y afecto a todos los ámbitos del funcionamiento del mayor y resulta más demandante a medida que se incrementa el nivel de dependencia.

En relación a la ayuda que reciben los cuidadores, ellos se sienten apoyados cuando la familia reconoce su labor y pueden compartir alguna actividad de ayuda al mayor, por otro lado ellos demandan a la administración pública que mejore la provisión de servicios para el mayor.

Es interesante considerar que entre las razones que se considera para ser cuidador se encuentran las siguientes:

- Una presión familiar indirecta, es decir es la "única persona que puede hacerlo".
- La mayoría considera que cuidar es una obligación moral y que les dignifica como persona.
- Reciben como satisfacción y compensación el agradecimiento del mayor.
- Son valorados por el círculo social.
- El beneficio económico no es una motivación, no reciben una compensación económica por sus cuidados, si lo reciben lo utilizan para el cuidado del mayor.

También aparecen reacciones negativas como: los cuidadores sienten una carga excesiva, se sienten atrapados. y/o están en esta situación por que no le queda otra alternativa.

En la valoración subjetiva indican que no hay tareas que resulten especialmente molestas para los cuidadores, entre las que pueden generar alguna molestia tenemos: el aseo íntimo, ayudarlo a acostarse o levantarse para ir al servicio, vestirse, sin embargo como se mencionó anteriormente la mayoría (68%) refieren que los cuidados no generan molestia. Así mismo en cuanto a la auto percepción la mayoría refiere que la persona mayor está siendo bien atendida.

Los cuidadores de hoy, se hacen necesarios, debido al incremento de mayores dependientes, junto con las dificultades que sus familiares tienen para atenderlos y la escasez de servicios lo cual genera en muchos casos la necesidad de contratar a personas que atiendan al mayor ya sea de manera continua o parcial. En relación al costo, tenemos un promedio de costo por año: Costo al estado: 18,000 Euros por año, al cuidador se le pagaría un promedio de 10,000 Euros por año, siendo el costo por hora de 6.5 Euros.

En la tercera parte, se desarrolla el estrés del cuidador, es evidente que el cuidar a una persona dependiente, supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas que sobrepasa la posibilidad del cuidador. Estas son tareas cambiantes debido al deterioro del mayor, por lo cual se tiene que ir readaptando la rutina diaria. Por otro lado no es fácil ver como el mayor va deteriorándose y van apareciendo dificultades de un ser querido, ello produce incremento en la carga emocional, considerando una situación de estrés, que no terminará en el momento mismo en el que cesa el estresor sino que se suman estrategias nuevas como adaptarse a una vida nueva, acontecimientos tristes, muerte o ausencia del mayor.

Por lo tanto los efectos de cuidar a un familiar mayor dependiente, estaría mediatizado por las evaluaciones que los cuidadores hacen de una situación y por los recursos que disponga para enfrentarlo. Los antecedentes se refieren a características socio-económicas, historia personal, disponibilidad de ayuda y recursos, composición de redes familiares. Por otra parte es necesario considerar que es diferente cuidar a un familiar cercano con quien hubo una relación afectiva y cercana, a cuidar a un familiar que se percibe como distante, y con el que las relaciones han sido frías o problemáticas. También se considera el tipo de relacio-

nes familiares, la duración del cuidado, los roles familiares, el rol del cuidador(esposa, hermana ,hija,) y la acumulación de responsabilidades.

Los agentes estresantes pueden ser de dos tipos:

- Primarios: están ligados directamente con la actividad de ser cuidador, derivado de condiciones del mayor, estresores objetivos ejemplo, un problema de memoria, deterioro cognitivo, incapacidad funcional y los estresores subjetivos, la atención que el cuidador debe prestar al mayor (percepción de carga, privación emocional)
- Secundarios: afecta a otras áreas de la vida del cuidador el desempeño de los distintos roles del cuidador (familia, rol social, laboral), conflictos familiares, aislamiento social, problemas económicos (aumento de gastos).

El cuidador está sometido a estresores y puede dar como resultado, que el cuidador sufra problemas emocionales e incluso físicos, llegando a sentir una "carga" que es una situación de estrés prolongado. Se señalan dos tipos de carga: Objetiva: necesidad de atención, cantidad de recursos disponible y servicios y Subjetiva: la percepción que los cuidadores tienen de sentirse descontentos, desbordados, atrapados, resentidos. La carga, depende de la valoración de la situación, si sobrepasa las habilidades que el cuidador tiene para hacerle frente de manera adecuada.

Consideran que existen algunas variables moduladoras, que pueden aliviar la situación de estrés, las cuales serían:

- Los recursos personales del propio cuidador: las variables interpersonales le brinda soporte emocional.
- Apoyo social y de la familia: Proporcionarle empatía, comprensión, reconocimiento, aceptación y afecto al cuidador.
- Relaciones afectivas.
- Recursos externos (sociales y económicos)

Todo ello limita el efecto pernicioso de los estresores.

La situación de cuidar de un familiar mayor dependiente puede ser potencialmente estresante, pero no dañina. Las consecuencias del cuidado no son efecto

directo de los estresores sino de la interacción de factores diversos, puede ser según el número de tareas, disponibilidad de un servicio de ayuda a domicilio, colaboración de familiares con el cuidado. Debemos de tener en cuenta que un cuidador estresado transmite su estrés al mayor, lo cual acrecienta las demandas del cuidador, dando lugar a círculo vicioso, aparecen conductas de intolerancia "estallidos emocionales". Violencia o situaciones de negligencia o desatención.

En relación a la evolución del cuidador, los autores refieren que ser cuidador es "una carrera inesperada" a diferencia de otras ocupaciones.

Las etapas serían:

Etapa de preparación y adquisición del rol de cuidador: comprende el problema y la necesidad de ayudar, ocurre cuando aparece la enfermedad empeora el estado de salud se da una hospitalización.

Etapa Promulgación de actuación: etapa de cuidados sostenidos puede prolongarse en el tiempo, incluye gran cantidad de tareas, si está institucionalizado ellos siguen visitando brindando cuidado, es otra fuente de estrés, así como sentimiento de culpa por la institucionalización.

Etapa final o de abandono: fallecimiento del mayor, los cuidadores siguen experimentando un notable malestar emocional mejora la distribución de su tiempo.

El proceso de cuidar de un mayor dependiente suele ser largo, el cuidador experimenta un progresivo deterioro o desgaste por el estrés a lo largo del tiempo. El cuidador aprende a adaptarse a la situación gracias a la experiencia que va adquiriendo.

En la cuarta parte, los autores refieren acerca de los costes del cuidar, los cuidadores consideran que la ayuda prestada incide negativamente en su vida, este sentimiento se acrecienta a medida que se incrementa la edad del mayor. ya no tienen tiempo para relajación, o relaciones interpersonales, es notorio que hay repercusiones en el grupo familiar, problemas con el esposo(a) hijos(as) del cuidador, motivo por el cual se encargan de todas las tareas, sin delegar funciones, evitando roces, tensión o dificultades; uno de los problemas más frecuentes es la soledad e incomprensión incluso de los familiares más cercanos quienes en lugar

de apreciarlo, estimularlo es criticado y no recibe apoyo de los demás, siendo esta situación una fuente de estrés, así mismo suele dejar el trabajo, porque tiene problemas en cumplir con el horario así como tiene temores y conflictos de no responder satisfactoriamente.

Asimismo la salud del cuidador suele alterarse, con frecuencia presenta problemas en relación a la presión arterial, elevación del azúcar, dolores físicos, problemas óseos, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos, duermen menos y no se cuidan lo suficiente. En relación al estado emocional, el cuidador presenta elevado nivel de ansiedad y depresión, consumen psicofármacos, sienten tristeza, sensación de vacío, las preocupaciones son constantes, refieren falta de concentración y problemas en la atención y memoria, pueden mostrar: ira, hostilidad disgusto y enfado, deterioro del autoestima, así como sentimientos de culpa y duelo anticipatorio.

Existen algunos efectos positivos del cuidado, por ejemplo la satisfacción que los cuidadores sienten al ayudar a sus familiares, sentirlos más próximo haciendo que el mayor disfrute de su presencia, dando mayor sentido a su vida, todo ello incrementa los sentimientos de satisfacción que les hace ser capaces de enfrentar los retos que se le presenta en la vida, una vez concluido el rol, sienten una fuente de apoyo para el resto de amigos y familiares.

En la quinta parte, refieren acerca del programa de apoyo a cuidadores, apoyo formal a través de Instituciones (centros de día, estancia temporal, servicios de ayuda). Programas educativos, donde proporcionan información acerca de la enfermedad, manejo del paciente, tienen como objetivo que el cuidador se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y desempeñe su papel, lo mejor posible reduciendo el malestar de los cuidadores. Grupos de ayuda mutua: cuyo objetivo es facilitar a los cuidadores el reconocimiento de que otras personas tienen problemas similares, tener una oportunidad de intercambio de ideas y estrategias para hacer frente a los problemas y brindar apoyo emocional. Intervenciones psicoterapéuticas y counselling: se le ayuda al cuidador de ser conciente de su situación, reestructurar los pensamientos, desarrollar habilidades, estrategias para afrontar problemas, el objetivo es conseguir una mejor adaptación del cuidador a su situación, logrando efectos en la reducción de la sintomatología y mejora del estado emocional del cuidador.

En la sexta parte, enfocan la evaluación del cuidador, el cual tiene como objetivo, valorar los efectos que el cuidador tiene en su vida cotidiana, se han utilizado los siguientes: historia del cuidador, utilización instrumentos y test de personalidad (escala de autoestima, de depresión, ansiedad), cuestionario de salud, escala de carga del cuidador y de satisfacción, memoria y atención.

En la séptima y última parte del libro, los autores plantean un programa de intervención "como mantener su bienestar", dirigido a cuidadores mayores dependientes, un programa psicoterapéutico para el manejo del estrés y mejora en el estado emocional del cuidado.

El enfoque es de tipo cognitivo-conductual, debe estar en función a: adaptarse a necesidades de los cuidadores, considerando aquellas áreas que se encuentran más afectadas y los factores que inciden en ellos; y adaptarse a circunstancias específicas de los cuidadores, por ello es recomendable, intervenciones breves, desarrolladas fuera del domicilio del cuidador.

Las intervenciones se centran en:

- Incremento de tiempo, de tiempo de ocio, incremento de actividades gratificantes, que le agrada al cuidador.
- Disminución de la percepción de carga y reacción ante los problemas de memoria y conducta del mayor. Técnica: "Reestructuración cognitiva".
- Mejora en la aplicación de estrategias de afrontamiento. Técnica: "Entrenamiento en solución de problemas", para que el cuidador utilice una estrategia para afrontar y resolver numerosos problemas asociados al cuidado.
- Mejora de autoestima, con programas específicos.
- Otras técnicas de relajación, entrenamiento en el control de la respiración y mejora de la ansiedad.

De esta manera se hace viable el manejo de pacientes mayores dependientes quienes por estar en una situación frustrante presentan características especiales.

*Hay una primavera que no vuelve jamás, y otra que es eterna.
La primera es la juventud del cuerpo,
y la segunda es la juventud del alma.*

NOTAS SOBRE LOS AUTORES

SUSANA AZZOLLINI

Doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Prof. Adjunta de Psicología Social, Jefe de la Práctica Profesional "Familia y Enfermedad Crónica" (UBA). Integrante del grupo de investigación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en la Argentina, y de la Universidad de Buenos Aires. Autora de varias publicaciones

VERA BAIL PUPKO

Licenciada en Psicología por la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Adj. a cargo de la cátedra Práctica Profesional Ámbito Comunitario Familia y enfermedad crónica (UBA) Adj. Interina de la cátedra Psicología Social I (UBA). Becaria del programa Ramón Carrillo- Arturo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Autora de varias publicaciones

LARISSA BÁLSAMO FASCE

Licenciada en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Master en Antropología Psicoanalítica y prácticas clínicas del cuerpo por la Université Paris Diderot Paris 7 Ecole Doctorale De Recherche en Psychanalyse. Egresada del Doctorado de Psicología social Universidad Autónoma de Madrid.

STELLA BOCCHINO

Médico Psiquiatra. Profesora Agregada de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de Montevideo. Vicepresidente de la Sociedad de Neuropsiquiatría del Uruguay. Psicoterapeuta. Autora de varias publicaciones.

MARIA DEL CARMEN, BRAVO DE RUEDA

Licenciada en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Maestría en Psicología Clínica y de Familia Universidad Particular San Martín de Porres. Estudios de Doctorado en Psicología, Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

Presidenta de la Asociación Peruana de Salud Mental de la Mujer (APSM). Representante en el Perú de International Network on Feminist Approaches to Bioethics (FAB). Secretaria de la Sociedad Peruana de Bioética (ASPEBIO). Psicoterapeuta de la Clínica Ricardo Palma - Departamento de Psicoterapia y Psicología

SABINA DEZA VILLANUEVA

Licenciada en Psicología por la Universidad Inca Garcilazo de la Vega (UIGV). Magíster en Planificación de la educación por la misma universidad. Estudios de doctorado en Psicología en la UIGV. Miembro de: Movimiento el Pozo y Fraternidad Carcelaria. Docente de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

RODOLFO FERRANDO

Médico especialista en Medicina Nuclear. Profesor Adjunto de la Cátedra de Medicina Nuclear de la Facultad de Medicina de la República Oriental del Uruguay. Secretario de la Sociedad de Neuropsiquiatría del Uruguay. Autor de varias publicaciones

ALEJANDRA LARRAÑAGA

Licenciada en Psicología por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Magíster en Terapia Cognitivo-Conductual de los Trastornos de la Alimentación por el Centro de Psicología Bertrand Russel de Madrid. Especialista Universitario en Intervención con Menores en Dificultad y Conflicto Social por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Estudiante del doctorado Ciencias de la Salud de la Universidad de Vigo. Miembro de la Asociación Española de Terapia Cognitivo Conductual Social (ASETECCS). Investigador Clínico con la línea de investigación: Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, en la Fundación Biomédica perteneciente al Hospital Universitario de Vigo.

VICTORIA GARCÍA GARCÍA

Licenciada, Magister y Doctora en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Actual Vicerrectora de la Unifé. Past Decana de la Facultad de Psicología, Unife (1998 - 2004). Miembro de la American Psychological Association (APA), y de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Editora de revistas. Tiene varias publicaciones.

RICARDO GARCÍA - MAYOR

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra (España) y Doctor por la misma Universidad. Miembro de la Sociedad Española de Diabetes y de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Presidente electo de la Federación Española de Diabetes. Miembro de la Endocrine Society (USA), de la American Diabetes Association (ADA). En la actualidad es Presidente del Comité Ético de Investigación de la Comunidad Autónoma de Galicia (España). Jefe del Departamento de Endocrinología, Diabetes, Nutrición y Metabolismo del Hospital Universitario de Vigo. Vigo, España. Autor de varias publicaciones

MARTHA GUEVARA CASTILLO

Licenciada en Psicología por la Universidad Garcilazo de la Vega. Estudios de Maestría en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Coordinadora del Consultorio Psicológico Virtual- UNIFE. Docente Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

ANA MATOS GIBSON

Licenciada en Sociología y Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Estudios de psicoterapia psicoanalítica clínica y aplicada (EPCA). Docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

JOSE EDUARDO MORENO

Licenciado en Psicología por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Doctor en Psicología por la Universidad del Salvador. Miembro del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME - CONICET, Argentina). Investigador Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Vicedirector del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME - CONICET, Argentina). Docente de la Pontificia Universidad Católica Argentina

NOYLÍ MARGOT RÍOS MANZO

Licenciada en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Formación en Psicoterapia Cognitiva Conductual. Psicóloga y docente en la IEP "Nuestra Señora de Cocharcas". Asesoría y atención psicológica a miembros de los grupos de "Mujeres que aman demasiado" y mujeres en recuperación de los programas de Alcohólicos Anónimos (AA) y Al-Anon.

JENNY QUEZADA ZEVALLOS

Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Magíster en Psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Estudios de Doctorado en Psicología en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Coautora de los libros: *Habilidades cognitivas y estilos de aprendizaje: estudio comparativo en menores en crisis en situación de institucionalizados y menores en situación social estable*. 2001. Lima: Biblioteca Nacional. *Estandarización de Pruebas Psicológicas: áreas cognitiva y de personalidad* 2003. Lima: Unife. *Estrategias para desarrollar Habilidades Cognitivas Básicas*. 2004. Lima: Unife. Docente Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

ROBERTO VENTURA

Médico. Neurólogo. Psiquiatra. Docente Adjunto de Neuropsicología del Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina, Montevideo. Docente Adjunto de Bases Biológicas del Comportamiento Humano y Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay. Presidente actual de la Sociedad de Neuropsiquiatría del Uruguay. Presidente fundador de la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares. Vice-Presidente de la Sociedad Uruguaya de Psicogeriatría. Integrante de la sección Parkinson y Movimientos Anormales del Instituto de Neurología. Integrante del Equipo de Neurocirugía de las enfermedades Psiquiátricas. Autor de varias publicaciones.

BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL ARTÍCULO PARA LA REVISTA AVANCES EN PSICOLOGÍA

Número especial 45 años de Psicología en Unifé

1. El Tema del artículo para el volumen 16 de la revista *Avances en Psicología* es: Número especial 45 años de Psicología en Unifé
2. Se recibirán artículos inéditos, no publicados, los cuales, una vez aceptados no pueden ser publicados en otra revista.
3. El texto debe ordenarse en las siguientes secciones:
 - a) Título
Se sugiere no exceder las 9 palabras, ofreciendo información relevante sobre el contenido.
 - b) Autoría
 - Autores: nombres y apellidos completos, afiliación institucional, teléfono domiciliario y/o laboral, correo electrónico y una breve reseña de su currículo vitae. Señalar en primer término el autor principal, cuando son varios autores.
 - Nombre de la Universidad o Institución promotora del trabajo de investigación.
 - c) Cada artículo consta de:
 - Resumen la redacción debe realizarse en un máximo de 120 palabras, de acuerdo al tipo de manuscrito:
 - a) El resumen de un estudio o investigación empírica debe describir: el problema bajo investigación en una sola oración, si es posible; y una síntesis abreviada de los individuos participantes (número, edad, tipo, sexo, etc.) El método, tipo de investigación, los hallazgos, incluyendo los niveles de significación estadística y las conclusiones.
 - b) El resumen de un artículo original de reseña (o recensión) o teórico debe describir: el tema, en una sola oración; el objetivo, las fuentes utilizadas (p.e: observación personal, bibliografía publicada) y las conclusiones.
 - c) Un resumen de un estudio de caso debe describir: al sujeto y las características relevantes del individuo u organización que se presenta:

la naturaleza de un problema o su solución ilustrados mediante el ejemplo de un caso; y las preguntas surgidas en relación con investigación o fundamentación teórica adicionales.

- Palabras clave. Son las palabras que describen el contenido de documentos y no deben ser más de cinco. Su utilidad es dar una información conceptual.
 - Contenido del artículo, el cual puede ser un artículo de estudio o investigación empírica, un artículo original de reseña o recensión o un artículo de una experiencia terapéutica o de un estudio de caso.
 - a) En artículos de estudios o investigación empírica, son informes de investigaciones originales. Consisten en distintas secciones que reflejan las fases dentro del proceso de investigación. Comúnmente se presentan las siguientes partes: introducción (desarrollo del problema bajo investigación y establecimiento del objetivo de la misma); método (sujetos, instrumentos y procedimientos); resultados y discusión.
 - b) Los artículos originales de reseña o recensión, incluso los metaanálisis, son evaluaciones críticas acerca del material ya publicado. El autor de un artículo original organiza, integra y evalúa el material previamente publicado, considerando el avance de la investigación actual para la clarificación de un problema. Los componentes de los artículos originales, se ordenan por relación siguiendo aproximadamente el siguiente orden: definición y clarificación del problema, síntesis de investigaciones previas, identificación de relaciones, contradicciones, lagunas e inconsistencias en la literatura y propuesta de el o los pasos siguientes en la solución del problema.
 - c) Experiencias terapéuticas, son artículos en los que el autor describe las particularidades de un enfoque terapéutico, señalando el problema bajo investigación, las consideraciones tomadas en cuenta en el diseño del enfoque y la población destinataria del mismo.
 - d) Los estudios de caso, son artículos en los que el autor describe material obtenido al trabajar con un individuo u organización, con objeto de ilustrar un problema, indica algún modo de resolverlo o esclarecer la investigación o los elementos teóricos necesarios.
4. Se entregará el artículo en estas condiciones:
Impreso: en hojas Bond tamaño A-4, las páginas deben estar numeradas; y ser como mínimo 15 y como máximo 25, escritas en letra Garamond tamaño 12; a

espacio simple, el texto puede incluir ilustraciones, tablas, figuras, recuadros y diagramas (máximo seis).

Digital: El artículo debe ser almacenado en un CD o Diskette de 3,5 HD en formato Microsoft Word 2000 ó Page Maker 6.5. .

5. Los autores deben considerar las siguientes pautas formales, siguiendo el modelo APA:

- a. Citas de referencia; se realizará colocando el apellido del autor y el año de publicación ejemplo: Walker (2000) o (Walker, 2000). Si son varios autores cítelos a todos la primera vez que se presente la referencia; en citas subsecuentes, incluya únicamente el apellido del primer autor, seguido de et al (sin cursivas y con un punto después de "al") y el año. Ejemplo: Wasserstein, Zappulla, Rosen, Gestaman y Rock (1994), Wasserstein et al. (1994)
- b. Citas textuales deben escribirse entre comillas y en letra cursiva, indicando al final la referencia bibliográfica. Una cita textual corta (con menos de 40 palabras) se incorpora en el texto y se encierra entre dobles comillas. Si la cita es mayor de 40 palabras se escribe en un bloque independiente de las líneas mecanografiadas y se omiten las comillas. Cuando cite, proporcione siempre el autor, el año y la pagina específica del texto citado, e incluya la referencia completa en la lista de referencias. Ejemplo: " integración es el proceso de incorporar física y socialmente en la sociedad a las personas que están segregadas y aisladas de nosotros". (García, 1990. p.1).
- c. Si la mención de un autor es explícita se escribirá entre paréntesis el año de la publicación de la obra en referencia. Ejemplo: Feurstein (1979)...; o también: The dynamic Assesment of Retarded Performers, Feurstein.
- d. Reseña bibliográfica, deberá haber correspondencia entre las citas del texto, salvo las fuentes por comunicación personal, debe estar organizadas en orden alfabético y sin numeración. Ejemplo:

Coll, C (1986) *Psicología Genética y aprendizajes escolares*. México: Siglo XXI

Maurat, A; Coscarelli, P; Egídio, A y otros (1996) Aspectos biológicos do estresse post-traumático. *Journal Brasileiro Psiquiatria* 45(5):297-302

Crow, T.J (2000) Did homo sapiens speciate on the y chromosome? *Psychology*, 11. Recuperado el 20 de noviembre de 2000, de <http://>

<ftp.princeton.edu/harnad/Psycooquy/20.volume11/psyc.0011.001.language-sex-chromosomes.1.crow>

6. El Comité Científico evaluará la calidad del contenido y decidirá su publicación. El Comité devolverá los artículos a sus autores en caso de no ser aceptados.
7. La responsabilidad del contenido, autoría y originalidad del artículo es exclusivamente del autor o autores.
8. Los derechos de autoría son cedidos por el autor a la revista Avances en Psicología.
9. El autor(es) recibirán cinco ejemplares de la revista.
10. Los trabajos serán recibidos hasta el 29/02/2008, en:
Facultad de Psicología y Humanidades de UNIFÉ,
Av. Los Frutales 954, Urb. Santa Magdalena Sofía - Camacho, La Molina
Apartado Postal 3604 - Lima 12
Fax: 51-1- 4350853 ó 51-1 - 4363247
E-mail: psicolog@unife.edu.pe