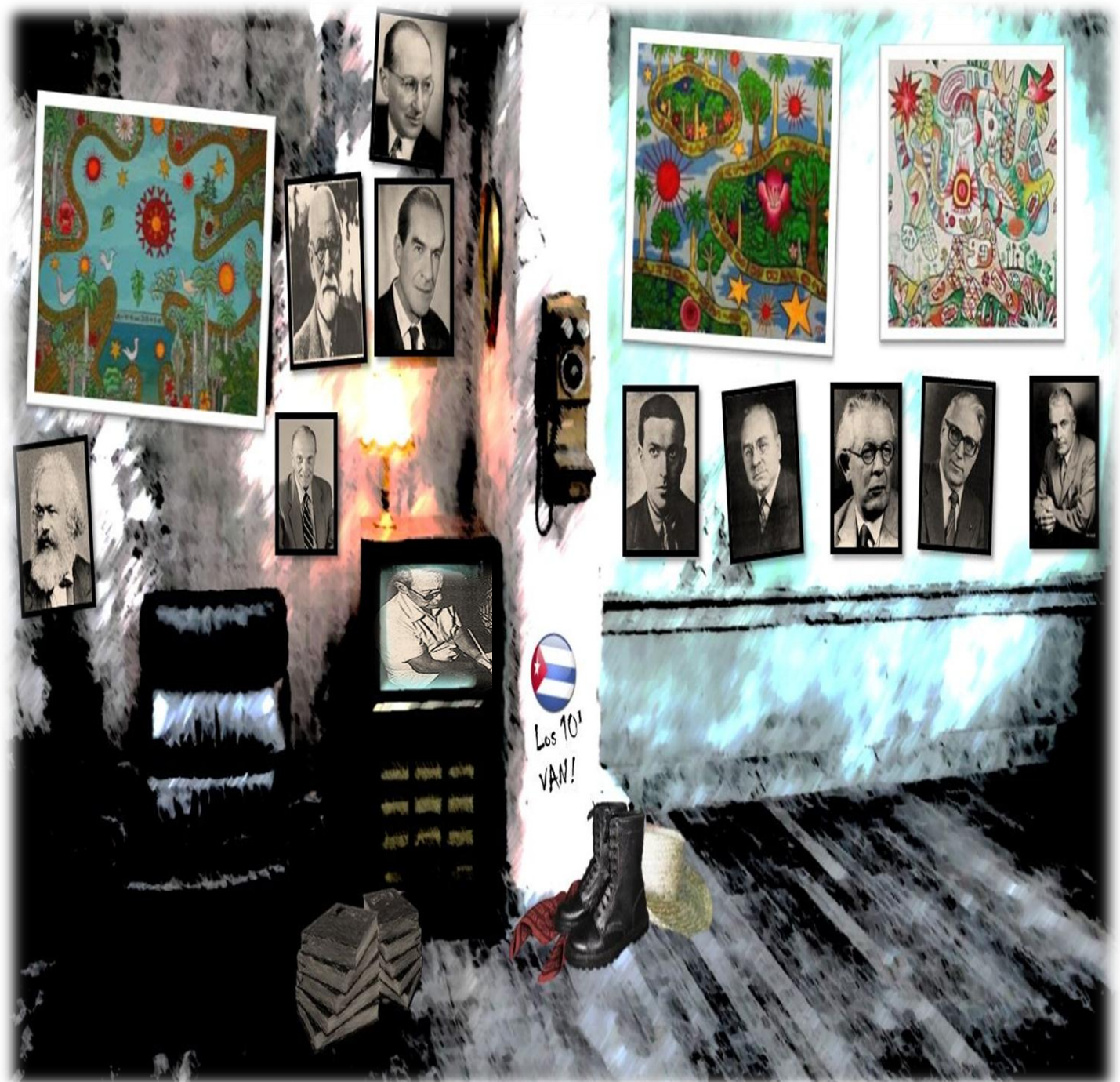


 **ALTERNATIVAS**
CUBANAS
en psicología

Volumen 2. Número 6 /2014
ISSN 2007 – 5847



Revista Cubana de Alternativas en Psicología.

Revista Alternativas Cubanas en Psicología, Vol 2 Núm 6, es una publicación cuatrimestral editada por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, www.acupsi.org, info@acupsi.org. Editor responsable: Manuel Calviño. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2012-041911383500-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN 2007-5847. Responsable de la actualización de este número, emotional.com.mx, Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 27 de marzo de 2013. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Alternativas cubanas en Psicología

Revista cuatrimestral de la
Red cubana de alternativas en Psicología.

Volumen 2, Número 6, septiembre / diciembre 2014

Comité Editorial

Manuel Calviño
Reinerio Arce Valentín
Patricia Áres Muzio
Roberto Corral Ruso
Lourdes Fernández Rius
Aurora García Morey

Lourdes Ibarra Mustelier
Alexis Lorenzo Ruiz
Daybel Pañellas Álvarez
Miguel Ángel Roca Perera
Norma Vasallo
Bárbara Zas Ros

Consejo Editorial

Javiera Andrade (Uruguay)
Javier de Armas (México)
Edgar Barrero (Colombia)
Ana Bock (Brasil)
Rogelio Díaz (México)
Álvaro Díaz Gómez (Colombia)
Horacio Foladori (Argentina-Chile)
Mara Fuentes (Cuba-Canadá)
Fernando González Rey (Cuba-Brasil)
Maria da Graça Marchina Gonçalves (Brasil)
Carlos Lesino (Uruguay)
Diana Lesme (Paraguay)
Ericka Matus (Panamá)

Albertina Mitjans (Cuba-Brasil)
Liliana Morenza (Cuba-Bolivia)
Mario Molina (Argentina)
Carolina Moll (Uruguay)
Marco Eduardo Murueta (México)
Gustavo Pineda (Cuba-Nicaragua)
Danay Quintana (Cuba-México)
David Ramírez (Costa Rica)
Ana Maria del Rosario Asebey (Bolivia- México)
Rolando Santana (Cuba-Dominicana)
Maria Cristina Teixeira (Cuba-Brasil)
Luís Vazquez (Perú)
Nelson Zicavo Martínez (Uruguay-Chile)

 **ALTERNATIVAS**
cUBAnas
en psicología

ÍNDICE

EDITORIAL..... 3

Diversidad reflexiva

REFLEXIONES ACERCA DEL ESTADO ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL
Roxanne Castellanos Cabrera 4

¿PSICOLOGÍA POSITIVA ...O UNA MIRADA POSITIVA DE LA PSICOLOGÍA?
Miguel A. Roca 7

¿POR QUÉ EL ENFOQUE HUMANISTA ES LA ÚNICA OPCIÓN POSIBLE PARA LAS CIENCIAS SOCIALES?
Marisela Rodríguez Rebastillo 16

Mirando a la práctica profesional

APROXIMACIÓN A LA CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PSICOTERAPÉUTICAS CON ADULTOS EN UN GRUPO DE ESPECIALISTAS DE LA HABANA
Paloma Carina Henríquez Pino Santos, Roberto Corral Ruso 22

INICIO Y DESARROLLO DEL ALCOHOLISMO
Armando Alonso Álvarez 30

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA ESCOLARES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES
Grettel Batista Ramón 40

METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DEL DIBUJO TEMÁTICO EN LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
Aurora García Morey 75

Desarrollo de de evidencias instrumentales

ANÁLISIS FACTORIAL Y CONFIABILIDAD DEL AUTORREPORTE VIVENCIAL
Evelyn Fernández-Castillo, Yisel Camejo Prado, Boris Camilo Rodríguez-Martín
Jorge Grau Ábalo, Ricardo Grau Ábalo 85

ESTRUCTURA FACTORIAL, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INVENTARIO DE SUPRESIÓN DEL OSO BLANCO EN ADULTOS CUBANOS
Boris C. Rodríguez-Martín, Osana Molerio-Pérez, Lesnay Martínez-Rodríguez,
Claudia L. González-Paneca, Tailanis Brito-Salas, Sandra M. Navarro-Otero 92

INDICADORES DE PERSONALIDAD DE LOS SUJETOS CON TRASTORNO DE PÁNICO EN LA TÉCNICA DE RORSCHACH
Osniel Márquez Pérez, Armando Alonso Álvarez 102

Desde otros contextos

VICISITUDES DE LA COMUNICACIÓN PRIMARIA EN DOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS
Ana María del Rosario Asebey Morales 112

Los autores 120

INDEX

EDITORIAL..... 3

Reflective diversity

REFLECTIONS ON CURRENT STATE OF INTERVENTION IN CHILD AND ADOLESCENT CLINICAL PSYCHOLOGY
Roxanne Castellanos Cabrera 4

POSITIVE PSYCHOLOGY? ...OR A POSITIVE PSYCHOLOGICAL APPROACH?
Miguel A. Roca 7

WHY HUMANISTIC APPROACH IS THE ONLY POSSIBLE OPTION FOR SOCIAL SCIENCE?
Marisela Rodríguez Rebastillo 16

Looking at professional practice

AN APPROXIMATION TO THE CHARACTERIZATION OF THE PSYCHOTHERAPEUTICAL PRACTICES WITH ADULTS IN A GROUP OF SPECIALISTS FROM HAVANA
Paloma Carina Henríquez Pino Santos, Roberto Corral Ruso 22

BEGINNING AND DEVELOPMENT OF ALCOHOLISM
Armando Alonso Álvarez 30

PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION PROJECT FOR SCHOOL STUDENTS WITH BEHAVIOR AND EMOTIONAL DISORDERS
Grettel Batista Ramón 40

DRAWING APPLICATION METHODOLOGY THEMATIC
Aurora García Morey 75

Development of instrumental evidence

FACTOR ANALYSIS AND RELIABILITY OF THE EXPERIENCE SELF-REPORT
Evelyn Fernández-Castillo, Yisel Camejo Prado, Boris Camilo Rodríguez-Martín
Jorge Grau Ábalo, Ricardo Grau Ábalo 85

FACTOR STRUCTURE, RELIABILITY AND VALIDITY OF WHITE BEAR SUPPRESSION INVENTORY IN CUBAN ADULTS
Boris C. Rodríguez-Martín, Osana Molerio-Pérez, Lesnay Martínez-Rodríguez,
Claudia L. González-Paneca, Tailanis Brito-Salas, Sandra M. Navarro-Otero 92

PERSONALITY INDICATORS OF SUBJECTS WITH PANIC DISORDER IN RORSCHACH TECHNIC
Osniel Márquez Pérez, Armando Alonso Álvarez 102

From other contexts

VICISSITUDES OF PRIMARY COMMUNICATION IN TWO PSYCHOTHERAPEUTIC GROUPS
Ana María del Rosario Asebey Morales 112

The authors 120

Editorial

En 1934, hace setenta años, Ernesto González Puig, nacido en noviembre de 1913 en Pinar del Río, hace su primera exposición personal en el prestigioso Lyceum de La Habana. El poeta Emilio Ballagas al hacer la presentación de la muestra, destacaba la emergencia de una obra mayor en un pintor joven y autodidacta.

En 1962, ya graduado de Filosofía y Letras, Gonzalez Puig, llegó a la capital para, junto a Aníbal Rodríguez y Gustavo Torroella, abrir la Escuela de Psicología de la Universidad de La Habana. No era ya tan joven, y sus construcciones autodidactas se sustentaban ahora en múltiples estudios colindantes con la psicología.

En esta época aparece una unidad temática en su pintura: las islas. También en esta época la psicología en Cuba comienza a erupcionar como islas: islas temas, islas metodologías, islas enfoques. Todas conectadas por una intencionalidad compartida, comprometida.

González Puig ha sido considerado como un maestro preterido en la plástica cubana. González Puig no ha sido develado en su significativo rol en la aparición y desarrollo de la Psicología en Cuba.

Los que crecimos en sus clases tenemos un deber pendiente. Ese hombre que entre los pintores era considerado psicólogo, y entre los psicólogos pintor, nos legó esa simbología de la diversidad, de la unidad de lo múltiple: Las islas de las faunas fantásticas, de ríos y lagos, de espíritus, duendes, astros. Las islas de saberes, de experimentos, de teorías.

Alternativas cubanas en Psicología quiere homenajear a Ernesto González Puig en el 101 aniversario de su nacimiento, y en el 80 aniversario de su primera exposición personal. Las páginas de *Alternativas* son también islas conectadas en las que se testimonia la diversidad del ejercicio profesional y científico de la psicología en Cuba. Diferentes modos en los que los psicólogos y las psicólogas cubanas nos hacemos cargo de la misión de construir una psicología comprometida con el bienestar y la felicidad de nuestro pueblo.

Así mismo el Consejo Editorial de la revista expresa su adhesión al Comunicado de la Psicología latinoamericana ante el genocidio contra el pueblo palestino.

Los abajo firmantes, psicólogos y psicólogas de la América Latina, manifestamos ante la opinión pública internacional nuestra preocupación y repudio frente a la masacre sistemática contra la población civil de la Franja de Gaza en territorio palestino, siendo las víctimas niñas y niños indefensos, mujeres y ancianos los que caen frente a las armas de destrucción masiva utilizadas por el ejército de Israel.

Nuestra vocación de paz y de búsqueda negociada a cualquier tipo de conflicto, nos lleva a exigir a los organismos internacionales como la ONU su urgente intervención para detener ya semejante derramamiento de sangre, para proteger a la población civil y para garantizar que no se sigan bombardeando ambulancias, hospitales y escuelas que sirven de refugio a los miles de sobrevivientes del poderoso armamento utilizado por Israel contra la población civil palestina.

Desde las distintas entidades de la psicología latinoamericana, llamamos a las organizaciones de psicología en el mundo a pronunciarse en contra del genocidio sobre el pueblo palestino y a exigir mecanismos humanitarios de protección de la población civil en Palestina.

Instamos al gobierno de Israel a detener la masacre en Gaza y a los gobiernos de otros países a contribuir desde ahora mismo con sus buenos oficios para encontrar una salida negociada al conflicto entre los dos países.

La psicología latinoamericana desde la cual hablamos y actuamos, cree profundamente en la posibilidad de lograr la paz mediante el diálogo y la negociación. Para esos propósitos estamos dispuestas y dispuestos como psicólogas y psicólogos a poner nuestro granito de arena. Frente a la guerra, la muerte y la destrucción masiva de seres humanos, decimos NO. Nuestra apuesta ética es en favor de la vida y en contra de la muerte y/o desaparición de la diferencia.

Manuel Calviño
Director

REFLEXIONES ACERCA DEL ESTADO ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL¹

Roxanne Castellanos Cabrera

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

Resumen

En una mirada a los servicios relacionados con la intervención en psicología clínica infanto-juvenil encontramos, del lado de la población, un conjunto de demandas atemperadas a los tiempos que vivimos, mientras del otro lado se encuentran los retos y desafíos que implica para la profesión tratar de responder a dichas demandas. Se expone un grupo de reflexiones acerca del estado actual de la intervención en la psicología clínica infanto-juvenil.

Palabras claves: psicología clínica, intervención.

Abstract

In a look at the services related to intervention in child and adolescent clinical psychology we find on the side of this population a set of demands tempered to the times we live in, while on the other side there are the challenges which imply for the profession to try to respond to these demands. It is exposed a set of reflections on the current state of intervention in child and adolescent clinical psychology.

Keywords: clinical psychology, intervention.

Quizás sea porque somos docentes y estamos en contacto permanente con estudiantes, que como estudiantes al fin, siempre plantean sentirse poco preparados para el ejercicio de la profesión. Luego, ya graduados, los vemos en los postgrados o en algún evento y cuando intercambiamos, de alguna u otra manera, te confirman que siguen necesitando más herramientas para el trabajo clínico.

Quizás sea por eso, el hecho es que los que tenemos la responsabilidad en la formación de especialistas para el desempeño en la Psicología Clínica Infanto Juvenil y muy en especial en la Intervención, nos sentimos preocupados por el estado actual de estos servicios y por los retos que tenemos por delante.

No sería justo comenzar a hablar de todas las dificultades, sin detenernos aunque de forma breve – en aras del tiempo con el que contamos– a reconocer el quehacer de prestigiosos profesionales e instituciones ya emblemáticas (gracias precisamente a la labor de estos profesionales), que durante muchos años han prestado servicios de notable impacto en la población más vulnerable, nuestros niños y adolescentes. Estos especialistas (que incluye también a psiquiatras infantiles) han ido articulando las fuentes teóricas con la experiencia práctica y han modelado esquemas propios de intervención para el abordaje de los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia.

Paralelo a ello se han preocupado por la divulgación de los resultados científicos y por la formación de las nuevas generaciones de especialistas. No mencionaré a nadie para evitar caer en olvidos imperdonables, pero todos sabemos de quiénes se trata.

Tenemos ya un camino recorrido y en este camino la psicología clínica infantil ha vivido etapas de esplendor y etapas difíciles. ¿En qué momento nos encontramos en la actualidad?

Qué caracteriza el estado de los servicios, en especial los relacionados con la intervención? Les propongo mirar a los dos lados: el de la profesión que debe dar respuesta a una demanda de servicios y al de la propia población demandante.

Desde la profesión:

Existe una considerable falta de personal calificado tanto de la psicología como de la psiquiatría en esta importante esfera de actuación de estas profesiones. Esto conlleva a una contracción, en número y calidad, de los servicios que se prestan en las instituciones de Salud Pública que los tienen habilitados. Como no se da abasto, la tendencia es a tratar de evaluar toda la demanda y encausarla del mejor modo posible, aunque no de la forma óptima. En muchos de esos servicios existe una carencia marcada de la intervención psicoterapéutica. Aunque es penoso en ocasiones no poco frecuentes –hay que decirlo– en lugar de la psicoterapia se hace uso de psicofármacos innecesariamente.

Otra dificultad que afrontamos tiene que ver con la calificación de los especialistas. La formación de pre-grado no garantiza esta calificación (no es posible hacerlo en un plan de estudio que tiene como objetivo una formación integral y no verticalizada). Sin embargo, la aparición de las asignaturas optativas en el nuevo Plan de Estudios D, ofrece una alternativa para la búsqueda de esta mayor especialización, a la que sin duda alguna estamos comprometidos a dar respuesta los docentes de esta disciplina. Pero qué ocurre con la superación de postgrado, aquella que debiera sustentar la verdadera especialización: escasean o no colocan el énfasis en la formación práctica, que es la necesidad más urgida y la más clamada.

A todo lo anterior hay que agregar que también la intervención padece de una pobre articulación entre teoría y práctica. No se investiga lo suficiente sobre nuestras prácticas profesionales, y no todo lo que se investiga se divulga. Por esta razón adolecemos de propuestas interventivas autóctonas que respondan a nuestro contexto sociocultural y científico. Los especialistas nos vemos obligados a hacer uso de metodologías incorporadas más como la canción de Silvio –por causas y azares– que por una profunda identificación en sus sustentos teóricos, o por una total convicción en la efectividad de sus procedimientos. Y esta, a veces es la mejor de las variantes, porque en otros casos –hay que decirlo también– se practica una psicología por intuición, con total desapego de la ciencia y hasta del compromiso ético que nuestra profesión debe enarbolar y sostener en cualquier circunstancia por difícil que pueda ser.

El colofón del panorama que estamos ilustrando, o para decirlo más claro “el colmo de los colmos” es la ausencia casi total de tradición en la supervisión de nuestras prácticas interventivas.

Ahora bien, qué tenemos del lado de la demanda?:

Por una parte (y de esto se escucha hablar bastante) una población, poseedora de una cultura psicológica que incluye ya no solo la conciencia de necesidad de orientación para el manejo de las problemáticas infantiles y adolescentes sino también para potenciar adecuadamente cada momento del desarrollo de sus hijos. La familia ya no acude solo porque avizora un problema en el hijo, sino además, porque busca y demanda de nosotros (sin que exista un problema como tal) los recursos para *ser buenos o mejores padres*.

Por otra parte (y de esto se escucha hablar menos) esa misma población se encuentra en un contexto sociopolítico, que determina matices y problemáticas distintas a las de épocas anteriores, distintas y también complejas: las carencias económicas, la introducción de valores de consumo, las desigualdades ya visibles, por solo citar algunos. La escuela cubana actual, amén de los logros conquistados, recibe estos mismos atravesamientos. Múltiples problemáticas relacionadas con la esfera escolar motivan la búsqueda de ayuda psicológica.

Familias, entiéndase niños, impactados por el fenómeno de la emigración, no solo la llamada por fines económicos, sino también la transitoria de las misiones y cooperaciones internacionales (acaso también de fines económicos). Hace solo unos días traté en consulta a un niño con su abuelo

paterno, que en diez años de vida solo ha estado por meses al lado de su mamá (doctora cooperante). ¿Qué hacemos con esa familia (abuelos a cargo), ¿qué hacemos con ese niño?

El abuso sexual es una situación dolorosa cada vez más presente –no sabemos aún si lo vemos más por ser un fenómeno más frecuente o porque ya se reconoce más por la población (y qué bueno que al fin se le llame por su nombre)– pero el hecho es que nos toca el apoyo psicológico a las víctimas (niños y niñas abusados) y a sus familiares. ¿Estamos preparados para eso?

¿Estamos preparados profesional y éticamente para dar respuesta a la demanda que ya se está presentando y que a todas luces será cada vez mayor, dada la resonancia de esa gran ola mediática que ha surgido: el discurso de la diversidad.? Cuántos hemos tenido ya en consulta –por solo poner un ejemplo– una unión homosexual, en la que uno de los miembros tiene un hijo o hija –y acude pidiendo ayuda para dotar de funcionalidad su nueva estructura familiar. Más allá del llamado a la aceptación de las diferencias sexuales, aparecen para el psicólogo verdaderos dilemas, para los que siendo coherentes, debiéramos prepararlos. No hemos escuchado campaña alguna relacionada con la dotación de recursos a la familia para la adecuada enseñanza de los roles de género, es decir antes de que ocurran los eventos que luego requieren de la aceptación de las diferencias. El camino de la prevención ha sido siempre y será sin dudas, más saludable para todos. Quizás por ahí debiéramos trabajar más. Pero en cualquier variante esta es otra de las realidades que nuestros especialistas deben afrontar.

Hasta aquí solo he intentado reflejar con palabras la realidad que bien conocemos la mayoría de los que estamos aquí. Lo importante, en realidad, es lograr ir más allá proyectando acciones que nos encaminen a cambiar el estado actual de los servicios que ofrecemos. Consideramos que la Sociedad Cubana de Psicología, y especialmente dentro de ella la creación de la sección que hoy proponemos fundar, puede ser un entorno propicio para aunar esfuerzos y voluntades en aras de lograr un mejor ejercicio profesional en el ámbito de la psicología clínica infanto-juvenil. Llegue entonces la convocatoria a todos aquellos que compartimos esta sublime vocación.

Nota:

1. El presente texto es la versión escrita de la intervención de la autora en el Panel de Intervención Psicológica durante la Jornada por el Día de la Psicología Cubana en abril de 2012. Ocasión en que se creó la Sección de Psicología Clínica Infanto-juvenil de la Sociedad Cubana de Psicología.

¿PSICOLOGÍA POSITIVA...O UNA MIRADA POSITIVA DE LA PSICOLOGÍA?

Miguel A. Roca

Facultad de Psicología, Universidad de la Habana

Resumen

Hace dos décadas aproximadamente este concepto, la **psicología positiva** –tal vez más que un concepto un movimiento y un modo de comprender y hacer la psicología– se viene imponiendo con fuerza en nuestra ciencia y profesión. Su **esencia, según sus principales promotores, estriba en que: “Creemos que una psicología del funcionamiento humano positivo surgirá, que consiga un acuerdo científico y las intervenciones eficaces para construir el florecimiento de las personas individuales, familias, y comunidades”**. Su intencionalidad fundamental es un cambio en el enfoque de la psicología desde la preocupación casi absoluta con reparar las peores cosas en la vida hasta privilegiar el interés por las cosas mejores y construir cualidades positivas. Se insiste, sin embargo, en que no se trata de un nuevo paradigma, sino de la exhortación a los psicólogos a asumir una más abierta, optimista y apreciativa perspectiva con respecto al potencial, las necesidades y capacidades humanas. Si los psicólogos admiten tanto lo mejor como lo peor en las personas, pueden derivar también una nueva mirada en positivo de la naturaleza humana y su destino.

Palabras clave: psicología positiva, bienestar psicológico, optimismo

Abstract

Approximately two decades ago this concept, the Positive Psychology –perhaps more than a concept a movement and a way to understand and to make the Psychology– comes imposing with force in our Science and Profession. Its essence, according to its main promoters, rests in that: We “believe that a psychology of the positive functioning of the human being will arise that gets a scientific agreement and the effective interventions to build the bloom of individual people, families, and communities”. Their fundamental premeditation is a change in the focus of the psychology from the almost absolute concern with repairing the worst things in the life until to privilege the interest for the best things and to build positive qualities. It is insisted, however, in that it is not a new paradigm, but of the exhortation to the psychologists to assume a more open one, optimist and appreciative perspective with regard to the human potential, the necessities and capacities. If the psychologists admit as much the best thing as the worst thing in people, they can also derive a new positive look of the human nature and its destination.

Keywords: Positive Psychology, Psychological Wellbeing, Optimism.

“La psicología no es una mera rama del sistema de salud pública, ni una simple extensión de la medicina, nuestra misión es mucho más amplia. Hemos olvidado nuestro objetivo primigenio, que es el hacer mejor la vida de todas las personas, no solo de las personas con una enfermedad mental. Llamo a nuestros profesionales y a nuestra ciencia a retomar esta misión original justo ahora que comienza un nuevo siglo”.

MARTIN SELIGMAN

Conferencia inaugural ofrecida en 1998 para su
Periodo presidencial de la Asociación Americana de Psicología

Suelo con toda intención alejarme de lo que apunte a la politización de la ciencia, que por lo regular conduce a su mutilación, pero cuando estaba concibiendo la elaboración de este artículo escuché un discurso del presidente uruguayo José Mujica, cuyas palabras me parecieron cardinales para iniciarlo, cuando sabiamente señalaba que “Nos estamos asomando a una civilización mundial digital, colectivizada, con dimensiones inconmensurables. Hemos aprendido una cosa: solo es posible el mundo si se respeta el universo, si nos acostumbramos a entender que **el mundo es diversidad**”. (26 de Julio, Santiago de Cuba, Cuba.)

Porque también tengo la certeza de que el mundo es **diversidad**, las naciones son diversas, los tiempos son diversos las comunidades son diversas, las ciencias y profesiones son diversas, son diversas las ideologías, pero sobre todo son diversas las personas, ni mejores ni peores, sencillamente **diversas**. Siempre he sido un convencido de ello, y en este sentido me he empeñado en mi modo de hacer y enseñar la profesión, desde una mirada abierta y enciclopédica, alejada de ortodoxias y estancos, insistente en que la vida está constituida por infinidad de **alternativas** alejadas de las lapidarias y anquilosadas “únicas formas” de hacer, y que le permitirán al profesional hacer uso responsable –tal vez en otro momento hubiera dicho “crítico”– de todo aquello que pueda traducirse en mayores niveles de salud, bienestar y calidad de vida de los seres humanos con quienes trabaja.

Desde este punto de vista, y como psicólogo clínico comprometido, comulgué presto con el tema propuesto, la psicología positiva, cuando me familiaricé con él, aunque lo hago alejado de todo triunfalismo conceptual o de la ingenuidad de que estamos en presencia de “algo nuevo” a erigirse en paradigma dominante, con lo que se repetirían viejas miradas cerradas y dogmáticas de la profesión. Mi comunión guarda mayor relación con el hecho de que se trata de una atractiva, constructiva y humana manera de hacer nuestra profesión, la psicología, con particular significación para los psicólogos clínicos, tradicionalmente imbuidos de un modelo médico centrado en la patología.

Hace alrededor de dos décadas este concepto, la **psicología positiva** –tal vez más que un concepto un movimiento y un modo de comprender y hacer la psicología– se viene imponiendo con fuerza en nuestra ciencia y profesión. Se trata de un término formalmente resumido en 1998 (Seligman y Csikszentmihályi) y que concibe la psicología positiva como una rama reciente de la **psicología cuya esencia estriba en que: “Creemos que una psicología del funcionamiento humano positivo surgirá, que consiga un acuerdo científico y las intervenciones eficaces para construir el florecimiento de las personas individuales, familias, y comunidades”**.

Los fundadores del movimiento son el reconocido psicólogo Martin Seligman, destacado investigador y figura líder de la psicología, quien fuera el introductor del concepto de “desesperanza aprendida” y que después volcara su interés en giro de casi 180° hacia el concepto de “optimismo”, tal vez como nítida expresión de su énfasis en una psicología positiva, y el profesor y filósofo croata, con nombre de difícil pronunciación Mihaly Csikszentmihályi, para muchos el investigador más importante en el tema de la psicología positiva y conocido por la creación del concepto de “flujo” aplicado a la felicidad y la motivación.

Refiere Martin Seligman que antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología tenía tres distintas misiones fundamentales: (1) curar la enfermedad mental, (2) hacer más productivas las vidas de todas las personas (3) e identificar y nutrir el talento. Sin embargo, el *boom* que tras la guerra tuvo la atención psicológica a multiplicidad de personas con trastornos psicológicos, condujo a que a la primera misión se le diera prioridad y vigencia casi absolutas.

En 1947, fue fundado el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) –que a pesar de su escritura de constitución ha estado siempre basado en un modelo de enfermedad y que apropiadamente debiera ser renombrado como Instituto Nacional de la Enfermedad Mental (NIMI)–, y entonces los académicos descubrieron que podían conseguir subvenciones si su investigación fuera sobre la patología. (Seligman y Csikszentmihályi, 2000, pp. 5-12)

Este casi exclusivo interés focalizado en la patología desde un modelo de enfermedad, se desentiende en la práctica de la segunda misión al descuidar la realización individual de las personas y la prosperidad de las comunidades. Revertir este estado de cosas supone catalizar un cambio en el enfoque de la psicología desde la preocupación casi absoluta con reparar las peores cosas en la vida hasta privilegiar el interés por las cosas mejores y construir cualidades positivas. Según Lyubomirsky (2001), parece ser que los psicólogos clínicos hemos enfocado la atención fundamentalmente en el diagnóstico y el tratamiento de la patología y en la búsqueda de la “cura”, pero en el trayecto se le ha prestado poca atención a la real naturaleza de la salud psicológica.

De esta manera, el presupuesto fundamental en el que se sustenta la psicología positiva es su frontal confrontación con el énfasis casi exclusivo en la patología que ha dominado nuestra profesión, resultante en un modelo en que se privilegia la comprensión del *lado oscuro* de las personas resaltando sus debilidades, y su sostén en un modelo en que el ser humano carece de las características positivas que hacen la vida digna de vivir. En este sentido, la psicología se ha erigido en gran parte como una ciencia sobre el tratamiento y la curación, y se ha concentrado en reparar el daño en busca de la “cura”, dentro de un modelo de enfermedad del funcionamiento humano, aún y cuando formalmente nos declaremos partidarios de un modelo de psicología de la salud.

Como digresión al margen, valga señalar que las mas firmes banderas iniciales de la psicología de la salud, se erigieron en un modelo preventivo, comunitario, sin embargo su mayor aplicación se ha visto en el contexto de los factores psicológicos presentes en el proceso de enfermedad. (Roca, 2013, Taylor, 1995.)

Lo que sí resulta cada vez más claro es que el normal funcionamiento de los seres humanos no puede ser solo explicado dentro de simples marcos de referencia negativos o focalizados en los problemas. El llamado entonces de la psicología positiva, que gusta decir de sí misma que “no es mas que psicología” (Sheldon), exhorta a los psicólogos a asumir una más abierta, optimista y apreciativa perspectiva con respecto al potencial, las necesidades y capacidades humanas. Si los psicólogos admiten tanto lo mejor como lo peor en las personas, pueden derivar también una nueva mirada en positivo de la naturaleza humana y el destino:

¿Qué es psicología positiva?, simplemente Psicología ... no es nada más que el estudio científico de las fortalezas y las virtudes humanas corrientes. La psicología positiva re-visita a “la persona promedio”, al ser humano corriente con un interés en encontrar aquello que funciona, lo que es correcto, y lo que está mejorando. Así se pregunta, ¿Cuál es la naturaleza del ser humano que funciona eficazmente, ... cómo pueden los psicólogos explicar el hecho de que, a pesar de todos los apuros, la mayoría de las personas se las arreglan para llevar las vidas con cierto grado de dignidad y propósito? (Sheldon, 2001, 216-217).

Así, más que centrarse en lo tormentoso, estresante y doloroso de la existencia, los psicólogos positivos se empeñan en tratar de “hacer la vida normal más satisfactoria”, de aquí su empeño en el uso de la teoría, la investigación y la intervención psicológica para comprender y optimizar los aspectos positivos, adaptativos, creativos y emocionalmente satisfactorios del comportamiento humano, en aras de lo que Seligman llamó “la buena vida”, constructo emanado de la reflexión acerca de qué es lo que sostiene los más grandes valores en la vida, y que define como “usar las propias fuentes de fortaleza todos los días para producir la felicidad auténtica y la abundante satisfacción”.

Es interesante, sin embargo, que todavía los psicólogos tenemos insuficientes conocimientos de lo que hace a la vida digna de vivir; es un hecho que hemos llegado a comprender muy poco sobre cómo sobreviven y perduran, e incluso prosperan las personas bajo condiciones de adversidad; no abundan los trabajos como los de Viktor Frankl que resaltan el valor del sentido asignado a la existencia, y que se expresan en su afirmación de que “el hombre se auto realiza en la misma medida en que se compromete al cumplimiento del sentido de su vida”.

Pero más aún, los psicólogos sabemos poco sobre cómo se desarrollan y prosperan las personas normales bajo las condiciones más benignas. Y es que la psicología se ha conformado en gran parte

como una ciencia sobre el restablecimiento y se ha concentrado en reparar el daño, dentro de un modelo de enfermedad del funcionamiento humano, olvidando o soslayando su verdadero objeto de estudio, el hombre común y corriente. Toda ciencia empieza por comprender y conocer la “normalidad” de su objeto de estudio para después conocer lo distinto o distorsionado, no debe la psicología invertir dicha lógica ni colocar la casi totalidad de su objeto de estudio empezando por conocer las esferas más enrevesadas del funcionamiento humano, ... aunque en lo esencial así haya sido hasta ahora.

Valga señalar que a pesar del espíritu de frescura y renovación que propone la psicología positiva, su propuesta no es del todo nueva, en la historia del pensamiento filosófico y antropológico, tanto occidental como oriental, la perspectiva de favorecer el desarrollo de las cualidades positivas del ser humano tiene una amplia tradición. Ya en la antigua civilización griega y romana Aristóteles se interesó por la “eudaimonía” o felicidad de las personas y Cicerón y Séneca también trataron sobre este tema. No menos interesantes desde la cultura oriental son las enseñanzas de Confucio: *Si ya sabes lo que tienes que hacer y no lo haces, estás peor que antes.*

En el contexto de la psicología, desde mediados del pasado siglo, los psicólogos humanistas ya proponían un modelo centrado en la persona y su bienestar. En este sentido Abraham Maslow y Carl Rogers, este último de particular importancia para los psicólogos clínicos, resultan figuras líderes de tal perspectiva que se enfocan en estudiar a individuos mentalmente saludables en lugar de a personas con serios problemas psicológicos y postulan que todas las personas tienen un intenso deseo de realizar a plenitud su natural potencial, para alcanzar un nivel de “autorrealización”.

No resulta ocioso aquí afirmar que para las terapias humanistas, centradas en la persona, la **terapia es más un proceso de creación que uno de reparación**. A diferencia de algunas terapias que se concentran en reparar el daño del pasado, para las terapias centradas en la persona el enfoque se centra en forjar y sintetizar nuevas maneras creativas de abordar las viejas experiencias traumáticas, relacionándolas con nuevas maneras aprendidas y facilitar el funcionar más productivamente. Insistía Rogers en que “la psicoterapia es la relación” de la que es posible adquirir un sentido de la fortaleza en vez de uno de la debilidad. (Rogers C., 1982).

El más reciente movimiento constructivista, realiza interesantes afirmaciones que confirman una vez más la unidad y diversidad en cuanto a modos de construir la profesión:

Hay un movimiento en el campo de la psicoterapia hacia una “nueva dirección”, que invita a un aprecio más completo de la gestión y el potencial humano. Hay un mayor énfasis sobre los recursos y fortalezas que los pacientes o clientes traen a la empresa que sobre sus debilidades o limitaciones. El énfasis más grande está siendo puesto sobre donde las personas quieren estar, más que sobre dónde ya han estado. Al tiempo que no se hace caso omiso de lo doloroso y la severidad de algunas situaciones, el cambio se ha puesto lejos de la convencional patologización psiquiátrica, y orientado hacia una visión más optimista de las personas como creadores únicos y creativos –para bien o para mal– de sus propias realidades. (Hoyt, Michael, p. 6)

En esta última afirmación pueden encontrarse aspectos novedosos de la perspectiva positiva de la psicología, que la distancian del excesivo hedonismo de miradas ingenuas acerca de un omnipotente “pensamiento positivo”, al no alejarse de la realidad objetiva, ni negar la existencia de realidades estresantes y objetivamente dolorosas que pueden desafiar y comprometer el bienestar, mas allá de una muy positiva concepción del mundo de las personas. En consecuencia la psicología positiva insiste en que su esfera de acción incluye varios niveles que describen Seligman y Csíkszentmihályi:

En un **nivel subjetivo** el campo de la psicología positiva se refiere a la multiplicidad y valor del mundo interno, vivencial, de las personas: el bienestar, y la satisfacción (en el pasado); la esperanza y el optimismo (para el futuro); y el flujo, el orgullo y la felicidad (en el presente). En un **nivel individual**, se refiere a rasgos positivos: la vocación y la capacidad para amar, la valentía, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, la capacidad para el perdón, la originalidad, el *mindfulness*, la espiritualidad el talento y la sabiduría. En un **nivel grupal**, se refiere a los valores, virtudes cívicas e instituciones que movilizan a las personas individuales a ser cada vez mejores ciudadanos: la responsabilidad, el apoyo a los demás, el altruismo, la urbanidad, la moderación, la tolerancia, y la ética del trabajo. (Seligman y Csíkszentmihályi, 2000, 5-12).

Y más adelante, en defensa de la sociedad y su significación en el bienestar de las personas, alertan que otro es el tamaño relativo de la dimensión del yo frente a la dimensión del grupo. Cada vez pesa más el individuo y menos las colectividades. La familia cada vez es más pequeña, se desvanecen las ataduras a la nación, a la comunidad, al grupo religioso. Estas eran las instituciones tradicionales que nos apoyaban en los momentos difíciles, que a lo largo de la historia han sido las medidas antidepresivas más eficaces, y están desapareciendo (Seligman y Csíkszentmihályi, 2000, 5-12).

Mucho de lo que hemos venido conversando marcha paralelamente con lo acontecido en el campo del estudio de las **emociones humanas**, en que la casi totalidad de los estudios se ha centrado en las emociones negativas, aquellas que como la ansiedad, la depresión o la cólera, crean problemas intra e interpersonales, que favorecen el malestar subjetivo y la predisposición a sufrir enfermedades, y que se asocian a características negativas de personalidad como el ser “neurótico”, inmaduro, inseguro, con baja autoestima, dependiente, etc. (Fredrickson, 2001).

Como digresión breve, es posible que hasta la cultura propicie lo anterior; semánticamente en los diccionarios abundan más los términos referidos a emociones y sentimientos negativos (odio, celos, envidia, culpa, etc.) que los referidos a emociones y sentimientos positivos (orgullo, alegría, optimismo).

Según Carbelo, Begoña y Jáuregui (2006) esta situación ha venido cambiando y se ha incrementado el interés, por su valor promotor de la salud y el bienestar, en las **emociones positivas** a las que se le atribuyen numerosos beneficios **psicológicos** (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión), **físicos** (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y **sociales** (mejoras en la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social); y no solo se ha producido un giro importante en el interés por las emociones positivas, sino que incluso se ha puesto especial interés en lo que ha dado en llamarse “**emociones negativas sanas o constructivas**” (Dryden).

Como puede apreciarse, más que un cerrado sistema conceptual, explicativo del funcionamiento humano, la psicología positiva es por el contrario una mirada abierta de todo aquello que, aún desde la diversidad conceptual y/o empírica, aporte al bienestar de individuos y grupos humanos. De aquí que exista una multiplicidad categorial, proveniente de las más diversas fuentes, a la que los psicólogos positivos apelan en su diario quehacer, veamos algunos de ellos sin que signifique que se agote su apelación a cualquier otra categoría que tribute a enriquecer una mirada positiva de la vida de las personas:

“**Flujo**”: El concepto de *flow* (podría traducirse como “fluir” o “flujo”) ha sido desarrollado por el psicólogo croata Mihaly Csíkszentmihályi, quien lo ha definido como un estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante la cual el tiempo vuela y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unos a otros sin pausa. Todo el ser está envuelto en esta actividad, y la persona utiliza de forma óptima sus destrezas y habilidades llevándolas hasta el extremo. La persona está en flujo cuando se encuentra absorbida del todo por una actividad durante la cual pierde la noción del tiempo y experimenta una enorme satisfacción.

“**Mindfulness**” es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, es el soñar despierto frente al vivir en la irrealidad.

Resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel espiritualmente superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Walsh).

Fortaleza personal (*Hardiness*) o **resistencia**, se refiere a un clúster de tres características que son un gran sentido del (1) **compromiso**, definido como la tendencia de involucrarse uno mismo en las actividades de la vida y tener un interés genuino y curiosidad por el mundo circundante, una fuerte sensación de (2) **control** sobre los acontecimientos, definido como la tendencia de creer y actuar como si uno pudiera influir a través del propio esfuerzo sobre los eventos que tienen lugar alrededor, y una mayor apertura a (3) los **cambios** en la vida, definido como la creencia de que el dinamismo, no la estabilidad, es el modo normal de la vida, y conforma las coyunturas que incentivan el crecimiento personal que tienden a ser vistas como retos y oportunidades, al tiempo que se tiende a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia (Maddi, 2006). En general, se considera que es un constructo multifactorial con tres componentes principales, en lengua inglesa se le llama las tres “C”, compromiso, control y desafío, ... este último por su definición “challenge” (Kobasa, 1978). Como muchos conceptos dentro de la psicología positiva, la fortaleza personal tiene semejanzas considerables con otros conceptos de personalidad como el *locus of control*, el sentido de coherencia, la autoeficacia y la predisposición al optimismo.

Humor. Es uno de los conceptos de mayor uso, a la par que de más difícil definición por su automática identificación con la risa; supone una cierta filosofía de vida que mira el lado gracioso o simpático de la existencia, más que a lo trágico o excesivamente serio; supone una importante relación con la salud, y al decir de algunos “sirve como válvula interna de seguridad que permite liberar tensiones, disipar preocupaciones, y relajarnos y olvidarnos de todo”. La **risa**, su habitual acompañante, estimula una colosal liberación de hormonas, las endorfinas –en lo fundamental dopamina y serotonina–, conocidas como las hormonas de la felicidad. Permite al mismo tiempo poner sistémicamente en función grupos musculares importantes.

Creatividad. Es la capacidad de construir, de irse más allá de lo evidente, de producir cosas novedosas y valiosas, de llegar a conclusiones nuevas y resolver problemas en una forma original que debe ser intencionada y apuntar a un objetivo. Se desarrolla en el tiempo y se caracteriza por la originalidad, por la adaptabilidad y por sus posibilidades de realización concreta.

Empatía. Supone el introducirse “como si” se estuviera dentro de la lógica subjetiva de las personas con las que uno se relaciona, o con las que constituyen su entorno social para, aun siendo uno mismo, estar en el mundo y *ser* también con los demás, en aras de evitar ser un ente solitario que vive en su propio mundo de pensamientos, de fantasías y de sentimientos, ajeno a los demás. Para lograr compartir el mundo hay que aprender a leer los indicadores sociales, las intenciones de los demás, sus inquietudes y temores, sus mensajes. (García Vega García-Vega, 2003).

Inteligencia emocional (ie). Según D. Goleman (1996) la figura que más contribuyó a la divulgación del término, se trata de la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último –pero no por ello menos importante– la referida capacidad de *empatizar*.

Implica la habilidad de percibir, comprender y regular las propias emociones y las de los demás. Es la inteligencia emocional, y no la inteligencia entendida de forma tradicional la que mejor predice el éxito futuro de una persona, y no solo eso, sino que también predice su bienestar: las personas con alta inteligencia emocional alcanzan mayor éxito en la vida y se perciben a sí mismas como más felices que las personas con baja inteligencia emocional.

Proyectos de vida: Estructuración e integración de un conjunto de *motivos elaborados* por el sujeto en una *perspectiva temporal futura*, a mediano y/o largo plazo, los cuales poseen una elevada *significación emocional* y de las *estrategias* correspondientes para el logro de los objetivos propuestos, incluida la *previsión de obstáculos* que puedan entorpecer o limitar la consecución del proyecto.

Más allá de la apreciada diversidad conceptual que nutre su discurso, son varios los rasgos personales que tienden a resaltarse como distintivos de la psicología positiva: el bienestar subjetivo, el optimismo, y la autodeterminación:

El bienestar subjetivo se refiere a lo que piensan las personas y a cómo se sienten sobre sus vidas, a las conclusiones cognitivas y afectivas a que arriban cuando valoran su existencia. En la práctica el bienestar subjetivo parece ser un término al que apelan los científicos para definir aquello que la mayoría de las personas representan por la felicidad, término que regularmente los científicos evaden por su compleja connotación fenomenológica.

Optimismo: Un rasgo disposicional que parece mediar entre los eventos externos y la interpretación que de ellos hace una persona, es el optimismo, que significa tener una fuerte expectativa de que, en general, las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y de las frustraciones. Como valor, es la expectativa del ser humano de lograr o conseguir siempre lo mejor, y a pesar de lo difícil de algunas situaciones encontrarles el lado bueno y obtener los mejores resultados. Es una actitud que impide caer en la apatía, la desesperación o la depresión frente a las adversidades. Su más cercano “pariente” conceptual es la **esperanza**, un complejo estado emocional en el cual se presenta como posible aquello que se anhela, y que brinda fortaleza para poder seguir adelante cuando todo parece que está perdido, brinda consuelo en los peores momentos, inspira, ayuda a ser perseverantes, y a lidiar con lo difícil hasta con lo que parece imposible de sobrellevar. Conceptualmente es definida por algunos (Lazarus) como una emoción contradictoria en que *se desea lo mejor pero se teme lo peor*. Su opuesto es la desesperanza, temática en la que Martín Seligman desarrolló una buena parte de sus investigaciones iniciales, y que se define como aquel estado personal caracterizado por percepciones negativas acerca de las propias capacidades, y del desempeño pasado y futuro; dichas percepciones afectan el estado afectivo y motivacional, en tanto la persona siente que poco o nada puede hacerse y cae con reiteración en la devastadora expresión *¡para que...!*.

Autoestima y autodeterminación. La autoestima es el aspecto evaluativo del auto-conocimiento que trata de la extensión en que las personas se gustan a sí mismas. La autoestima es considerada como una característica relativamente perdurable que posee componentes tanto de motivación como cognitivos. Las personas tienden a desear una elevada autoestima y se implican en una variedad de estrategias para mantener o aumentar sus sentimientos de valía personal. El nivel de autoestima tiende a influir en las estrategias que las personas asumen para regular sus esfuerzos en aras de incrementar el dominio, control y determinación sobre su propia existencia. La vivencia de ser autónomo y regulador del propio comportamiento es uno de los elementos que más tiende a realizarse en una psicología positiva, y que tiende a identificarse con el término autodeterminación, definido por tres necesidades humanas relacionadas que optimizan el bienestar personal y desarrollo social: competencia, pertenencia y autonomía. Cuando estas necesidades están gratificadas las personas están intrínsecamente motivadas, son competentes para realizar sus potencialidades, y capaces de implicarse con asiduidad en retos más grandes.

Como se puede apreciar, al hablar de psicología positiva, mucho más que de un sistema coherente que pretenda erigirse en nuevo paradigma hegemónico, nos estamos aproximando a una mirada

abierta y constructiva de interpretar y hacer la psicología, que centra sus consideraciones allá donde siempre debió nuestra ciencia y profesión, en la salud y bienestar de las personas, trascendente a complejos, y muchas veces estériles avatares epistemológicos.

Para finalizar, no me parece nada mejor que citar una experiencia personal, con implicaciones incluso para la educación, del propio Martin Seligman tras un evento acontecido con su pequeña hija:

Criar un niño es mucho más que ajustar constantemente lo que está mal en ellos, se trata de identificar y nutrir las fortalezas y cualidades que ya poseen y ser mejor en ellas, al tiempo de ayudarlos a encontrar espacios en los que puedan vivir mejor, ... la educación de los hijos es infinitamente mucho más que arreglar lo que está mal en ellos. Se trata de identificar y nutrir lo que está bien, sus fortalezas, lo que poseen y en lo que son mejores, y ayudarlos a encontrar espacios en los que pueden vivir mejor estas fortalezas. (Seligman, M., 2002, p. 4).

Bibliografía

- Carbello, Begoña y Jáuregui, Eduardo (2006): *Emociones Positivas: Humor Positivo*. Monografías Papeles del Psicólogo, vol. 27(1), pp. 18-30 <http://www.cop.es/papeles>
- Dryden, Windy (1994): *Introduction to Rational Emotive Psychology*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Frankl, Viktor (1976): *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*, Paidós Ibérica.
- Fredrickson, Barbara L. (2001): *The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*. *Am Psychol*. March; 56(3): 218-226.
- García Vega, Luis y García-Vega Redondo, Laura (2003): *Reconstrucción histórica y categorías fundamentales de un nuevo paradigma. La inteligencia emocional*. *Univ. Psychol*. Bogotá, 2 (2): 137-144, julio-diciembre de 2003 ISSN 1657-9267.
- Goleman, Daniel (1996): *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Hoyt, Michael F. (Ed.) (1998): *The Handbook of Constructive Therapies. Innovative Approaches from Leading Practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. International Editions
- Izard, Carroll E. (2001): *Emotional Intelligence or Adaptive Emotions?* *Emotion*, September, 2001, vol. 1, no. 3, 249-257.
- Kobasa, Suzan, C. (1978): Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37 (1): 1-11. doi:10.1037/0022-3514.37.1.1.
- Lazarus, Richard (1999): *Estrés y Emociones. Manejo e implicaciones en nuestra Salud*. Desclée de Brouwer.
- Lyubomirsky, Sonja (2001): Why are some people happier than others? The Role of Cognitive and Motivational Process in Well-Being. *American Psychologist*, March 2001, vol. 56, no. 3, pp. 239-249
- Maddi, Salvatore R. (2006): Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, Volume 1, Issue 3, 2006, pp. 160-168.
- Maslow, Abraham (1998): *El hombre autorrealizado: Hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.
- Roca, Miguel (2013): *Psicología Clínica. Una mirada desde la salud humana*. La Habana: Félix Varela (en prensa).
- Rogers, C. (1982): *La Terapia hoy o ¿de aquí a donde iremos?* En *Desarrollo del Potencial Humano*, compilado por Juan Lafarga Corona y José Gómez del Campo. México: Trillas.
- Seligman, M.E.P., & Csíkszentmihályi, M. (2000): Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, Martin (2002): *Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy*, en Snyder, C. R. & Lopez, Shane J. (eds.) (2002) *HANDBOOK OF POSITIVE PSYCHOLOGY*. Oxford University Press.
- Sheldon, Kennon M. (2001): Why Positive Psychology is Necessary? *American Psychologist*, March 2001, vol. 56, no. 3, 216-217),

Taylor, Sheeley E. (1995): *Health Psychology*. Third Edition. Mc Graw Hill.

Walsh, Froma (1999): *Strengthening Family Resilience*, Guilford Press.

Zeigler-Hill, Virgil (2010): *The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology*. J Contemp Psychother
DOI 10.1007/s10879-010-9167-8 Springer Science+Business Media, LLC 2010.

¿POR QUÉ EL ENFOQUE HUMANISTA ES LA ÚNICA OPCIÓN POSIBLE PARA LAS CIENCIAS SOCIALES?

Marisela Rodríguez Rebutillo

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Resumen

Con el presente artículo pretendemos exponer de forma sintética algunas ideas que sustentan la aplicación del enfoque humanista al estudio del hombre en las múltiples interacciones con el ambiente del cual forma parte. Se seleccionaron tres contextos, a saber la intervención terapéutica, la educación y la investigación, para ilustrar cómo la orientación humanista se aparta de los enfoques tradicionales. Para ello se describió el contexto histórico en que surge este enfoque a mediados del siglo xx, el cual marcó la vida y obra de los principales exponentes de esta tendencia. Se identificaron los postulados teóricos básicos del Humanismo, que implican un nuevo modo de concebir al ser humano como responsable de su actuación. Se exponen las técnicas más utilizadas en las áreas antes mencionadas. Concluimos que la aplicación del enfoque humanista a la psicología y al resto de las ciencias sociales, representa un compromiso ético y moral para los profesionales, en tanto implica el reconocimiento de la capacidad del ser humano de ser responsable por su actuación, el respeto a su libertad de elección y la toma de decisiones y la ponderación de la creatividad individual y el aprendizaje. El proceder del psicólogo debe estar basado en la confianza en la persona y en sus posibilidades de actualización y cambio. Se concibe a la salud como la coherencia entre el pensamiento, la afectividad y la actuación.

Palabras clave: Psicología humanista, terapia humanista, investigación cualitativa, educación participativa, Neo-humanismo.

Abstract

In this article we present summarizes some ideas that support the implementation of the humanistic approach to the study of man in the multiple interactions with the environment of which it is part. Three contexts, therapeutic intervention, education and research were selected to illustrate how the humanistic orientation departs from traditional approaches. For this, the historical context in which this approach the mid-twentieth century, which marked the life and work of the leading exponents of this trend arises described. Theoretical bases of Humanism, which involve a new way of conceiving the human being as responsible for his actions was identified. The most used in the above areas are discussed techniques. We conclude that application of the humanistic approach to psychology and other social sciences, represents an ethical and moral compromise to professional, in that it involves the recognition of the capacity of human beings to be responsible for their actions, respect for their freedom of choice and decision making and the weighting of individual creativity and learning. The psychologist proceed should be based on trust in the person and their ability to update and change. Health is conceived as consistency between thought, affect and action

Keywords: Humanistic psychology, humanistic therapy, qualitative research methodology, participative education, Neo-humanism.

Introducción

Hoy más que nunca mantiene su vigencia el enfoque humanista dentro de la ciencia psicológica, en particular, y en todos los saberes ocupados de ayudar al hombre en su crecimiento personal y espiritual. Las actuales concepciones de la ciencia y la tecnología nos hablan de la urgencia de

aplicar soluciones radicales a la interrelación del hombre con su medio, tanto social, como natural. Para lograr que esta interrelación sea sana y productiva, en bien de todos, es preciso hallar el justo equilibrio entre todas las formas de existencia, basados en el respeto y la aceptación de los demás. Para que se produzca este equilibrio es necesario que el hombre, genéricamente hablando, esté sano. Es por ello que el concepto de salud, bajo el enfoque humanista, propugna la aceptación e integración de lo que somos, de nuestros sentimientos, pensamientos y conductas.

Desarrollo

El enfoque humanista en la psicología surge en la segunda mitad del siglo pasado, después de la Segunda Guerra Mundial. Adquiere fuerza como tendencia hasta colocarse a la altura de los dos enfoques anteriores ya presentes dentro de esta ciencia, a saber el conductismo y el psicoanálisis. Por tal razón, es considerado el Humanismo como la tercera fuerza de la psicología, orientándose a superar los errores y deficiencias de las dos fuerzas que le precedieron al lograr el rescate del sujeto existencial. La categoría central no es el fenómeno, sino la existencia, recuperando, de cierta manera, las ideas de los irracionistas del siglo anterior.

No es posible considerar al hombre como ente, cosa, objeto; el hombre es y siempre será “un ser”, cuya existencia en el mundo debe ser respetada, al igual que las demás formas de existencia. De este modo, el enfoque humanista concede gran importancia al estudio del hombre y sus sentimientos, deseos, esperanzas, aspiraciones; conceptos considerados subjetivos por otros enfoques psicológicos, como es el caso de las teorías conductistas, basadas solo en el estudio de las manifestaciones del comportamiento de los sujetos.

La angustia generada por el fenómeno de las dos guerras mundiales, situaba al hombre ante la necesidad de comprenderse, de explicarse su propia naturaleza. La vivencia de pérdida, de vacío, de profunda decepción, generó la desconfianza en el avance tecnológico y el positivismo de la ciencia. La corriente filosófica existencialista, predominante en el período de la postguerra, exigía de una psicología que ofreciera respuestas a preguntas sobre el sentido de la vida, las necesidades más elevadas, el proceso de descubrimiento interior, sin lo cual el hombre contemporáneo no alcanzaría su curación.

El Existencialismo como corriente filosófica le aportó a la psicología humanista el concepto de responsabilidad y la primacía de la experiencia concreta, así como la singularidad de cada existencia. Por otro lado, esta tendencia psicológica retoma de la Fenomenología el concepto de “fenómeno” como aquello que nos es dado a la conciencia en el aquí y ahora; como quiera que no existe una única explicación para los mismos hechos o fenómenos. Se hace énfasis en la necesidad de considerar la multivariada visión de los fenómenos. Es por ello que privilegia la necesidad de describir la realidad, más bien que explicarla, de acuerdo a un punto de vista único.

Teniendo en cuenta que la filosofía que caracteriza las culturas orientales se vuelca al interior del hombre, a diferencia de las occidentales, es una de las fuentes importantes de las que bebe la psicología humanista. De esta capta la importancia de no sobreestimar el pensamiento y darle más espacio a las emociones. El exceso de racionalismo positivista había llevado a las personas a un distanciamiento emocional con lo que le rodeaba, con el fin de alcanzar sus objetivos. Es por ello que esta actitud justificaba cualquier procedimiento para conseguir un fin, independientemente de las consideraciones éticas implicadas.

Muchos de los psicoanalistas que se apartaron del psicoanálisis ortodoxo, propusieron enfoques novedosos, que fueron retomados por la psicología humanista. De este modo, se retoma la corriente cultural representada por Erich Fromm e incorpora el concepto de polaridades de Carl G. Jung. El psicólogo alemán Wilhem Reich sirve de referente para tomar conciencia de la necesidad de preocuparse y ocuparse del cuerpo, como caja de resonancia de las emociones. Del psicodrama de Moreno se retoma la idea de que es mejor participar en la experiencia que hablar de ella.

Los principales representantes de este enfoque fueron Gordon Allport (1897-1967), Abraham Maslow (1908-1970), Carl Rogers (1902-1987), Victor Frankl (1905-1997), Leví Moreno (1889-1974), Fritz Perls (1893-1970), entre otros. La mayoría de estos autores tuvieron en común el hecho de ser judíos

y por ende, víctimas de la persecución nazi. Esto les hizo abogar por el respeto a la dignidad humana. Al respecto, el psicólogo humanista V. Frankl (1991), padre de la logoterapia, escribió: “¿Quién es, pues, el hombre? Es un ser que siempre decide lo que es. El hombre es ese ser que ha inventado las cámaras de gas de Auschwitz, pero también es el ser que ha entrado en esas cámaras con la cabeza erguida y el Padrenuestro o la Shema Yisrael en sus labios”. (p.133)

Pudiéramos resumir la concepción psicológica del ser humano de este enfoque en las siguientes ideas:

- El hombre es una **totalidad** organizada (cuerpo, emociones, pensamientos y acción).
- Posee una tendencia natural a **actualizarse** y a la **autorrealización** (lo que le permite ir alcanzando cada vez niveles de conciencia más evolucionados).
- La **experiencia** que vive es su realidad, y a partir de esta interpreta el mundo.
- Realiza un esfuerzo intencional para **satisfacer las necesidades** experimentadas y mantener el equilibrio.
- Necesita alcanzar un reequilibrio entre las **polaridades** que conviven en sí mismo (tomar conciencia de los aspectos negados o subestimados).
- Debe revalorizar lo **emocional**, pues incluso las emociones negativas nos permiten crecer.

A partir de estas ideas, la psicología humanista fue dando respuesta al lugar que el hombre debe ocupar en su relación con el medio. El centro de atención fue el hombre mismo, como persona única e irreplicable, viendo todos los mecanismos de ajuste al medio como una forma de incentivar su creatividad y aprendizaje. Muchas veces la sociedad, representada por la familia, los maestros, y otras instituciones, tratan de imponer exigencias que nada tienen que ver con la naturaleza del sujeto, con sus necesidades, obligándole a dividirse entre lo que piensa, siente y se espera de su comportamiento.

Esta falta de integración hace que el hombre comience a enfermar, pues empieza a negar dentro de sí, todo aquello que no es aceptado socialmente. La personalidad se estructura sobre la base de estos mecanismos adaptativos, que una vez que cumplen su función, se instauran como características distintivas que sobredimensionan uno de los polos, negándose el otro. Rechazamos lo que negamos en nosotros mismos. El principio fundamental de la aplicación del humanismo a la psicoterapia, es la toma de conciencia de los aspectos negados en el comportamiento.

Una persona estará saludable en tanto acepte e integre lo que en realidad es, es decir, se produzca una coherencia entre lo que siente, lo que piensa y lo que hace. La salud supone ampliar nuestros recursos en lugar de repetir conductas obsoletas que aprendimos en la infancia y que nos fueron útiles allá y entonces. Salud no es solo la ausencia de enfermedad sino la posibilidad de alcanzar un funcionamiento que nos reporte un grado de felicidad razonable.

El terapeuta **acompaña** a la persona en el proceso de descubrimiento personal. No da consejos ni consignas, sino herramientas para explorar y encontrar las propias soluciones. Pudieran resumirse las ideas referidas a la terapia humanista en los siguientes aspectos:

- La terapia no se limita solo a los enfermos. Toda persona debe participar en un proceso de toma de conciencia, guiado por un terapeuta.
- El terapeuta debe evitar que la persona “hable acerca de”, es decir, que se refiera a las experiencias en forma de relatos conscientes del pasado, sino que debe conducirlo a que lo viva, lo experimente, reedite la emoción en el aquí y ahora.

- Tener confianza en la persona para que sienta que el poder del cambio está en el presente. El cambio siempre es posible, en cualquier etapa de la vida, solo depende de que la persona se convenza de sus posibilidades para lograrlo.
- Teniendo en cuenta que la persona es un todo holístico, no se atenderá solo al relato verbal, sino a la información no verbal (gestos, posturas, tono de la voz). Esta es la información más relevante, en tanto no es consciente.
- El terapeuta debe abstenerse de interpretar. A diferencia del psicoanálisis, este tipo de enfoque se centra en la descripción de la experiencia y en su vivencia, no en la interpretación consciente que de esta se haga. Cada persona es única e irrepetible, por lo tanto las interpretaciones que generalizan y abstraen detalles importantes crean un obstáculo.
- El terapeuta debe cuidar de que se utilice siempre un lenguaje personal, es decir, en primera persona del singular. La tendencia a usar formas impersonales o plurales es una forma de evitar la parte de responsabilidad en el problema.

Como es de suponer, este enfoque tiene amplias aplicaciones en la educación. El predominio de formas autoritarias y modelos impuestos nada tienen que ver con el modo de concebir al hombre en entera responsabilidad y libertad, de acuerdo a los postulados del humanismo.

El reconocido terapeuta norteamericano de la Gestalt, Paul Goodman (1973), quién escribió sobre temas como la educación, el urbanismo, los derechos de los menores, la política, la crítica literaria, entre otros importantes temas, planteó: "Es necesario que empecemos a hablar más de la estructura de quien aprende y su aprendizaje y menos acerca de la estructura de la asignatura". (p. 63).

El propio Carl Rogers, también importante terapeuta del humanismo, planteó la necesidad de aplicar los principios básicos de la Terapia Centrada en el cliente (paciente), a la educación en las instituciones escolares. Era necesario revisar la forma de enseñar y de aprender, en tanto la figura preponderante no podía ser el profesor, sino el estudiante. Debía predominar el respeto y la aceptación de la individualidad de cada aprendiz, teniendo en cuenta que el maestro no es el único que enseña, sino que el estudiante debe participar en su formación, y tomar responsabilidad de su aprendizaje.

Pudiéramos resumir algunas de estas ideas, en lo que sigue:

- Lo más importante en un profesor no es su capacidad de información sino su potencial para ser *persona* y para establecer relaciones emocionalmente sanas con los alumnos. Hacer valer su autoridad a través de cualquier forma de castigo, es un abuso de poder y una incapacidad personal para establecer relaciones interpersonales.
- El estudiante educará su responsabilidad en tanto participe de conjunto con el profesor en la selección y planificación de los objetivos, contenidos y métodos, lo cual refuerza su motivación, la flexibilidad y el índice de su aprendizaje.
- Se aprende mejor lo que es útil de inmediato. Muchas veces los profesores imparten sus materias, haciendo caso omiso de las necesidades de aprendizaje de sus estudiantes.
- El castigo no es lo "contrario" de la recompensa en la motivación. Actúa como un reforzador de la conducta que deseamos evitar. Es muy común que se utilice la calificación como forma de amenaza y de castigo. El error es un modo de aprender que no debe ser castigado.

Como es de suponer, según lo ya expuesto, el enfoque humanista prodiga la metodología cualitativa en la investigación, como complemento del método cuantitativo. El criterio de selección de los problemas a investigar, es la significación intrínseca, en contra de un valor solo inspirado en la objetividad. Es decir, que lo importante no es si es significativo o no desde el punto de vista

estadístico, sino que trascienda aunque sea a un pequeño grupo de personas. Un solo sujeto es significativo para el enfoque humanista.

Este enfoque se caracteriza por el carácter participativo de la investigación, donde los sujetos son partícipes desde la misma selección del problema a investigar hasta la propuesta de métodos y soluciones. Del mismo modo, el modelo se ajusta a la investigación acción, es decir, la noción de que el conocimiento va unido a la intervención, al cambio y a la colaboración. K. Lewin, precursor de este enfoque defiende la idea de compatibilizar la creación de conocimientos científicos en el ámbito social con la intervención directa, siempre con la colaboración de la comunidad implicada.

Dentro de las técnicas más utilizadas por el humanismo, aplicado a los diferentes contextos, se encuentran las vivenciales y expresivas, como el autorreporte y el psicodrama, además de usar técnicas como la discusión grupal, la entrevista en profundidad, técnicas de consenso, etc.

Todas ellas tienen el común que ponen el énfasis en el presente, en el aquí y ahora, y en todas ellas el objetivo es el darse cuenta. Solo en el aquí y ahora se puede producir la toma de conciencia y la persona se puede responsabilizar de sus acciones.

Desde las últimas décadas del pasado siglo se viene produciendo un nuevo despertar de la conciencia con respecto a la naturaleza en su conjunto. Ello implica una nueva postura hacia los problemas de la naturaleza, en especial la humana, donde el Hombre no es visto como el único que posee el derecho a ser tratado con respeto y dignidad, de acuerdo a los códigos de la moral y la justicia. De este modo el enfoque humanista cobra un nuevo sentido al considerar al Hombre como un elemento más del universo en su conjunto. En tal sentido se comienza a hablar del Neo-humanismo.

Ante el predominio de una filosofía racionalista y pragmática, se produce una nueva postura hacia el respeto y cuidado de la naturaleza, como el único modo de demostrar nuestro carácter humano. El hombre no puede atribuirse el derecho de disponer a su antojo de la naturaleza, tal cual ha hecho hasta nuestros días, con la simple justificación de que es el único que posee conciencia y, por ende, es superior a cualquier forma de vida. El viejo paradigma que veía en la transformación de la naturaleza según los intereses del hombre, la fuente del progreso, ha llevado al planeta a una seria amenaza de extinción. Por tanto, ha sido reconsiderado por la tendencia humanista, el papel de la naturaleza en nuestra esencia humana. Más que de transformarla a su conveniencia, de lo que se trata es de observarla, de aprender de ella, tal cual hacían las antiguas culturas.

En tal sentido, el filósofo humanista francés, L. Ferry (1992), en su libro *El nuevo orden ecológico, el árbol, el animal y el hombre*, por el que recibe el Premio Médicis de ensayo y el premio Jean-Jacques Rousseau, plantea: "Podría resultar, en efecto, que la separación de hombre y naturaleza a través de la cual el humanismo moderno llegó a atribuir únicamente al primero la cualidad de persona moral y jurídica no haya sido más que un paréntesis, que se está cerrando ahora". (p. 19).

Hoy día ya existen fuertes movimientos mundiales que defienden los derechos de los animales, los tratados internacionales de protección de la naturaleza en su conjunto y las acciones de grupos ecologistas que pretenden, por vías concretas, defender especies en vías de extinción. Este tipo de humanismo se caracteriza por la inclusión del Otro, el respeto por la naturaleza, un mejor modo de vida en plena armonía con lo natural. Se pretende salvar la racionalidad, sobre la base de aceptar que también existe la incertidumbre, la multidimensionalidad, la contradicción, el caos, la complejidad. En última instancia, se trata de una búsqueda de la armonía correcta entre los mundos material y espiritual.

Como expresara el importante filósofo hindú P.R. Sarkar (2006): "El interés por el flujo vital palpitante en otras criaturas humanas ha llevado a la gente al ámbito del humanismo; los ha hecho humanistas. Ahora, si el mismo sentimiento humano se extiende hasta incluir a todas las criaturas de este universo, entonces y solo entonces se podrá decir que la existencia humana ha alcanzado su consumación final". (p.17).

Consideraciones finales

La aplicación del enfoque humanista a la psicología y al resto de las ciencias de la salud, representa un compromiso ético y moral, en tanto implica el reconocimiento de la capacidad del ser humano a adquirir la responsabilidad de su actuación, a su libertad de elección, así como el respeto por las decisiones que tome y la ponderación de la creatividad individual y la espontaneidad.

Para asumir este compromiso y aplicarlo a la terapia, la educación y la investigación, se debe partir de la toma de conciencia por la persona de su propia realidad, basado en las experiencias y las emociones que generan dichas vivencias. Se debe concebir a la persona como una totalidad organizada, donde su cuerpo, sus emociones, sus pensamientos y sus acciones deben ser coherentes como único modo de ser saludable. Debemos depositar confianza en el ser humano, sustentados en las posibilidades que este tiene de actualizarse y cambiar para mejorar su condición. Comprendamos que el ser humano forma una unicidad con su entorno, no solo con otros seres humanos, sino con la naturaleza en sus más diversas formas de manifestación.

Bibliografía

- Ferry, Luc. (1994): *El nuevo orden ecológico. El árbol, el animal y el hombre*, Barcelona: Tusquets.
- Frankl, V. (1991): *El hombre en busca del sentido*, (12a. ed.) Barcelona: Herder.
- Goodman, Paul (1973): *La de-educación obligatoria*, Barcelona: Fontanella.
- Sarkar, P. R. (2006): *Neo humanismo, la liberación de la inteligencia*, España: Ananda Marga.

APROXIMACIÓN A LA CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PSICOTERAPÉUTICAS CON ADULTOS EN UN GRUPO DE ESPECIALISTAS DE LA HABANA

Paloma Carina Henríquez Pino Santos
Roberto Corral Ruso

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

Resumen

Se caracteriza la práctica psicoterapéutica con adultos en La Habana, desde el triunfo de la Revolución hasta el 2000. Para ello se emplean como métodos la entrevista a expertos y el análisis documental. Fueron entrevistados diecisiete expertos. Se tomó como criterio de selección que contaran con quince años o más de experiencia en este ámbito profesional. Esta información se complementó con el análisis de veintidós artículos sobre esta temática, publicados en el período en estudio. Se obtuvo como resultado una caracterización de la práctica psicoterapéutica con adultos, en función de cuatro dimensiones: epistemológica, teórico-conceptual, metodológica y de aplicación, las que fungen como categorías de análisis.

Palabras Clave: historia, práctica psicoterapéutica, adultos.

Abstract

The main traits of the psychotherapeutic practice with adults in Havana since the triumph of the Revolution until 2000 are presented. The methods used were the interview to experts and the documental analysis. Seventeen experts were interviewed, taking as selection criteria fifteen years or more of experience in this professional field. The information obtained was complemented with the analysis of twenty two articles about the psychotherapeutic practice with adults in Havana in the marked period. The principal result was a characterization of the psychotherapeutic practice with adults according to four dimensions: epistemological, theoretical-conceptual, methodological, and application which are analysis categories.

Key words: history, psychotherapeutic practice, adults.

Una breve introducción

El triunfo de la Revolución cubana marcó el comienzo de una transformación radical de la economía, la ideología y la vida cotidiana en Cuba. Uno de los objetivos fundamentales del proyecto revolucionario consistió en la implementación de un sistema de salud integral y gratuito para toda la población. Se perseguía como máxima fundamental la salud plena del hombre y ello incluía los servicios de atención psicológica. Desde entonces, los psicoterapeutas cubanos han desarrollado una labor en pos de la calidad de vida y del desarrollo de la personalidad, acorde a los ideales socialistas que han guiado durante estos años a nuestro pueblo. Sin embargo, su actuación —tan extendida en el tiempo— es poco reconocida, puesto que solo existen publicaciones muy generales al respecto.

La práctica terapéutica con adultos en Cuba desde el triunfo de la Revolución ha sido gratuita, de acceso libre a todos los solicitantes, debido al carácter socialista de las políticas sociales de nuestro país. Los terapeutas cubanos en su quehacer se han posicionado desde diferentes paradigmas epistemológicos, referentes teórico-conceptuales y metodológicos, así como también las particularidades de la aplicación ha estado marcada por las características del espacio y del contexto micro y macrosocial.

El objetivo de esta investigación consistió en caracterizar la práctica profesional psicoterapéutica con adultos en La Habana, desde el triunfo de la Revolución en 1959 hasta el 2000. Para ello, se tuvieron en cuenta cuatro dimensiones de análisis, a saber: epistemológica, teórico-conceptual, metodológica y de aplicación. A continuación se describe brevemente cada una de ellas.

Dimensión epistemológica: Apunta a las justificaciones sostenidas sobre qué es conocimiento y cómo se verifica, con apoyo en constructos y conceptos validados desde un referente filosófico. Se asumen para esta investigación tres entre los más extendidos en la actualidad: el positivista, el fenomenológico y el materialista dialéctico.

Dimensión teórico-conceptual: Hace referencia a los modelos teórico-conceptuales que los expertos utilizan para orientarse en su práctica. Contempla conceptos, presupuestos explicativos y esquemas referenciales que sustentan la práctica profesional psicoterapéutica con adultos. Varios autores (Henriquez, 2011; Padilla, 2011; Roca, 2002; Zaldívar, 1987) han referido varios modelos al uso, entre ellos destacan: el psicodinámico, el de aprendizaje social, el fenomenológico, el integrador, el ecléctico, el referencial de modelos, así como el modelo personal.

Dimensión metodológica: Incluye métodos, técnicas y procedimientos generales empleados por el terapeuta en su práctica profesional. Abarca las modalidades individual y grupal y comprende dos momentos: la evaluación y la intervención.

Dimensión aplicativa: se refiere a las características del proceso terapéutico y las de su espacio de aplicación. Incluye aspectos tales como las principales patologías y problemas, objetivo de la psicoterapia, profesionales que despliegan la actividad terapéutica, la duración del tratamiento, la formación como terapeuta, códigos comunes de la comunidad de práctica, la supervisión recibida u otorgada, así como la estructura institucional donde se practica la terapia.

En el estudio se utilizó la entrevista semiestructurada, tomando como muestra a diecisiete expertos que contaban con quince años o más de experiencia. Además, se analizaron veintidós artículos de revistas cubanas que se referían a la práctica profesional terapéutica con adultos en La Habana en el período revolucionario.

Este trabajo constituye un primer intento de caracterización de la práctica psicoterapéutica con adultos en La Habana en el período revolucionario. Los resultados obtenidos pueden constituir un referente útil a investigadores interesados en la psicología clínica y en la historia de las prácticas profesionales psicológicas, así como una brújula orientadora para practicantes de la actividad terapéutica.

Desarrollo

Al explorar las características que la *dimensión epistemológica* asume, se obtuvo como resultado que de diecisiete expertos, diez (59%) expresaron utilizar el materialismo dialéctico. De los diez anteriores, cuatro (23,5%) reflexionan sobre la articulación existente entre el materialismo dialéctico y su práctica profesional concreta. Los seis restantes solo alcanzaban a mencionar que aplicaban el materialismo dialéctico en su práctica, pero cuando se indagó a fondo no existía un despliegue de las categorías marxistas para explicar cómo se vinculaba esta epistemología con su quehacer terapéutico, por lo que se limitaban a expresar que su práctica era marxista pues el hombre es un ser social y el entorno influye en él mismo. Esto significa que usaban cierto vocabulario común en el marxismo, mas sin emplear las ideas marxistas consistentemente dentro de la teoría.

Los cuatro expertos que pudieron dar una explicación de la relación materialismo dialéctico con la práctica terapéutica se basaron en presupuestos como:

- La subjetividad humana se encuentra mediatizada por las relaciones económicas, históricas y sociales que la determinan y propician al mismo tiempo su desarrollo, lo cual no se contrapone con concebir al sujeto como autorregulado y activo en la conformación de sentidos.

- El desarrollo psicológico de un sujeto es un proceso dialéctico en el que se expresan contradicciones, las cuales, a su vez, constituyen sus fuerzas motrices.
- Los cambios en la estructura socioeconómica producirán transformaciones en la subjetividad y por consiguiente en las prácticas cotidianas de los individuos. En este sentido los expertos comentaron sobre la influencia de la identidad y cultura nacional en el ejercicio terapéutico, tanto en los sujetos que acudían a consulta como en sí mismos como terapeutas.
- Se enfatizó en la unidad cognitivo-afectiva y en analizar con un enfoque holístico y dialéctico la personalidad.
- La justicia, la equidad social y el sentimiento de comunidad como paradigmas necesarios para un desarrollo social armónico.

Estos postulados fueron argumentados con ejemplos de su práctica terapéutica cotidiana. Los practicantes se refirieron a la influencia del Período Especial (años 90) en las características de la terapia (su duración, la reducción del equipo terapéutico, las problemáticas con que acudían los pacientes) y también visualizaron la articulación entre las demandas institucionales y políticas en su ejercicio terapéutico.

Del resto de la muestra, cinco (29%) plantean no saber cuál es su referente, pues aluden no haber reflexionado al respecto. Uno de ellos mencionó: *“no sé qué epistemología empleo en la terapia, nosotros los que nos dedicamos a hacer mucha asistencia, una de las cosas que más nos falta es que no hemos pensado mucho teóricamente sobre esta asistencia”* (Experto 3). Dos de los expertos fundamentaron que se basaban en la fenomenología y la hermenéutica como método de interpretación en su práctica.

En síntesis, algunos terapeutas no son totalmente conscientes de los supuestos que han asumido en su concepción de qué es conocimiento. De acuerdo a la información obtenida en las entrevistas, la mayoría de los especialistas asumen un enfoque pragmático para determinar qué conocimiento es verdadero. Es decir, aquello que funciona en su práctica terapéutica es lo que catalogan como válido. Siendo así, los criterios que utilizan para determinar qué conocimiento es verdadero dependen de las características de cada caso y de aquellos supuestos que han tenido validez de manera repetida en sus intervenciones. Una alternativa de interpretación a esta decisión es que en nuestro país ha existido una tradición de pensamiento autóctono de raíz electiva, por lo que se selecciona para el ejercicio terapéutico aquellas aportaciones relevantes entre las teorías disponibles en función de un criterio humanista orientador.

Sobre la base de los datos anteriores, se puede afirmar que definir la epistemología no constituye una problemática esencial para una gran parte de la comunidad de terapeutas. No obstante, se evidencia una aceptación del materialismo dialéctico, desde el discurso, como la filosofía más adecuada para sustentar este ejercicio profesional, lo que puede responder a la influencia de la psicología soviética en el desarrollo de esta práctica en Cuba, dado el profuso intercambio científico entre colegas de ambos países a partir del triunfo revolucionario.

Por otra parte, el 59% de los terapeutas entrevistados refirieron emplear un estilo ecléctico. La utilización de este referente implica que se yuxtaponen o suman elementos aislados de diferentes teorías para dar respuesta a las demandas del ejercicio profesional. El terapeuta ecléctico no toma conciencia de su epistemología y su esquema conceptual referencial operativo no se encuentra sistematizado. Este resultado es coherente con la indefinición relativa de un referente epistemológico orientador, puesto que los terapeutas rescatan herramientas teórico-conceptuales acordes a necesidades del caso concreto. Al mismo tiempo, el carácter secundario que el campo clínico tuvo en la psicología soviética, pudo influir en una cierta postergación de la construcción de una teoría clínica desde el Enfoque Histórico-Cultural (EHC) en Cuba. En este sentido, resulta interesante que en fecha reciente se defendiera la primera tesis doctoral que intenta conciliar esa rama de la psicología con este enfoque teórico tan abrazado en nuestro país (Roche, 2012).

Solo cuatro terapeutas asumen un enfoque integrador (23 %), lo que implica que partiendo de una epistemología consolidada y de un ECRO sistematizado, utilizan diversas teorías y técnicas en su ejercicio profesional. De ellos, tres han desarrollado un modelo conceptual nuevo (modelo personal) que parte de la elaboración de categorías teóricas y métodos para la intervención y el diagnóstico. A partir de su ECRO estos redefinen diversos conceptos y técnicas provenientes de otras corrientes (psicoanálisis, terapias cognitivo-conductuales, psicodrama).

Los terapeutas que asumen el modelo ecléctico y el integrador (en total trece) aplican en su práctica presupuestos teóricos e instrumentos metodológicos que pertenecen a varias escuelas internacionalmente reconocidas, entre las que podemos mencionar: las terapias cognitivo-conductuales, la psicoanalítica, las conductuales, psicoterapias racionales o persuasivas, las humanistas, psicodrama, terapia gestáltica, terapia centrada en las soluciones, terapia breve para el afrontamiento de crisis, terapia sistémica, análisis transaccional y Enfoque Histórico-Cultural.

En el proceso de análisis de los datos, fue necesario incluir un nuevo indicador que es el referencial de modelo, ya que dos de los expertos (12%) lo utilizan. Estos aplican el modelo de un tutor o colega con el que trabajaron con anterioridad, aunque para adaptarlo a su práctica realizan ajustes metodológicos y conceptuales.

Uno de los expertos asume el modelo psicodinámico (psicoanálisis freudiano), adaptado al sistema de salud cubano (demanda masiva, servicios gratuitos, amplio diapason de patologías.) Al trabajar en instituciones, los terapeutas mantienen contacto con colegas que desarrollan otros modelos. Los entrevistados mencionaron la terapia espiritual en el caso de los adictos y la terapia PROCC (Procesos Correctores de la Cotidianidad) para sujetos neuróticos y con situaciones de crisis en la vida cotidiana.

El 45% de los artículos se apropia de un modelo integrador y un 14% es ecléctico. El resto (41%), se refiere a la aplicación de determinadas técnicas y psicoterapias específicas como la terapia comunicativa, la psicoterapia de la impotencia, la musicoterapia, el psicoballet, el modelo psicoterapéutico de acción corporal, el entrenamiento autógeno de Shultz. Los autores exponen como conclusiones finales que dichos tratamientos poseen alta efectividad y son aceptados positivamente por los pacientes. La asunción por parte de los terapeutas de un modelo integrador se constataba en el despliegue de un esquema conceptual referencial operativo bien articulado que tiene como base en este caso la filosofía materialista dialéctica, mientras que los artículos que mantenían un enfoque ecléctico carecían de la definición de una epistemología y utilizaban conceptos y categorías que no tenían relación entre sí.

Se constató el uso de términos como: *personalidad, necesidades, vivencia, dimensión cognitiva, afectiva y conativa, sistema motivacional, actitudes, inconsciente, estrés y creencias irracionales*. Además, se comprueban otros como *comunicación social, sentimientos, reflejo condicionado, unidad biopsicosocial, relaciones interpersonales, ansiedad, síndrome de abstinencia, adecuación social e insight*. Resulta de interés que en gran parte de las elaboraciones teóricas se concibe como esencial la unidad afectivo-cognitivo-conativa, comprendiendo al ser humano desde un enfoque holístico, lo cual es acorde a la fuerte influencia del Enfoque Histórico-Cultural en la producción psicológica cubana. La prolijidad de los conceptos puede estar asociada al predominio de los modelos integrador y ecléctico, desde donde se asumen categorías de diferentes corrientes teóricas, para dar respuesta a las particularidades de cada sujeto.

Al ser los servicios de salud gratuitos en Cuba, la solicitud de atención psicológica es masiva y acuden casos a consulta con disímiles problemáticas. Dicha situación impone a los terapeutas ser más flexibles en sus prácticas, ampliando así el diapason de técnicas y referentes conceptuales. Este constituye uno de los motivos por los que se hace uso frecuente en la provincia habanera el modelo ecléctico y el integrador. El habitual manejo del eclecticismo puede estar fundamentado en la insuficiente formación teórico-práctica del terapeuta.

En cuanto a los resultados obtenidos en la dimensión metodológica, se constató que la técnica de diagnóstico más utilizada es la entrevista (65 % de los expertos). El 30% emplea técnicas

exploratorias complementarias como son: el MMPI, la aplicación del Rorschach, el 16 PF de Catell y las matrices progresivas del Raven. Resultados similares se confirman en los artículos revisados. Los expertos refirieron hacer más uso de la entrevista pues les permitía una mayor profundización en el caso y no requerían para ello de instrumentos adicionales como los cuestionarios.

Como se muestra en el gráfico 1, las técnicas de intervención más utilizadas son las cognitivo-conductuales como la tríada cognitiva y la desensibilización sistemática. Otras de también amplio uso son las de relajación, como el entrenamiento autógeno de Schultz. A los terapeutas le resultan estas más operativas teniendo en cuenta la corta duración del tratamiento. También se emplean las psicoanalíticas (la interpretación de asociaciones libres), las psicodramáticas (dramatizar situaciones), las gestálticas (la silla vacía) son empleadas para reestructurar acontecimientos pasados, construir aprendizajes y realizar *insights*. Otras son las conductuales, (condicionamientos instrumental y operante), las humanistas, los juegos de roles, libredebate y el cinedebate.

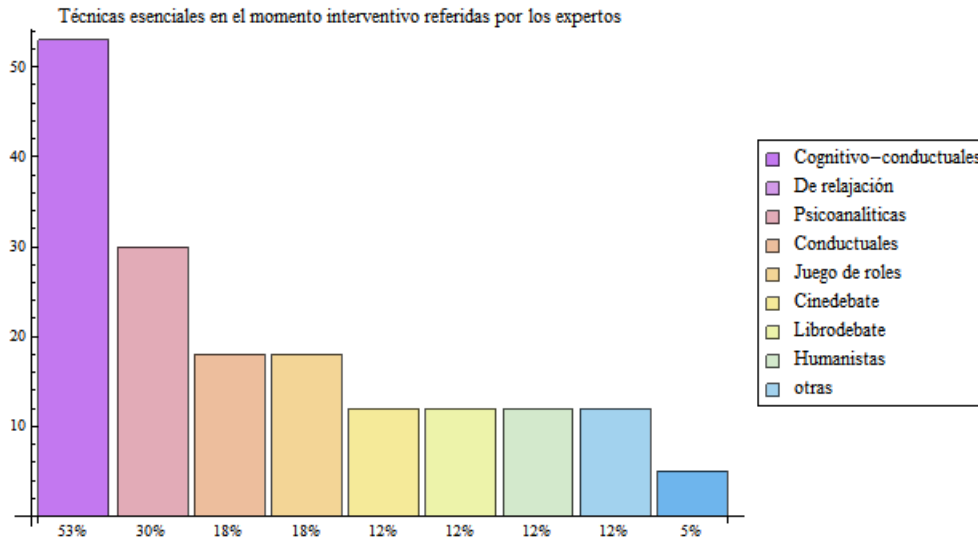


Gráfico 1

De los artículos revisados, veinte se referían a las técnicas empleadas posiblemente porque, para la comunidad, la intervención constituye un elemento fundamental. También en los artículos las técnicas de mayor utilización son las de relajación como el entrenamiento autógeno de Shultz y la relajación progresiva de Jackobson. Casi a la par de estas se refiere el uso de técnicas conductuales como el condicionamiento clásico y el operante, aversivas, ensayo de conducta, autocontrol, modelaje, inculación del estrés, economía por fichas, ejercicios dirigidos en la casa. Es significativa la utilización de técnicas cognitivo-conductuales como la desensibilización progresiva, la reestructuración cognitiva de Ellis, visualizaciones, identificación y confrontación de ideas irracionales para el afrontamiento del estrés. Se emplean además las psicodramáticas, las técnicas comunicativas y el cinedebate. El gráfico 2 incluye bajo la categoría "otras": la hipnosis, la técnica de modificación de actitudes, ejercicios de confianza y confrontación emocional, de discusión grupal, participativas, charlas educativas, la terapia testimonio, la musicoterapia, el psicoballet y el daseinánálisis.

Tanto en las entrevistas como en los textos analizados se evidenciaron *técnicas y recursos de intervención complementarios*. El 41% de los expertos se vale de recursos complementarios como el hatha-yoga, la terapia floral, el Reiki, la acupuntura, el masaje, los paseos y actividades recreativas, la danza y la música. Estos son complementarios en tanto la labor terapéutica no puede valerse de ellos como herramienta principal (Experto 12). Uno de los terapeutas comentó que la terapia floral y las energías eran pseudocientíficas y por tanto no deberían usarse en la práctica profesional.

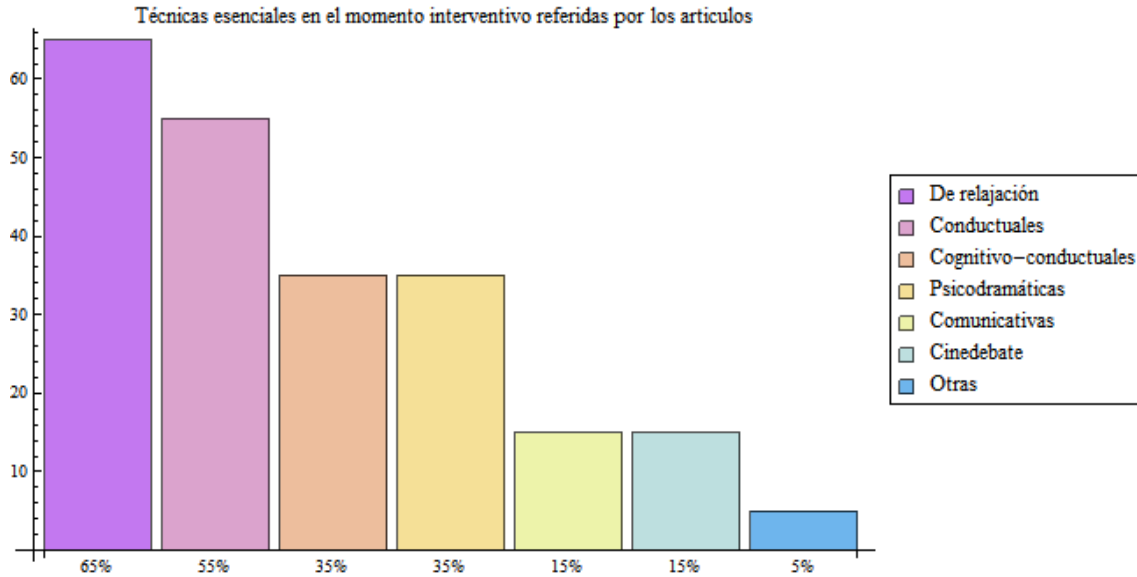


Gráfico 2.

Uno de los aspectos fundamentales en la dimensión metodológica es la distinción entre la modalidad grupal e individual. La mayoría de la muestra (82%) refirió utilizar ambas. El 12% trabaja solo la individual, mientras que el 6% aplica la grupal. El 29% se dedica conjuntamente a la terapia de pareja y familiar. Los psiquiatras y psicólogos incluyen en el mismo modelo terapéutico tanto las situaciones grupales como individuales. El 60% de los que ejecutan la grupal privilegia este tipo, pues en una sesión (de una hora a una hora y media) pueden atender un mayor número de pacientes sin que el ejercicio terapéutico pierda calidad, así emplean de manera más eficiente el tiempo pues la terapia no es la única tarea que desempeñan en sus instituciones. El 17% de la muestra privilegia la individual, ya que le resulta mejor de acuerdo con las características personales y tipo de patologías que atiende, como por ejemplo, las disfunciones sexuales.

De quince terapeutas que se valen de la modalidad grupal, el 66% trabaja con grupos grandes (más de doce personas) y abiertos (pueden entrar nuevos miembros al grupo). Dichas peculiaridades posibilitan la atención a un mayor número de personas. Esto constituye una necesidad, dado que son muy pocos los practicantes en comparación con la gran cantidad de personas que requieren de este servicio. Un dato que afloró en las entrevistas es la presencia de un equipo terapéutico en la psicoterapia grupal.

El análisis de la dimensión de aplicación arroja que las principales patologías y problemas atendidos por la comunidad de terapeutas habaneros son de corte neurótico (información referida por 70% de los expertos y 45% de los artículos).

Aunque las características del caso influyen en la duración del tratamiento, esta suele ser corta. El 94% de los expertos realiza de ocho a doce sesiones como promedio. Los terapeutas explican que la brevedad de las intervenciones se debe a: la amplia demanda asistencial debido a la política de atención del sistema de salud cubano, donde el acceso es gratuito y a toda la población; el poco tiempo con el que cuentan los profesionales de la salud para la actividad terapéutica, puesto que efectúan además de esta otras numerosas funciones (diagnóstico, la elaboración de programas de salud, estudios sobre el clima organizacional, diagnóstico y tratamiento al *burnout*, entre otras); el tipo de problemáticas que atienden, como por ejemplo situaciones de crisis en la vida cotidiana; las condiciones de vida y características de los cubanos, pues buscan soluciones rápidas, y asumen “la cultura de la receta” del modelo médico; y la pobre tolerancia de la población debido sus condiciones de vida y características culturales hacia los tratamientos prolongados.

Por otra parte, el objetivo de la terapia lo elaboran en función de dos aspectos: la problemática del paciente y el modelo teórico en el que se sustenta la práctica. Los practicantes refieren objetivos bien específicos y concretos como “modificar las actitudes inconscientes inadecuadas”, “preparar al paciente para la operación quirúrgica”, “catalizar el proceso de desintoxicación e iniciar y llevar a su desarrollo el proceso de rehabilitación en pacientes adictos”, y otros más generales como “el crecimiento personal y el tratamiento de las alteraciones”, “lograr un cambio favorable en la persona”. La amplitud del objetivo se encuentra sustentada por el modelo empleado. Suelen ser más específicos si dependen de una terapia particular, o generales si el terapeuta hace uso del modelo integrador o el ecléctico.

También se evidenció que de los diecisiete expertos entrevistados, el 88% no recibió ningún entrenamiento práctico sistematizado que los preparara para la ejecución de la psicoterapia. El 70% de la muestra nunca ha sido supervisado por otros terapeutas. El 30% restante recibió supervisión en el pregrado, antes del triunfo de la Revolución y/o al aprender el modelo de un tutor o colega, mas esta actividad no se efectuó de manera sistemática y controlada, pues dependía de las condiciones de actuación del terapeuta.

En las entrevistas, se otorgó gran importancia a las características que debe poseer un terapeuta. Entre estas se incluyen la actitud empática, la autenticidad, la solidaridad, la flexibilidad, la capacidad de observación y de escucha, ser un facilitador y orientador en el proceso terapéutico, sentirse motivado por el tratamiento, la necesidad de poseer una visión científica del mundo y de superación profesional a través de cursos de postgrado. Se considera necesario que el practicante adecúe su modelo teórico a sus características personales.

La comunidad de práctica profesional terapéutica posee como parte de su repertorio compartido una serie de códigos comunes asociados a las particularidades del proceso terapéutico. Estos son: establecer los objetivos de la terapia, un contrato terapéutico al inicio del tratamiento, empoderar al paciente, utilizar un lenguaje coloquial, inspirar confianza y seguridad, emplear los recursos complementarios y la necesidad de trabajar con un equipo multidisciplinario. Los terapeutas, aunque son conscientes de que la relación con el paciente es asimétrica, expresan que es este último quien cuenta con las capacidades para solucionar su problema. También se constata como parte de su compromiso mutuo la participación en actividades que permiten elevar la calidad de su ejercicio profesional como cursos de postgrado y en eventos de psicología y psiquiatría nacionales e internacionales.

Otro de los indicadores que es necesario abordar dentro de la dimensión aplicativa lo constituye la *estructura institucional*. En La Habana, la psicoterapia con adultos es una práctica institucionalizada. Los terapeutas se insertan en los tres niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Las instituciones donde se enmarca la terapia son los policlínicos y médicos de familia (nivel de atención primaria), los hospitales generales o clínico-quirúrgicos, materno-infantiles, hospitales de día, hospitales psiquiátricos, Centros de Salud Mental (nivel de atención secundaria,) e institutos de investigación especializados (nivel de atención terciaria). No se puede dejar de mencionar al Centro de Orientación y Atención Psicológica “Alfonso Bernal del Riesgo” (COAP), que forma parte de la Facultad de Psicología y ofrece servicios terapéuticos. Aunque el radio de acción del psicoterapeuta se extiende a los tres niveles de atención, esta práctica se suele concentrar en los dos primeros. El tercero tiene como principal función la investigación especializada, es por eso que la práctica terapéutica se ejerce con menor frecuencia en este tipo de instituciones.

Conclusiones

La práctica terapéutica con adultos en la capital durante el período revolucionario se ha caracterizado por la utilización de modelos integradores y eclécticos, por lo que se utiliza un amplio arsenal metodológico. Dadas las características del sistema de salud cubano el período de duración de las terapias es breve y la modalidad de mayor uso es la grupal. Esta práctica profesional se encuentra inserta en los tres niveles de atención de salud.

El contexto económico, político y social, las corrientes terapéuticas, las demandas institucionales, las características de la comunidad de práctica profesional, los espacios de interrelación con otros profesionales, la experiencia personal y motivación de los terapeutas influyen en el quehacer cotidiano de los terapeutas.

Las características expuestas de la práctica terapéutica se han mantenido durante el período revolucionario sin muchas variaciones. Esto puede estar fundamentado en que la signan las condiciones de atención desarrolladas con el triunfo de la Revolución, como la atención gratuita universal y la prioridad del desarrollo y mantenimiento de la calidad del sector de salud.

Bibliografía

Bloch, M. (2001): *Apología para la historia o el oficio de historiador*. México: Fondo de Cultura Económica.

Calviño, M. (1998): Premuras y corduras en psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 15 (1)

Corral, R. (2006): *Historia de la Psicología: Apuntes para su estudio*. La Habana: Félix Varela.

De la Torre, C. (2009): **Historia de la Psicología en Cuba: Cincuenta años de Psicología-cincuenta años de Revolución**. *Revista Psicología para América Latina*, 17. Consultado en marzo, 2012 en <http://psicolatina.org/17/index.htm>

García, R. (2002): Periodización del desarrollo de la psicoterapia en Cuba. Aproximaciones y perspectivas. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.

Henríquez, P. (2012): Recorrido histórico por la práctica psicoterapéutica con adultos en La Habana, desde el triunfo de la Revolución hasta el 2000. Tesis de diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.

Hernández, R. (2003): *Sin urna de cristal. Pensamiento y cultura en Cuba contemporánea*. "Sin urna de cristal. Notas al pensamiento cubano contemporáneo". La Habana: CIDCC Juan Marinello.

Padilla, A. (2011): Coordenadas de la práctica profesional de la Psicología en la Educación Especial en La Habana, desde el triunfo de la Revolución hasta la actualidad. Un análisis sistémico e histórico. ("Justo lo necesario para no perder el rumbo). Tesis de diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.

Roca, M. (2002): *Psicología Clínica. Una visión general*. La Habana: Félix Varela.

Roche, O. (2012): La práctica terapéutica desde una perspectiva Histórico-Cultural del desarrollo psicológico. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.

Rodríguez, J. (2011): Cuba, su economía y la Unión Soviética. *Revista Temas*, 68 (3) 1- 17. La Habana.

Viguera, A. (2008): La Historia de la Psicología cubana como discurso construido desde la práctica profesional. Proyecto de Tesis Doctoral. Dpto. de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

Zaldívar, D. (1987): Algunos problemas teóricos y metodológicos en el campo de la psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 4 (3).

INICIO Y DESARROLLO DEL ALCOHOLISMO

Armando Alonso Álvarez

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

Resumen

El artículo es el resultado de una investigación que tiene como objetivos: Obtener datos sociodemográficos de los alcohólicos estudiados y conocer el desarrollo del alcoholismo en ellos. Se utilizó una muestra intencional de 155 alcohólicos brasileros (105 consumidores y cincuenta abstinentes), de ambos sexos y entre veinte y setenta años, a los que se le realizaron entrevistas semiestructuradas. Se evidencian antecedentes familiares, comienzo temprano del alcoholismo, esfuerzos infructuosos de abandono, consecuencias negativas en diversas áreas, tratamientos diversos y tardíos, etc. Aparecen algunas diferencias en los indicadores entre alcohólicos abstinentes y consumidores.

Palabras claves: alcoholismo, inicio, desarrollo, consumo, abstinencia

Abstract

The article is the result of an investigation that has two objectives: Obtain socio demographics data of alcoholics and to know the development of the alcoholism in them. For it was used an intentional sample of 155 brazilian alcoholics (105 consumers and fifty abstinentes), of both sexes, between twenty and seventy years old, to whom were applied semi structured interviews. It was found: family antecedents, early beginning of alcoholism, fruitless efforts of abandonment, negative consequences in diverse areas, diverse and late treatments, etc. Some differences appear in the indicators among abstinent and consumers.

Key words: alcoholism, beginning, development, consume, abstinence

Introducción

Para los responsables de la elaboración de las políticas de intervención frente al alcohol, el objetivo es generar una conciencia social que permita la progresiva implantación de medidas hoy en día poco populares, ya que se concibe el alcohol, por muchas personas, como parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. Para los clínicos, al contrario, el propósito consiste en, utilizar las diversas técnicas y tratamientos disponibles. Desde una perspectiva científica, es esencial llevar a la población un mayor conocimiento de los riesgos asociados al consumo de bebidas alcohólicas. Esa capacidad solo existe cuando, antes de iniciar su consumo, siendo una persona menor de edad, disponga de la información suficiente sobre los riesgos y beneficios que se puede esperar de su conducta.

Como señala Pedreiro (2002), la tarea de la ciencia psicológica es comprender, explicar y anticiparse a las consecuencias no deseadas del comportamiento alcohólico. De alguna manera, la dependencia a las drogas ha sido, en las últimas décadas un ámbito para la comprensión de fenómenos cognitivos, emocionales y comportamentales que se entrelazan de formas muy diversas en una actividad compleja como la autoadministración de sustancias. Para los científicos sociales y de la salud, esta situación proporciona un campo de investigación e intervención muy importante.

Según Reinecker (1998), los intentos de análisis psicométrico, multidimensional del alcoholismo, revelan un cuadro altamente heterogéneo: las variables que acompañan el alcoholismo apuntan para la existencia de factores diversos, relacionados con la etiología, la personalidad, la historia del individuo, así como respuestas diversas ante los métodos terapéuticos, razón por la cual hablamos en la actualidad de etiología y evolución multifactoriales.

Para la Organización Mundial de la Salud OMS (citado por Elizondo, 1994), el alcoholismo es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su conducta, de modo que, en la mayor parte de las ocasiones, el afectado bebe de forma excesiva, desarrollando problemas en su salud, familia, trabajo y en sus relaciones sociales. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo de forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo.

Por último, Schuckit (1991) destaca que una vez que el diagnóstico de alcoholismo primario ha sido establecido, es posible estimar el pronóstico o curso natural de este. El alcohólico primario promedio, hombre o mujer, presenta el primer gran problema vinculado al alcohol al final de los veinte y comienzo de los treinta años, y la mayoría se presenta para tratamiento en el inicio de los treinta años, después de más de una década de dificultades. El alcohólico usual alterna períodos de abstinencia con períodos de abuso serio de alcohol.

Los estudios de seguimiento (recuperación y recaída) indican que alrededor del 20 a 30% de los pacientes consiguen la abstinencia (Gorski e cols., 1993; Gabbard, 1992; Schuckit, 1991).

Las consecuencias que produce la enfermedad afecta de inicio a la familia pero se expresa en la salud física y en todas las áreas de actuación de los sujetos (Martínez, 2009; Gonzalez, 2010; López, 2011)

Metodología

Es un **diseño** no experimental, descriptivo, longitudinal y cualitativo.

Objetivos

- 1) Obtener datos sociodemográficos de la muestra estudiada;
- 2) Obtener datos generales de la historia del alcoholismo.

Muestra

Está integrada por 155 sujetos, 105 que sufrieron recaídas o que se encontraban consumiendo de forma estable, y por cincuenta personas en abstinencia. Como criterios de inclusión utilizamos: 1) ambos sexos; 2) edad entre veinte y setenta años; 3) referencia del sujeto o institución de ser alcohólico; 4) existencia de daño biológico, psíquico y/o social producido por el alcohol; 5) pérdida de control ante el tóxico; 6) consentimiento informado.

Como criterios de exclusión: 1) presencia de trastornos psicóticos, retardo mental moderado a profundo o atención por otros trastornos; 2) presencia de estado de embriaguez; 3) no aceptar la evaluación.

El 82% de los sujetos presentaban solo alcoholismo y el 18% restante alcoholismo cruzado o mixto pero con predominio del uso de alcohol.

Los sujetos abstinentes proceden fundamentalmente de AA (76%) y de Puestos de Salud Familiar (14%). Los alcohólicos consumidores proceden de clínicas donde están internados (51,4%), Puestos de Salud Familiar (23,8%), AA (11,45) y Haciendas de Recuperación (10,5%). La pesquisa se desarrolló en la ciudad de San Juan del Rey, Minas Gerais, Brasil. (Alonso, 2007)

Técnicas

Entrevistas semiestructuradas. La primera tuvo como objetivo confirmar la existencia de alcoholismo y conocer si existía otra patología de base. La segunda consta de una guía de veinticuatro aspectos que indagan la historia del alcoholismo: causas y consecuencias del alcoholismo, edad de comienzo, de aumento y pérdida del control, tipo de tratamiento recibido, etc.

Procedimiento

Para la selección de los sujetos que recayeron y que están siendo tratados en clínicas o en otras instituciones de salud, fueron esperados cerca de diez días desde la fecha de su ingreso hasta que hayan sido eliminados los síntomas propios del síndrome de abstinencia. En el caso de los sujetos que frecuentan AA o que proceden de otro lugar, se consideró que su estado no interfiriera en la comprensión y comunicación para la realización de las entrevistas. Los sujetos abstinentes debían responder atendiendo a su historia pasada. A todos se les pidió su consentimiento y se les dijo que se estaba realizando una investigación para conocer el inicio y desarrollo del alcoholismo.

Analisis y discusión de resultados

A continuación se presentan las diferentes variables sociodemográficas que fueron objeto de análisis.

Con relación al sexo, el 85,8% eran hombres y el 14,2 % mujeres, siendo la relación 6/1. Cifras similares fueron encontradas en pesquisas desarrolladas en la misma ciudad (Alonso, 2010; Rezende y colaboradores, 2005).

Para Romo y Gil (2006), en las últimas décadas se observa un aumento progresivo del uso de sustancias "legales" entre las mujeres (tabaco, alcohol y psicofármacos). No obstante, existe una diferencia notable con el alcoholismo masculino.

La edad promedio de los sujetos fue 44,05. Esto coincide con otros estudios (Reinecker, 1988; Leal y García, 2004). Muchos alcohólicos no reconocen la necesidad de tratamiento y generalmente se presentan al tratamiento después de alcoholismo de años y decenios de duración.

Un análisis por grupos etáreos revela una curva normal, existiendo pocos jóvenes y pocos viejos, predominando el grupo treinta a cincuenta años.

Con relación al estado civil, se observa un predominio de sujetos solteros y separados / divorciados ligeramente mayor que los casados. No existe en las pesquisas realizadas un consenso en cuanto al predominio de un estado civil (Rezende y colaboradores, 2005, Fernández, 2006).

El análisis de la escolaridad mostró un bajo nivel para la muestra, donde el 54,8% no terminó la primaria y existe un 4,5% de analfabetos. Muy pocos alcanzaron un nivel superior (3,9%). La pesquisa de Rezende y colaboradores, (2004) confirma nuestros resultados ya que hubo un 60% con nivel primario.

Alonso y Sandoval (1997); Fernández (2006) en muestras cubanas encontraron un 84% y 100% respectivamente de sujetos con escolaridad de secundaria a superior. No obstante, es un poco más baja que la población no alcohólica.

Los sujetos alcohólicos al presentar antecedentes familiares de alcoholismo, por la falta de cohesión y comunicación en la familia, por las dificultades educativas y culturales de esta, que han afectado su desarrollo psíquico y hasta por el mismo comienzo temprano del alcoholismo en la adolescencia, tienen más posibilidad de presentar problemas de aprendizaje y bajo rendimiento, fracaso y abandono escolar (Díaz y Ferri, 2002).

En cuanto a la ocupación existe casi un 20% de desempleo, lo que puede ser expresión tanto del nivel ocupacional del país como de la propia condición de ser alcohólicos, ya que las personas son expulsadas por su estado o bien no se incorporan al trabajo. El 60,6% está empleado y el 14,7% jubilado. El 46% de las jubilaciones fueron como consecuencia del consumo de alcohol. Esto también evidencia los daños que ocasiona el alcoholismo.

Estos resultados coinciden con los de Leal y García (2004) quienes reportaron en alcohólicos que asistían a AA, 56% de empleados, 22,6% jubilados y 20,2% de desempleados.

Debe destacarse que las clases sociales más altas no frecuentan los tratamientos principales ofrecidos en la ciudad (Clínica no privada, Puestos de Salud, Alcohólicos Anónimos), de donde se seleccionó la muestra.

En correspondencia con la ocupación se expresa el salario. En el grupo el 51% tiene un salario mínimo o menos, o no tiene.

Con relación a las creencias, se observa una alta religiosidad en la muestra (91%), fundamentalmente en la religión católica.

En el 84% de la muestra hay antecedentes familiares de alcoholismo. Con relación al familiar consumidor se destaca el padre (54,1%), hermanos (34,8) y tíos (35,7%). La investigación de Correa y Pardo (2004) confirma nuestros resultados, donde había un 85% de antecedentes familiares, y un 35% de los sujetos tenían más de cinco familiares alcohólicos.

Según Furtado y colaboradores, (2002), González (2004), existe una elevada tasa de transmisión familiar. Los hijos de los alcohólicos presentan un riesgo cuatro o cinco veces mayor de convertirse en alcohólicos en la adultez, comparados con la población normal.

En cuanto a la convivencia de los sujetos, predomina la categoría vivir acompañado (a) en el 84,5% de los casos.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo se analiza la historia relacionada al alcoholismo, por la que pasaron los sujetos estudiados.

	Total	
	N=155	%
Diversión/Fiestas/Alegrarse	113	72,9
Influencia de amigos	42	27,1
Relajación/desinhibición	35	20,5
Elimina ansiedad/depresión /temores/inseguridad	23	14,8

Tabla 1 – Causa de inicio del alcoholismo

Las razones fundamentales de inicio se relacionan en primer lugar con la búsqueda de estados placenteros, la influencia de amigos y la eliminación de estados displacenteros.

	Total	
	N=155	%
Consumo de otra droga		
Sí	42	27,1
No	113	72,9
Droga de entrada	N=42	%
Alcohol	35	83,3
Otra droga	7	16,7

Tabla 2 - Consumo de otra droga y Droga de entrada

Con relación al consumo de otras drogas, encontramos que 1/4 de los alcohólicos consumieron otras drogas en su historia vital. Como afirma González (2004), el alcohol es la droga modelo y por eso la mayoría de sus características son generalizables a otras, sobre todo las que afectan el comportamiento. El 57% de los sujetos llevaban más de seis años consumiendo otras drogas, y en particular más de diez años de consumo, el 38,1%

	Total
Edad actual	44,05
Edad de inicio del consumo	15,10
Edad de aumento del consumo	22,97
Edad de pérdida del control	30,70
Años entre inicio y aumento	7,9
Años entre aumento y pérdida del control	7,7

Tabla 3 – Desarrollo del alcoholismo por edades promedio

Schuckit (1991) ofrece una tabla que llama historia natural del alcoholismo que coincide de manera general con el desarrollo que vimos en los alcohólicos de la muestra. Destaca también que la edad de la primera intoxicación es entre catorce y dieciocho años; la edad en que es experimentado un problema leve debido al alcohol es entre dieciocho y veinticinco; un problema grave, entre veintitrés y treinta y tres años; que la edad usual del inicio del tratamiento es a los cuarenta años; y que la edad usual de muerte acontece entre los cincuenta y cinco y sesenta años.

Al analizar los diferentes grupos de edades, observamos que el 57% de los sujetos bebieron un trago por primera vez antes de los quince años.

Carlini y colaboradores, (2002), en un levantamiento realizado en el 2001, en las 107 mayores ciudades de Brasil, encontraron la siguiente distribución en la población general, en cuanto al consumo estable de alcohol: en sujetos de doce a diecisiete años, 48% en general, en hombres 52,2 y en mujeres 44,7%.

Según diversos investigadores (Schuckit, 1991; LUZ 1996; Correa y Pardo, 2004; Soares, 2006) entre el 75 y el 90% de los adolescentes son bebedores al término de la escuela secundaria. El primer trago tiende a ocurrir entre los doce y quince años, y la primera experiencia de embriaguez a la mitad de la adolescencia.

De los adultos que habían comenzado a beber antes de los catorce años, el 47% se volvieron dependientes; mientras que entre los que iniciaron el consumo a partir de los veintiún años, el porcentaje de dependencia fue de 9% (Soares, 2006). Cualquier persona que comience a beber en edades tempranas, refuerza también el riesgo de inicio para el consumo de otras drogas (Acevedo, 2006).

Cifras de España revelan que a los catorce años ya habían consumido un 71,7%, a los dieciocho años un 95,2%, y que de cada cuatro jóvenes entre catorce y dieciocho años ya habían tenido conflictos sociales debido al consumo. En los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes entre once y catorce años ya se describen como consumidores habituales (Pascual, 2002).

La edad media de aumento en el consumo fue a los veintitrés años (ver tabla 2), pero ya la mitad de la muestra había aumentado el consumo antes de los veinte años.

Según Schuckit (1991), el primer problema importante vinculado al alcohol ocurre entre los dieciocho y veinticinco años (faltar a la escuela o al trabajo, pelea con un amigo, ser detenido una vez debido a manejar embriagado). Y afirma que entre los veinte y treinta años el alcohólico mantiene o aumenta su patrón de consumo. Fernández (2006) señala que el 88% de los sujetos habían aumentado el consumo antes de los treinta y dos años, todo lo cual coincide con nuestros resultados.

La edad media de pérdida de control ante el tóxico fue a los treinta años (ver tabla 2). Al considerar las diferentes edades en que se produce, vemos que ya se manifiesta en el 60% de los casos antes de los treinta años.

Para Fernández (2006) la diferencia entre beber en exceso y la pérdida de control demora hasta cinco años para un 40% de los sujetos y de seis a diez años para otro 40%.

Para Scuckit (1991) las tasas más elevadas de alcoholismo son vistas en hombres entre treinta y cincuenta años. La mayoría de los alcohólicos se presentan para tratamiento al inicio de la cuarta década. Si los problemas con el alcohol continúan, tiene probabilidad de morir quince años antes que la media de la población.

En cuanto al tipo de bebida consumida se destaca el amplio consumo de las bebidas destiladas (64,5%), en particular del aguardiente, fermentada (15,5%) y de ambas el 20%. En cuanto a la preferida la destilada (60%), aumentando la preferencia por la fermentada (31%).

En una muestra cubana de alcohólicos que recayeron también se observó la preferencia por las bebidas destiladas, en particular el ron (62%) frente a un 26% que prefería la cerveza (Fernández, 2006).

Con relación a con quien bebe preferentemente, el 66,4% refiere que en compañía, más con amigos, le sigue la familia y por último con la pareja. El 86,5% de los sujetos refieren tener amigos bebedores.

Al considerar el lugar donde se bebe o bebía, vemos que el bar constituye el lugar más utilizado (45,2%) para beber y, en segundo lugar, las casas (12,9%) y cualquier lugar (12,2%).

Los intentos de beber menos no obtuvieron éxito en el 81,8% de los casos. El 85% de los alcohólicos estudiados por Correa y Pardo (2004), en desintoxicación y en abstinencia, realizaron tentativas infructuosas de abandonar el consumo, y de ellos el 60% lo intentó más de diez veces.

En cuanto a la posibilidad de parar después del primer trago, el 90% de los sujetos son incapaces de hacerlo.

Parar de beber resultó imposible para los sujetos alcohólicos en el 92,6% de los casos. En pesquisa realizada por Fernández (2006), el 82% de los sujetos en recaída no eran capaces de dejar de beber cuando querían, dato que se comporta de forma similar a los obtenidos en la presente investigación.

Todos los sujetos dejaron de beber completamente dos veces como promedio (1,97). No obstante, lo esencial no es el número de veces que se abandona el consumo, sino la permanencia en la abstinencia. La historia de los alcohólicos muestra un proceso dinámico de recaída-abstinencia, siendo más cortos los períodos de abstinencia.

Tomando en cuenta las veces que dejaron de beber, por más de un mes, se encuentra que solo de una a dos veces está el 86,8 de los casos, mientras que de cuatro a más veces está el 18%, lo que explica la dificultad para la abstinencia.

El tiempo sin consumir varía en función de la composición de la muestra, donde hay abstinentes y consumidores. Hay un 66,7% que lo han logrado entre un mes y un año, mientras que un 43,3% lo han logrado por más de un año.

En cuanto a las consecuencias que produce el consumo de alcohol, encontramos diversas, entre ellas, las familiares, las laborales, las sociales, etc., ampliamente reportadas en la literatura (González y colaboradores, 2006; González, 2010; López, 2011).

	N=155	%
Sí	143	92,3
No	12	7,7

Tipo de problema:	Total (N=143)
Discusiones con pareja	87 (56,1%)

Separación de pareja	59 (38%)
Golpes a la pareja	25 (16,1%)
Discusiones con familia	60 (38,7%)
Discusiones con padres	16 (10,3%)
Desatención a familia	9 (5,8%)
Discusiones/golpes/ a hijos	28 (18%)
Familia preocupada	11 (7,1%)
Infidelidad	3 (1,9%)

Tabla 4 - Problemas familiares

Prácticamente todos los sujetos presentaron serios problemas familiares, siendo de naturaleza diferente, desde discusiones con la pareja, la familia y los hijos, hasta desatención de los problemas del hogar.

El alcoholismo está relacionado con infinidad de trastornos relacionales, incluyendo la violencia familiar, paternidad/maternidad inadecuada, disfunciones sexuales, discordias en general, así como un incremento de divorcio. El alcoholismo implica también una pesada carga económica para los alcohólicos y sus familias debido, a la falta de estabilidad en el trabajo y a los problemas legales causados por la adicción (Martín, 2002).

	N=155	%
Sí	102	65,8
No	53	34,2

Tipo de problema:	Total (N=102)
Sujetos despedidos	54 (34,8%)
Media de despidos	2,6
Ausencias	45 (29%)
Impuntualidades	26 (16,7%)
Ir embriagado	45 (29%)
Discusiones	4 (2,6%)
Desatención /falta de rendimiento	34 (21,9%)
Advertencias	12 (7,7%)

Tabla 5 - Problemas laborales

Se presentan consecuencias en el trabajo en dos tercios de la muestra. Al analizar el tipo de problema, encontramos que 37,8% de los alcohólicos fueron despedidos, debido a ausencias, impuntualidades, desatención al trabajo, etc. Otras investigaciones (González y colaboradores, 2006; González, 2010; López, 2011) han arrojado resultados similares.

	N=155	%
Sí	137	88,3
No	18	11,7
Tipo de problema:		
Total (N=155)		
Sujetos presos	33 (21,3%)	
Peleas en la calle	30 (19,3%)	
Discusiones/ dificultades serias de comunicación	127 (81,9%)	
Accidentes	20 (12,9%)	
Deudas /robo dinero	13 (8,4%)	

Tabla 6 – Problemas sociales

Se presentan también consecuencias psicosociales en una cantidad grande de sujetos, donde se destacan las discusiones y las dificultades en la comunicación, sobre todo con las personas no consumidoras así como conductas desviadas de las normas sociales como robos, peleas, accidentes, etc. Las discusiones y peleas en los bares y en las calles son las razones fundamentales que llevaron a la prisión. La media general de veces preso fue de 2,2 por sujeto. Fernández (2006) encontró en un 20% de los casos problemas con la justicia y un 66% en las relaciones interpersonales, cifras similares a la del autor.

El 48,4% de los alcohólicos fueron hospitalizados debido al consumo de alcohol. Las causas de ingreso son diversas, siendo las más frecuentes, recibir tratamiento en clínicas especializadas, trastornos psiquiátricos, golpes diversos, desmayos, úlcera, cirrosis hepática y desmayos. Es probable que hubieran más problemas de ingresos que el alcohólico no lo asociara a su consumo. Esto coincide con la pesquisa de Fernández (2006) quien encontró un 48% de sujetos que estuvieron hospitalizados por síntomas asociados al consumo excesivo.

En cuanto a la existencia de tratamientos anteriores para la dependencia, encontramos que aproximadamente la mitad lo recibió. Para aquellos que recibieron tratamiento la mayor frecuencia se observa en el uso de psicofármacos (33,3%) y el ingreso en clínicas especializadas (34,8%).

A la hora de valorar el tratamiento más efectivo, los sujetos incluyeron la participación en Alcohólicos Anónimos (47,2%), le siguen los psicofármacos (23,6%) y el ingreso en clínicas (13,5%).

Resulta más elevado el número de alcohólicos cubanos en recaída que recibió atención por especialistas, en comparación con los obtenidos en la presente investigación. La mayoría recibió psicoterapia de grupo y un 36% participó en Alcohólicos Anónimos. Los sujetos consideran la psicoterapia de grupo como el tratamiento más efectivo (Fernández, 2006).

El 73,5% de los sujetos había asistido a AA al menos en una ocasión. En la actualidad participa el 33,5% de los sujetos. La media de tiempo participando en AA es de 3,3 años. Este tiempo de participación se evidencia sobre todo en los sujetos abstinentes, cuya media de abstinencia es de 9,2 años.

Con relación a la efectividad de AA existen informes contradictorios. Massur (citado por Pinto de Queiroz, 1991) lo considera poco efectivo. Al contrario, Gabbard (1992) y Reinecker (1988), considera que el abordaje de AA ha sido altamente efectivo, ya que la abstinencia es alcanzada en un contexto interpersonal donde los alcohólicos pueden experimentar una comunidad preocupada y atenta de personas con el mismo sufrimiento. Sin embargo, la experiencia clínica, ha demostrado que los AA no son apropiados para todos los casos.

En cuanto a de quién depende la posibilidad de dejar de beber predominaron las respuestas de sí mismo (63,8%) y en segundo lugar de la familia y AA (25,8%).

En relación a la percepción futura vinculada al consumo, predomina la percepción positiva (61,3%), aunque no se debe subestimar la visión incierta o negativa en cuanto al futuro (25,8%). Algo diferente es la percepción o incluso el deseo, pero la realidad es que solo de un 20 a un 30% logra la abstinencia (Gorski y colaboradores, 1993).

Si bien no fue objetivo de la investigación encontramos entre consumidores y abstinentes algunas diferencias. El grupo que consume se caracteriza por: mayor cantidad de mujeres, menor número de casados, menor escolaridad, mayor desempleo y menor ingreso económico. La caracterización histórica también mostró algunos aspectos diferentes: los que consumen presentaron más problemas laborales, sociales y de salud, mayor consumo de otras drogas y de tratamiento por el alcoholismo. Comparativamente beben más de forma individual y tienen un menor número de amigos bebedores. Los que consumen consideran que AA no es el tratamiento más efectivo y presentan una expectativa pesimista e incierta del futuro.

Conclusiones

Se evidencia un comienzo temprano del consumo y un desarrollo hacia la dependencia, caracterizado por un proceso continuo de recaída abstinencia, con independencia de haber recibido tratamiento, el cual deteriora la salud física y mental de los sujetos, llevándolos a desajustes en las esferas familiar, social y laboral. Se encontraron algunas diferencias en las variables sociodemográficas e históricas entre los sujetos consumidores y abstinentes, lo que indica que cuando se caracteriza una muestra de alcohólicos, es preciso conocer las personas que la integran.

Bibliografía

- Acevedo, A. (2006): *Familia y alcohol*. En: www.colegiodelaensenanza.edu.co/cimu/trabajos/taller1alcohol.pdf. Obtenido: marzo 2007.
- Alonso, A. (2007): *Fatores de risco que favorecem a recaída. Uma proposta para sua prevenção*. Informe final de Pesquisa. Universidade Federal de São João del Rei. – FAPEMIG, Brasil.
- Alonso, A. (2010): *Epidemiología del alcoholismo: estudios socio- demográficos en una ciudad brasileira*. En: www.monografias.com/trabajos79/epidemiologia-alcoholismo-demografia. Obtenido 18 de febrero 2010.
- Alonso, A.; Sandoval, J. (1997): Estudio clínico psicológico de un grupo de alcohólicos primarios. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 14, no. 1: 83-94.
- Carlini, E.; Galduroz, J., Noto, A.; Nappo, S. (2002): *I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiología. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, São Paulo.
- Correa, L.E; Pardo, M.B. (2004): Avaliação de habilidades sociais em dependentes alcoólicos. *Boletim de Psicologia*, vol. LIV, no. 120: 87-104.
- Díaz, R.; Ferri, M.J. (2002): Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. En Monografía Alcohol. *Revista Adicciones*, vol. 14, suplemento 1: 353-373.
- Elizondo, J. (1994): Qué es el alcoholismo. *Revista Addictus*, no. 1 marzo/abril: 7-9.
- Fernández, S. (2006): *Factores de recaída en el alcoholismo. Una propuesta de tratamiento*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Furtado, E.; Laucht, M.; Schmidt, M. (2002): Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 29 (2): 71-80.
- Gabbard, G. (1992): *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gorski, T. T., Kelley, J. M., & Havens, L. (1993): *Overviews of addiction relapse and relapse prevention*. In: Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender (An executive briefing) (Technical Assistance Publication Series 8). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

- González, R.; Ávila, A.; Durán, J.; Inufio, E.; Vázquez, A.; Martínez, N. (2006): El dependiente alcohólico a los 5, 12 y 20 años del egreso. Curvas evolutivas y repercusión psicosocial *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 3(2).
- González, R. (2004): *Alcoholismo. Abordaje integral*. Santiago de Cuba: Oriente.
- _____. (2010): *Caracterización de la proyección socio laboral en sujetos alcohólicos*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Leal, F.; García, Ma. L. (2004): Perfil dos membros de Alcoólicos Anônimos na Grande Vitória, Espírito Santo. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, vol. 53 (6): 369-380.
- López, J. (2011): *Estudio de las diferentes áreas de vida de sujetos alcohólicos*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Luz, Ernani (1996): *Álcool: uso nocivo e dependência*. Em: Rotinas em Psiquiatria. José G.V. Taborda, Pedro Prado-Lima e Ellis D' Arrigo Busnello. Porto Alegre: Artes Médicas: 83-99.
- Martín, L. J. (2002): Tratamientos psicológicos. En: Monografía Alcohol, *Rev. Adicciones*, Suplemento 1: 409-420.
- Martínez, Y. (2009): *Estudio de la dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Pascual, P. (2002): Percepción del alcohol entre los jóvenes. En: Monografía Alcohol. *Rev. Adicciones*, vol. 14, suplemento 1.
- Pedreiro, J. (2002): *Atribuciones en drogodependencias*. En: www.psicologia.com, vol. 6, no. 2, julio.
- Pinto de Queiroz, J. (1991): *Função, disfunção e controle da mente humana. Fundamentos de Psiquiatria para a clínica diária*. Salvador, Bahia: Universitária Americana.
- Reinecker, H. (1988): *Alcoolismo*. Em: Harald W. Lettner e Bernard D. Range. Manual de Psicoterapia Comportamental, Ed. Manole Ltda: 94-103.
- Rezende, G., Amaral, V.; Bandeira, M.; Gomide, A.; Andrade, E. (2005): Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (4): 211-217.
- Romo, N.; Gil, E. (2006): Género y uso de drogas. De la legalidad a la ilegalidad para enfrentar el malestar. *Revista Trastornos Adictivos*, vol. 8, no. 4: 243-250.
- Schuckit, M. (1991): *Abuso de Álcool e Drogas. Uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soares, R. (2006): Inimigo íntimo. *Revista Veja*, 6 de dezembro, Brasil.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA ESCOLARES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES

Grettel Batista Ramón

*Centro de Diagnóstico y Orientación. Municipio Diez de Octubre.
La Habana, Cuba.*

Resumen

Este artículo propone un proyecto de intervención psicoterapéutica para escolares con trastornos del comportamiento y de las emociones. Es una investigación realizada como respuesta a una demanda de la Escuela de Conducta (Tipo I): Nueva Juventud. Esta institución solicitaba a la Facultad de Psicología, nuestras estrategias de intervención para el trabajo con sus escolares. Para su diseño, se realizó la caracterización psicológica y psicopatológica de doce de los estudiantes matriculados en esta escuela en el curso 2011-2012; y la determinación de sus necesidades terapéuticas. Se realizó un estudio transversal, no experimental y descriptivo, apoyado en la metodología cualitativa y el método clínico.

Palabras clave: trastornos del comportamiento y de las emociones, intervención psicoterapéutica, necesidades terapéuticas.

Abstract

This article suggests a psychotherapeutic intervention project for schoolchild with behavior and emotional disorders. It is a research fulfilled to answer a demand of Nueva Juventud Behavior School (Type I). This institute requested to the Psychology University, new intervention strategies for the work with their schoolchild. For its design, it was fulfilled the psychopathologic and psychological portrayal of twelve of the enrolled students in this school in the 2011-2012 course; and the decision of their therapeutic needs. It was fulfilled a transverse, non-experimental and descriptive study, supported in the qualitative methodology and the clinical method.

Key words: behavior and emotional disorders, psychotherapeutic intervention, therapeutic needs.

Introducción

Los trastornos del comportamiento y las emociones constituyen uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en las consultas infantiles. El Departamento de Sanidad de Estados Unidos estima que estas cifras equivalen a catorce millones de menores (García, A., 2013b). En Cuba, entre el tres y el cinco por ciento presenta TDAH (coincidente con la incidencia mundial); y entre el uno y 10%, Trastorno disocial (De la Peña, F., 2003).

El cuadro clínico puede persistir con una prevalencia del tres al seis por ciento en la población general (Roizblatt, A., Bustamante, F., y Bacigalupo, F., 2003). Cuando es de inicio infantil, habrá mayor posibilidad de continuidad psicopatológica en el 75% de los casos (Rodríguez, J., 2000).

En Cuba, antes del triunfo revolucionario, este tipo de trastorno se abordaba a partir del internamiento de estos menores en instituciones prácticamente carcelarias, donde recibían un “tratamiento” basado en castigos físicos y en la explotación. Después de 1959, se ha avanzado hacia una intervención que considera las posibilidades de su desarrollo psicológico y su reinserción social.

Un primer paso para ello lo constituye la evaluación de estos niños. En nuestro país, estos son evaluados por el Centro de Diagnóstico y Orientación (CDO), el Centro de Evaluación, Análisis y Orientación de Menores (CEAOM) y el Centro de Atención a Menores (CAM) para ser ubicados en la enseñanza especial y, de esta manera, recibir atención acorde a sus particularidades diagnósticas. No obstante, este proceso evaluativo es, en ocasiones, deficiente; lo que tributa a que no se elaboren las estrategias de intervención más eficaces que permitan la adecuada reintegración de estos escolares a la sociedad.

Estas dificultades repercuten en el proceso de reincorporación a la enseñanza general, pues estos menores salen de las escuelas especiales en el período establecido, sin haber superado las manifestaciones que provocaron su ingreso en estas instituciones. Los maestros y demás especialistas sienten que las estrategias que emplean en su accionar cotidiano no están siendo lo suficientemente efectivas.

Debido a la escasez de investigaciones sobre nuevas prácticas clínicas para esta población, este trabajo (que constituye la Tesis de Diploma de la autora) tuvo como objetivo general *diseñar un proyecto de intervención psicoterapéutica para los estudiantes de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I, Nueva Juventud, con vistas a su reincorporación social.*

Si bien se han realizado tesis en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, que han diseñado e implementado programas de intervención psicoterapéuticas dirigidos a las poblaciones infantiles, estas no se han dirigido hacia los trastornos del comportamiento. De ahí la importancia de nuestro estudio.

Para este trabajo incluimos técnicas creativas y psicomotoras, pues constituyen poderosas herramientas de la psicoterapia infantil en su modalidad grupal. Posibilitan, de un modo más accesible al niño y como alternativa al lenguaje verbal, la expresión y canalización de emociones, el fortalecimiento de la autoestima y la atención, el entrenamiento en habilidades sociales, y la disminución de problemas motores.

Los principales resultados de esta investigación tuvieron su salida en un proyecto de intervención psicoterapéutica dirigido a los menores con trastornos del comportamiento y de las emociones. No solo constituye un aporte a la investigación sobre las técnicas que pueden emplearse en la psicoterapia grupal para el tratamiento de poblaciones infantiles; sino que tributó a la formación de los especialistas del centro estudiado y de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I: Seguidores de Camilo.

Metodología

Para esta investigación se empleó una metodología cualitativa, y algunos métodos cuantitativos. Se utilizó el método clínico y la investigación-acción para la descripción holística de las características psicológicas y psicopatológicas de los escolares del grupo de estudio, y el diseño del proyecto de intervención psicoterapéutica para ellos. Fue una investigación transversal, no experimental y descriptiva.

El grupo de estudio fue seleccionado de manera intencional. Lo integraron doce de los quince estudiantes de tercero hasta quinto grado que estaban matriculados en el centro estudiado, en el curso 2011-2012. La totalidad fueron varones con edades comprendidas entre los ocho y doce años. Se excluyeron del estudio a tres menores porque estaban en proceso inmediato de reincorporación a la enseñanza general, o porque no asistían al centro con sistematicidad.

Las técnicas e instrumentos se emplearon en la investigación en diferentes momentos. En la fase de confección teórica, se aplicó una entrevista semiestructurada al Dr. René Vega Vega. En la fase de Análisis de los resultados, se aplicaron el Dibujo infantil (en el cual se consideraron además los distrazos y subgrafismos), el Completamiento de frases de Rotter (infantil), los Tres deseos, tres miedos y tres rabias, la Entrevista socio-psicológica, y la Observación. En la fase de Diseño del proyecto de intervención psicoterapéutica, se emplearon técnicas creativas y psicomotoras. Por último, como parte del Taller metodológico, se realizó un resumen de las técnicas que los

especialistas pueden emplear con los menores en función de sus necesidades terapéuticas (todas ellas recogidas en el proyecto).

El Análisis de los resultados se realizó en función de los objetivos específicos. Primero se realizó la caracterización psicológica y psicopatológica de los estudiantes, se determinaron sus necesidades terapéuticas, se diseñó el proyecto de intervención psicoterapéutica, y se diseñó e implementó el taller metodológico con los especialistas.

Resultados

El diseño de un proyecto de intervención psicoterapéutica, para cualquier población, es un proceso que debe tener en cuenta múltiples factores para poder lograr ser efectivo. Existe en la actualidad la tendencia de generalizar en exceso nuestras estrategias de intervención: "si una psicoterapia es eficaz para estos niños, lo será para todos". Pero la realidad es bien diferente a esta utopía. Antes de intervenir, tenemos que lograr caracterizar a profundidad a nuestros niños, ver sus especificidades, ver sus potencialidades y aquello en lo que debemos focalizar la atención para poder potenciar su desarrollo psicológico.

Tomando en consideración estos aspectos, el análisis de los resultados parte, inicialmente, de la caracterización psicológica y psicopatológica de los alumnos estudiados:

Caracterización psicológica

Para la caracterización psicológica, se consideraron los defectos primarios y secundarios de los escolares de la investigación, es decir, las afectaciones en las esferas afectivo-volitiva y cognoscitiva, en el aprendizaje y en las relaciones interpersonales.

Como parte de la **esfera cognoscitiva**, el 100% tiene afectaciones en la *atención*. Este proceso constituye uno de los mecanismos psicológicos que se encuentra más afectado en los menores con trastornos de conducta. Por tanto, estos niños se alejan de la norma para la edad de acuerdo a la atención.

El 33% tiene afectada la *memoria*, por lo que la mayor parte de los niños está funcionando acorde a lo esperado para la edad, en la que aumenta el volumen de retención y la rapidez de la fijación (Domínguez, L., 2007). A los niños con dificultades en este proceso, les cuesta reproducir y conservar adecuadamente los contenidos recibidos. No se les hacen interesantes y necesarios. En el 8% de los casos se pone de manifiesto el olvido del nombre de objetos comunes, lo que constituye una alteración amnésica del hallazgo de la palabra según Rorschach.

El 83% tiene dificultades en la fluidez del *pensamiento*: este es más bien rígido, superficial, desorganizado, poco reflexivo, y la generalización es muy pobre. Exceptuando dos niños que tienen un *intelecto* superior a la media, el resto funciona entre el nivel normal bajo y el término medio.

Las afectaciones en el **lenguaje** (67%) inciden en la comunicación interpersonal, la adquisición de los conocimientos y la regulación de la conducta social. El 58% presenta dislalia. Por otra parte, el vocabulario es pobre para la edad, la redacción tiene muchos errores y el 50% tiene coprolalia.

En cuanto a la **esfera afectivo-volitiva**, vemos que estos niños se han desarrollado en ambientes familiares con conflictos constantes, que emplean la violencia física y psicológica como método educativo, y que los educan con normas que se alejan de las aprobadas por la sociedad. Es por ello que la *necesidad de afecto* (92%) emerge como una de las más demandantes, planteándose por los sujetos como satisfecha; pero pudiera constituir un deseo más que una realidad de vida.

Por otra parte, la *necesidad de recreación y esparcimiento* (92%) queda satisfecha a partir de los juegos con los coetáneos. Aunque el juego deja de ser la actividad rectora en la etapa escolar, esta posee aún un espacio importante en la vida de estos niños, pues posibilita que la esfera moral se desarrolle. No obstante, hay que tener en cuenta que se relacionan, en gran parte del día, con niños que tienen similares problemas conductuales, lo que repercute negativamente en su formación moral.

La *necesidad de autorrealización* (83%) está presente a partir del enunciado de algunas profesiones que quisieran desempeñar en el futuro. No obstante, aún estos proyectos futuros no se encuentran estructurados del todo.

La *baja autoestima* (58%) y el *sentir que no pueden rendir acorde a lo que se les exige* (50%) son características que los definen como consecuencia de las constantes críticas y del rechazo de la sociedad. En esta investigación, esto se relaciona con sus necesidades de autorrealización, ya que son niños que tratan de no hacer visible este modo de sentir, y lo intentan por medio de trazarse planes que, al menos por el momento, son inalcanzables y no regulan su conducta, teniendo en cuenta su desarrollo actual y sus problemas en el aprendizaje.

Las *emociones* presentes en estos niños son: temor (a la oscuridad, a ser golpeados o a que golpeen a seres queridos, a quedarse encerrados, a determinados animales...), depresión, tristeza, angustia, llanto, irritabilidad, ira, y alegría.

Desde edades tempranas vivencian vínculos conflictivos en su hogar. Son estas influencias negativas las que tienden a reproducir en su vínculo con los otros, ya que el 92% tiene dificultades en las **relaciones interpersonales**: son poco sociables, testarudos, agreden física y verbalmente, no logran relaciones de verdadera camaradería, son irrespetuosos con los adultos, no acatan la autoridad a pesar de que consideran al maestro como figura admirada, son opositoristas y rebeldes, dominan a los demás, y culpan a sus coetáneos de los errores que cometen.

Como **actitudes y acontecimientos potencialmente psicopatógenos** que inciden en su desarrollo están el maltrato, los conflictos, la sobreprotección, la rigidez y el autoritarismo, la permisividad, los conflictos alrededor de la crianza del niño, el divorcio, y la pérdida física o emocional por ausencia de madre o padre.

El proceso de **aprendizaje** se ve afectado como defecto secundario a las afectaciones en la esfera afectivo-volitiva. El 58% presenta bajos resultados, problemas ortográficos, lenguaje escrito incoherente por la escritura en bloque o silábica, lectura lenta, problemas en la caligrafía (también por las dificultades en el control muscular), no dominio de las cuatro operaciones básicas de cálculo, y repeticiones de curso.

No se interesan por asistir a clases, tienen baja motivación hacia el estudio; además los continuos fracasos van dañando su autoestima, por lo que sienten que no pueden rendir acorde a lo que se les exige. Ante ello reaccionan con hiperactividad, distractibilidad, olvido de los contenidos recibidos, no realización de las tareas orientadas y poco cuidado de los materiales de estudio. En este rendimiento influyen las dificultades en la esfera cognoscitiva, su conducta disocial y el mal manejo familiar.

Con relación al área escolar, vemos que el 50% desea **transitar** a la enseñanza general. Es una aspiración muy demandante.

Caracterización psicopatológica

Los diagnósticos psicopatológicos del grupo de estudio son los siguientes:

El 100% tiene *F91.8 Trastorno disocial*: inician peleas físicas con sus coetáneos (100%), amenazan o intimidan a los otros (92%); amenazan a menudo con suicidarse (8%), lo que se acompaña de perretas para obtener determinada ganancia; han destruido a propósito la propiedad social y también sus propias pertenencias (92%); han hurtado pertenencias de sus compañeros y, si son descubiertos, culpabilizan a los otros de habérselas puesto en la mochila (17%). El 42% permanece fuera de su casa por las noches a pesar de las prohibiciones de sus padres, para vender y comprar objetos, deambular, y reunirse con amigos mayores de la comunidad.

El 25% tiene *F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*. Se les dificulta mantener su *atención*, pues parecen no escuchar cuando se les habla directamente (33%), les cuesta dedicarse a tareas que requieren de un esfuerzo mental sostenido (33%), no finalizan las tareas escolares (67%), se distraen por estímulos irrelevantes (100%) y no mantienen la atención en actividades lúdicas (33%). En cuanto a la *hiperactividad*, se paran de su asiento en la clase cuando

aún no ha sido permitido (100%), hablan en exceso (33%), se mueven en el asiento (67%), y están siempre “en marcha” (67%). La *impulsividad* se manifiesta a partir de que interrumpen las conversaciones o actividades de los otros (67%), y precipitan respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas (67%).

Estos tres niños que tienen diagnóstico de *F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*; tienen asociado además un *F91.8 Trastorno disocial*, presentando la sintomatología referida con anterioridad para estos casos. El 67% de ellos se asocia a un *F91.3 Trastorno negativista desafiante*, siendo este el diagnóstico del 25% del grupo de estudio. Tienen perretas (60%), desafían a los adultos o se rehúsan a cumplir con las orientaciones de estos (80%), discuten con los adultos (40%), molestan a los compañeros en las clases (100%), son fácilmente molestados o burlados por los otros (60%), son coléricos y resentidos (40%), y acusan a los demás de sus errores o de su comportamiento desajustado (40%).

El otro escolar con diagnóstico de *F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*; tiene asociado un *F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados*, siendo este un trastorno presente en otro 42%, para un total del 50% del grupo de estudio. Además de las manifestaciones disociales mencionadas, son niños con la particularidad de que tienen ausencia de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con sus compañeros pues, o bien no existen vínculos afectivos recíprocos con estos, o las relaciones interpersonales se limitan a las amenazas, la resistencia a la autoridad, la agresividad y a involucrarse en peleas excesivas.

Un escolar (8%) tiene diagnóstico de *F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación*. Además de las manifestaciones disociales descritas, llora sin motivo, tiene perretas sin un motivo aparente, presenta una angustia que lo paraliza, se ríe solo y habla consigo mismo en el puesto de trabajo, cortando papeles en pedacitos.

En general, no se observan marcadas diferencias entre las manifestaciones y síntomas de los diagnósticos encontrados; a excepción del niño con Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

Necesidades terapéuticas del grupo de estudio

A partir de la caracterización psicológica y psicopatológica del grupo de estudio, se determinaron sus siguientes necesidades terapéuticas, es decir, todas aquellas carencias que se deben tener en cuenta para incidir en la disminución del displacer o las afectaciones de los procesos psicológicos y psicopatológicos de un sujeto determinado. Estas son:

1. Atención y concentración.
2. Canalización de la ansiedad
3. Entrenamiento de la motricidad.
4. Fortalecimiento de la autoestima
5. Entrenamiento en habilidades sociales:
 - 5.1 Control de la ira y los impulsos.
 - 5.2 Identificación de normas de convivencia y respeto a estas.
 - 5.3 Tolerancia a la frustración.
 - 5.4 Entrenamiento de la flexibilidad.

Estas necesidades rigieron toda la investigación, funcionando como ejes conductores del diseño del proyecto de intervención psicoterapéutica que se presenta a continuación. El Taller para los maestros tuvo, como objetivo general, familiarizar a los especialistas del centro con los recursos psicoterapéuticos necesarios para la potenciación del desarrollo de sus estudiantes.

Proyecto de intervención psicoterapéutica (1)

Objetivo general: Disminuir las dificultades del comportamiento y de las emociones que presentan los alumnos de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I Nueva Juventud.

Temas de las Sesiones:

1. Encuadre y evaluación inicial
2. Mi familia
3. Mi familia es diferente
4. Espacios y límites
5. Control de la ira y los impulsos, tolerancia, flexibilidad
6. Desarrollo de la autoestima
7. Lo que más me molesta, lo que me disgusta

Relación de Técnicas por Sesión:

	Objetivos	Caldeamiento	Desarrollo	Cierre
1	Realizar el encuadre del grupo. Realizar la evaluación inicial de los miembros del grupo. Entrenar habilidades sociales.	“¡A caminar para relajar!”	Encuadre “La pelota caliente”. Composición. Papelógrafo grupal.	“Completando rostros”.
2	Canalizar la ansiedad. Fortalecer atención y concentración. Entrenar habilidades sociales. Entrenar la motricidad.	Cadena de nombres.	Picado y amasado del barro. Elaboración de figuras (tema “Mi familia”). Construcción de una historia grupal.	Ejercicio específico de grafoterapia “Incrementar la espontaneidad”.
3	Canalizar la ansiedad. Fortalecer atención y concentración. Entrenar habilidades sociales. Entrenar la motricidad. Desarrollar la autoestima.	Escultor y estatua.	Reparado y animado de las piezas de barro. Construcción de una nueva historia grupal. Te voy a decir.	El caracol familiar.

4	Evaluar la evolución del grupo. Entrenar habilidades sociales.	“El ciego y el lazarillo”.	Papelógrafo grupal. “Los árboles”.	Ejercicio específico de grafoterapia “Espacios y límites”.
5	Entrenar habilidades sociales. Fortalecer atención y concentración.	“Ejercicio de resistencia”.	Teatro con títeres “Mal carácter”. “Mi títere no se pone bravo”.	Ejercicio específico de grafoterapia “Control de impulsos”. “Adiós con la mímica”.
6	Entrenar habilidades sociales. Desarrollar la autoestima. Fortalecer atención y concentración. Canalizar la ansiedad.	“Partes del cuerpo”.	Juegos de ritmo y color: pintura dactilar. Este soy yo.	“Mi cuerpo se despide”.
7	Canalizar la ansiedad. Fortalecer atención y concentración. Entrenar la motricidad. Entrenar habilidades sociales.	El rincón de la ira.	Elaboración de figuras (tema “Para espantar lo que más me molesta”). Construcción de una historia grupal.	“Lo bueno, lo bello, lo que amo”.
8	Evaluar la evolución del grupo. Fortalecer atención y concentración. Canalizar la ansiedad. Entrenar habilidades sociales.	“El objeto imaginario”.	Papelógrafo grupal. Juegos de ritmo y color: pintura dactilar.	“Este soy yo este era yo”. Abrazo grupal.

Discusión

El Trastorno disocial estuvo presente en todo el grupo. Un sujeto tiene Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación, y el 25% un TDAH tipo combinado, con comorbilidad con un subtipo de Trastorno disocial. El género masculino tiene prevalencia (toda la población es de varones). Las pautas diagnósticas se correspondieron con las descritas en el DSM-IV (APA, 2003) y CIE-10 (OMS, 1989).

El defecto primario en estos trastornos lo constituyeron las alteraciones en la esfera afectivo-volitiva. Las emociones más frecuentes fueron la ira, irritabilidad, angustia, ansiedad, temor y cólera. Los menores estudiados son impulsivos: interrumpen las actividades y conversaciones de los otros, y se precipitan a dar respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas (coincidente con lo referido por la APA (2003) para niños con TDAH); lo cual fue evidente en sus representaciones gráficas.

No planifican sus acciones, ni tienen en cuenta las consecuencias de estas: su actividad voluntaria se queda en la fase de la necesidad de hacer, pero no se transforma en interés (Fontes, O. y Pupo, M., 2006). Esta característica podría explicar el pobre autocontrol de su conducta (contrario a lo esperado para la edad), además de su baja tolerancia a la frustración. En ocasiones, se trazan metas (incluso proyectos futuros por su necesidad de autorrealización) que no pueden realizar, pues no consideran sus posibilidades reales. Por esto su deseo solo se queda en la necesidad, y es lo que produce irritabilidad y frustración al no poder cumplir con lo planeado.

La autovaloración tiene un pobre desarrollo; a pesar de que se espera que se torne más objetiva por la experiencia acumulada (Domínguez, L., 2007). La autoestima es baja y sienten que no pueden rendir acorde a lo que se les exige. En esto el adulto juega un papel fundamental, pues los niños conductuales suelen ser rechazados por la sociedad, y el criterio del adulto será decisivo para su adecuado desarrollo psicológico. Este rechazo es percibido por estos menores, ante lo que responden con la necesidad altamente demandante de transitar a la enseñanza general para poder ser “normales”.

Como defecto secundario aparecieron dificultades en las relaciones interpersonales. En esta investigación, coincidente con la literatura, muchos de los problemas se relacionaron con situaciones familiares inadecuadas (Quiroga, S. y Cryan, G., 2009). Todas las familias son disfuncionales. Los niños establecen vivencias negativas en relación a estas figuras, que exteriorizan por medio de un comportamiento disocial. Estas familias, en su mayoría, no están de acuerdo con el diagnóstico de sus hijos y justifican sus comportamientos. Esto puede deberse a que las conductas disociales no son visibilizadas como un problema, sino que constituyen una condición aceptada porque forma parte de su cotidiano de vida: en estas hay antecedentes penales, y APF de trastorno disocial (50%), problemas psiquiátricos y desajuste emocional (33%).

Como actitudes y acontecimientos potencialmente psicopatógenos en el ámbito familiar, encontramos sobreprotección, permisividad, conflictos o divorcio de los padres, maltrato –físico y verbal– como método educativo cotidiano, rigidez y autoritarismo de los padres, pérdida física o emocional por ausencia de los padres, y conflictos alrededor de la crianza del niño. Traen como consecuencia, según García, A. (2011b), limitaciones en la socialización, dificultades para controlar la ansiedad y el temor, inseguridad, inhibición emocional, rebeldía, baja tolerancia a la frustración, dificultad para el establecimiento de normas y valores morales, y problemas conductuales; lo cual se observa también en los protagonistas de esta investigación y repercute en sus dificultades en las relaciones interpersonales en otras esferas de actuación.

La necesidad de afecto es la más demandante dentro de la jerarquía motivacional, y para ellos se satisface a partir de los vínculos con sus familiares. Sin embargo, consideramos que constituye más bien un deseo y no una realidad de vida, pues a pesar de que quieren a sus familiares, estos menores son víctimas de conflictos, además de maltrato físico y psicológico por parte de estas figuras.

Estas familias, aunque cumplen con su función económica según lo referido en el expediente escolar, presentan grandes problemas en sus responsabilidades educativas. El vínculo hogar-escuela es deficiente. Tampoco garantizan el cumplimiento del tratamiento médico indicado por los especialistas.

Existe falta de correspondencia entre la percepción que tienen de sus maestros, y cómo se comportan con ellos. Los describen con atributos positivos (como bueno y lindo). Esto es esperado para la edad, ya que esta figura es admirada hasta aproximadamente el cuarto grado (Domínguez, L., 2007). Sin embargo, las relaciones con estos se basan en negativismo, hostilidad, oposición, desafío, agresividad física y verbal, y resistencia a la autoridad. Este resultado, en apariencia contradictorio, puede explicarse por dos motivos: 1) pueden existir figuras atractivas para el menor que lo “obliguen” a mantenerse en el proceso educativo; y 2) el vínculo primario de autoridad está dañado porque algunos familiares están ausentes o presentes-ausentes.

Estas conductas se expresan mediante la falta de hábitos de conducción dentro del aula, muchos de los que se explican también por su hiperactividad: abandonan el asiento o se remueven en él, están

en marcha, hablan en exceso, y maltratan la propiedad social. No obstante, reconocen su indisciplina y tienen preocupación por el cambio; lo cual no necesariamente se deba a la interiorización de este comportamiento desajustado, sino a los continuos llamados de atención realizados por sus profesores.

El grupo escolar constituye uno de los espacios en los que satisfacen necesidades afectivas y cognoscitivas, y donde asimilan las normas (Domínguez, L., 2007). A pesar de que el juego deja de ser la actividad rectora de este período, las necesidades recreativas ocupan un lugar importante en la jerarquía motivacional, y se satisfacen con los coetáneos. Aunque esto posibilita el desarrollo de la esfera moral, debe recordarse que se relacionan con otros que tienen similares problemas conductuales, lo que repercute negativamente en su formación moral. Podría ser una de las causas de los conflictos entre ellos, de las agresiones físicas, de las ofensas por medio de palabras soeces (coprolalia), del rechazo grupal y del escaso establecimiento de relaciones.

Las dificultades en el lenguaje repercuten en la comunicación, la planificación y control de las actividades, y la adquisición de conocimientos (Fontes, O. y Pupo, M., 2006). Para su edad, utilizan un vocabulario pobre y tienen dislalia. Consideramos que estas afectaciones se han producido debido a la poca estimulación recibida en el hogar.

Todas estas dificultades en la comunicación social se expresaron en el dibujo infantil: a pesar de que tienen la capacidad de planear lo que desean expresar y de dar respuestas emocionales adecuadas y con la acometividad suficiente ante los estímulos; con relación al concepto de lo humano tienen problemas para expresarse, son rígidos, y sienten desprecio, desagrado, molestia profunda hacia este tipo de representaciones. Además, cuando dibujan el sol y las casas, disminuye la energía a partir de la presencia de atascos energéticos.

Como defecto secundario, también aparecen dificultades en la esfera cognoscitiva. El pensamiento, aunque es normal porque se corresponde con sus vivencias, está afectado (Fontes, O. y Pupo, M., 2006): es coherente pero poco flexible y reflexivo, con dificultades para relacionar con lógica los elementos, y con problemas para la formación de conceptos. Aún las abstracciones y generalizaciones son poco profundas.

Al contrario de lo que sucede con los niños de la norma (en los que aumenta el volumen y la capacidad de concentración de la atención), se les dificulta mantener su atención en las actividades. Se distraen por estímulos irrelevantes, les cuesta dedicarse a tareas que impliquen un esfuerzo mental sostenido. Son hiperactivos y no siguen instrucciones (lo que se corresponde con la distractibilidad según la APA, 2003).

La distractibilidad repercute en la memoria, pues dificulta captar las estimulaciones del medio que serán reproducidas (Fontes, O. y Pupo, M., 2006). Aunque la mayoría de los niños está funcionando acorde a la edad, donde aumenta el volumen de la retención y la rapidez de la fijación (Domínguez, L., 2007), en algunos hay problemas para reproducir y conservar los contenidos recibidos. Una de las causas de este resultado, además de la distractibilidad y la baja estimulación recibida, es que los menores con trastorno de la conducta tienen baja motivación e interés por la actividad docente.

Como otro defecto secundario aparecieron las dificultades en el aprendizaje. En estas influyen sus problemas cognitivos y la baja preocupación familiar por su desempeño académico. Estos niños no reconocen estas dificultades, lo que podría explicarse porque, al ser rechazados por la sociedad por estar en una escuela de conducta, tratan de suplir los daños en la autoestima negando las deficiencias que los hagan concordar con el modelo de "incapacidad" que se le asocia a los disociales. Según Bozhovich (1976), muchos rinden por debajo de sus posibilidades intelectuales porque temen fracasar, son indiferentes hacia sus propios éxitos, o sienten rechazo por el estudio.

En los niños con alteraciones psicológicas el dibujo se desvía del desarrollo gráfico normal (García, A., 2011b). En este caso, los indicadores presentes tienen variaciones conforme a lo encontrado por la autora, lo que se traduce en: dificultades para el control de los impulsos y el respeto a los límites, necesidad de comunicar a los otros, rigidez del pensamiento, dificultad para expresar las emociones

ante los estímulos del entorno (relacionado con el concepto de lo humano), dificultades atencionales y poca flexibilidad, tendencia a la impulsividad, y la acometividad para ejecutar las acciones encaminadas a la satisfacción de sus principales necesidades y motivos.

Conclusiones

Como parte de esta investigación, podemos afirmar que:

1. Resulta necesario diseñar los proyectos de intervención en función de las necesidades terapéuticas de cada menor.
2. La reincorporación de los menores a la enseñanza general debe realizarse solo cuando estos hayan superado las dificultades que lo llevaron a estar en una Escuela de Conducta; y, cuando tanto ellos como las instituciones que los reciben, tengan la preparación adecuada para ello.
3. Dado que el espacio familiar es uno de los que más afecta el desarrollo de estos menores, debe lograrse el aumento del vínculo hogar-escuela y, con ello, preparar a los padres para lograr el adecuado intercambio con sus hijos.

Bibliografía

Allen, F. (1945): *Psicoterapia Infantil*. Argentina: Rosario.

Álvarez, L. M, Rodríguez, W. y Moreno, M. A. (2003): Evaluación neurocognoscitiva del trastorno por déficit de atención con hiperactividad [versión electrónica]. *Perspectivas psicológicas*, 3 (4), 83-90. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1992-46902003000100009&script=sci_arttext

American Psychiatric Association (2003): *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. [versión electrónica]. Texto revisado. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Amescua, G. (1997): *La magia de los niños*. La Habana: Academia.

Benjumea, P. & Mojarro, M. D. (2000): Trastornos de conducta. Los comportamientos disociales. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. En Rodríguez, J., *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos* (243-251) Madrid: Pirámide.

_____ (2000): Trastorno hiperactivo. Clínica. Comorbilidad. Diagnóstico. Tratamiento. En Rodríguez, J., *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos* (253-267) Madrid: Ediciones Pirámide.

Bozhovich, L. I. (1976): *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y Educación.

Bozhovich, L.I. y Blagonadiezhdina, L.V. (1976): *Psicología de la personalidad del niño escolar*, t. I. La Habana: Pueblo y Educación.

Calviño, M. (1998): *Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas*. La Habana: Academia.

Castellanos, R. (2008): Una experiencia psicoterapéutica de trabajo grupal infantil. Reflexiones teóricas y metodológicas. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Castelli, Y. & Maturana, B. (2010): *Fenómenos especiales en Rorschach y Zulliger*. Recuperado 10 de febrero de 2013, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Fen%C3%B3menos-Especiales/1133319.html>

Castaño, J. (2007): Neuropsicología y Pediatría [versión electrónica]. *Archivos argentinos de pediatría*, 105 (4), 320-327. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000400007&script=sci_arttext

Colectivo de Autores (2005): *Psicología Especial*, t. I. La Habana: Félix Varela.

Colectivo de Autores (2006): *Psicología del Desarrollo del Escolar. Selección de Lecturas*, t. I. La Habana: Félix Varela.

Colectivo de Autores (2008): *Psicoterapia general*. La Habana: Félix Varela.

- Cuba. Consejo de Estado (1982): *Decreto Ley No. 64: Sistema para la atención a menores con trastornos de conducta*. Ciudad de La Habana.
- Dalley, T. (1987): *El arte como terapia*. España: Herder.
- De la Peña, F. (2003): Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial [versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 45 (1), 124-131. Recuperado el 16 de febrero de 2013, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15453.pdf>
- Domínguez, L. (2007): *Psicología del Desarrollo. Problemas, principios y categorías*. La Habana: Félix Varela.
- Fernández, L. (2012): Experiencia psicoterapéutica grupal, basada en la combinación del cuento terapéutico con las técnicas creativas, dirigidas a escolares menores con trastornos emocionales y/o del comportamiento. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Fontes, O. & Pupo, M. (2006): *Los trastornos de la conducta. Una visión multidisciplinaria*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Friedrich, W. & Kossakowski, A. (1975): *Psicología de la edad juvenil*. La Habana: Pueblo y Educación.
- García, A. (1997): *Psicoterapia Infantil. La especialidad de las contradicciones*. Mesa redonda sobre Psicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2003): *Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Félix Varela.
- _____. (2008): *¿Qué nos dicen los dibujos?* [multimedia interactiva]. Facultad, de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2010): Las señales de violencia en los dibujos infantiles. Indicadores globales de daño [versión electrónica]. *Investigaciones Médicoquirúrgicas*, 2 (1), 39-42.
- _____. (2010): Niños: dibujo libre y Rorschach. *Grafología argentina con el mundo*, 5 (5), 55-58.
- _____. (2010): *Psicoterapia Infantil* [multimedia interactiva]. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- _____. (2011): *El Grupo psicoterapéutico*. [versión electrónica]. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2011): *Psicología Clínica Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. [versión electrónica]. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- _____. (2013): *Actualización de indicadores para el análisis de los dibujos espontáneos*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- _____. (2013): *Los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006): *Metodología de la Investigación* (Cuarta edición). New York: Mc Graw Hill.
- Isla, B. (2006): Trastorno disocial de la conducta (parte I). Recuperado el 21 de enero de 2013, de http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?id_articulo=1001
- López, E. (2007): Técnicas creativas. Experiencia psicoterapéutica grupal con niños entre cuatro y seis años con trastornos de las emociones y del comportamiento. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- López, J.A, Serrano, I., Sánchez, J. D, Cañas, M. T, Gil, C. & Sánchez, M. I. (2004): Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 63-80. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300005&script=sci_arttext&tlng
- Mas, C. (2009): El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*, 20 (3), 249-259. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300006&script=sci_arttext&tlng
- Organización Mundial de la Salud (1989): *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Palacios, L. et al. (2008): Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico, ¿comorbilidad o traslape clínico?: una revisión. Segunda parte. *Revista Salud Mental*, 31 (2), 87-92. Recuperado el 20 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200002

- Pérez, A. (2005): *Psicoterapia de grupo con niños, adolescentes y padres: Experiencias de trabajo*. La Habana: Científico-Técnica.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009): Trastorno de personalidad en padres de adolescentes violentos con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial [versión electrónica]. *Anuario de investigaciones*, 16, 85-94. Recuperado el 16 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100008
- Ras, M. (1917): *Grafología. Estudio del carácter por la escritura*. España: ESTVDIO.
- Reyes, E. et al. (2008): Potenciales relacionados con eventos y comorbilidad en un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Salud Mental*, 31 (3), 213-220. Recuperado el 21 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300007&script=sci_arttext
- Roca, M.A. (1998): *Elementos básicos de Psicoterapia Infantil*. La Habana: Academia.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2002): *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: PROGRAF.
- Rodríguez, J. (2000): *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos*. España: Pirámide.
- Roizblatt, A., Bustamante, F., & Bacigalupo, F. (2003): Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. *Revista Médica de Chile*, 131 (10), 1195-1201. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001000015&script=sci_arttext
- Ruiz, M., Gutiérrez, J., Garza, S. & de la Peña, F. (2005): Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62 (2), 145-152. Recuperado el 17 de marzo de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462005000200009&script=sci_art
- Urbano, S. (2006): *Curso-Taller de Grafopatología*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Valdés, R. (1979): *El desarrollo psicográfico del niño*. La Habana: Científico-Técnica.
- Vega, R. (1978): *Psicoterapia Infantil*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Vega, R. (2008): *El niño con alteraciones psicológicas y su tratamiento*. La Habana: Félix Varela.
- Zaldívar, D. (1995). Arte y Psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 12 (1-2).

Nota:

¹El Taller para los Maestros y el Proyecto íntegro se encuentran en Batista, G. (2013). Diseño de un proyecto de intervención psicoterapéutica para escolares con trastornos del comportamiento y de las emociones de la Escuela Primaria de Conducta Tipo I, Nueva Juventud. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DEL DIBUJO TEMÁTICO EN LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Aurora García Morey

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Resumen

La utilización del dibujo está ampliamente extendida: como instrumento de evaluación psicológica; en los procesos psicoterapéuticos –tanto en la evaluación del proceso, como en su valor terapéutico–; en la investigación de diferentes temáticas relacionadas con criterios clínicos; de salud; identidad personal; grupal, teniendo como criterio de aplicación, *la indagación no verbal del concepto deseado*. De ahí la necesidad de definiciones metodológicas relacionadas con el uso de los dibujos temáticos, ¿cuándo procede su utilización?, ¿cómo determinar la consigna y que indicadores de análisis proceden en cada caso? Este trabajo ofrece la categorización de los principales conceptos, la sistematización de los temas utilizados en diferentes investigaciones, y algunos de los principales resultados obtenidos.

Palabras claves: dibujo dirigido, dibujo temático, conceptos no verbales

Abstract

The use of the drawing is widespread: as psychological assessment tool in psychotherapeutic processes –both in the evaluation process and in its therapeutic value– in the investigation of different topics related to clinical criteria, health, personal identity, group, with the application criteria, inquiry nonverbal desired concept. Hence the need for methodological definitions related to the use of thematic drawings, where appropriate use?, such as determining the slogan and analysis indicators derived in each case? This work provides the systematization of the themes used in different investigations, and some of the main results.

Key Word: thematic drawing, methodology for thematic drawing, non-verbal concepts.

Introducción

El dibujo infantil ha sido objeto de investigación desde finales del siglo XIX. A lo largo de los todos estos años ha estado presente en técnicas de evaluación psicológica, evolución de procesos psicoterapéuticos y como medio de expresión no verbal de conceptos específicos en su variante de dibujo temático.

Con posterioridad a la presentación de la metodología para el análisis del dibujo infantil, (García Morey, A.,1995), mediante la identificación y definición de indicadores que se corresponden con determinados procesos psicológicos o cualidades, hemos continuado esta línea de investigación en diferentes grupos poblacionales: niños con un desarrollo psicológico promedio, (Martínez, Y., Alfonso, B., 2000; Alpízar, A.,1998; Collazo, A. 1999; López, A. 2010; Beatón, Sheila, 2009;); con trastornos del desarrollo, (Soca, S., 2009; Pérez, M. 2011), las emociones y el comportamiento, (Joseph, J. 2004; Fraser, H., 2011; Gago, G., 2011; Fernández Inufio, I. 2012); enfermedades crónicas, (Novales, R., 2013; Torrado, A., 2013); y como instrumento de valoración de la presencia de emociones negativas en determinados contextos, (Chávez E.,2009; Uriza, J., 2008) , todos resultados de los últimos quince años y que no están contemplados en el trabajo inicial. Ofrecemos las definiciones conceptuales emergidas de las nuevas necesidades exploratorias o investigativas. También incluiremos la metodología para la selección y utilización de dibujos temáticos, así como algunos temas que permiten su inclusión en la indagación de diferentes objetivos.

Si el dibujo espontáneo nos brinda la posibilidad de conocer las características psicológicas y el desarrollo alcanzado por un sujeto, tanto desde el punto de vista de sus principales procesos cognitivo-afectivo, los dibujos temáticos nos brindan una amplia gama de posibilidades de exploración en diferentes investigaciones y exploraciones no verbales. Partimos de los mismos criterios de análisis que venimos utilizando para el dibujo espontáneo, desde nuestra tesis de doctorado (1995)-“Indicadores para el estudio del dibujo libre infantil”.

Concepto de dibujo temático: Entendemos por dibujo temático todas aquellas consignas pensadas y elaboradas cuidadosamente de acuerdo a un objetivo investigativo o de estudio clínico que nos permitirán indagar acerca de la conceptualización y relación vivencial funcional que tiene un sujeto o grupo acerca de lo propuesto a representar. La elaboración gráfica obtenida es el concepto de ese sujeto y que es comparado con la potencialidad general y la caracterización psicológica de ese sujeto expresada en el dibujo espontáneo.

Metodología de aplicación de los dibujos temáticos

Se debe trabajar de manera individual con los sujetos para evitar copias y se les brinda dos hojas de papel gaceta de 8.5 x 11 pulgadas y lápices de colores, azul, rojo, amarillo, verde, naranja, violeta, marrón, negro, y un lápiz de escribir de dureza media.

Las hojas se colocan de manera horizontal delante del sujeto. No se les permite el trazado de líneas con reglas ni ningún otro apoyo. Las condiciones de la posición de la hoja y la opción del uso de lápices de colores se mantienen, pudiendo de esta manera comparar una y otra representación gráfica.

Se enuncia la consigna siguiente: *aquí tienes dos hojas de papel en una dibuja lo que tú quieras y en la otra,...* se introduce el dibujo temático deseado. En el primero el tema es libre, por lo que en la consigna se les invita a dibujar lo que ellos quieran. El interés primario se centra en el dibujo espontáneo, en tanto es el punto de referencia para cualquier análisis, nos brinda las características del sujeto estudiado, o los participantes en una investigación determinada. Nos permitirá discriminar que aspectos del dibujo corresponden al niño/a, y que se corresponde con el concepto-tema solicitado. Por esta razón debemos ser muy cuidadosos acerca de lo que le solicitamos al sujeto, ya que su representación siempre será su conceptualización y vivencias asociadas al tema.

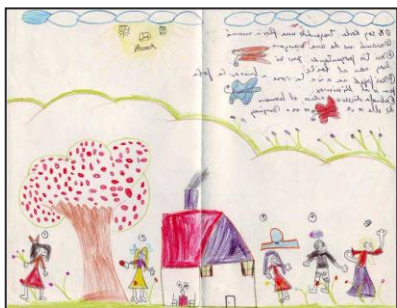
La aplicación de los dibujos debe ir acompañada de la observación durante la ejecución, así como el interrogatorio sobre lo realizado para evitar interpretaciones erróneas sobre lo que deseaban representar en él, la selección de colores, distribución en el papel, posición y otros aspectos definidos como indicadores.

La selección del tema

El tema de uso más difundido entre los especialistas,(psicólogos y maestros), sin lugar a dudas es el de la familia, ya que se utiliza en cualquier población –todos pertenecemos a una familia: biológica, adoptada, afectiva, institucional–, pero a lo largo de los años hemos ido añadiendo tantos temas como necesidades de indagación en un concepto hemos tenido:, García M., A., 1995, *Familia*; De la Torre Molina, C., 1996, *Identidad, ¿cómo somos los cubanos?*; León, L., , 1996, *Familia y emigración*; Toussant, Nicole, 2004, *Prevención del maltrato infantil*; Mitchell, J., 2005, *Proyecto de diseño de un programa de intervención dirigido a niños para facilitar un afrontamiento más sano ante las catástrofes*; García Chapetón, C., 2006, *Caracterización psicológica de jóvenes ex integrantes de “maras”, mediante técnicas psicográfico*; Torrado, A. 2012, *Peculiaridades del desarrollo psicológico en niños y adolescentes con tratamiento quirúrgico de genitales ambiguos, a través de sus dibujos*; Novales, R., 2012, *Caracterización psicológica de escolares diabéticos tipo I gráficas*. Esta enumeración puede mostrar la variedad mediante representaciones de temas/conceptos y posibilidades de aplicación.

Aplicaciones del dibujo temático

Dibujo temático de la familia

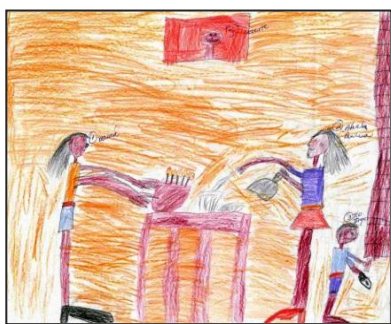


El dibujo de la familia se utiliza para evaluar el concepto de familia. Se les pide *que dibujen a su familia, con la condición de que cada miembro debe estar realizando una actividad*. Para el dibujo de la familia también podrán utilizar los lápices de colores si así lo desean. En el análisis de la familia tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

Los criterios generales del dibujo de la familia:

Miembros representados

Se analizarán cual es el concepto del sujeto sobre su familia en el sentido de inclusiones y exclusiones. Por eso es importante conocer previamente quienes viven con el niño/a y el tipo de parentesco que los une. Por supuesto se observará si el evaluado se incluye en ese concepto de familia. Puede darnos la familia "afectiva", incluyendo mascotas o también una familia ideal, donde se representan miembros desconocidos (un padre/madre ausente, fallecido, o desconocido). Se debe preguntar por los ausentes sobre todo cuando el vínculo filial es muy cercano y si fuera necesario también preguntar ¿Qué es la familia? o ¿Quiénes conforman su familia?, sobre todo ante la duda de que no tenga elaborado el concepto de familia.



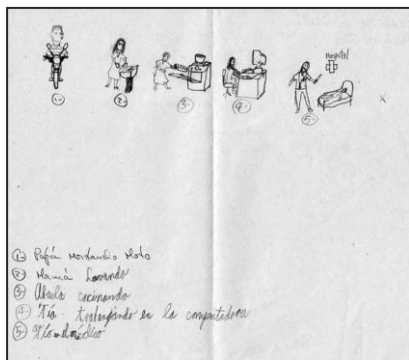
Número de orden y cercanía de las figuras

Numeraremos cada figura dibujada elaborando una leyenda, desde el primero hasta el último. No se debe indagar por las omisiones hasta el final, en que hacemos todo el interrogatorio, no del orden, sino de la completitud o el uso del color. Generalmente las primeras figuras dibujadas son las más grandes y las más importantes para el evaluado. De esta manera analizamos posibles cercanías y distancias. También debemos observar cercanías físicas, contactos y ausencia de relación: fragmentadas, en habitaciones diferentes, de espaldas, sin vínculo común. Observe también los subgrupos que pueden emerger en la representación.



Importancia y relación de la tarea asignada a cada miembro de la familia

Nos brinda información acerca de la imagen que tiene de ese miembro de la familia y el grado de relación con las funciones reales de este. Puede mostrar burla o la incapacidad de ese miembro para "hacer algo". También nos puede ofrecer la imagen de una familia ideal para el sujeto, aunque no se corresponda con su realidad.





Relaciones, vínculos y comunicación formal

Este aspecto está relacionado con la cercanía entre los dibujados con relación al evaluado. Debe tener en cuenta también la completitud de las figuras su relación con la comunicación y el contacto, (ausencia de orejas, ojos, cuencas vacías, mutilaciones en manos o piernas), estropeo de algún miembro específico o todos.

Indicadores generales evaluables en el dibujo temático de la familia

- **Indicadores formales y/o estructurales:** tamaño, fortaleza del trazo, control muscular reforzamiento, rotulaciones, rotación de la hoja, movimiento humano, movimiento inanimado, amenazas externas, animismo, transparencias.
- **Indicadores de color:** policromía, inadecuación, seriaciones ordenadas o desordenadas, pobre uso, omisión.
- **Figura humana:** incompletas, mutiladas, estropeo, expresividad, (positiva, negativa, tristeza), primitivismo.
- **Subgrafismos:** trazos debilitados bruscamente, trazo trémulo y atascos energéticos.

Es necesario señalar que cualquier indicador definido puede estar presente, pero estos son los más usuales.

Familia Presente-Pasado-Futuro:

Dentro del tema de familia hemos introducido algunas variantes para el mejor ajuste de los objetivos a profundizar. Un ejemplo de esto lo constituyen la evaluación del presente, pasado y futuro de manera tal que permita evaluar el impacto de determinadas pérdidas en el menor de edad. Estas pérdidas pueden estar referidas a situaciones relacionadas con la emigración; uno o más miembros con relaciones vinculares importantes para el niño/a dejan de estar presentes en el cotidiano de vida; divorcio, cambios en la economía o estructura familiar; enfermedad y muerte o sospecha de síndrome e alienación parental.

En esta variante se introduce una modificación en la metodología en la que pedimos que dibuje su familia ahora, antes y después. Como consigna referimos “en esta hoja dibuja en el centro ¿Cómo es mi familia?; hacia la izquierda ¿Cómo era mi familia? y hacia la derecha ¿Cómo será mi familia?” Esta división es virtual, (se puede marcar la hoja, pero no estimular a hacer divisiones con lápiz). Por supuesto que en esta variante se mantiene la opción del uso del color o lápiz de escribir. En el análisis se incluye las variaciones que puedan estar presentes en la representación.

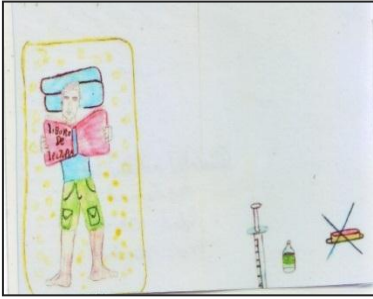
Dibujos temáticos vinculados a la salud

En este epígrafe hemos incluido dos temas seleccionados para evaluar la percepción de diferencia con relación a los coetáneos, uno fue introducido en el estudio de la caracterización psicológica de niños intervenidos quirúrgicamente por presentar genitales ambiguos y el otro en el estudio de niños portadores de diabetes mellitus tipo I.

Como en todos los dibujos temáticos se formula una afirmación, o una pregunta que será “respondida” mediante la representación gráfica de ese concepto. Se trata de una representación vivencial y buscamos las coincidencias del grupo de niños y las semejanzas y diferencias en el

comportamiento de los indicadores, así como la observación de la necesidad o no de introducir nuevas categorías.

Soy igual y diferente a mis amigos en...¹



Este tema fue concebido para el estudio psicológico de niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo I, lo que los obliga a un régimen de vida con hábitos muy ordenados y restricciones en su dieta, por lo que se sienten en desventaja con relación a sus coetáneos en cuanto a sus posibilidades de recreación, reaccionando en determinados momentos con ira o resistencia al tratamiento. Por estas razones y la falta de adherencia al tratamiento, que conspiran contra el menor de edad, es que decidimos indagar en aquellas semejanzas y diferencias que nos pudieran guiar en futuras estrategias de intervención.

“*Soy igual y diferente a mis amigos en...*”, se orienta a ser ejecutada en una hoja de papel colocada de manera horizontal y con división virtual que nos da la imagen de SOY IGUAL EN... Y DIFERENTE EN..., analizándose, como en los otros temas la diferencia entre el dibujo espontáneo y el temático, cambios en el rendimiento gráfico, uso del color y presencia de subgrafismos. Las principales diferencias encontradas resultaron:

- Tienden a disminuir el tamaño de las representaciones: dificultades relacionadas con la autoestima, el reconocimiento de sus restricciones y la resistencia a la comunicación.
- Tiende a disminuir la acometividad: pérdida de fuerza, en el abordaje de sus diferencias con los amigos.
- Reforzamiento en el dibujo temático de la familia: indicador de molestias, preocupaciones, dudas relacionadas con la familia. recordemos el papel fundamental de la familia en la observancia de hábitos sanos, disciplina y ordenen, con la consecuente ambivalencia en la percepción de la familia.
- Subgrafismos: el trazo trémulo y los atascos energéticos, señalizadores de angustia y pérdida de fuerzas, (no fisiológica).
- Preferencia cromática del grafito en los temáticos: se expresa en todas inhibiciones de la respuesta emocional en el abordaje del tema.

Además de las características mencionadas, en el dibujo espontáneo y de la familia se ratifican los resultados referidos en otras poblaciones estudiadas de La Habana y rasgos no evocados por el tema, sino por las características del grupo con relación a la población no diabética.

- Tiende a disminuir el tamaño en los dibujos temáticos
- Tiende a disminuir la acometividad
- El control muscular es regular por dificultades en la motricidad.
- Seriaciones ordenadas de elementos: las exigencias de la enfermedad, conllevan a un comportamiento más ordenado y poca flexibilidad.
- Reforzamiento en el dibujo temático de la familia.
- Subgrafismos: trazo trémulo y atascos energéticos.
- Preferencia cromática verde y marrón en el dibujo espontáneo y grafito en los temáticos
- Las figuras humanas están incompletas, mutiladas y estropeadas.

- Los ojos son grandes e hipervigilantes.



“Este soy yo”²

Fue el dibujo temático seleccionado para el análisis de la percepción del yo en sujetos en los que no podemos hablar de una personalidad estructurada, pero que están sometidos a reglas de secreto y silencio relacionadas con su cuerpo. Intuyen la diferencia, pero no se habla, ni se explica en que consiste. Están sometidos/as, a intervenciones quirúrgicas, y a un duelo no confeso en los que resultan el centro del dolor propio y el de la familia. Por esto fue necesario la definición de una nueva categoría: la *ambigüedad genérica* y se corroboró la presencia del *tratamiento geométrico del cuerpo humano* –propio de sujetos con dificultades

con su identidad genérica.

El 60% de la muestra dibuja figuras humanas con *ambigüedad genérica* en una o en varias de las técnicas aplicadas, tal como se observa en la lámina. En general son figuras carentes de cabello, rasgos faciales, prendas de vestir, accesorios u otros elementos gráficos que permiten definir el género de la figura dibujada. Así se observa en este dibujo.

Asimismo se encuentra, tal como ilustra este dibujo sujetos que tienen un sexo de crianza femenino pero se dibujan como del sexo contrario. Estos casos fueron una minoría.

En un 90% de los niños y adolescentes estudiados se observa la presencia de *distrazos* en la figura humana, indicador grafológico que se encuentra en las fuentes teóricas de la grafología (Urbano Velasco, 2006 citado por García Morey, A. 2007). En los dibujos de la muestra aparecen dos tipos de distrazos: el trazo trémulo y los atascos energéticos. Estos desde el punto de vista grafológico aluden a la presencia de alguna patología psíquica, física o fisiológica. En este caso se interpreta como índice de angustia relacionada con el cuerpo humano. (El dibujo anterior presenta un trazo trémulo mientras que en este dibujo se observan los atascos energéticos).



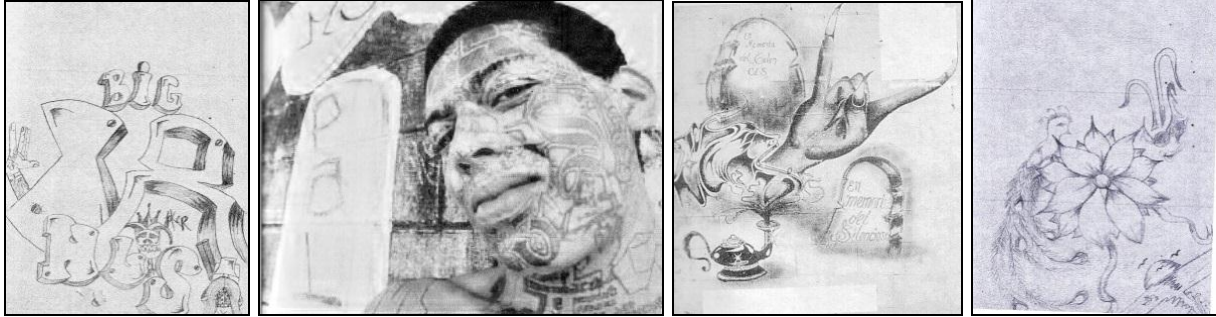
Además predomina en los dibujos de las figuras humanas el uso de las figuras geométricas en las partes del cuerpo (García Morey, A., 2009), en esencial el tronco, los cuales pueden ser cuadriláteros o esféricos. El tratamiento geométrico del cuerpo le otorga a la figura humana una apariencia no humana, robótica y/o caricaturesca, lo cual puede pensarse como una alteración del esquema corporal en los niños y adolescentes estudiados, una evasión hacia afrontar su propio cuerpo y una no aceptación de este.

Las láminas siguientes ejemplifican el tratamiento del cuerpo con cuadriláteros y esferas respectivamente.

Temas relacionados con problemáticas de índole social. La violencia en Guatemala³ y Colombia,⁴ y la prevención del maltrato infantil, Cuba.⁵

Los medios de comunicación en cualquier parte del mundo, cada minuto, refieren hechos de los cuales los niños resultan víctimas. En la mayoría de las situaciones no se tiene en cuenta el alcance de diferentes acciones, en las diferentes esferas de actuación: familia, comunidad, estado, naturaleza..., en las cuales niños y niñas resultan víctimas, a veces sin entender ¿qué está sucediendo? y ¿por qué?

Lo que pensaba, sentía, quería cuando pertenecía a la “mara”⁶



Este tema se introdujo en la investigación acerca de la caracterización psicológica de jóvenes ex integrantes de maras, en la que llamaba la atención y se resaltaba la coincidencia entre los dibujos espontáneos, los grafitis y los tatuajes que como “currículum vitae”, por lo que propusimos el tema que nos permitiera profundizar en su identificación y vínculos con la pandilla. La metodología de aplicación se mantuvo, así como la opción del uso del color resultando los principales resultados los siguientes:

- Rotación de la hoja expresión de negativismo, resistencia y cuestionamiento de la autoridad.
- Reforzamiento: molestia, duda, incomodidad, dolor.
- Rotulación: manipulación, búsqueda de aprobación, tratar de convencer al otro acerca de una opinión.
- Contenidos: referidos a la muerte, gestos con las manos relacionados con la identidad de las “maras”, ornamentales, siglas de las pandillas, tumbas, lágrimas y payasos y rotulación. Relación entre los tatuajes, los grafitis y el contenido de los dibujos tanto el espontáneo como el temático. Evasión pertenencia a un grupo disocial, identidad, desafío.
- Proporción: cautela, observación, recelo, suspicacia, alerta, regodeo en una idea.
- Uso del color: pobre uso del color, totalmente ausente y con una preferencia cromática del grafito. Inhibición, frialdad, ausencia de respuesta emocional.

Ausencia de figuras humanas: dificultades en la comunicación social. La única persona, no era “humana”. Desde el punto de vista psicopatológico, el contenido era disocial depresivo.



Colombia. Evaluación psicológica de las víctimas de la violencia.

Se trabajó con los familiares de las víctimas de las masacres de Mapiripán y La Rochela, (Colombia), por lo que se utilizó el dibujo familia pasado-presente-futuro. Se trabajó de manera colectiva, participando todos los familiares de los masacrados que asistieron a la convocatoria de la ONG con el mandato del Gran Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, de evaluar el estado y el apoyo psicológico que habían recibido, (prácticamente ausente).

Se puso de manifiesto en todas las familias evaluadas, la evocación del duelo: la familia en el pasado, ausencia de color, como el paisaje se desdibuja del pasado al presente, disminución de la

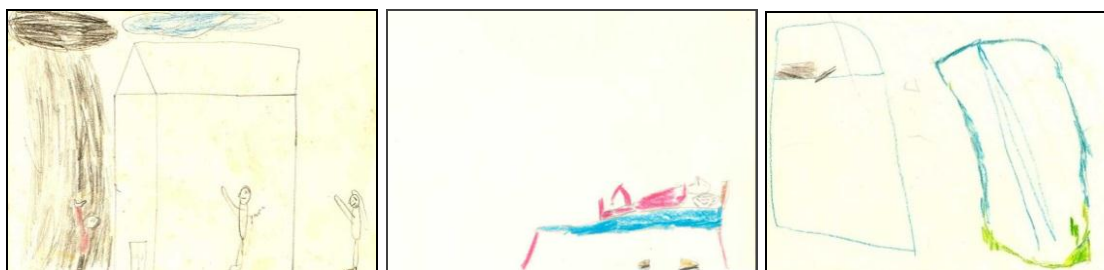
creatividad y producción gráfica, hasta el futuro vacío..., la desesperanza. También impresionaba como emergía el acto violento con la fuerza y tan vívido como si acabara de suceder.



En el caso de los niños de familias desplazadas (García 2005; Uriza 2008), también se ponen de manifiesto los indicadores de daño emocional severo y las representaciones de las casas como dormidas y el uso del negro como color. Ambos indicadores están referidos en la literatura como patognomónicos de la depresión infantil.

En los tres grupos se observan subgrafismos, (atascos energéticos y microtemblores) indicadores de daño emocional severo, pobre uso del color, y disminución o ausencia de representaciones en el futuro.

Programa dirigido a padres de niños de tres a seis años para la prevención del maltrato infantil. *Dibuja en este papel lo que te hacen tus padres cuando te portas mal...*



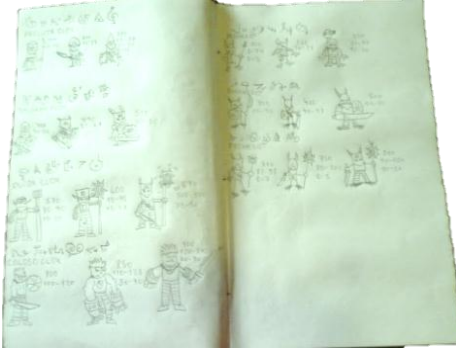
Este tema fue seleccionado para verificar la presencia o percepción de maltrato por parte de los niños de una escuela primaria y un círculo infantil en el municipio Centro Habana. Los participantes asistieron a la convocatoria formulada por la investigadora, en cuya consigna se explicitaba que era para familias no maltratadoras. Los resultados arrojaron una visión diferente de los niños, los que trataban de justificar a sus padres “porque era solo cuando se portaba mal” y expresaban desde la gráfica y las onomatopeyas, los instrumentos de castigo, el sonido de los golpes, o las humillaciones y diferentes formas de maltrato verbal y moral. Como indicadores gráficos aumentaba el estropeo de la figura humana, disminuía el uso del color, aumentaba la inhibición, la angustia, el sentimiento de amenaza que gravitaba sobre ellos y la pobreza de los dibujos.

Mis miedos...

El tema de los miedos se ha utilizado en trabajos de investigación y como tema en técnicas psicoterapéuticas no verbales, siempre con la finalidad de evocar y resolver o acercarnos a la solución en fobias, miedos en situaciones de catástrofes naturales, o situaciones postraumáticas. En todos los casos se obtiene un resultado de alivio posterior a la solución simbólica, incluidos aquellos en que el temor es poco estructurado y han tenido que darle una representación “corpórea” para sacarlo de su cabeza.

También en todos se observa una modificación del uso del color, por lo general se omite, y resulta evidente el maltrato a la representación.





Diario gráfico: *Lo que hice el domingo* (perteneciente a las técnicas expresivas no verbales).

Técnica #4. “Lo terapéutico de escribir... (y diseñar un diario artístico)”.

Se encuentra en el número cuatro de las diez técnicas más eficaces de las técnicas creativas. Fue seleccionada para trabajar de manera no verbal si en verdad la indagación de un programa de televisión estaba entre las actividades desarrolladas por los niños de edad escolar de diferentes municipios de La Habana.

Se le solicita al sujeto que haga un “diario” de la etapa que deseamos valorar y procedemos al análisis con los indicadores. Una vez terminado puede acompañarlo de la narración de lo que aparece en el diario a modo de complemento.

Materiales: imágenes y palabras.

Ventajas: documenta experiencias del día a día, actividades y emociones, y autobiografías.

Objetivo: recomiendan los diarios visuales como una manera de explorar las emociones, las expresiones artísticas van cambiando. Los beneficios en la salud: reduce los síntomas de estrés.

Consideraciones generales

El uso del dibujo como técnica psicológica presenta una extensión y profundidad en su aplicación en sus acepciones de evaluación o intervención psicoterapéutica, por lo que el establecimiento de una metodología para su utilización ya resultaba una necesidad profesional de manera tal que no se distorsionen el alcance y posibilidades de su utilización.

En cada nuevo tema puede resultar necesaria la formulación de categorías conceptuales que nos permitan extender a problemáticas cercanas y cuidar la exactitud de la evaluación o pertinencia.

Los resultados hasta la elaboración del presente artículo, nos muestra las posibilidades de llegar a los resultados latentes y vivenciales de los sujetos, Corresponde a investigadores y profesionales de la psicología, sociología o pedagogía analizar en cada caso si se ajusta o no a los objetivos que nos estamos planteando.

Bibliografía

García, A., (2005): *Mirando con ojos de niño, Implicaciones de la tortura psicológica en contextos de violencia política*, Bogotá, Colombia e Informe de las sentencias de Mapiripán y La Rochela, 2008.

García Chapetón, C., (2006): *Caracterización psicológica de jóvenes ex integrantes de “maras”, mediante técnicas psicográficas*. Tesis de diploma, Facultad de Psicología UH.

García Morey, A. (1995): *Familia. Resultados preliminares de la aplicación de los indicadores a otros temas de investigación. Adolescentes con trastornos disociales, centro de referencia Cheche Alfonso*.

_____. (2008): *Informe acerca del estado psicológico de las víctimas de masacres*. Bogotá, Colombia.

León, L. (1996) *Familia y emigración*. Tesis de diploma, Facultad de Psicología UH.

Mitchell, J., (2005): *Proyecto de diseño de un programa de intervención dirigido a niños para facilitar un afrontamiento más sano ante las catástrofes*. Tesis de diploma, Facultad de Psicología UH.

Novalés, R., (2012): *Caracterización psicológica de escolares diabéticos tipo I gráficas*. Tesis de diploma, Facultad de Psicología UH.

Torrado, A. (2012): *Peculiaridades del desarrollo psicológico en niños y adolescentes con tratamiento quirúrgico de genitales ambiguos, a través de sus dibujos*. Tesis de diploma, Facultad de Psicología UH.

Toledano D., (2013): Evaluación de programa televisivo infantil. (Comunicación) Tesis de maestría en comunicación social.

Torre Molina, C. de la, (1996): Identidad, ¿cómo somos los cubanos? Informe de investigación, Facultad de Psicología UH.

Toussant, Nicole, (2004): Prevención del maltrato infantil. Tesis de diploma, Facultad de Psicología UH.

Uriza, J. (2008): Caracterización psicológica a través del dibujo en niños desplazados, Cartagena, Colombia, Tesis de diploma, Facultad de Psicología Universidad de La Habana.

Notas

¹ Dibujos y referencias tomadas de Novales Rosabel, 2013.

² Dibujos y resultados principales de Torrado, Amarilis, 2012.

³ García Chapetón, Claudia R., (2006), Caracterización de jóvenes ex integrantes de maras, mediante técnicas psicográficas.

⁴ Informe del cumplimiento del mandato de ONU, acerca de la atención psicológica a las víctimas de violencia en Caracterización de jóvenes ex integrantes de maras, mediante técnicas psicográficas, Colombia, (masacres de Mapiripán y La Rochela), afectación psicológica de las víctimas, 2008.

⁵ Programa dirigido a padres de niños de tres a seis años para la prevención del maltrato infantil, Toussaint, N., 2004, LA Habana, Cuba.

⁶ Mara: Pandillas de jóvenes, estructuradas y organizadas, violentas, transfronterizas e hijas de la globalización. Las forman jóvenes de ambos sexos, entre los diez y los treinta años de edad aproximadamente. Son producto de la exclusión de orden político, sociocultural y económico en la región de centro siglo xx.

ANÁLISIS FACTORIAL Y CONFIABILIDAD DEL AUTORREPORTE VIVENCIAL

Evelyn Fernández-Castillo
Yisel Camejo Prado
Boris Camilo Rodríguez-Martín
Jorge Grau Ábalo
Ricardo Grau Ábalo
Universidad Central de Las Villas

Resumen

La investigación estuvo dirigida a evaluar la validez de constructo y confiabilidad del Autorreporte Vivencial en las provincias centrales de Cuba. Se utilizó un paradigma cuantitativo para un estudio instrumental en el que se seleccionó una muestra probabilística integrada por 2 528 sujetos supuestamente sanos, de ellos el 59,5% eran mujeres y el 40,5% hombres con un rango de edad de dieciocho a ochenta años.

El procesamiento de los datos se realizó a través del paquete SPSS/Windows 18.0. Las pruebas estadísticas aplicadas fueron: Análisis factorial exploratorio (mediante Análisis de Componentes Principales, con rotación Varimax); Coeficiente de confiabilidad de Cronbach (α), que permitió analizar la confiabilidad inter-items; y por último, el coeficiente de correlación de Pearson como última medida de la confiabilidad del test, pero para analizar su consistencia temporal (confiabilidad test-retest)

Del análisis resultó que el Autorreporte Vivencial posee propiedades psicométricas satisfactorias. La estructura factorial muestra una agrupación aceptable de los ítems alrededor de tres factores, teóricamente distinguibles entre sí: vivencias depresivas, de ira-disgusto-rechazo y de ansiedad-miedo. También posee una elevada consistencia interna $\alpha=.81$ y estabilidad temporal.

Palabras Claves: Autorreporte Vivencial, Validez de constructo, Análisis factorial exploratorio y Confiabilidad.

Abstract

The research was aimed at assessing the construct validity and reliability of the Experiential Self-report in the central provinces of Cuba. Quantitative paradigm was used for instrumental study in which we selected a probability sample comprised of 2 528 apparently healthy people, of whom 59,5% were female and 40,5% men with an age range from eighteen to eighty years, were applied the Experiential Self-report.

The data processing was performed using SPSS / Windows 18.0. Statistical tests applied were: Exploratory Factor Analysis (using Principal Component Analysis with Varimax rotation); Cronbach Coefficient of Reliability (α), which allowed the analysis of inter-item reliability; and finally, the Pearson correlation coefficient as a last resort reliability of the test, but to analyze its temporal consistency (test- retest reliability).

The analysis led to the Experiential Self-report has satisfactory psychometric properties. The structure factor shows a group acceptable items around three factors theoretically distinguishable:

experience depression, anger-despleasure-rejection and anxiety-fear. It also has a high internal consistency $\alpha=.81$ and temporal stability.

Keywords: *Experiential Self-report, Construct validity, Exploratory factor analysis and reliability.*

Introducción

La vivencia constituye una unidad de análisis con elevado significado para la psicología, y las ciencias encargadas de estudiar al hombre y los problemas sociales.

Sin embargo, la vivencia presenta ciertas disyuntivas que limitan el quehacer profesional de la psicología. La revisión de la literatura sobre el término vivencia y su uso en las diferentes teorías psicológicas, demuestran la escasa sistematización de una definición conceptual, enfocada desde los preceptos de la escuela histórico-cultural de la psicología.

En Cuba se aprecia un auge en los estudios que intentan profundizar acerca del tema entre los que se destacan Fariñas (2005) y Fernández (2005). Estos autores centran su determinación en el carácter histórico-social de lo psíquico, posición que se sostiene sobre todo a partir de los supuestos de Vygotsky, quien ha legado la definición más acabada sobre el tema.

Es por esto que en el presente estudio se asume la vivencia como eslabón fundamental en el desarrollo psíquico. Unidad en la que se interrelacionan en un todo lo interno y lo externo; es decir la personalidad y el medio, los procesos cognitivos y afectivos. Es única e irreplicable para cada individuo; mediada por el contexto histórico-cultural en que se producen. Además tiene un carácter regulador de la conducta y dinámico al reestructurarse con el tiempo según las características del medio, y de las nuevas formaciones que el individuo adquiera (Vygotsky, 1984).

La tendencia a utilizar instrumentos de medición en el estudio de las categorías en la psicología se ha convertido en una necesidad. Actualmente no se conciben estudios profundos en los diferentes campos psicológicos sin auxiliarse de instrumentos de medición de las categorías implicadas, siendo el análisis factorial una de las técnicas más utilizadas (Platas y Gómez-Peresmitré, 2013; Peñate, Bello, García, del Pino-Sedeño, 2014; Kosson, Neumann, Forth, Salekin, Hare, Krischer, Sevecke, 2013; Dombrowski, Watkins, 2013).

Los instrumentos de medición han pasado a ser una herramienta que facilita el diagnóstico en las diferentes etapas del proceso de evaluación que emprenden evaluado y evaluador. El estudio de las vivencias no escapa de esta realidad.

En 1984 fue creado el Autorreporte Vivencial, por Jorge Grau Ábalo, para facilitar el estudio de las vivencias negativas que experimentan los individuos. A pesar de la alta utilidad de los resultados (Fernández-Castillo, Rodríguez-Martín, Grau, Montiel y Bada, 2013; Rodríguez-Martín, Cárdenas-Rodríguez y Molerio-Pérez, 2012), producto de la aplicación del Autorreporte Vivencial y de explorar la relación de sus resultados con otras pruebas psicológicas, no se han realizado estudios psicométricos al test, que incluyan análisis de la estructura factorial y confiabilidad. Ello puede desencadenar que sus usuarios potenciales no lo apliquen por falta de garantías que certifiquen una adecuada validación; que se ignoren las informaciones obtenidas mediante su aplicación, que no posean validez científica los diagnósticos en los que se utiliza; y que su medición no sea lo suficientemente organizada y estructurada para facilitar lecturas más profundas e integradoras de sus resultados.

La necesidad de profundizar y ampliar los estudios sobre vivencia obliga a desarrollar instrumentos de medición fiables para la evaluación de dichos estados psíquicos. Por esta razón el presente estudio se dirigió a evaluar la validez de constructo y la confiabilidad del Autorreporte Vivencial.

Método

Selección de la muestra

Se utilizó una muestra de sujetos sanos en apariencia de las provincias de Camagüey, Ciego de Ávila, Sancti Spiritus, Villa Clara y Cienfuegos (Ver Tabla 1). El análisis factorial y la confiabilidad se realizó con una muestra de 2 528 sujetos, de ellos el 59,5% eran mujeres y el 40,5% hombres. La edad de los participantes en el estudio osciló desde los dieciocho hasta los ochenta años, con una

media de 50,89 (± 23.414) años. En el análisis de las relaciones test-retest participaron cien sujetos con una media de 33.02 (± 13.826) años de edad (53% mujeres y 47% hombres).

Provincia	Cantidad de personas
Villa Clara	552
Cienfuegos	520
Sancti Spiritus	502
Ciego de Ávila	483
Camagüey	471
Total	2 528

Tabla 1: Distribución de la muestra por provincias para el análisis factorial

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección de la muestra: Criterios de inclusión: encontrarse en el rango de dieciocho a ochenta años; manifestar el compromiso de realizar el retest; no presentar alteraciones psicopatológicas diagnosticadas; no estar realizando tratamiento con psicofármacos. Criterios de exclusión: diagnóstico de alteraciones psicopatológicas durante el período del estudio; iniciar tratamiento con psicofármacos; ocurrencia de un evento vital significativo que modifique sustancialmente las vivencias en el intervalo de aplicación del instrumento y no completar o entregar en tiempo el retest (válido solo para el análisis test-retest).

Instrumentos

Autorreporte Vivencial: Esta prueba fue elaborada por Jorge Grau en 1984, y consiste en presentar al evaluado una lista de catorce términos, que reflejan vivencias negativas, para que indiquen el grado en que los han experimentado en los últimos años. Su objetivo es conocer cómo la persona considera que se encuentra psíquicamente y qué estado psicológico predomina. El sujeto debe evaluar cada uno de los términos de acuerdo con el grado o nivel de intensidad con que él los experimenta y para lo cual se le presentan tres categorías en distintos niveles, que son: escasamente, moderadamente e intensamente.

Procedimientos

La administración de dicho test tuvo lugar en un horario preestablecido por acuerdo de los participantes. La aplicación se realizó de manera individual. Se garantizó la voluntariedad de participar; así como la confidencialidad de los resultados. Una vez aplicada la prueba se realizó una segunda aplicación del test transcurridos quince días.

Análisis de los resultados

Para el análisis de los resultados fue utilizado el SPSS/Windows 18.0. Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio, con rotación Varimax para analizar la estructura factorial de la prueba. También se aplicó el Coeficiente de confiabilidad de Cronbach (α). Por último se realizaron correlaciones bivariadas.

El primer momento de este análisis se dedicó a explorar la estructura factorial de la prueba, la cual reveló una clara agrupación en tres factores, que respondieron al registro de: vivencias depresivas, de ira-rechazo y ansiedad-miedo (Ver Tabla 2).

Factor 1		Factor 2		Factor 3	
Tristeza	.768	Irritabilidad	.488	Inquietud	.594
Apatía	.420	Ira	.601	Desconfianza	.582
Sufrimiento	.785	Rechazo	.707	Miedo	.454
Abatimiento	.688	Desprecio	.718	Inseguridad	.614
Angustia	.729			Ansiedad	.607

Tabla 2. Matriz rotada de factores

En el factor-1 se agruparon los ítems 4, 6, 8, 9 y 10, que caracterizan las vivencias negativas depresivas (tristeza, apatía, sufrimiento, abatimiento y angustia). El factor apatía carga simultáneamente para los factores uno y dos, sin embargo se determinó agruparlo con los ítems del factor uno, pues resultaba más compatible con las vivencias negativas depresivas que con las vivencias negativas de ira-disgusto-rechazo como es el caso de los ítems del factor-2. En este quedaron agrupados los ítems 3, 11, 12 y 14, que caracterizan las vivencias de ira-disgusto-rechazo (irritabilidad, la ira, el rechazo y el desprecio).

Por último, en el factor-3 se agruparon los ítems 1, 2, 6, 7 y 13 que caracterizaron las vivencias negativas de ansiedad-miedo (inquietud, desconfianza, miedo, inseguridad y ansiedad).

En la matriz de componentes rotados se indica la cantidad de interacciones que fueron necesarias para obtener el ajuste máximo (Ver Tabla 2). En este caso las variables tristeza, sufrimiento, abatimiento y angustia se agruparon con valores similares. La apatía, por su valor reportado también pudo ser agrupada en el grupo de vivencias del factor-2 pero se consideró que presentaba mayor relación con el factor-1. El análisis de las comunalidades resulta un elemento sumamente importante, pues permite evaluar cuán relacionados se encuentran los ítems con su constructo. Si se toma en cuenta que en muestras numerosas, se consideran valores bajos aquellos cuya varianza no pueda explicar una proporción superior al 30% (Gardner, 2003), todos los ítems en el presente estudio presentaron valores superiores a este.

En un análisis de confiabilidad se observaron valores de $\alpha=.81$, lo cual constituye un excelente indicador de la consistencia interna de la prueba para medir la tendencia general al registro de vivencias negativas. Con relación a su agrupación factorial se mostraron índices satisfactorios para los dos primeros factores (F1 $\alpha=.78$ y F2 $\alpha=.63$) y aceptable para el tercer factor (F3 $\alpha=.59$). Por último, se registraron índices de consistencia interna altamente satisfactorios para un período de tres semanas de aplicación del retest para todos los factores evaluados, así como para la puntuación total de la prueba (Ver Tabla 3).

Factores	Retest
Vivencias Depresivas (F1-Test)	.661***
Vivencias de Ira-Disgusto-Rechazo (F2-Test)	.254***
Vivencias de Ansiedad-Miedo (F3-Test)	.654***
Tendencia general al registro de vivencias negativas (Test)	.612***

Leyenda: *** = $p < .001$ para el Cociente de Correlación de Pearson.

Tabla 3. Confiabilidad test-retest

Discusión

Los resultados de la presente investigación demuestran que el Autorreporte Vivencial posee propiedades psicométricas satisfactorias.

El análisis de la estructura factorial del Autorreporte Vivencial muestra una agrupación aceptable de los ítems con respecto al constructo que pretende medir.

En este sentido, resulta de suma importancia este resultado, si se parte de lo complejo que ha resultado encontrar coherencia y sistematicidad en las concepciones ofrecidas por algunos de los autores que se han esforzado por definir el término (Loffka, 2010; Vázquez, 2011).

Un segundo elemento de interés lo constituye la agrupación de los ítems alrededor de tres factores, teóricamente distinguibles entre sí, este el caso de las vivencias depresivas, de ira-disgusto-rechazo y de ansiedad-miedo. En general estas constituyen reacciones básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica (Moya, 2010).

Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, entre otros (Piqueras, Ramos, Martínez., A y Oblitas, 2009).

En el factor 1 se agrupan los ítems que caracterizan las vivencias negativas depresivas. Estas se experimentan como una experiencia de desánimo, melancolía, desaliento, pérdida de energía, culpabilidad excesiva, baja autoestima, dificultad en las relaciones interpersonales. Se ha estudiado el impacto negativo de este grupo de vivencias en la salud (Cuijpers, Vogelzangs, Twisk, Kleiboer, Li y Penninx, 2014; Cukor, Halen, Asher, Coplan, Weedon, Wyka, Saggi, Kimmel, 2014). Sin embargo a pesar de todo este malestar, la postura de los individuos que experimenta este tipo de vivencias negativas en lugar de ser solucionadora es meramente pasiva ya sea cuando se trata de una situación determinada o cuando se ha establecido como un rasgo de la personalidad. Pero al igual que cualquier otro estado vivencial tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación. (Klein, 2010; Piqueras *et al*, 2009).

Las vivencias que se agrupan en el factor 2 son vivencias de ira-disgusto-rechazo, estas se relacionan más con la excitabilidad (a nivel fisiológico-cortical y psicológico) y pueden estar marcadas por una distorsión cognitiva de los sucesos que acontecen a las personas, que disparan esos mecanismos vivenciales, quizás lo que llamó Spielberger al construir su concepción rasgo (hostilidad), estado (ira) con respecto a estas emociones, es una tendencia a las reacciones tipo “anger” (rabia, ira) (Spielberger, 1996, Spielberger y Reheiser, 2009).

Este tipo de reacciones se caracteriza por la sensación de energía e impulsividad, la necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. Por lo general va acompañada de tensión muscular y activación del Sistema Nervioso Autónomo. Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa, relacionada con impaciencia (Nicholson, Houle, Rhudy y Norton, 2007, Nederlof y Muris, 2014).

Por último en el tercer grupo de factores se aglutinan las vivencias negativas de ansiedad-miedo. Estas generalmente se desencadenan ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico para dotar al organismo de la energía necesaria para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). Es por esto que se dice que constituyen un mecanismo que funciona de forma adaptativa (Piqueras *et al*, 2009).

Si bien es cierto que es completamente necesario un componente adecuado de precaución en situaciones peligrosas en especial y un nivel moderado de ansiedad para afrontar los retos futuros; cuando estos niveles se intensifican se convierten en una de las experiencias más desagradables

(Langer, Rodebaugh, Menatti, Weeks y Schneier, 2014; Milrod, Markowitz, Gerber, Cyranowski, Altemus, Shapiro, Hofer y Glatt, 2014). Genera depresión, desasosiego, tensión, preocupación, incluida la excitación del sistema nervioso autónomo, recelo por la propia seguridad o por la salud, sensación de pérdida del control, pudiendo variar desde una ligera aprensión hasta un temor intenso o pánico. Este grupo es particularmente interesante, porque revela la influencia del autoconcepto y de las creencias “del self” (autovaloración, autoconfianza, autoeficacia) en forma de una “baja” o “caída” de la seguridad en sí mismo (Chacón, Grau, Guerra y Massip, 2006; Riveros, Hernández, H. y Rivera, 2007).

Puede, además, afirmarse que la prueba posee una elevada consistencia interna, tanto para su calificación general como para la agrupación en factores.

Los elementos que avalan la estabilidad temporal de la medida en ausencia de eventos significativos que las modifiquen sustancialmente quedan establecidos en las correlaciones test-retest. (Abad *et al*, 2006). Estas correlaciones resultaron significativas tanto en la calificación general como en su agrupación por factores.

Los resultados del estudio permiten afirmar que el Autorreporte Vivencial constituye un instrumento que revela la presencia de tres factores matemática y teóricamente distinguibles entre sí con excelentes niveles de confiabilidad, estabilidad temporal.

Bibliografía

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J. y Ponsoda, V. (2006): *Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Madrid: UAM.
- Cuijpers, P.; Vogelzangs, N.; Twisk, J.; Kleiboer, A.; Li, J.; Penninx, B. W. (2013): Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *The American Journal of Psychiatry* doi:10.1176/appi.ajp.2013.13030325
- Cukor, D.; Halen, N.V.; Asher, D.R. , Coplan, J.D.; Weedon J.; Wyka, K.E. ; Saggi , S.J.Kimmel P.L (2014): Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life, and Fluid Adherence in Hemodialysis. *Journal of American Society of Nephrology*, 25(1), 196-206.
- Chacón, M; Grau, J.; Guerra, M. E. y Massip, C. (2006): Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*, 6(2), 115-128.
- Dombrowski, S. C. y Watkins, M. W. (2013): Exploratory and higher order factor analysis of the WJ-III full test battery: A school-aged analysis. *Psychological Assessment*, 25(2), 442-455.
- Fariñas (2005): *Psicología, educación y sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano*. La Habana: Félix Varela.
- Fernández- Castillo, E., Rodríguez-Martín, B. C. Grau, J., Montiel, V. y Bada, Y. (2013): Validación concurrente del Autorreporte vivencial. *Medicentro electrónica*, 17(4).
- Fernández, L. (2005): *¿Es posible conocer la personalidad? Problemas metodológicos para su estudio*. La Habana: Félix Varela.
- Gardner. R (2003): *Estadística para Psicología Usando SPSS para Windows*. México: Prentice Hall.
- Klein. D. (2010): Chronic Depression: Diagnosis and Classification. *Psychological Science*, 19(6), 96-100.
- Kosson, D. S.; Neumann, C. S.; Forth, A. E.; Salekin, R. T.; Hare, R. D.; Krischer, M. K.; Sevecke, K. (2013): Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV) in adolescent females. *Psychological Assessment*, 25(1), 71-83. doi: 10.1037/a0028986
- Loffka, G. (2010): El niño con autismo: la rehabilitación integral desde una mirada integrativa. *Actualización de Psicología Integrativa*, 2, 89-119.
- Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., Hofer, M. y Glatt, Ch. (2014): Childhood Separation Anxiety and the Pathogenesis and Treatment of Adult Anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1) 34-4.
- Moya, T. (2010): Particularidades de la ansiedad, estado en pacientes revascularizados con diferentes estadias hospitalarias. *Cardiocentro “Ernesto Che Guevara”*. Santa Clara. Villa Clara. *CorSalud*, 2(1)

- Nederlof, A. Muris, P. y Hovens, J.E. (2014): Anger, anxiety, and feelings of delusional threat as predictors of aggressive attitudes: An experimental mood induction study in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 57, 25-30.
- Nicholson, R. A., Houle, T. T., Rhudy, J. L. y Norton, P. J. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache*, 47(3), 413-426.
- Peñate, W.; Bello, R.; García, A.; Rovella, A. y Del Pino-Sedeño, T. (2014): Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 30(1), 143-149.
- Piqueras, J.A.; Ramos, V.; Martínez, A. y Oblitas, L.A. (2009): Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2) ,85-112.
- Platas, R. S. y Gómez-Peresmitré, G. (2013): Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 23, 2; 251-259
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera (2007): Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de la Universidad de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 45-56.
- Rodríguez-Martín, B. C., Cárdenas-Rodríguez, R. y Molerio-Pérez, O. (2012): Predictores de la supresión de pensamientos en jóvenes y adultos mayores: preocupación y vivencias. *Revista Pensando Psicología*, 8(14), 19-27.
- Spielberg, Ch. y Moscoso, M. S. (1996): Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 59-81.
- Spielberger, Ch. y Reheiser, E. C. (2009): Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied psychology: Health and well-being* 1 (3),271–302.
- Vázquez, M. (2011): Vivencia de la carga psíquica en trabajadores con contenido de trabajo diferentes. *Revista Cubana de Psicología*, 16(2) 39-49.
- Vygotsky, L. (1984): Psicología Infantil “La crisis de lo siete años”. En: *Obras escogidas*. Moscú: Progreso.

ESTRUCTURA FACTORIAL, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INVENTARIO DE SUPRESIÓN DEL OSO BLANCO EN ADULTOS CUBANOS

Boris C. Rodríguez Martín, Osana Molerio Pérez, Lesnay Martínez Rodríguez, Claudia L. González Paneca, y Sandra M. Navarro Otero

Facultad de Psicología. Universidad Central de Las Villas. "Marta Abreu".

Resumen

El presente trabajo se propuso como objetivo llevar a cabo la validación del Inventario de Supresión del Oso Blanco (White Bear Suppression Inventory) para adultos cubanos. Novecientas cuarenta personas de la población general completaron los siguientes instrumentos: Inventario de Supresión del Oso Blanco, Inventario de Respuestas y Situaciones de ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados del Análisis Factorial Exploratorio revelaron el ajuste a un solo factor que explicó el 51,76% de la varianza acumulada. La consistencia interna obtenida fue excelente, así como la estabilidad temporal transcurridas tres semanas. De igual forma se obtuvieron correlaciones altamente significativas para todos los indicadores de ansiedad y depresión establecidos. Como conclusión puede afirmarse que el Inventario de Supresión del Oso Blanco es un instrumento con excelentes indicadores de validez y confiabilidad.

Palabras Clave: Inventario de Supresión del Oso Blanco; Análisis Factorial Exploratorio; confiabilidad; validez.

Abstract

This paper introduces the validation of the Cuban adaptation of the White Bear Suppression Inventory. A sample of nine hundred forty adults from the general population completed the following tests: White Bear Suppression Inventory, Beck Depression Inventory and Inventory of Responses and Situations of Anxiety. The Exploratory Factor Analysis supported a single factor's solution, accounting for 51.71% of the cumulative variance. Both internal consistency reliability and test-retest reliability showed adequate homogeneity, sound consistency, and stability over time. Anxiety and depression also showed significant correlations with WBSI's scores. To conclude, the White Bear Suppression Inventory revealed a single factor structure with excellent levels of reliability and validity.

Key Words: *White Bear Suppression Inventory, Exploratory Factor Analysis; Reliability; Validity.*

Introducción

El estudio de la supresión de pensamientos reviste gran relevancia en la comprensión de la génesis, desarrollo y mantenimiento de determinadas dificultades y alteraciones psicopatológicas que experimentan las personas en su vida cotidiana (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Magee, Harden & Teachman, 2012; Rodríguez-Martín, Cárdenas-Rodríguez & Molerio-Pérez, 2012). Desde el estudio pionero del *Oso Blanco* (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987), se hizo necesario el diseño y validación de instrumentos de evaluación que permitan medir las diferencias individuales en la utilización de la supresión de pensamientos (SU), así como de los pensamientos intrusos que la generan (PI). El instrumento más estudiado lo constituye el White Bear Suppression Inventory (WBSI) o Inventario de Supresión del Oso Blanco (Wegner & Zanakos, 1994).

Con relación a la estructura factorial del WBSI no existe consenso. En la validación inicial (Wegner & Zanakos, 1994) y versión holandesa del test (Muris, Merckelbach, & Horselenberg, 1996) se muestra una estructura unifactorial. Estudios posteriores revelaron estructuras de dos (González-Rodríguez, Avero-Delgado, Rovella, & Cubas-León, 2008; Höping & de Jong-Meyer, 2003; Rassin, 2003) y hasta tres factores (Blumberg, 2000). A su vez, la estructura de dos factores (PI y SU) fue corroborada para una amplia muestra de adultos mayores en Cuba, aunque con saturaciones similares para ambos factores en numerosos ítems (Rodríguez-Martín, 2010).

Los PI son aquellos que penetran en nuestra conciencia de forma repentina e involuntaria y son vivenciados como molestos y difíciles de controlar (Najmi, Riemann, & Wegner, 2009). Se plantea que la mayor parte de la población general puede llegar a experimentarlos (Berry, May, Andrade, & Kavanagh, 2010) pero la mayoría de estos desaparecen rápidamente causando solo leves molestias al individuo (Luciano, 2007).

Una de las estrategias cognitivas más utilizada para el control de los PI, lo constituye tratar de no pensar de forma consciente sobre ellos, o sea, suprimirlos (Wegner & Erskine, 2003). La SU por su parte, es una estrategia cognitiva que tiene como fin la regulación emocional (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010), pero se la considera desadaptativa (Aldao *et al*, 2010) dada su falta de efectividad (Najmi *et al*, 2010), que puede ser explicada por la teoría de los procesos irónicos (Wegner, 1994, 1997).

En la actualidad existen numerosos instrumentos relacionados, diseñados para evaluar: las estrategias para el control de pensamientos (Wells & Davies, 1994); la habilidad para llevarlo a cabo exitosamente (Luciano, Algarabel, Tomás, & Martínez, 2005); las reacciones conductuales y emocionales a estos (Berry *et al*, 2010), la supresión de aquellos pensamientos referidos a la comida (Barnes, Fisak, & Tantleff-Dunn, 2009; Barnes & White, 2010) o sobre fumar (Nosen & Woody, 2013).

En la realización del citado Análisis Factorial Exploratorio en adultos mayores cubanos (Rodríguez-Martín, 2010), las saturaciones similares para cinco de los ítems reveló una estructura bifactorial ambigua. Ante este hecho, se prefirió analizar la confiabilidad de una agrupación similar obtenida mediante Análisis Factorial Confirmatorio de todas las estructuras factoriales referidas por la literatura científica (Luciano *et al*, 2006).

Sin embargo, la imposibilidad de ubicar cada uno de estos cinco ítems referidos a un factor específico lleva a la realización de diversas interrogantes: ¿Estos resultados solo se muestran en adultos mayores o pueden generalizarse a la población general? ¿Podrían constituir las diferencias de edad y género un factor a considerar para el análisis de los resultados de la prueba? ¿Cómo se comporta la estabilidad temporal de la prueba en la población cubana? ¿Qué relación se establece entre la ansiedad, la depresión y la SU?

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas, la presente investigación se plantea el siguiente objetivo general: Analizar la estructura factorial, confiabilidad y validez concurrente del WBSI para una muestra de la población general en Cuba.

Métodos

Participantes

En la investigación colaboraron 940 participantes, procedentes de cinco provincias del país: Camagüey (241/26,1%); Ciego de Ávila (100/10,6%); Sancti Spiritus (297/31,6%); Villa Clara (200/21,3%) y Cienfuegos (98/10,4%). Del total evaluado 468 (49,8%) eran mujeres y 472 (50,2%) hombres, con una media de 45,49 (DE=16,01 y Rango: 18-80) años de edad. Con relación al estado civil, predominaron los casados (553/58,8%) y solteros (260/27,7%) y en menor medida los divorciados (76/8,1%) y viudos (51/5,4%). Los niveles de educación de mayor agrupación fueron *medio* (439/46,7%) y *superior* (315/33,5%), seguido de *secundaria* (175/18,6%) y *primaria* (11/1,2%). La mayor parte (568/60,4%) no refirió quejas de malestar físico o enfermedades médicas diagnosticadas. El resto presentó diagnósticos diversos, donde predominó la hipertensión arterial

(131/13,9%), el asma bronquial (54/5,4%) y la diabetes mellitus (44/4,7%). Como criterio de exclusión fundamental se estableció la presencia de alteraciones psicopatológicas diagnosticadas.

Materiales

Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI)

Este inventario fue desarrollado por Wegner y Zanakos (1994), compuesto por 15 ítems para evaluar las diferencias individuales en el uso de la SU. Los ítems fueron respondidos utilizando una escala de tipo Likert (desde 1="completamente en desacuerdo", hasta 5="completamente de acuerdo"). La sumatoria de dichos ítems indica que, mientras mayor es la puntuación, mayor es la tendencia al uso de la SU.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B).

Se utilizó de la versión validada para la población cubana (Molerio, Nieves, Otero, & Casas, 2004), compuesta por 46 ítems distribuidos en dos escalas: *respuestas* (R) y *situaciones* (S). R abarca los primeros 24 ítems que tributan a tres sub-escalas: *cognitiva*, *fisiológica* y *motora*; con las que se calcula el *rasgo*. Estos ítems fueron respondidos utilizando una escala de tipo Likert (desde 0="casi nunca", hasta 4="casi siempre"). S abarca los 22 ítems restantes y está dirigida a evaluar con qué intensidad cada una de las situaciones mencionadas genera nerviosismo o tensión y se divide a su vez en: *de evaluación*, *interpersonales*, *fóbicas* y *cotidianas*. Los ítems de S se respondieron atendiendo igual escalamiento con diferente codificación (desde 0="nada", hasta 4="muchísimo").

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este inventario fue creado por Aaron Beck en 1978 (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005) y ha mostrado una gran utilidad para medir la existencia y profundidad de la depresión (D). Consta de 21 ítems, compuestos por afirmaciones que se corresponden a los grados de profundidad de los síntomas que acompañan la depresión. Se realiza la sumatoria de dichos ítems y se interpreta por rangos. Para los objetivos trazados en la presente investigación solo se utilizaron los puntajes totales directos.

Procedimientos

Para llevar a cabo el estudio, se entrenó a un grupo de estudiantes de psicología para la aplicación de esta batería de pruebas como una tarea añadida en el período de sus Prácticas de Producción. Se realizó la vinculación de estos a las áreas de salud de sus propios municipios de residencia bajo la asesoría de un psicólogo, previa coordinación con la dirección del policlínico correspondiente. Se trabajó en la propia área de salud de residencia del estudiante, donde se notificó a los potenciales participantes mediante visita al hogar, los objetivos del estudio y se les pidió su consentimiento para participar. Una vez obtenido este, retorna el estudiante al consultorio médico para revisar la historia clínica y garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Se citó a los participantes para la aplicación de las pruebas psicológicas. Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y ofrecieron su consentimiento informado pero no acudieron a las actividades de evaluación programadas fueron excluidos del estudio. Por último, se les orientó regresar transcurridas tres semanas para realizar una nueva evaluación.

Análisis estadístico

El análisis de los datos fue llevado a cabo mediante el SPSS/Windows, versión 18.0. El Análisis Factorial Exploratorio (EFA) fue realizado siguiendo el procedimiento de Análisis de Componentes Principales con rotación oblicua (Promax, $\kappa=4$), dado que era posible una correlación entre factores. Se utilizaron el *Cálculo de Adecuación Muestral de Kaiser-Meyer-Olkin* y el *Test de Esfericidad de Bartlett* para comprobar que la muestra cumpliera los requisitos para la realización de un EFA.

Adicionalmente fue ejecutado un Análisis Factorial Confirmatorio (AMOS, versión 18.0) para comprobar la estructura de dos factores propuesta para los adultos mayores cubanos (Rodríguez-Martín, 2010). El índice de ajuste a los modelos se realizó atendiendo a los valores del Error Cuadrático Medio de Aproximación por Grados de Libertad (RMSEA) y los índices NFI, GFI y TLC

(Bentler, 1990; Bentler & Bonett, 1980; Marsh, Balla & McDonald, 1988; Steiger, 1990). Para los índices NFI, GFI y TLI los valores oscilan entre 0-1 y aquellos cercanos a 1 son considerados como un ajuste adecuado (Byrne, 1989; Mulaik *et al*, 1989). Con respecto al RMSEA, valores inferiores a 0.8 son considerados como un ajuste adecuado (Browne & Cudeck, 1993).

La consistencia interna de la prueba fue calculada mediante el Alfa de Cronbach (α) y los criterios de estabilidad temporal y validez concurrente se calcularon mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). Fue necesario evaluar la influencia de *edad*, *género* e *interacción* sobre las puntuaciones totales del WBSI, mediante ANOVA (GLM). El tamaño del efecto fue evaluado con Eta-cuadrado parcial (η^2), estimando como puntos de corte los valores propuestos por Cohen (Sink & Mvududu, 2010): $\eta^2 > .01$, $.06$ y $.14$ para efectos *pequeños*, *medianos* y *grandes*, respectivamente.

Resultados

Estructura factorial del WBSI

Tanto el *Cálculo de Adecuación Muestral de Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=.96$) como el *Test de Esfericidad de Bartlett* ($\chi^2 (105)=7863.684$, $p<.001$) revelaron que la muestra cumplía los criterios para llevar a cabo un EFA.

Los resultados obtenidos mediante el EFA (Tabla 1) mostraron una estructura de un solo factor para la población general, con altas saturaciones para todos los ítems. Las comunalidades mostraron elevados valores tras la *extracción*, con la excepción del primer ítem (“Hay cosas en las que prefiero no pensar”: Comunalidad $<.3$), cuestión que resultó indicador de un pobre ajuste del ítem para evaluar la SU. De forma general los resultados avalaron la estructura de un solo factor, originalmente propuesta para la prueba (Muris *et al*, 1996; Wegner & Zanakos, 1994).

ÍTEM	Factor	Comunalidades
1. Hay cosas en las que prefiero no pensar	.455	.207
2. Algunas veces me pregunto por qué tengo los pensamientos que tengo	.714	.510
3. Tengo pensamientos que no puedo parar	.750	.563
4. Hay imágenes que vienen a mi cabeza que no puedo eliminar	.753	.567
5. Mis pensamientos vuelven normalmente sobre la misma idea	.666	.444
6. Ojalá pudiera dejar de pensar en ciertas cosas	.789	.622
7. Algunas veces mi mente va tan rápida que desearía poder detenerla	.668	.447
8. Siempre intento apartar los problemas de mi mente	.575	.330
9. Hay pensamientos que constantemente vienen a mi cabeza	.814	.662
10. Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos no se introduzcan en mi mente	.787	.620
11. Hay pensamientos que constantemente vienen a mi cabeza	.838	.702
12. Algunas veces me gustaría de verdad poder dejar de pensar	.710	.505
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos	.726	.527
14. Tengo pensamientos que intento evitar	.799	.639
15. Tengo muchos pensamientos que no se los cuento a nadie	.649	.422
	Autovalor	7.76
	Varianza Explicada	51.76

Tabla 1. Matriz de factores y comunalidades de los ítems del WBSI (N= 940).

Igualmente la estructura propuesta por Luciano *et al* (2006, PI, ítems, 2-7, 9 y SU, ítems 1, 8, 10-14) arrojó adecuados índices de ajuste, tomando en consideración los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio aplicado: CFI=.939; GFI=.922; TLI=.928 y RMSEA=.076.

Consistencia Interna

Los resultados obtenidos mediante el cálculo del Alfa de Cronbach (α) mostraron una excelente consistencia interna para la estructura unifactorial de la prueba ($\alpha_{WBSI}=.93$). Se decidió además, calcular los valores de α para la estructura bifactorial analizada en adultos mayores (Luciano *et al*, 2006; Rodríguez-Martín, 2010), dado los excelentes valores de ajuste obtenidos. Los valores del Alfa de Cronbach fueron altamente satisfactorios para ambos casos: $\alpha_{PI}=.88$ y $\alpha_{SU}=.86$.

Estabilidad temporal

A la aplicación del re-test solo acudieron 100 personas (51 mujeres y 49 hombres) que cumplieron el criterio de no haber presentado eventos vitales significativos que modificaran sustancialmente sus estados de ánimo o el diagnóstico de alteraciones psicopatológicas. Los resultados revelaron que la correlación entre ambas mediciones, transcurridas tres semanas, fue fuerte en extremo, directa y altamente significativa [$r(100)=.889$, $p<.001$] con puntuaciones directas muy cercanas: $WBSI_{Pre}=49.49$ ($DE=1.19$) y $WBSI_{Pos}=49.66$ ($DE=1.22$). Los resultados de la prueba t no revelaron diferencias significativas entre ellas [$t(99)=.302$, $p=.763$]. También fueron fuertes y significativas las correlaciones establecidas para la estructura bifactorial: PI [$r(100)=.843$, $p<.001$] y SU [$r(100)=.884$, $p<.001$]. Estos resultados constituyen un fuerte indicador que avala una alta estabilidad temporal para la aplicación del WBSI.

Validez Concurrente

Los resultados obtenidos mostraron que las puntuaciones del WBSI correlacionaron de manera altamente significativa con todas las subescalas del ISRA-B y las puntuaciones totales del BDI (Tabla 2). Resulta importante resaltar que los coeficientes de correlación más elevados entre las puntuaciones del WBSI y el ISRA-B, se establecieron con las respuestas cognitivas y la ansiedad como rasgo (Tabla 2).

	r	Sig.
ISRA-B Respuestas Cognitivas	.307	.000
ISRA-B Respuestas Fisiológicas	.167	.000
ISRA-B Respuestas Motoras	.265	.000
ISRA-B Rasgo	.315	.000
ISRA-B Situaciones de Evaluación	.268	.000
ISRA-B Situaciones Interpersonales	.219	.000
ISRA-B Situaciones Fóbicas	.202	.000
ISRA-B Situaciones Cotidianas	.264	.000
BDI- Total de puntos	.227	.000

Tabla 2. Correlación del WBSI con el ISRA-B y el BDI (N=940).

Efecto de la edad y el género sobre las puntuaciones del WBSI

Para realizar el establecimiento de los puntos de corte se tomó en consideración el efecto que *género*, *edad* e *interacción* ejercen sobre la supresión de pensamientos. Se encontraron diferencias significativas con relación al género, pero se observó que este factor no ejerció ningún efecto sobre la supresión ($\eta^2_{parcial}<.01$) al observar la proximidad de sus puntajes brutos (Tabla 3). Tampoco se observaron diferencias significativas para los grupos de edades establecidos (Tabla 3), ni para la interacción entre *edad* y *género* (Figura 1). Aunque resultaron interesantes los incrementos observados para el uso de la supresión en las mujeres a través de la edad (Figura 1), no pudo establecerse una relación entre ambas variables [$r(940)=.052$; $p=.113$].

Variables		N	Media	DE	GI	F	Sig.	η^2
Género	Femenino	468	49.33	16.76	1, 934	4.266	.039	.005
	Masculino	472	47.22	16.91				
Edad	A-Joven	277	47.67	15.47	2, 934	.809	.445	.002
	A-Medio	527	48.19	17.43				
	A-Mayor	136	49.86	17.36				

Tabla 3. Evaluación del efecto de la edad y el género de los participantes sobre la SU.

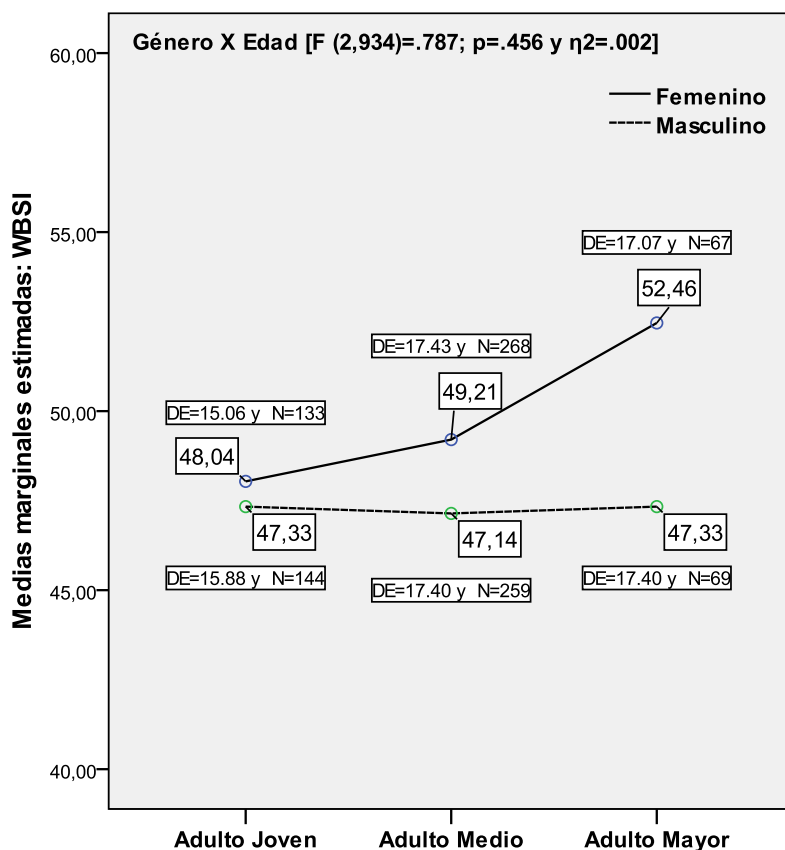


Figura 1. Evaluación de la interacción entre *género* y *edad* sobre la SU.

Establecimiento de los *puntos de corte*

Tomando en consideración los elementos reseñados en el párrafo precedente, los percentiles responden a la puntuación global de la prueba (Tabla 4). Se interpretan como bajos aquellos valores inferiores al 25 percentil, como elevados aquellos superiores al 75 percentil. El resto de las puntuaciones pueden considerarse *promedio*.

	UNI	PI	SU
Media	48.25	25.49	22.76
DE	16.89	9.38	8.19
Rango	15-75	8-40	7-35
Percentiles	10	24	12
	20	30	15
	25	33	17
	30	37	19
	40	44	23
	50	50	26
	60	56	30
	70	61	32
	75	63	34
	80	65	35
90	70	38	

Tabla 4. Percentiles para la interpretación de los puntajes brutos del WBSI, atendiendo a las clasificaciones de uno y dos factores.

Leyenda: UNI= estructura de un solo factor; PI= Factor *pensamientos intrusos*; SU= Factor *supresión de pensamientos*.

Discusión

En primer lugar, el hecho de que la prueba muestre una estructura de un solo factor se ajusta a los resultados obtenidos en los EFA iniciales (Muris *et al*, 1996; Wegner & Zanakos, 1994) y corrobora su utilidad para medir el constructo *supresión de pensamientos*; aunque debe tomarse en consideración las siguientes observaciones: el WBSI aborda la tendencia que tienen las personas a utilizarla y no la habilidad para llevarla a cabo exitosamente (Luciano, 2007); asumir la estructura de un solo factor deja fuera los PI (Purdon, 2004).

La consistencia interna de la prueba resultó ser excelente para la estructura de un solo factor, superior a la encontrada por Wegner y Zanakos (1994) o para la población española (González-Rodríguez *et al*, 2008; Luciano *et al*, 2006). Con relación a esta última, también fue superior al calcular para la estructura los dos factores. Se prefiere mantener la estructura bifactorial propuesta por Luciano *et al* (2006), pues es la que mayor consistencia interna muestra. Esta estructura permite a los investigadores analizar la presencia de pensamientos intrusos, cuestión que no ocurre con la estructura de un solo factor. Además mostró un adecuado ajuste al modelo a partir de los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio ejecutado.

Con relación a la estabilidad temporal de la prueba, mostró una correlación muy fuerte y no se observaron diferencias significativas entre ambos momentos de la evaluación. Estos resultados resultaron superiores a los obtenidos por Wegner y Zanakos (1994) para el mismo período de tiempo o a los registrados en muestras españolas (González-Rodríguez *et al*, 2008), transcurridas cinco semanas, aunque cabe resaltar que las diferencias entre las puntuaciones para este último estudio resultaron significativas. Wegner y Zanakos (1994) extendieron la aplicación del re-test hasta el tercer mes, manteniendo similar coeficiente de correlación. Estos resultados pueden constituir un indicador de que la SU se mantiene estable a través del tiempo y resulta un importante criterio para reconocerla como *rasgo*.

Las correlaciones obtenidas con las medidas de ansiedad y depresión son similares a las obtenidas por Wegner y Zanakos (1994) y muestran que la SU está altamente relacionada con estos constructos. Estos resultados eran esperados si se asume que la SU: posee un tamaño de efecto que va de mediano a grande sobre los trastornos depresivos y de ansiedad (Aldao *et al*, 2010); constituye un factor latente dentro de las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional (Aldao

& Nolen-Hoeksema, 2010) y resulta un mejor predictor para el diagnóstico de dichas alteraciones, que la pobre o nula utilización de estrategias más adaptativas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2011).

Las diferencias encontradas dentro del *género* sobre el uso de la supresión de pensamientos pueden ser atribuibles al incremento registrado por las mujeres entre los distintos grupos de edades. Al analizar las estrategias de regulación emocional relacionadas con los síntomas depresivos, ha podido determinarse que el uso de la supresión en las mujeres tiende a incrementarse con la edad, cuestión que no ocurre así en el caso de los hombres (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011).

Un reciente experimento reveló que el esfuerzo necesario para suprimir los pensamientos registra un incremento lineal con la edad de los participantes, sin embargo no ocurre lo mismo con la dificultad percibida (Magee, Smyth, & Teachman, 2014). Ello sugiere que en la medida que se incrementa la edad las personas podrían tener mayores dificultades para mantener suprimidos los pensamientos intrusos que los perturban, aunque la mayor parte no percibiría el incremento de tal dificultad.

Se ha observado que los adultos mayores cubanos tienden a realizar un mayor uso de la SP que los jóvenes, cuestión que pudiera ser explicada por el incremento de las vivencias depresivas en combinación con las preocupaciones cotidianas y las vivencias de ansiedad-miedo (Rodríguez-Martín *et al*, 2012). Sin embargo, ocurre todo lo contrario en diversos estudios internacionales revisados (Erskine, Kvavilashvili, Conway & Myers, 2007; Erskine, Kvavilashvili & Kornbrot, 2007; Lambert, Smyth, Beadel & Teachman, 2013; Magee *et al*, 2014). En investigaciones futuras estas diferencias deben ser analizadas con mayor profundidad, sobre todo mediante estudios de género que permitan explicar el *por qué* de estas.

Por último, puede afirmarse que el WBSI es un instrumento que revela la presencia de un solo factor con excelentes niveles de confiabilidad, estabilidad temporal y relación con las medidas de malestar emocional evaluadas. Por todo ello se recomienda su inclusión como un instrumento de evaluación para la población general en Cuba, aunque deben ser llevados a cabo investigaciones adicionales sobre muestras clínicas con alteraciones psicopatológicas específicas (Magee *et al*, 2012).

Bibliografía

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010): Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. doi: 10.1016/j.brat.2010.06.002
- _____. (2011): When Are Adaptive Strategies Most Predictive of Psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, Advance online publication. doi: doi: 10.1037/a0023598
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010): Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Barnes, R. D., Fisak, B. J. R., & Tantleff-Dunn, S. (2009): Validation of the Food Thought Suppression Inventory. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 373-381. doi: 10.1177/1359105309351246
- Barnes, R. D., & White, M. A. (2010): Psychometric properties of the Food Thought Suppression Inventory in men. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1113-1120. doi: 10.1177/1359105310365179
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2005): *Terapia cognitiva de la depresión* (17a ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Bentler, R. M. (1990): Comparative indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, R. M., & Bonett, D. G. (1980): Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 591-606.

- Berry, L. M., May, J., Andrade, J., & Kavanagh, D. (2010): Emotional and behavioural reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17(1), 126-137. doi: 10.1177/1073191109344694
- Blumberg, S. J. (2000): The White Bear Suppression Inventory: revisiting its factor structure. . *Personality and Individual Differences*, 29, 943-950
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993): Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, B. M. (1989): *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.
- Erskine, J. A. K., Kvavilashvili, L., Conway, M. A., & Myers, L. (2007): The effects of age on psychopathology, well-being and repressive coping. *Age & Mental Health*, 11(4), 394-404. doi: 10.1080/13607860600963737
- Erskine, J. A. K., Kvavilashvili, L., & Kornbrot, D. E. (2007): The predictors of thought suppression in young and old adults: Effects of rumination, anxiety, and other variables. *Personality and Individual Differences*, 42, 1047-1057. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.016
- González-Rodríguez, M., Avero-Delgado, P., Rovella-, A. T., & Cubas-León, R. (2008): Structural Validity and Reliability of the Spanish Version of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) in a Sample of the General Spanish Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 650-659.
- Höping, W., & de Jong-Meyer, R. (2003): Differentiating unwanted intrusive thoughts from thought suppression: what does the White Bear Suppression Inventory measure? . *Personality and Individual Differences*, 34, 1049-1055
- Lambert, A. E., Smyth, F. L., Beadel, J. R., & Teachman, B. A. (2013): Aging and Repeated Thought Suppression Success. *PLoS ONE*, 8(6), e65009. doi:10.1371/journal.pone.0065009
- Luciano, J. V. (2007): *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: el rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión*. Valencia: Universidad de Valencia: Servicio de Publicaciones.
- Luciano, J. V., Algarabel, S., Tomás, J. M., & Martínez, J. L. (2005): Development and Validation of the Thought Control Ability Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 997-1008
- Luciano, J. V., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J. M., Morillo, C., & Lucero, M. (2006): Confirmatory Factor Analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(4), 250-258. doi: 10.1027/1015-5759.22.4.250
- Magee, J. C., Harden, K. P., & Teachman, B. A. (2012): Psychopathology and thought suppression: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 189-201. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.001
- Magee, J. C., Smyth, F. L., & Teachman, B. A. (2014): A web-based examination of experiences with intrusive thoughts across the adult lifespan. *Ageing & Mental Health*, 18, 326-339. doi: 10.1080/13607863.2013.868405
- Marsh, H. W., Balla, R., & McDonald, R. E. (1988): Goodness-of-fit indices in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103, 391-410.
- Molerio, O., Nieves, Z., Otero, I., & Casas, G. (2004): *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA -B)*. UCLV. Santa Clara.
- Mulaik, S. A., James, L. R., Alstine, J. V., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989): Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 10, 430-445.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996): Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: Factor structure, reliability, validity and correlates. . *Behaviour Research and Therapy*, 34, 501-513
- Najmi, S., Reese, H., Wilhelm, S., Fama, J., Beck, C., & Wegner, D. M. (2010): Learning the Futility of the Thought Suppression Enterprise in Normal Experience and in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 1-14. doi: 10.1017/S1352465809990439

- Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009): Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 494-503. doi: 10.1016/j.brat.2009.02.015
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011): Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 704-708. doi: 10.1016/j.paid.2011.06.012
- Nosen, E., & Woody, S. R. (2013): Development and Initial Validation of the White Bear Suppression Inventory (Smoking Version). *Nicotine & Tobacco Research*, 15(6), 1155-1160.
- Purdon, C. (2004): Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 121-136. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.04.004
- Rassin, E. (2003): The White Bear Suppression Inventory (WBSI) focuses on failing suppression attempts. *European Journal of Personality*, 17, 285-298
- Rodríguez-Martín, B. C. (2010): Estructura factorial y confiabilidad del White Bear Suppression Inventory en una muestra de adultos mayores de las provincias centrales de Cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 23(1), 40-45.
- Rodríguez-Martín, B. C., Cárdenas-Rodríguez, R., & Molerio-Pérez, O. (2012): Predictores de la supresión de pensamientos en jóvenes y adultos mayores: preocupación y vivencias. *Pensando Psicología*, 8(14), 19-27.
- Sink, C. A., & Mvududu, N. H. (2010): Power, Sampling, and Effect Sizes: Three Keys to Research Relevancy. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1, 1-18., 1(2), 1-18.
- Steiger, J. H. (1990): Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Wegner, D. M. (1994): Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- _____. (1997): When the antidote is the poison. Ironic Mental Control Processes. *Psychological Science*, 8(3), 148-150.
- Wegner, D. M., & Erskine, J. A. K. (2003): Voluntary involuntariness: Thought suppression and the regulation of the experience of will. *Consciousness and Cognition*, 12, 684-694. doi: 10.1016/S1053-8100(03)00054-0
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987): Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994): Chronic thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(4), 615-640.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994): The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32 871-878.

INDICADORES DE PERSONALIDAD DE LOS SUJETOS CON TRASTORNO DE PÁNICO EN LA TÉCNICA DE RORSCHACH

Osniel Márquez Pérez

Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río

Armando Alonso Álvarez

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

Resumen

El trastorno de pánico está ampliamente referido en la literatura, aunque apenas se encuentran estudios vinculados con la técnica de Rorschach. El objetivo del artículo es ofrecer una caracterización de la personalidad de diez sujetos que padecen trastorno de pánico, a través de la técnica de Rorschach. Se utilizó también la entrevista para conocer las características clínicas esenciales de la problemática presentada. Para la selección de la muestra se emplearon los indicadores del trastorno de pánico de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para el análisis e interpretación se parte del sistema de Klopfer, sobre todo en la codificación y en las fórmulas empleadas aunque se realiza un análisis descriptivo y cualitativo (fenómenos especiales y análisis de contenido), en esencia apoyado en una concepción dinámica, no psicoanalítica. Las variables de personalidad analizadas en la muestra fueron: tono afectivo general, relaciones interpersonales, necesidades expresadas, áreas de conflicto, imagen de sí, percepción del medio ambiente y de figuras significativas, y sentido de realidad. Se concluye que existen dificultades en todas las variables estudiadas.

Palabras claves: trastorno de pánico, técnica de Rorschach

Abstract

The panic disorder is broadly referred in the literature although there are few studies linked with the Rorschach technique. The objective of the article is to offer a characterization of the personality of ten patients that suffer panic disorder, through the technique of Rorschach. It was also used the interview to know the essential clinical characteristics of the presented problem. For the selection of the sample were used the indicators of panic disorders from the International Classification of Illnesses. For the analysis and interpretation was used Klopfer's system, mainly in the code and formulas although was carried out a descriptive and qualitative analysis (special phenomena and content analysis), essentially in a dynamic conception, not psychoanalytical. The variables of personality analyzed in the sample were: general affective tone, interpersonal relationships, expressed necessities, conflict areas, self image, perception of the environment and of significant figures, and sense of reality. We concluded that exist difficulties in all variables.

Key words: panic disorder, Rorschach technique

Consideraciones teóricas

El Trastorno de Pánico constituye en nuestros días unos de los desórdenes de ansiedad más angustiante para las personas que lo padecen. La palabra pánico significa "miedo grande" y deriva del griego *panikon*, "terror causado por Pan". El dios Pan era, en la mitología griega, una divinidad silvestre, representada por una figura, mitad hombre y mitad macho cabrío, que se ocultaba en los

bosques y en las proximidades de la fuentes, y a quien se le atribuía los ruidos que retumbaban en montes y valles, y también el perseguir a las mujeres y el dispersar a la gente (Chiozza y colaboradores, 2004).

Según el diccionario de la Real Academia Española (Madrid, 2001) el término pánico significa miedo grande o muy intenso. El miedo puede definirse como una experiencia humana común, relacionada con un mecanismo de supervivencia de la especie, que surge ante una situación de peligro o amenaza, sea esta real o imaginaria (Beck, 1985).

Como señalan Mariano y Bulacio (2005) la conceptualización del trastorno de pánico ha ido evolucionando a través del tiempo.

En 1894 Freud definió los ataques de ansiedad –lo que hoy llamamos ataques de pánico– como el inicio repentino de un estado de intensa ansiedad, acompañado de miedo a morir y de alteraciones fisiológicas (en la respiración, la actividad cardiaca, etc.). Freud fue el primero en señalar la relación existente entre las crisis de pánico y la agorafobia, explicando que la agorafobia suele iniciarse tras la experimentación de estas crisis y que lo que realmente el paciente teme es volver a sufrirlas en situaciones en las que cree que no podría escapar (Freud, 1973).

Esta formulación es muy similar a la visión moderna del trastorno de pánico y la agorafobia. Freud consideraba que la ansiedad (lo que hoy llamamos ansiedad generalizada) y los ataques de ansiedad (crisis de pánico) solo se diferenciaban en el grado de intensidad, es decir, la diferencia era sólo cuantitativa. Esta visión de la ansiedad como un continuo fue aceptada hasta finales de los años 50, en que empezó a cuestionarse.

La conceptualización de las crisis de pánico como cualitativamente diferente a la ansiedad generalizada fue recogida por el DSM-III (APA 1980) en el que, por primera vez, aparecía el pánico como un trastorno con entidad propia (cit. por Roca y colaboradores, 2002).

En el DSM-IV (1994) desaparece el término neurosis y muchas de las formas clínicas incluidas en él se encuentran en un nuevo apartado con el término de trastornos de ansiedad y se amplía con respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías (estrés agudo, trastornos de ansiedad debidos a enfermedades médicas, trastornos de ansiedad inducidos por sustancias). Asimismo, la agorafobia se subordina al trastorno de pánico, si bien puede existir una agorafobia sin historia de pánico.

La CIE-IO (1992) clasifica todos estos cuadros en el epígrafe común de los “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, pero diferenciando los trastornos de ansiedad propiamente dichos (pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo) de los trastornos de ansiedad fóbica.

En los últimos años, el trastorno de pánico se ha convertido en un tema de gran interés para los investigadores y ha llegado a ser el trastorno de ansiedad que cuenta con un mayor número de investigaciones y publicaciones en la literatura especializada (Botella, 2001). Muchas investigaciones clínicas se iniciaron a raíz de su inclusión en el DSM-III en 1980, lo que suponía el disponer de criterios diagnósticos, objetivos y consensuados, que facilitaban la investigación.

Otras razones importantes que justifican el aumento del interés por la investigación de este trastorno son las que fundamentan algunos autores como Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993), insistiendo en la conveniencia de considerar el trastorno de pánico (TP) como un importante problema de salud pública; para hacer esta afirmación estos autores esgrimen una serie de razones: en primer lugar, la existencia de datos epidemiológicos alarmantes, ya que una serie de estudios ponen de manifiesto que alrededor de un 10% de la población general ha experimentado, al menos, ataques de pánico ocasionales; además, en un 5% de los casos el problema es tan grave que se cumplirían los criterios para poder establecer el diagnóstico de TP (con o sin agorafobia). En segundo lugar, aunque el curso del trastorno puede fluctuar, tiende a ser crónico y el pronóstico a largo plazo, sin un adecuado tratamiento, es peor que el de la depresión mayor. En tercer lugar, con frecuencia, junto al TP, se observa la presencia de otros problemas como alcoholismo, abuso de drogas y depresión mayor.

Estos problemas limitan la calidad de vida de los pacientes, ejercen un importante impacto sobre el ajuste marital y la independencia económica y minan su sensación de autoeficacia, con las importantes consecuencias negativas que todo ello supone (Weissman, 1991).

Compartimos el criterio de González (2003), de que el pánico es una exacerbación de la ansiedad y no un trastorno independiente. Valoramos críticamente (Alonso, 2007) la proliferación de categorías diagnósticas, al considerar conductas atomísticas, como entidades independientes, lo que es expresión de un enfoque conductual en el diagnóstico, lo cual favorece la utilización de psicofármacos específicos en su tratamiento.

Si bien aparece en la literatura sobre la técnica de Rorschach (Pardillo y Fernández, 2001; Prates y Miranda, 2001; Díaz y Alonso, 2002) distintos indicadores sobre la neurosis de ansiedad –aumento del movimiento inanimado (m), presencia de respuestas de clarooscuro, aumento de las respuestas de movimiento animal (FM), shock al gris y al color, etc.– no encontramos estudios específicos sobre los indicadores presentes en el trastorno de pánico.

Este trabajo aporta desde el punto de vista diagnóstico, la descripción de los indicadores de la personalidad presentes en el pánico a partir de la prueba de Rorschach. Legítima la utilización de un instrumento en la evaluación de los indicadores clínicos del trastorno de pánico, favoreciendo el proceso diagnóstico de esta entidad en nuestro contexto. Como todo estudio pionero esperamos que sea una fuente de impulso para futuras investigaciones en esta área, adquiriendo una mayor profundidad en la comprensión del funcionamiento de estos pacientes, y que dicho conocimiento, por mínimo que parezca, se transforme en poder terapéutico, tributando con ello a una mejor calidad de vida de los sujetos que padecen esta patología, razón de ser de todo profesional de la salud.

Metodología

El objetivo de la investigación fue conocer algunos indicadores de la personalidad de los sujetos con trastorno de pánico a través de la técnica de Rorschach.

La muestra estuvo conformada por diez pacientes diagnosticados con Trastorno de Pánico, cuatro (40%) del sexo masculino y seis (60%) mujeres. La edad media es de treinta años con un nivel de escolaridad distribuido de la siguiente manera: seis (60%) con doce grado, dos (20%) con Técnico Medio y dos (20%) universitarios. La mayor parte de los pacientes trabaja (80%) y un elevado número son solteros (60%). Los criterios de exclusión tenidos en cuenta fueron: pacientes con déficit intelectual o deterioro cognitivo y pacientes con nivel de funcionamiento psicótico.

El primer paso de la investigación consistió en la búsqueda de los pacientes diagnosticados con trastorno de pánico, realizando para ello varias acciones. Una de ellas fue realizar un programa en la televisión pinareña sobre las fobias en el espacio *Entre nosotros*. En él se describían las características clínicas y psicológicas de las fobias y su diferencia con algunas patologías como el Trastorno de Pánico, dando la posibilidad a la población, que se identificara con estas problemáticas, de recibir tratamiento contactándonos a partir de distintas vías socializadas (teléfono, centro de trabajo). Otro de los procedimientos fue el contacto mantenido con colegas y otros especialistas vinculados a la clínica, a partir de casos que les llegaban a consulta y que se ajustaban a las pautas diagnósticas del trastorno de pánico. La vía principal fue la de pacientes que estaban siendo atendidos en diversos Centros de Salud ubicados en las provincias de Pinar del Río y La Habana.

Se partió de los indicadores del trastorno de pánico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992). Para un diagnóstico definitivo deben:

- a) presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes,
- b) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo,
- c) no deben presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles,
- d) en el período entre las crisis, el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad

aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Con los sujetos se trabajó de forma individual y en adecuadas condiciones de privacidad. Fue solicitado el consentimiento para la investigación.

Se utilizó la entrevista, enfocada a los aspectos clínicos para confirmar el diagnóstico de los sujetos estudiados, y también para realizar el examen de las características esenciales de la problemática presentada.

La técnica de Rorschach consistió en el instrumento básico de análisis. Esta es una de las técnicas más utilizadas en la práctica clínica. Consiste en diez manchas simples con ritmo espacial, simétricas sobre fondos blancos, cinco acromáticas (negra y blanca) y cinco cromáticas (dos bicromáticas, roja y negra y tres policromáticas). Las ideas teóricas generales que sirven de sustento a la prueba giran alrededor del concepto de apercepción, el sujeto interpreta a partir de sus engramas, de su experiencia emocional y perceptiva. Se parte del sistema de Klopfer, sobre todo en la codificación y en las fórmulas empleadas aunque se realiza un análisis cualitativo (fenómenos especiales y análisis de contenido), apoyado en principio en una concepción dinámica, no psicoanalítica.

Los resultados de esta investigación son producto de un análisis esencialmente descriptivo y cualitativo.

Analisis y discusión de los resultados

El análisis de los resultados a partir de la entrevista nos permitió concluir que la edad de aparición de los primeros síntomas de pánico tiende en general a ubicarse en la juventud. La sintomatología asociada a las crisis es muy florida, asociándosele pensamientos irracionales en torno a la muerte lo cual le genera muchos sentimientos de vulnerabilidad y preocupaciones por la salud en los pacientes. El curso de la enfermedad tiende a la cronicidad con un deterioro considerable de la actividad social y laboral de los sujetos. Existe una tendencia al desconocimiento por parte de la muestra de la etiología de la perturbación atribuyéndole causas corporales a sus síntomas.

La disfuncionalidad en la familia de origen juega un papel fundamental como determinante clave de la personalidad alterada en los pacientes. La insatisfacción de la necesidad de seguridad y afecto en etapas infantiles conlleva a un desarrollo anómalo de la personalidad influyendo en la alteración de un conjunto de mecanismos autorreguladores de la personalidad como: el carácter patológico de la necesidad de seguridad y afecto, siendo rectoras en la vida de los individuos, y adquiriendo un carácter inconsciente, lo cual conlleva al pobre autocontrol del comportamiento, a la imagen deteriorada y lastimosa que tienen de sí, generándoles variados conflictos en sus relaciones interpersonales sin encontrar adecuadas soluciones.

Las conductas de evitación y escape son los mecanismos de enfrentamiento más empleados por los casos. Los conflictos con la pareja, la muerte paterna, la enfermedad o muerte de algún allegado, el nacimiento de un hijo, así como los problemas socioeconómicos son los factores actuales que en relación con las alteraciones de la personalidad precipitan la eclosión de las primeras crisis.

Los indicadores de personalidad estudiados en la muestra a través del test de Rorschach fueron: tono afectivo general, relaciones interpersonales, necesidades expresadas, áreas de conflicto, imagen de sí, percepción del medio ambiente y de figuras significativas, y sentido de realidad.

1. Tono afectivo general

A partir del análisis cuantitativo y cualitativo de los protocolos podemos decir que la totalidad de los pacientes son sujetos en los que predomina la ansiedad como rasgo observable a través de la excesiva manipulación de las láminas, sobre todo en las acromáticas, y el empleo de respuestas de claro oscuro (Fc, Fk, FK y KF) en sus protocolos. Otro indicador que denota la angustia característica de estos sujetos y que aparece de manera acrecentada en un 70% de los protocolos, es el shock al gris. Los indicadores de miedo estuvieron presentes a través de respuestas de máscaras y en el shock al color, aunque no fueron relevantes.

Si bien la capacidad de responder a los estímulos emocionales (Resp. VIII-X / Total R) está presente en un 90% de los casos, existen problemas con la afectividad cuando analizamos las relaciones entre FC/ (CF+C) como indicador del control emocional. En un 50% de los casos es característico la escasez o ausencia de respuestas de color (FC, CF, C), denotando la pobreza de su vida emocional, lo cual es compatible con lo señalado por distintos autores (Pardillo y Fernández, 2001; Prates y Da Gloria, 2001; Díaz, 2002) en relación al comportamiento general de este indicador en protocolos de sujetos neuróticos. En tres de los pacientes estudiados se observa una tendencia al descontrol emocional (FC<CF).

El análisis de contenido de los protocolos ofrecidos por estos pacientes también nos indica la labilidad afectiva, tal es el caso del sujeto #4 donde se percibe en sus respuestas la tendencia a dar movimientos contrapuestos (*“pájaro en vuelo”, “como mosquito cayendo”, “fuegos artificiales”*). Asimismo en la sujeto #3 encontramos respuestas como (*“Cuando algo explota”, “estallido”, “emergencia”*), que nos corrobora esta desorganización emocional.

También, en estos casos, el empleo del movimiento proyectado como fenómeno especial corrobora este indicador, (*manos como si fueran a ahorcar a alguien*) denotando un síntoma de liberación de impulsos, o sea, control muy precario de la agresividad.

El control excesivo sobre las emociones solo se evidenció en un caso, al dar en sus protocolos varias respuestas FC en ausencia de CF+C.

	Frecuencia	%
Control emocional adecuado	1	10,0
Control excesivo	1	10,0
Débil control emocional	3	30,0
Pobreza emocional	5	50,0
Total	10	100,0

Tabla 1. Control emocional (FC/(CF+C))

En un 40% de los casos estudiados la afectividad está muy marcada por la vivencia de preocupación en relación a los síntomas de las crisis, esto se expresa en la marcada descripción e identificación de sus respuestas, de contenido anatómico y rayos X, con las partes de su cuerpo (se tocan, gesticulan y utilizan la referencia personal en sus respuestas como fenómeno especial).

2 -Capacidad de responder a otros

Se comprobó a partir del grado de reactividad manifiesta (Suma C), como en el 90% de los casos existe poca capacidad de respuesta a las influencias ambientales, al estar este valor por debajo de tres.

	Frecuencia	%
Reactividad normal	1	10,0
Escasa capacidad de respuesta emocional	9	90,0
Total	10	100,0

Tabla 2. Grado de reactividad manifiesta (Suma C)

En cuanto al tipo vivencial predominó el coartativo (70%), indicando rigidez y constricción en la capacidad de responder y comprometerse con el mundo externo, así como una pobre vida interior.

	Frecuencia	%
Introversivo	2	20,0
Extratensivo	1	10,0
Coartativo	7	70,0
Total	10	100,0

Tabla 3. Tipo Vivencial (M/Suma C)

Al analizar el contenido de las respuestas observamos en un 70% de los casos dificultades en las relaciones interpersonales. En este sentido se ofrecen respuestas parahumanas (H), que denotan la incapacidad de identificación con personas reales y la falta de empatía con las personas. En el caso del sujeto #6 ve: *“Bestia, terror”*; en el caso del sujeto #4 da respuestas como: *“foto de una extraterrestre”, “imagen de un extraterrestre”, “cuerpos de ángeles”, “dos seres: hombres o animales”, “niño con alas”*; en el caso del sujeto #5 ve *“duende”, “figura caricaturesca”, “monstruo”*. Aparecen también las respuestas de máscara aunque en menor número.

Por otra parte, se observa una tendencia por parte de los sujetos hacia la agresividad a través de la valoración de los contenidos, como por ejemplo: el sujeto #3 ve: *“Dragón”, “Lava”*, el sujeto #4 ve: *“tarritos, un poco amenazante por las puntas”, “nariz afilada”, “dientes afilados” “la cima por la punta, pico”*; el sujeto #5 ve *“Tentáculos”, “animal con pezuñas”*, Sujeto #6 ve: *“fiera”, “lobo”, “cangrejo”*, el sujeto #7: *“especie de unos dientes” “cara de un animal raro, malo”*). Esta agresividad se representa mucho más marcada, aunque con menor frecuencia, a partir del empleo de la hostilidad como fenómeno especial en un 50% de los sujetos.

Resulta destacado el acrecentado empleo de diminutivos en las respuestas de la totalidad de los pacientes. Esto nos indica la inmadurez y la puerilidad característica en el modo de relación de estos sujetos con los demás. También encontramos en un alto por ciento de los casos rasgos de rigidez (predominio de la simetría como fenómeno especial), de dependencia (empleo de la adhesión), de inseguridad en el predominio de aclaraciones y en el empleo de respuestas “O”.

3 - Necesidades expresadas.

El predominio de la adhesión como fenómeno especial en las respuestas ofrecidas por los pacientes, resulta revelador de imperiosa necesidad de dependencia y seguridad que rige el comportamiento de estos. Este fenómeno se expresa en respuestas como por ejemplo, en el sujeto #1: *“Dos hombres dándose las manos, sentados, con los muslos casi pegados”, “Nubes pegadas”*, en el sujeto #5: *“como si fuera un bastón”, “bailando con cabeza pegada” “niños encima de algo”*; sujeto #4: *“dos cuerpos de ángeles que se entrelazan” “dos cuerpos ayudándose a cargar el peso de la vida”*; sujeto #7: *“dos pingüinos recostados de espalda”, “dos perros juntos”*). Esta marcada expresión de la necesidad de apoyo y seguridad puede estar muy relacionada con la demanda excesiva de ayuda de estos pacientes hacia sus familiares por su personalidad, que se agudiza por el temor que le generan las crisis de pánico.

La proporción $(FK+Fc)/F$ se vincula con la organización de la necesidad afectiva (Klopper y Davidson, 1971). El análisis de la relación entre estas categorías nos indica que en un 50% de los casos existe una tendencia hacia la negación o represión o falta de desarrollo de la necesidad de afecto, lo cual puede constituir un obstáculo en la adaptación en general de estos sujetos. En cuatro de los pacientes la proporción implica que poseen una capacidad de respuesta sana a las otras personas y no son excesivamente sensitivos ni dependientes, y solo en un sujeto la necesidad de afecto es abrumadora pudiendo amenazar el resto de la personalidad.

	Frecuencia	%
FK+Fc aproximadamente 1/4 a 3/4 de F	4	40,0
FK+Fc excede las 3/4 de F	1	10,0
FK+Fc menor que 1/4 de F	5	50,0
Total	10	100,0

Tabla 4. Organización de la necesidad afectiva (FK+Fc)/F

La escasez o ausencia en siete de los casos estudiados de respuestas M en sus protocolos nos impidió el análisis de la proporción M/FM como indicador del manejo en la satisfacción de las necesidades de los individuos. Esto nos confirma lo reportado por diferentes autores (Pardillo y Fernández, 2001; Molly Harrower citado por Coelho, 2006) en torno a las características del protocolo de los trastornos neuróticos en general, donde las respuestas de movimiento animal (FM) son superiores en número a las respuestas de movimiento humano (M), indicando la ausencia de reflexión, el predominio de lo inconciente, la inmadurez, el descontrol y la impulsividad.

4 - Áreas de conflicto.

La ya referida escasa capacidad de respuesta a las influencias ambientales (suma C), en la totalidad de los pacientes, así como el empleo de respuestas de máscara y contenido parahumano y agresivo, denotan lo conflictivo que resulta para ellos las relaciones interpersonales.

El acrecentado empleo de respuestas de rayos X (Rx), así como de contenido anatómico en el protocolo de algunos pacientes (4) nos sugieren las preocupaciones hipocondríacas como fuente generadora de malestar. Ejemplos de respuestas que reflejan estas preocupaciones tenemos: *“mancha en pulmones”, “caja torácica del ser humano”, “Parte del esqueleto humano”, “Hueso que une la cadera”, “tórax”, “TAC cervical”, “como una placa”, “Cuando se hace un ultrasonido”, “placa de pulmones”*. Esto está relacionado con las crisis de ansiedad y la hipervigilancia en torno a los síntomas vegetativos.

También encontramos conflictos en torno a la sexualidad en algunos sujetos (4) dada la perseveración en estos protocolos de respuestas sexuales. Por ejemplo, en la sujeto 6 observamos ciertas temores y disfunciones en esta área al analizar su contenido *“una vagina por el color a sangre”, “Cuello del útero abajo u ovarios de una mujer abajo”, “la vagina cerrada casi exacta”*. Este análisis nos lleva a posibles insatisfacciones en su relación de pareja.

En el caso de la paciente #3 identificamos preocupaciones alrededor de la maternidad. Estas angustias alrededor de la concepción se expresa en conceptos tales como: *“descendencia”, “concepción”, “los muslos de una mujer dando a luz o a punto”, “creación, gestación”* y analizando la secuencia de las respuestas nos muestra como en láminas anteriores a estas vio *“Gemelos”*, los cuales despersonaliza otorgándole el nombre del *“Jin y el Jan”*., es decir, se trata de un contenido parahumano (H) y que refleja la percepción distorsionada en torno a la maternidad producto a la proyección de sus temores en esta esfera.

5 - Imagen de sí.

El análisis de la solidez de las ambiciones intelectuales (W/M) nos mostró como el 30% de la muestra el nivel de aspiraciones es muy alto en relación a sus posibilidades reales, tal y como se muestra en la tabla que sigue, pudiendo indicar objetivos y metas aún sin cumplir por estos sujetos. En los restantes pacientes este análisis nos resultó imposible dada la escasez de respuestas de M.

	Frecuencia	%
Nivel de aspiraciones demasiado alto (W>2M)	3	30,0
Pobreza de M	7	70,0
Total	10	100,0

Tabla 5. Solidez de ambiciones intelectuales (W/M)

En el 30 % de los sujetos estudiados se observa una preocupación por la impresión que producen a los demás a través del uso del reflejo como fenómeno especial en sus respuestas, como por ejemplo, el sujeto #2: *“alguna imagen que se ve de un espejo”, “dos gusanos como si estuvieran reflejándose”, “Una imagen que se refleja en un espejo”*. La perseveración de este tipo de fenómeno nos indica los problemas de este paciente con su identidad, con sentimientos de inferioridad en torno a su imagen, pues muy pocas veces define el contenido que percibe, y cuando lo hace, ve animales, en este caso gusanos.

La endeble estructuración de la identidad en cuatro de estos pacientes se puede visualizar en la pinacoteca, específicamente en las dificultades en la elección y argumentación de la lámina “Yo”. En este sentido encontramos como el sujeto #1 no logra elegir ninguna lámina al presentarle esta tarea. La sujeto #7 elige la lámina VI y justifica: *“es la más compacta, que no quiere decir muchas cosas, que no expresa mucho”* indicando sus sentimientos de inferioridad y de baja autoestima.

Además se comprobó la buena identificación sexual en un 90% de la muestra, lo cual se constata en la capacidad de determinar si las figuras humanas que visualiza en las láminas son masculinas o femeninas. Solo en un caso, sujeto #1 observamos problemas en cuanto a la identificación ya que presenta en la lámina “Yo” dificultades al dar su respuesta, y su elección es la lámina III en la cual le cuesta precisar si es hombre o mujer lo que ve, y en la lámina sexual selecciona la X, la I, la IV, la II y VII, las cuales resultaron desagradables para el sujeto en el protocolo.

6 - Percepción del medio ambiente y de figuras significativas.

Es muy relevante la tendencia de los sujetos a percibir el medio en el que se desenvuelven como hostil, lo cual se expresa en respuestas cuyo contenido apuntan hacia la agresividad, por ejemplo en el sujeto #1: (*“alacranes”, “tenazas”, “espada”, “como algo que está agarrándolo por el cuello”*); en el sujeto #4: (*“tarritos, un poco amenazante por las puntas”, “nariz afilada”, “dientes afilados” “la cima por la punta, pico”*); en el sujeto 5: (*“animal con pezuñas”, “oso hormiguero como si fuera un monstruo”*); sujeto #7: (*“en los bordes una cara de una animal raro, malo*). Estas respuestas como ya habíamos dicho denotan la existencia de presiones y temores hacia el ambiente y que se corrobora también con la empleo de la hostilidad como fenómeno especial en un 60% de estos pacientes.

En el análisis de la Pinacoteca se visualizan en un 70% de la muestra conflictos hacia la figura paterna. Estos conflictos se expresan en dificultades en la elección de la Lámina “Padre”: aumento del tiempo de reacción en la elección de la lámina, manipulaciones excesivas de la lámina, elecciones de láminas donde habían presentado dificultades en dar las respuestas en el protocolo y cuyos contenidos eran ambiguos “animal u hombre”. Estos conflictos están centrados en la demanda de afecto hacia los padres, la percepción del padre como figura fuerte y agresiva y el incumplimiento de su rol para con la familia, por ejemplo: el sujeto #8 al elegir la lámina IX como la Padre, argumenta su elección por el sentimiento de ausencia que le genera, lo cual se corrobora en el tiempo de reacción tardío y el contenido de la respuesta dada ante esa lámina durante el protocolo, donde en la figura no define hombres o animales (H) y la demanda de apoyo queda implícita: *“ayudándose a levantar el peso, como la carga de la vida”*.

7 -Sentido de la realidad

Este indicador de personalidad fue evaluado a partir del índice de realidad (Populares en láminas. 3, 5, 8,10). En este sentido observamos como en seis de los casos este valor se encuentra según lo

esperado (>5), indicando la capacidad para evaluar realísticamente conductas, pensamientos y afectos de las normativas sociales. En los restantes cuatro casos este indicador osciló alrededor de los 4 y 5 puntos, comportándose en tres sujetos en el límite y solo en un caso con un débil vínculo con la realidad.

Al analizar las formas bien vistas (F+%) y las mal vistas (F-%) como indicador de vínculo con la realidad, solo en dos sujetos aparecen en su protocolos una F-, lo cual puede aceptarse, en los restantes ocho casos perciben correctamente todas las figuras.

	Frecuencia	%
adecuado (>5)	6	60,0
bajo (<5)	1	10,0
límitrof e (=5)	3	30,0
Total	10	100,0

Tabla 6. Índice de realidad.

Conclusiones

1. Los indicadores de la personalidad del pánico a partir del Rorschach encontrados fueron:
 - a) *Tono afectivo* en el que predomina la ansiedad, así como la pobreza en la vida emocional.
 - b) La *capacidad de responder a los otros* se encuentra disminuida en los pacientes con predominio del tipo vivencial coartativo. Existe dificultades en las relaciones interpersonales con rasgos de rigidez, de dependencia y de inseguridad.
 - c) Sobresalen *las necesidades* de seguridad y dependencia.
 - d) *Los conflictos* se enmarcan fundamentalmente en el área de las relaciones interpersonales.
 - e) *Imagen de sí* endeble y distorsionada, predominando los sentimientos de inseguridad. Adecuada identificación sexual.
 - f) La *percepción del medio ambiente* como hostil y la tendencia a visualizar la figura paterna como conflictiva.
 - g) Buen *sentido de la realidad*.

Bibliografía

- Alonso, A. (2007). *Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10)*. En: www.psiquiatria.com, no 1 enero, España.
- Beck, A.T; Emery, G. (1985): *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, New York: Basic Book.
- Botella, C. (2001): *Tratamientos psicológicos eficaces para el Trastorno de Pánico*. En <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=469>. Vol. 13, nº 3, pp. 465-478
- Chiozza, L.; Barbero, L.; Casali, L.; Salzman, R. (2004): *La transformación del afecto en enfermedad*. En www.funchiozza.com/
- CIE-10 (1992): *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Coelho, L. y Falcão, M. (2006). *Prova de Rorschach*. Terceira Margem, São Paulo.
- Díaz, K.A. y Alonso, A. (2002): *Estudio de los indicadores de ansiedad patológica en el método de Rorschach*. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- DSM-III (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.)* Washington, D.C., APA (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1984).

- DSM-IV (1994): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4^{ta} edición, Washigton, D.C.: APA.
- Freud, S. (1973): Inhibición, Síntoma y angustia, *Obras completas*, t.III, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Klopfer, B. y Davidson, HH. (1966): *Técnica del Rorschach. Manual Introductorio*. La Habana: Edición Revolucionaria.
- González, R. (2003). *Psiquiatría Clínica. Básica. Actual*. La Habana: Félix Varela.
- Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993) Margraf, J. Barlow, D.H., Clark, D. y Telch, M.J. (1993): Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Mariano, L. I.; Bulacio, J. M. (2005). *Trastorno por pánico (Panic Disorder): state of the art*. Fuente: ALCMEON 8. En: http://www.alcmeon.com.ar/2/8/a08_05.htm
- Mendoza, E. y Alonso, A. (2003): Estudio de la capacidad intelectual en sujetos con trastornos neuróticos. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 20, no. 2
- Pardillo, J. y Fernández, P. (2001): *Psicodiagnóstico de Rorschach: Un manual para la práctica*. Camagüey: Ácana.
- Prates, M. y Miranda, MG. (2001): *Rorschach. Interpretação do teste*. FUMEC. Minas Gerais: Centro Universitario.
- Real Academia Española (2001): *Diccionario de la lengua española*, 22^a edición, Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Roca, E. y Roca, B. (2002): *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. En: www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina3.htm
- Weissman, M.M. (1991): Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*.52, 6-8.

VICISITUDES DE LA COMUNICACIÓN PRIMARIA EN DOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS

Ana María del Rosario Asebey Morales

Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Resumen

El material clínico que se presenta, versa sobre la comunicación primaria de la psicodinámica de dos grupos, de niños y el de sus madres, que trabajaron con la metodología GIN (Grupo Infantil Natural) GAP (Grupo Analítico de Padres), así como la ruptura y recuperación del *setting*.

Palabras clave: Grupos, comunicación primaria, emergente de grupo.

Abstract

The clinical material that appears, turns on the primary communication of psychodynamics of two groups, children and the one of its mothers, with methodology GIN (Natural Childrens Group) GAP (Analytical Group for Parents), as well the rupture and recovery of setting.

Key words: Group, primary communication, emergent of group.

“Todo vivir humano ocurre en comunicaciones y es en ese espacio donde se crea la realidad en que vivimos”.

Humberto Maturana

Introducción

La comunicación humana es un complejo proceso de interacción, que en términos de Romero (1992), implica tener en cuenta: los elementos constituidos por emisor, mensaje y receptor; las redes o canales que son los vehículos por donde transita la comunicación; los niveles que hacen referencia a la información; el estilo e intencionalidad de la comunicación entre dos o más personas; así como la estructura de su contenido y significado.

La práctica clínica psicoanalítica, como cualquier actividad humana, no está exenta de este fenómeno, donde la palabra y el lenguaje son los instrumentos esenciales de la comunicación, sin excluir aquellas otras formas analógicas: gestuales, corporales y lúdicas de comunicación, que al ser estudiadas dentro del contexto analítico, contribuyen a la comprensión de los vínculos afectivos de grupos y/o del sujeto paciente en sus interacciones.

Aunque tales fenómenos no son privativos del trabajo psicoanalítico, el vínculo que se establece entre terapeuta y paciente, ofrece un rico campo de observación y estudio, ya que sin duda, este tipo de vínculo facilita la aparición de la *comunicación primaria*, fenómeno que proponemos abordar y que inicialmente fue denominado por Freud (1901) como “transferencia telepática de pensamiento” y empleado en sustitución de la telepatía, vocablo que en términos de Dupont “[...] connota comunicación entre dos instancias, sujeto y objeto, cuya transferencia de pensamiento excluye por definición a la palabra hablada y se refiere al proceso de pensamiento que es preliminar en su génesis a la verbalización [...]” (Dupont; 1988, p. 78).

La *comunicación primaria*, apunta a las transformaciones que ocurren en el proceso primario y secundario (Freud, 1900), transformaciones del principio del placer y al de realidad (Freud, 1911). Las diferentes teorías del desarrollo sustentadas en esquemas referenciales psicoanalíticos toman como vertiente al binomio madre-bebé para explicar este fenómeno psíquico que refiere al lenguaje

preverbal, al vínculo afectivo y emocional de ambos, incluyendo actitudes corporales e inclusive el contacto piel a piel, con el “yo auxiliar” (Spitz; 1981), con la instancia tutelar (Dolto; 1990), o pareja simbiótica (Mahler; 1975, 1984) del bebé.

Es decir, que la estructura del psiquismo del bebé, se da en una *comunicación primaria* con el primer objeto con el que interacciona, ya que el ser humano al nacer es un individuo cronológicamente infante que se encuentra en estado de desvalimiento con una necesidad imperiosa de tener un objeto-sujeto, que le auxilie tanto física como emocionalmente, le satisfaga y/o frustre, con la capacidad emocional que posee ese objeto, para entender y atender las necesidades generales y particulares del bebé. Lo cual le permite a este, transitar del proceso psíquico primario al proceso secundario y con ello la transformación de estructuras en el marco de varias fases secuenciales.

Esta comunicación primaria entre madre e hijo, se da a través de lo que Klein (1962) denominó identificación proyectiva; cuando la madre es lo suficientemente buena, apunta Winnicott (1981), al prodigar los cuidados al bebé con su calor afectivo y con su capacidad de continencia, a lo que denominó “sostenimiento o *holding*”, caracterizada por palabras y acciones que le devuelve a su hijo, en un diálogo perceptual, motor, sensorial, afectivo y cognoscitivo, entendiendo las necesidades fisiológicas y afectivas que se van suscitando en este. De manera que le permite introyectar sus estados afectivos más sutiles a través del lenguaje preverbal que se establece en la comunicación de esta relación diádica. Esto posibilita al bebé ir adquiriendo autonomía psíquica, consistente en el logro de la significación de sus propias sensaciones y necesidades, la diferenciación con el otro y la adecuada configuración perceptual. Todo esto se concretiza en el eficaz desarrollo del pensamiento.

Sustentados en estos fundamentos teóricos, los autores del modelo psicoterapéutico GIN (Grupo Infantil Natural) GAP (Grupo Analítico de Padres), Dupont y Jinich (1982, 1993), plantean el interjuego de proyecciones e internalizaciones entre padres e hijos respecto a las cargas ansiógenas de dichos padres, de ahí la importancia del trabajo paralelo de grupos de niños y padres, con el objetivo de que las ansiedades y conflictos psicopatológicos actuados por los niños del GIN, sean hablados y elaborados como propios por sus padres en el GAP propiciando modificaciones familiares favorables.

En esta exposición proponemos relatar los momentos significativos de este interjuego de proyecciones e internalizaciones entre padres e hijos, suscitados en la psicodinámica de dos grupos psicoterapéuticos, donde una situación institucional emergente, estuvo asociada a la historia de los pacientes.

Metodología

El proceso psicoterapéutico con ambos grupos, se llevó a cabo con el dispositivo clínico grupal GIN GAP, que en esencia propone tres juegos simultáneos sin juguetes, para resolver una tarea psicoterapéutica y psicoprofiláctica: el juego de los niños denominado GIN el de los padres o GAP y el de un equipo terapéutico, constituido por una pareja en el GIN y otra pareja en el GAP, que trabajan en espacios diferentes pero simultáneos y en sesiones semanales de una hora y media, por el lapso de poco menos de un año. (Jinich y Dupont, 2007).

Este equipo terapéutico esta integrado además por los observadores tanto del GIN como del GAP, quienes observan desde la cámara de Gesell la teoría puesta en escena y tienen la función de “yo auxiliares” de los coterapeutas.

El proceso psicodinámico del GIN se desarrolla en tres fases consecutivas: hora de acción, hora de pensar y hora de poner las cosas en su lugar. Estas fases posibilitan a los niños actuar los conflictos emocionales tempranos, para comprenderlos a través de la palabra y pensamiento reflexivo. Lo que conlleva a bajar las ansiedades, modificar su realidad subjetiva y transformar su conducta.

Mientras que en la psicodinámica del GAP, se establecen alianzas con los padres, promoviendo la intercomunicación entre ellos para posibilitarles verbalizar sus ansiedades y fantasías en torno a la problemática evidenciada en sus hijos, vinculándola a sus propias vivencias infantiles, para que puedan darse cuenta que están repitiendo inconscientemente con sus hijos, el mismo modelo de relación que vivieron en el pasado con sus propios progenitores, comprendiendo con ello su conflicto

junto con el de su hijo, como si este fuera su espejo, rompiéndose así cadenas generacionales en conflicto.

Psicodinámica

El proceso psicodinámico de estos grupos se desarrolló en el espacio institucional de la CeSeCo. Sur (Central de Servicios a la Comunidad), espacio en el que desde hace poco más de veinte años, incursionamos con la metodología GIN GAP propuesta y diseñada por dos psicoanalistas mexicanos, los doctores Marco A. Dupont y Adela Jinich de Wasongarz, ampliando la cobertura del servicio de atención psicológica individual a otra más, como es la atención psicoterapéutica grupal.

Uno de los grupos (GIN), estuvo constituido por ocho niños de ambos sexos entre seis y nueve años de edad, con síntomas que en lo manifiesto van desde la dificultad en la lectoescritura hasta actitudes de indisciplina en el salón de clases; comprendiendo conductas agresivas y serios conflictos emocionales.

El otro grupo, integrado por sus respectivas mujeres convertidas en madres solteras, cuatro de ellas por relaciones sexuales casuales, sin que hayan tenido un vínculo afectivo con el gestor de su bebé, y si lo tuvieron, fue débil o efímero quedando abandonadas en cuanto se supieron embarazadas. Las cuatro restantes son madres por el deseo consciente o inconsciente de tener un hijo, pero no para criarlo y educarlo, sino como dice Françoise Dolto "...para asegurarse de que son por lo menos mujeres y que una concepción se los demuestra." (1984, p. 110). Ejerciendo en consecuencia, un peculiar estilo de maternidad, con independencia de su edad y nivel socioeconómico.

El común denominador de estas madres solteras, era la incapacidad de establecer una relación de pareja adulta y madura, de ligarse y comprometerse emocionalmente con el otro, en consecuencia la gratificación inconsciente y lo excitante era relacionarse con lo prohibido. De ahí que buscan situaciones o parejas comprometidas, convirtiéndose en un objeto de placer para el otro con quienes se vinculan como niñas débiles, demandantes, necesitadas o disfrazadas de fuertes, rígidas y negadoras. Por eso el encuentro con el otro falla, ya que en el fondo estas mujeres anhelan el amor infantil materno o paterno, por su fijación incestuosa a esas figuras idealizadas que se negaron tempranamente a gratificarlas.

Dichas mujeres, iniciaron su proceso con una pareja de coterapeutas hombre y mujer, esta última, depositaria de ansiedades persecutorias, actuó como emergente de la conflictiva institucional al anunciar su retiro del grupo. Ante esta emergencia, el terapeuta varón, en una actitud de omnipotencia, decidió continuar la tarea solo. Adjudicándose un rol sobrepotector hacia estas madres, asumiendo inconscientemente funciones paternas y maternas, conectándose así con las historias de abandono de estas madres, quienes en la última sesión recién pudieron abordar el abandono de la coterapeuta y conectarlo con sus propias experiencias tempranas de abandono.

Ninguna de estas mujeres tocó el tema referente a esta ausencia y abandono permanente, dos de ellas prefirieron actuarlo desertando del proceso y llevándose consigo a sus hijos, otras dos lo hicieron más tarde, aunque jamás habían logrado integrarse a la gestalt del grupo por sus intermitentes asistencias. Las cuatro restantes que concluyeron el proceso, no hablaron del asunto sino hasta la última sesión, quizás porque sentían miedo de mostrarse desamparadas, pero en una actitud ambivalente demandaban dependencia hacia el terapeuta asumiendo roles pasivos, negadores y seductores. Repetían roles de inclusión y exclusión en relación a este, al fantasearse como las elegidas, despertando rivalidades maternas entre ellas.

En la psicodinámica de este GAP, las madres intensificaban su devaluación e insatisfacción al haber sido abandonadas en edades tempranas por sus progenitores varones; las respuestas que daban a sus hijos estaban en función de sus necesidades y no de ellos, al carecer de los medios afectivos necesarios para hacerlo. En consecuencia, se sentían incapaces de gratificar y estimular a sus hijos, lo que dificultaba una diferenciación adecuada de estos, junto a un deterioro de su confianza y autoestima, manteniendo a sus vástagos, anclados en una simbiosis patológica.

Transferencialmente, este grupo manifestaba una rabia negada que las remitía a sus propias pérdidas tempranas. Su actitud de dependencia e idealización hacia el terapeuta varón, encubría su temor a que se repitiera el trauma infantil en el aquí y el ahora, temían romper el vínculo simbiótico que habían establecido con este terapeuta.

Buscaban en el terapeuta sus propias carencias depositándole su idealización, pretendían convertirse en las favoritas en el aquí y ahora, ya que no pudieron serlo ni con sus madres y menos aún con sus padres; figuras que las despojaron temprano de toda protección y apoyo. Situación que se repitió en el aquí y ahora con el abandono de la terapeuta. Su búsqueda era rellenar esa falta de reconocimiento paterno y esa escasez emocional materna. Esto fue actuado dentro y fuera del grupo por dos emergentes, que después de socializar en tiempos y espacios post-sesión, entraron en una competencia frenética por ser las preferidas del padre terapeuta, al grado de que su amistad fraterna se deterioró hasta llegar al rompimiento.

Mientras la psicodinámica en el GAP giraba en torno a la negación, idealización, dependencia, rivalidad y competencia; el clima afectivo del GIN, se desenvolvía en una comunicación primaria con la psicodinámica del GAP, es decir, bajo los mismos parámetros defensivos del grupo de sus madres; pero en el espacio del GIN eran actuados con evidencia y objetividad. Los niños no cesaban de pelearse, insultarse y agredirse con el mismo objetivo que sus madres, al desear ubicarse como los favoritos de la pareja terapéutica que coordinábamos este grupo. La demanda de los niños era tan voraz que los terapeutas no podíamos controlar, sentíamos que la sesión “se nos escapaba” y con ella los niños que parecían estar sordos, ya que al haber perdido los límites se desbordan por la institución al concluir la sesión. Todo indicaba que estábamos en una Torre de Babel.

Casualmente quienes actuaban como emergentes de esta situación eran los hijos de las madres rivales. El emergente principal del grupo, un niño encopréptico, actuaba como perro rabioso mordiendo a los otros niños que no paraban de pelearse, insultarse, salir y entrar al espacio del GIN; las agresiones, golpes, escupitazos e insultos llegaban a los terapeutas. El grupo actuaba sus emociones de enojo, al haber sido abandonados por sus padres y dejados con sus madres locas. La *comunicación primaria* se hacía evidente, lo que las madres no hablaban pero sentían, los hijos lo actuaban.

A pesar del caos que parecía suscitarse en el GIN, los terapeutas lograban que se diera la “hora de pensar”, que arrojaba elementos de *comunicación primaria* con el GAP, y eran recuperados por el equipo terapéutico en las supervisiones semanales, como por ejemplo:

- El abordaje de problemáticas concernientes a la rabia que causaba el abandono de la figura parental en sus vidas, ausencia que se repetía en el GAP y en el GIN, y el dolor que causaba hablar de esto.
- Temas referentes a la sexualidad y en consecuencia a su propio origen.
- Elementos de reparación y recuperación de la figura masculina devaluada, tanto en las progenitoras como en sus hijos.
- Momentos depresivos por muertes reales recientes de hermanos y tíos.
- Angustias por desplazamiento, competencia y rivalidades por la necesidad de ubicarse como los ombligos del GIN y del GAP respecto a los terapeutas.
- Emergentes del grupo tanto en el GIN como en el GAP.
- La contratransferencia del terapeuta-papá, quien se sentía con obligación de dar más y más a estas pobres mujeres-mamás en su rol de hijas abandonadas por su madre terapeuta y empujadas por lo mismo a los brazos incestuosos de papá terapeuta.

Como equipo terapéutico lográbamos recuperar aspectos importantes del proceso en ambos grupos, pero quedaban lamentables escenas grises, que probablemente no podíamos detectar por

encontrarnos atrapados en el enojo, lo cual nos impedía elaborar nuestro malestar por el rompimiento del *setting* provocado por la terapeuta abandonadora.

Parecía que este equipo quería reparar este abandono obligándose a dar más y el no lograrlo le angustiaba; lo que generó una alianza inconsciente del equipo terapéutico para que se gestara el rompimiento del *setting*: las sesiones comenzaban cada vez más tarde; los observadores del GIN saboteaban entrando y saliendo de la fuente de Gesell sin límite alguno, platicando con los niños como en recreos escolares; las sesiones del GAP concluían después de las del GIN, lo cual propiciaba que los niños continuaran con su intensa agresión fuera del espacio terapéutico.

Las supervisiones semanales se convirtieron en discusiones acaloradas, en apariencia teórico-técnicas entre papá GAP y mamá GIN, donde los observadores de ambos grupos y el otro terapeuta GIN presenciaban cómoda y silenciosamente una colusión inconsciente. De tal forma, que los reclamos se manifestaban en un juego inconsciente de proyecciones e identificaciones con la incontrolable amenaza fraticida de los dos niños emergentes y sus respectivas madres dependientes y voraces, para quienes sesenta minutos semanales no era suficiente. Demandaban prolongación de la sesión al terapeuta en castigo, por haber permitido que su pareja lo traicionara con aquella parte envidiosa, omnipotente y saboteadora de la institución, y con la fantasía inconsciente de ocupar aquel lugar vacío, ya que no habían renunciado a su objeto temprano (padre). Esta búsqueda, se extendía al terapeuta en una actitud de bebés desvalidos y rabiosos al no ser del todo complacidas sus demandas.

Recuperación del *setting*

Paralizados por la agresión de los niños y desgastados por tanta demanda de sus madres, en manifestaciones que apuntaban a que últimamente no tenía sentido asistir porque sus hijos estaban empeorando; decidimos introducir una dinámica propuesta por Wasongarz y Lasky (1991) que aplicaron a un grupo no terapéutico de estudiantes universitarios, quienes fueron padres de un huevo durante una semana. Pensamos que si bien las autoras aplicaron este ejercicio con fines didácticos, nosotros perseguíamos movilizar el proceso psicodinámico en torno al vínculo madre-hijo y sus vicisitudes.

En virtud de esto, al finalizar una de las sesiones procedimos a distribuir los huevos –con el sello de la Clínica– a cada uno de los niños y sus progenitoras en sus respectivos espacios terapéuticos, con la única consigna de que lo trajeran la próxima semana.

La posesión inmediata de este huevo-hijo, generó una serie de fantasías y ansiedades en relación al embarazo, infanticidio, abandono, aborto, voracidad, reparación, miedo, inseguridad, amor y rivalidad; manifestadas por los niños en diversas expresiones como: “es como un hijo en la barriga”, “¿lo puedo romper?”, “¿me lo puedo comer?”, “lo voy a dejar en esta maceta”, “apachúrralo con los dedos a ver si se rompe”, “¿qué hacemos con el huevo?”, “dame otro huevo porque lo rompí”, “te cambio mi huevo por el tuyo”, “hay que cuidarlos con cariño”, “si lo rompes puedes ponerle otro sello con marcador en la escuela”, “miren, también a nuestras mamás les dieron un huevo”.

A la siguiente sesión, todos llegaron con sus huevos-hijos, algunos los traían sanos, otros rajados y/o rotos a compartir esta experiencia vivencial que les sirvió para conectarse con su inconsciente, de manera que las madres pudieron entender su propia maternidad, y los niños su rol de hijos. Las siguientes viñetas clínicas muestran la psicodinámica enriquecedora que suscitó la dinámica del huevo en torno al vínculo madre-hijo.

- La señora Zulema, con tendencia a intelectualizar sus afectos, refirió que le pareció que esta dinámica tiene que ver con la responsabilidad y cuidados que deberían darles a sus hijos. Al llegar a su casa, guardó su huevo en el refrigerador con el temor de comérselo, aunque estaba marcado con un sello. Su hijo Zenón intentaba cambiar su huevo con el de otro niño el día de la distribución, al llegar a su casa lo puso en una caja y no se acordó de él en toda la semana. Cuando lo trajo a la siguiente sesión, el huevo estaba casi roto, comentó angustiado que su mamá intentaba comerse su propio huevo, evidenciando así su temor a la voracidad materna.

Curiosamente, el embarazo de esta señora fungió como un refrigerador para su hijo Zenón, a quien intentó abortarlo, olvidándose de él después, para concentrarse en sus peleas maritales. Más tarde, cuando Zenón ya era un bebé, tuvo dos intentos infanticidas inconscientes que dañaron a este niño, intentos que se repitieron en el huevo roto que presentó Zenón al GIN.

- La señora Jazmín con una estructura depresiva, manifestó que no entendía para que le habíamos dado el huevo, y que al tenerlo no sabía que hacer con este, lo primero que pensó fue en dejarlo en la casa de su mamá, pero mejor decidió llevárselo a su casa y guardarlo en un gabinete sin acordarse de él hasta hoy. A su hija Juliana se le rompió su huevo el mismo día de la entrega, con lo que dramatizó inconscientemente el aborto voluntario que se hizo su madre para agredir a su pareja, padrastro de esta niña. Esta señora intentó repetir en el ejercicio, su relación con su hija, a quien abandonó al cuidado de su madre, recién recuperada.
- La señora Violeta de una sensibilidad profunda, al igual que la anterior, no sabía que hacer con el huevo, por último lo guardó junto con el de su hija Valentina en una olla de la cocina, aunque después ninguna de las dos sabía cual era su huevo. La preocupación de ambas se centró en cuidarlos para que nadie los rompiera y se los comiera. Precisamente la conflictiva de esta díada era su vínculo simbiótico. La señora Violeta, que perdió a su esposo cuando Valentina era pequeña, tiene que salir a buscar el sustento, propiciando en su hija un doble abandono que la llevó a ser víctima de abusos sexuales incestuosos.
- La señora Hortensia ubicada por el grupo como la omnipotente, menciona que sobremarcó su huevo para diferenciarlo del de su hija y los puso juntos en la vitrina de su mamá (abuela de Hilda), de modo que al pasar cada día por ahí, podía ver a su huevo, se le ocurrió buscar una caja con una cobija y una almohada, pero la idea le pareció muy loca. Su hija nunca preguntó por su huevo.

Al igual que los huevos en la vitrina materna, estas mujeres vivían cobijadas económica y emocionalmente en la casa-vientre materno. Y aunque se sientan diferenciadas, rivalizan por obtener las atenciones del padre-esposo del que la señora Hortensia, está divorciada. Al mismo tiempo, esta mamá sentía deseos de acercarse a su hija y acariciarla, pero prefería no hacerlo, era más fácil observarla por el vidrio de la vitrina sin tocarla.

Como podemos observar, estas madres repitieron inconscientemente con los huevos sus situaciones emocionales carenciadas y voraces, los guardaron y se olvidaron de los huevos como de sus hijos, se embarazaron de ellos y se olvidaron darles cariño ya que apenas sostienen acercamientos físicos y palabras tiernas. A su vez, los niños vivenciaron en sus huevos su propia experiencia emocional dolorosa de hijos abandonados, agredidos y algunos dañados.

Esta dinámica, permitió a ambos grupos entrar en procesos de elaboración, de tal forma que en adelante, los reportes de las madres con respecto a sus relaciones filiales eran favorables, estaban aprendiendo a demostrar sus afectos cálidos a sus hijos.

Sin embargo, no todo era color de rosa, especialmente en el GIN, donde Zenón continuaba siendo emergente con su agresión que proyectaba hacia la terapeuta, actitud que no le permitía integrarse con los demás niños al EFECTO GIN, que ya había comenzado a producirse con la ayuda del ejercicio anterior. Esta situación, empezó a provocar fracturas en las supervisiones semanales, ya que el terapeuta del GAP, seducido por las intelectualizaciones de la madre de este niño, no se atrevía a confrontarla.

Como señala Dupont (1995), había una asincronía en el abordaje terapéutico de ambos grupos, ya que el conflicto central generacional estaba latente en la señora Zulema, la cual orientaba sus propias identificaciones y las del grupo familiar sobre su hijo, convirtiéndolo en paciente "cautivo" y "activo". En consecuencia, la metabolización de esta madre y su hijo no eran paralelos, lo que imposibilitaba que la primera se convirtiera en coautora de un cambio para su hijo y para ella misma. De tal modo, que aunque este niño ya se encontraba en su segundo proceso terapéutico, el síntoma

encoprético reincidía por la fragilidad estructural de este y principalmente por su retorno al mismo caldo de cultivo (su familia).

El cierre

En conclusión, la última sesión del GAP permitió a las madres recuperar la gestalt del grupo, ya que pudieron hablar:

- De la coterapeuta que las abandonó, conectándose con sus propios abandonos.
- De sus rivalidades fraternas en relación al terapeuta varón.
- De sus acercamientos emocionales y físicos con sus hijos y de lo mucho que habían recibido de este terapeuta hermafrodita (madre y padre); todo esto dentro de una atmósfera depresiva donde el llanto estuvo presente.

Mientras en el GIN, los niños angustiados por esta fase de cierre, se negaban a aceptar que el proceso grupal estaba concluyendo, manifestaban entre gritos y cojinazos que estaban “locos” y que necesitaban otro proceso de GIN pero para todos juntos.

Al concluir la sesión, evidenciaron su capacidad organizativa y autónoma, al planificar un convivio para la siguiente semana, donde nosotros también colaboramos con lo que ellos nos asignaron que trajéramos. Así, en medio de una calida despedida, pudimos observar que estos niños-huevos, habían crecido convirtiéndose en pequeños individuos, capaces de proponer, planificar, distribuir, recibir y devolver, situaciones elaboradas de momentos intensos que vivieron en el proceso.

Conclusiones

Como se puede observar, este trabajo se realizó en tres etapas que las equiparamos con los tres momentos del GIN, así:

- La primera, se equiparó a la “hora de acción”, donde el equipo terapéutico rompió el *setting* coludido inconscientemente por las ansiedades persecutorias institucionales.
- La “hora de pensar”, se hizo presente con la recuperación del *setting*, a través de dinámicas de acción, en especial la del huevo; que permitió al equipo terapéutico empezar a entender la psicodinámica de los dos grupos terapéuticos. Por consiguiente a elaborar y a reparar.
- Por último, la “hora de poner las cosas en su lugar”, concluyó con la fase de cierre, consistente en la devolución de cada niño a su respectivo progenitor con muy buenos pronósticos por el trabajo elaborativo que se llevó a cabo en ambos grupos.

Para finalizar, queremos expresar, que la experiencia con este grupo en particular, fue paradójicamente dolorosa pero muy enriquecedora.

Bibliografía

Dolto, F. (1984). *Sexualidad femenina: libido erotismo frigidez*. España: Paidós.

Dupont, M. A. (1988): La comunicación primaria. En: *La práctica del psicoanálisis*. México: Pax.

_____. (1995): *La vertiente generacional en la teoría de la técnica del grupo de padres del GIN*. Parte II. XII Jornada Psicoanalítica de la APG. Guadalajara.

Dupont, M. A. y Jinich, W. A. (1982): *El proyecto GIN: Una investigación en psicoterapia grupal de niños*. 1er. Congreso Nacional. Oaxtepec: AMPAG.

Dupont, M. A.; Jinich, A. de W. (1993): *Psicoterapia grupal para niños*. México: Universidad de Guadalajara y Asociación Psicoanalítica Jalisciense. México. Doble Luna e Impresores S.A. de C.V.

Freud, S. (1900): El proceso primario y el proceso secundario. La represión. En: *La interpretación e los sueños (segunda parte)*. *Sobre el sueño. Obras Completas*. vol. V Argentina, 1979: Amorrortu.

- _____. (1901): Psicopatología de la vida cotidiana (Sobre el olvido, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundiendo, la superstición y el error). En: *Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas*, vol. VI. Argentina, 1980: Amorrortu.
- _____. (1911): Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Obras Completas*, vol. XII Argentina, 1980. Amorrortu.
- Jinich, A. y Dupont, M. A. (2007): *Una alternativa para el tratamiento psicoanalítico grupal de niños y padres. GIN GAP*. México: Plaza y Valdez S.A. de C.V.
- Klein, M. (1962): Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: *Desarrollos en psicoanálisis*. España: Hormé.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. Argentina: Marymar.
- _____. (1984). *Escritos 2: separación, individuación*. Argentina: Paidós.
- Spitz, R. (1981). *El primer año de vida del niño*. México: FCE.
- Romero, R. R. (1992): La estructura manifiesta del grupo: la estructura observable de comunicación. En: *Grupo objeto y teoría*. pp. 11 a 24, vol. II Argentina: Lugar.
- Wasongarz, J. A. y Lasky, W. C. (1991): Tengo un hijo... es un huevo. En: *Revista Análisis grupal: psicoanálisis-grupo-familia-institución* vol. VII no. 1 pp. 78-79. México: Órgano Oficial de la Asociación de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), A.C.
- Winnicott, D. W. (1981): *Escritos de psicoanálisis y pediatría*. España: Laia.

LOS AUTORES

Armando Alonso Álvarez

armandoa@infomed.sld.cu

Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

Ana María del Rosario Asebey Morales

asebey@uaq.mx

Doctora en Ciencias Psicológicas por la Universidad de la Habana. Docente e Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

Grettel Batista Ramón

adabelsan@infomed.sld.cu

Licenciada en Psicología. Universidad de La Habana. Maestrante de Psicología Clínica, en la Universidad de La Habana. Miembro de la Sociedad Cubana de Psicología. Centro de Diagnóstico y Orientación del Municipio Diez de Octubre.

Yisel Camejo Prado

daneisy@ciego.cav.sld.cu

Licenciada en psicología. Psicóloga del Centro Provincial de Medicina del Deporte de Ciego de Ávila.

Roxane Castellanos Cabrera

roxy@psico.uh.cu

Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Máster en Psicología Clínica. Especialista en Psicología Clínica Infantil.

Roberto Corral Ruso

rcorral@psico.uh.cu

Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor consultante de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Vicepresidente de la Sociedad cubana de Psicología. Presidente de la Comisión nacional de carrera.

Evelyn Fernández Castillo

efernandez@uclv.edu.cu

Licenciada en psicología. Máster en psicopedagogía. Profesora del departamento de psicología.

Aurora García Morey

aurora@psico.uh.cu

Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias psicológicas. Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

Claudia L. González-Paneca

Departamento de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba.

Jorge Grau Ábalo

psico@infomed.sld.cu

Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor Titular. Instituto Nacional de Biología y Radiobiología. La Habana.

Ricardo Grau Ábalo

rgrau@uclv.edu.cu

Doctor en Ciencias. Profesor consultante. Departamento de Ciencia de la Computación, Laboratorio de bioinformática. Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas

Paloma Carina Henríquez Pino Santos

paloma@psico.uh.cu

Licenciada en Psicología (2012) de la Universidad de La Habana y actualmente profesora en la misma institución. Colabora con el Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior (CEPES) y con el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS).

Lesnay Martínez Rodríguez

Departamento de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba.

Osana Molerio Pérez

osanam@uclv.edu.cu

Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Sandra M. Navarro Otero

Departamento de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba.

Miguel A. Roca

roca@psico.uh.cu

Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Coordinador de la Maestría en Psicología Clínica.

Boris Camilo Rodríguez Martín

borisc@uclv.edu.cu

Doctor en Ciencias Psicológicas. Investigador del Centro de psicología del deporte del Instituto de Cultura Física de Villa Clara.

Marisela Rodríguez Rebutillo

marisela.riguez@infomed.sld.cu

Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora Titular e Investigadora Titular de Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”. La Habana, Cuba. Premio “Carlos Lacalle de Educación Iberoamericana” de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). Premio “CITMA”, otorgado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Autora de varios libros. Asesora de programas de radio y televisión.

Agradecimiento

El Comité Editorial de la Revista *Alternativas cubanas en Psicología* reconoce y agradece el trabajo de quienes se desempeñaron como árbitros de los trabajos publicados en el año 2014.

Estos son:

Dra. Ana María del Rosarios Asebey (*Universidad de Querétaro, México*)
Dr. Reinerio Arce (*Seminario Teológico de Matanzas, Cuba*)
Dra. Patricia Ares (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dr. Edgar Barrero (*Cátedra Libre "Ignacio Martín Baró", Colombia*)
Dra. Ana Bock (*Centro "Silvia Lane", Brasil*)
Dra. Zoe Bello (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dr. Manuel Calviño (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dra. Dora Patricia Celis (*Universidad de Costa Rica*)
Dr. Alberto Cobián (*Universidad de las Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba*)
Dr. Roberto Corral (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dr. Ovidio D'Angelo (*Centro de investigaciones psicológicas y sociologías, Cuba*)
Ms.C. Rogelio Diaz (*Universidad de Ixtlahuaca, México*)
Dra. Laura Domínguez (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Ms.C. Mario Flores (*Teatro Espontáneo, Chile*)
Dra. Aurora García (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dr. Diego González (*Sociedad de Psicólogos de Cuba*)
Dr. Fernando González (*Universidad de Brasilia, Brasil*)
Dr. Julio Jaime (*Universidad Cooperativa de Colombia, Neiva, Colombia*)
Dr. Carlos Lesino (*Universidad de La República, Uruguay*)
Dr. Alexis Lorenzo (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dr. Marco Eduardo Murueta (*Asociación mexicana de alternativas en Psicología*)
Dra. Teresa Orosa (*Cátedra del Adulto Mayor, Universidad de La Habana, Cuba*)
Dra. Daybel Pañellas (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dr. Miguel Roca (*Universidad de La Habana, Cuba*)
Dra. Angela Soligo (*Asociación brasilera de enseñanza de la Psicología, Brasil*)
Dra. Norma Vasallo (*Cátedra de la Mujer, Universidad de La Habana, Cuba*)
Ms.C. Luís Vazquez (*Universidad de Cajamarca, UPAGU, Perú*)
Ms.C. Eduardo Viera (*Universidad de La República, Uruguay*)
Ms.C. Bárbara Zas (*Centro de investigaciones psicológicas y sociologías, Cuba*)
MsC. Nelson Zicavo (*Universidad del Bio Bio, Chile*)



Alternativas cubanas en Psicología es una publicación cuatrimestral de la Red cubana de Alternativas Cubanas en Psicología, que se propone esencialmente mostrar el hacer y el pensar de los psicólogos y psicólogas cubanos en toda su diversidad y riqueza, en las diferentes regiones del mundo en las que crece y toma perfiles particulares sin renunciar a su identidad. Profesionales comprometidos con el desarrollo de una Psicología “con todos y para el bien de todos”.

Se trata de una revista científica y profesional, que incluye diferentes secciones dirigidas a los profesionales de la psicología, de las disciplinas afines y a todos aquellos interesados en la psicología.

La revista tiene un Consejo Editorial y un Comité Editorial. Para la publicación de la revista, se trabaja también con un comité de evaluadores externos, designado específicamente por el Consejo Editorial y Comité Consultor, para la elaboración de cada número. Estos tres grupos velan por la calidad formal y de contenido de la revista. Garantizan que solo se publiquen trabajos debidamente arbitrados por profesionales de alto nivel y de probada capacidad para el ejercicio de la valoración de calidad.

Alternativas cubanas en Psicología se publica en versión digital, en formato *pdf* con el ánimo de que sea fácilmente distribuida. Su uso con fines profesionales, científicos, académicos, está permitido. Está asociada al dominio <http://www.acupsi.org>. Se pueden establecer *links* desde otros dominios, hospedarla en redes o páginas sin fines de lucro.

La revista se hace gracias a la acción mancomunada y desinteresada de los psicólogos y psicólogas cubanos que contribuyen de diferentes modos a su publicación. Asimismo cuenta con el apoyo y el auspicio de instituciones profesionales y científicas de psicología de nuestro continente.

Siendo que el trabajo de los psicólogos y psicólogas cubanos se integra y apoya en el trabajo de muchos profesionales y académicos de la psicología de toda la América Latina, la revista publica también trabajos de profesionales de otros países que evidencien una comunidad con el hacer y pensar de los cubanos.

Normas Editoriales

Los interesados en presentar artículos para su publicación deben enviar sus propuestas al Director de la Revista o al Coordinador Editorial a alguna de las siguientes direcciones: info@acupsi.org ; manuelc@psico.uh.cu. Los artículos deberán enviarse por correo electrónico como archivo adjunto en Word de versión reciente.

En la primera hoja deberá incluirse: Título en español e inglés (Mayúscula, Arial 16; longitud máxima de 15 palabras); Autor(es), centrado; primero nombre(s) y después apellido(s); Dirección electrónica del o los autores en pie de página. Título académicos, grados científicos, etc. Entidad o Institución a la cual pertenece/n, centrado; Ciudad y País de residencia. Deberá integrarse al inicio un resumen no mayor de 200 palabras, con versiones en español e inglés. Asimismo, deben consignar título, y de 3 a 5 palabras clave en los dos idiomas.

En coherencia con la diversidad expresiva de los diferentes modos de hacer y pensar la psicología, La revista aceptará formas narrativas diversas, siempre y cuando sean formalmente adecuadas y rigurosas.

Solo se publicarán trabajos en español y en portugués.

Los trabajos deberán tener un máximo de 20 hojas, incluyendo tablas, figuras y bibliografía, en letra Arial de 12 puntos, a espacio y medio. Formato Carta (21,59 x 27,94), con márgenes de 2 cm por los

cuatro bordes (superior, inferior, izquierda, derecha). Todas las páginas estarán numeradas incluyendo bibliografía, ilustraciones, gráficas, tablas y anexos.

Para la normalización de las citas en el texto y notas al pie de página consultar el Manual de Normalización de Trabajos Científicos en el sitio de la BVS ULAPSI

(<http://newpsi.bvs-psi.org.br/ulapsi/ManualCitacoesTextoNotasPagina.pdf>)

Para la normalización de las referencias consultar el Manual en el sitio de la BVS ULAPSI (<http://newpsi.bvs-psi.org.br/ulapsi/ManualReferencias.pdf>)

Estos documentos pueden encontrarse en el sitio web de la Revista (www.acupsi.org)

Cada artículo recibido será enviado a dos consultores integrantes del Comité de Evaluación Externo, expertos en la temática y de países distintos al del/los autor/es del artículo propuesto, a quienes se les solicitará leer los trabajos validándolos respecto a su cumplimiento de las normas editoriales y mostrando su relevancia en torno a la pertinencia en el cumplimiento de los objetivos de la revista. En caso de disparidad de decisiones entre los evaluadores, se recurrirá a un tercer árbitro.

Los miembros del Comité de Evaluación Externo que revisen los trabajos podrán solicitar a su/s autor/es la aclaración o corrección parcial de estos.

Si el artículo no resulta aprobado los evaluadores expresarán sus observaciones a los autores, las cuales las harán llegar de manera confidencial y personal.

Deben enviarse preferentemente artículos inéditos. Cuando se solicita la publicación en la revista de un artículo ya publicado en otro medio, los autores deberán hacer saber esto al conocimiento del Comité Editorial, y testimoniar el acuerdo de la editora que ya lo publicó. El Comité Editorial analizará y resolverá si es o no conveniente la publicación de dicho material.

La presentación del trabajo no implica necesariamente su publicación. Así mismo la Revista se reserva el derecho de ubicar el trabajo, de ser aceptado, en el número que resulte ser el más adecuado. El material presentado no será devuelto a su/s autor/es en caso de no publicación.

Las opiniones vertidas en los artículos no serán responsabilidad de la revista, ni de los miembros del Comité Editorial o el Comité Consultor, ni de las instituciones involucradas en su publicación, sino exclusivamente del/los autor/es.



 ALTERNATIVAS
cuBanas
en psicología