

REVISTA DIGITAL



Sistemas Familiares y otros sistemas humanos

Año 36 - N°1
Noviembre 2020
ISSN: 2618 - 4508

ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA
SISTÉMICA DE BUENOS AIRES

COMITE EDITORIAL

DIRECTOR Y EDITOR RESPONSABLE

DR. MARTÍN WAINSTEIN (UNIVERSIDAD DE BUENOS
AIRES, CABA, ARGENTINA)

COORDINADORA EDITORIAL

LIC. MARIANA RAMÓN (FUNDACIÓN INSTITUTO
GREGORY BATESON, CABA, ARGENTINA)

COMITÉ EDITORIAL

DRA. RUTH CASABIANCA (UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTA FE, SANTA FE, ARGENTINA)

DR. SAUL FUKS (UNIVERSIDAD NACIONAL DE
ROSARIO, SANTA FE, ARGENTINA)

MAG. HECTOR LABEL (UNIVERSIDAD DE PALERMO,
CABA, ARGENTINA)

DR. MARCELO RODRÍGUEZ CEBERIO (UNIVERSIDAD DE
FLORES, CABA, ARGENTINA)

DRA. VALERIA WITTNER (UNIVERSIDAD DE BUENOS
AIRES, CABA, ARGENTINA)

AÑO 36 - N°1

NOVIEMBRE 2020

AV. RIVADAVIA 2986 8 "E"

POR ASOCIACIÓN DE
PSICOTERAPIA SISTÉMICA DE
BUENOS AIRES

Sistemas Familiares
y otros sistemas humanos

Año 36 - N°1
Noviembre 2020



Asociación de
Psicoterapia Sistémica
de Buenos Aires

Sistemas Familiares y otros sistemas humanos

Año 35 - N° 1 – Septiembre 2019

Buenos Aires: ASIBA, Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires

Sumario

EDITORIAL

Director Martín Wainstein..... 5

ARTICULOS

COVID 19: Las aulas vacías y la escolaridad online, ¿La enseñanza virtual vino para quedarse?

Marcelo Rodríguez Ceberio.....7

Asistencia a Personas Mayores en el marco de la pandemia y el aislamiento social

Mariana Ramón y Gabriela Salusso.....23

Telepsicología durante la pandemia

Gregorio Traverso y Tamara Salem Martínez.....37

Dinámica familiar humano-animal durante el confinamiento social por COVID-19

Julián Lora, Ignacio Maciel, Zaida Nadal, Mónica Ferrari y Marcos Díaz Videla49

Aplicación de un protocolo de intervención con familias en contexto de ASPO por pandemia

Martín Wainstein y Valeria Wittner66

Revisión del concepto de competencias para el entrenamiento de terapeutas sistémicos

Sofía Paula Petetta Goñi y Shirley Kaplan79

Importancia vigente de la intervención de “Implicación Paterna” (“Father Involvement”) en dos tratamientos familiares realizados en un dispositivo hospitalario

Shirley Kaplan y Gregorio Traverso 86

Herramientas para profesionales para el trabajo con niños explosivos

María Eugenia García Ruiz y María Eugenia Rebull95

La epistemología sistémica en el Trastorno del Espectro Autista: Una revisión teórica de los aportes de la Terapia Familiar

Fernanda Belén Caviglia y Tamara Salem Martínez110

Mirada sistémica y creativa en familias con un hijo diagnosticado con Asperger

Hair de Jesús García Hernández, Estefanía Mera Quiñonez y Erika Paola Salamanca

Beltrán.....127

Integración sociocultural y adaptación psicológica de las parejas interculturales

Camilla Viana Gonçalves Pereira151

OBITUARIO

Se fue el Maestro Mony Elkaïm, entre resonancias y ensamblajes

Marcelo Rodríguez Ceberio.....166

Editorial

Estimado/a lector/a,

Martín Wainstein

Editor

Este número aparece sobre finales del 2020. Es un año signado por la Pandemia, así, con mayúscula, con el nombre propio, científico y *aggiornado* de la Peste. Una Peste que conmueve al planeta, alterando todas las predicciones y sumiendo a nuestro mundo en una amenaza que impacta sobre las vidas, sobre las mentes y sobre las relaciones.

A los que nos gusta ver el mundo como un sistema sabemos que los sistemas pueden fallar, pero sabemos también que los sistemas solo fallan para quienes vemos las cosas como sistemas. Que predomine un virus o nosotros es solo un problema para nosotros, la incertidumbre es solo de la parte que toma conciencia de la falla: y esos somos nosotros, los humanos portadores de conciencia. De un momento a otro nuestra forma de vida se ha visto cuestionada y pasamos de un orden más o menos aceptado a un caos que sumió al mundo en el aislamiento y el desamparo.

La Pandemia biológica, empírica, es un drama real de enfermedad y muerte. Pero hay otras pandemias. La Pandemia del miedo que afecta nuestra salud mental, la Pandemia fría de los números de la ciencia, la Pandemia ficcional de los relatos urbanos y de las redes sociales, la Pandemia de los intereses del poder y el dinero.

Todas esas pandemias interactúan entre sí y sinérgicamente terminan afectando las emociones personales, las relaciones de pareja, las vidas familiares, los contratos sociales, la economía y la política.

Nada queda ajeno al impacto. Un estudio nacional sobre el tema mostró que en apenas cuarenta días ocurrió un aumento significativo de la ansiedad colectiva, una alteración del estado de ánimo, un aumento de las peleas y discusiones de pareja y de la violencia doméstica. La niñez vio restringida su educación y su socialización, los adultos el acceso al trabajo y los mayores fueron condenados al encierro¹.

¹ <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=111&idtt=59>

No todo es negro. También muchos en las sociedades redescubrieron el sentido de solidaridad, gracias a la labor humanitaria y altruista de muchos de sus miembros. Los sistemas pueden fallar, pero desde la masiva adhesión a las medidas preventivas, hasta la vertiginosa carrera por la producción de vacunas y terapéuticas, también surgió la evidencia de que contamos con recursos para reparar las fallas.

De allí lector, que los primeros cinco trabajos de este número invasivamente reflejen, en diferentes contextos, las vicisitudes de este acontecer aun inconcluso. Una parte importante de los trabajos merecen un comentario auspicioso, sus autores, predominantemente, rondan los treinta años, eso agrega un plus a sus méritos intrínsecos. Es decir, se mantiene la pauta que muestra el surgimiento e incremento de una nueva generación de nuevos sistémicos activos, trabajando, investigando, publicando. Bienvenidos.

Mony Elkaim (1941-2020)

El 20 de noviembre falleció Mony Elkaim, miembro de nuestro Comité Editorial desde el inicio de *Sistemas Familiares*. Marcelo Rodríguez Ceberio hace la semblanza de su trayectoria en la sección obituario.

Poco me resta decir. Cuando alguien moría los antiguos griegos preguntaban:

-¿Tuvo pasión?

Si, Mony Elkaim tuvo pasión! Fue portador de esa vehemencia capaz de generar una tensión productiva entre la emoción y la razón. Más allá de sus distinciones académicas y profesionales, de su cuantísima obra escrita, de su cualidad como formador de innumerables terapeutas, queda en nuestra memoria como un representante del amor por todas esas cosas a las que dedicó su vida. QEPD.

Artículos

COVID 19: LAS AULAS VACIAS Y LA ESCOLARIDAD ONLINE, ¿LA ENSEÑANZA VIRTUAL VINO PARA QUEDARSE?

Dr. Marcelo R. Ceberio²

Resumen

El desarrollo de la actual pandemia del COVID-19 y el confinamiento obligatorio, llevó indefectiblemente a un cambio de hábitos que revolucionó la vida en múltiples aspectos. En este período, la tecnología ocupa un puesto de importancia casi vital. Fue reivindicada por los migrantes digitales y admirada por los nativos cibernéticos, porque permitió establecer dentro de la reclusión la comunicación con el entorno afectivo, recuperar las actividades laborales y mantener la escolaridad. El presente artículo profundiza el fenómeno del uso de la escolaridad online y tiene por objetivo cuestionar si es una de las actividades “que llegó para quedarse”, además de describir el proceso de enseñanza-aprendizaje, no como un hecho absolutamente cognitivo, sino como un acto que posee diferentes vías de ingreso de información, como la interaccional, emocional y neurobiológica que, en su conjunción, permiten el maravilloso fenómeno de aprender.

Palabras claves: enseñanza, aprendizaje, COVID-19, virus, escolaridad online, cognitivo.

Abstract

The development of the current COVID-19 pandemic and mandatory confinement, inevitably led to a change in habits that revolutionized life in many aspects. In this period, technology occupies a position of almost vital importance. It was vindicated by digital migrants and admired by cyber natives, because it allowed to establish within the quarantine, the communication with the affective environment, recover the work activities and maintain the schooling. This article delves into the phenomenon of the use of online schooling and aims to question whether it is one of the activities “that is here to stay”, in addition to describing the teaching-learning process, not as an absolutely cognitive fact, but as a an act that has different

² Dr. en Psicología. Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina.

ways of entering information, such as interactional, emotional and neurobiological that, in conjunction, allow the wonderful phenomenon of learning.

Key words: teaching, learning, COVID-19, virus, online schooling, cognitive.

Introducción

El brote del COVID-19 comenzó en diciembre del 2019 en China y se declaró pandemia (afectación global internacional) el 11 de marzo del 2020 (OMS, 2020). El contagio es muy rápido, se transmite de persona a persona mediante contactos estrechos que se den dentro de los dos metros de proximidad aproximadamente, a través de gotas respiratorias que se producen cuando una persona infectada estornuda o tose (Ferrer, 2020). Al mes de agosto de 2020, ya hay vacunas en proceso, pero muchos sistemas médicos están colapsados en mayor o menor medida de acuerdo a las zonas geográficas, y dependiendo de los niveles de contagio que se han desarrollado (Serrano-Cumplido et al, 2020). A partir de marzo de 2020 se implantó en el mundo un régimen de aislamiento físico preventivo y obligatorio (cuarentena) en pos de intentar controlar los índices de infección.

La cuarentena trajo una serie de cambios conductuales que modificaron la forma de vida. Desde los rituales de higiene y esterilización, hasta las interacciones entre personas, familias y parejas. La ansiedad, la angustia y el miedo fueron emociones que se desarrollaron a los inicios de la cuarentena y que fueron potenciadas por la incertidumbre (Ceberio et al, 2020). A todo esto, se suma el caos que generaron las noticias falsas (Masip et al, 2020), las dificultades en lo económico y la modalidad de escolaridad online que convulsionó a los institutos de educación formal, a los maestros y profesores, a los padres y a los alumnos (Ceberio, 2020). En este cuadro de situación y casi en el 5º mes de cuarentena, a pesar de que la incertidumbre continúa reinando, se escuchan frases que expresan que ciertas conductas aprendidas quedarán afincadas en la forma de actuar cotidiana de las personas.

Una de las frases prototípicas que trajo la pandemia covideana es Esto viene para quedarse, que puede aplicarse a cualquiera de las modificaciones en las conductas que hemos adoptado en la cuarentena, como los rituales de higiene, el home office, las clases online, el uso de barbijos o la distancia preventiva.

Herramientas tecnológicas e impacto epigenético

Uno de los recursos que hemos reivindicado en esta cuarentena fue el uso de la tecnología. El universo de las computadoras, Tablets y las nuevas generaciones de

Smartphones, siempre se han llevado la crítica más agria por parte de las generaciones no nativas tecnológicas, mientras en paralelo, los Milenials y las generaciones X y Z, enarbolaban la bandera de la defensa de estas nuevas tecnologías, desacreditando opiniones críticas por entenderlas anacrónicas. Los que dan en llamarse “inmigrantes digitales” son las personas mayores entre 35 y 55 años, nacidos en el período anterior de los “nativos digitales”, es decir en la era pre-digital. Esta generación, representantes de una época analógica, han migrado con mayor o menor resistencia al mundo digital y “luchan”, por así decirlo, más que los nativos digitales -los nativos no luchan porque es su lenguaje aprendido desde su nacimiento- para adaptarse al progreso de la alta tecnología (Prensky, 2001).

Las viejas generaciones que han nacido con el teléfono a disco, la máquina de escribir, o los discos de vinilo, poseen un cerebro entrenado en esa línea, mientras que las nuevas generaciones que han nacido con una Tablet, computadora y celular, tienen un cerebro que ha modificado sus funciones y procesa la información de una manera diferente a los cerebros modelos '60 y '70. Ni mejor ni peor, sí sencilla y complejamente diferentes. Este es el impacto epigenético. La influencia del contexto sobre los comportamientos humanos y la atribución de significado por sobre las mismas, fue muy estudiado por G. Bateson (1951, 1972, 1979) quien con su equipo en los inicios de los años '60 con su publicación iniciática reveló los estudios del doble vínculo en la comunicación (Bateson et al, 1956).

Pero fue Waddington (1939) quien acuñó el término epigenética para describir la la influencia del ambiente en nuestro ADN, más precisamente cómo el contexto puede activar o desactivar funciones en los genes; o como el complejo proceso de desarrollo que media entre genotipo y fenotipo (Bedregal et al, 2010). De ninguna manera cambiar la estructura (nosotros poseemos la misma estructura del Homo Sapiens), pero sí “despertar o dormir genes”. El uso actual del término consiste en indicar cambios heredables en la estructura y organización del ADN que no involucran cambios en la secuencia y que modulan la expresión génica (Robles et al 2012).

Las influencias tecnológicas llevan a procesar la información de una forma diferente y a activar o desactivar áreas cerebrales. No es lo mismo una generación que creció haciendo cálculos con lápiz y papel, que una generación que desde pequeños manipula con Touch screen, o juega a la play station y que en simultáneo resuelve obstáculos auditivos y visuales. Esto genera diferentes cerebros, reitero: no en estructura, sí en funciones.

Volviendo a esta era covideana, la tecnología se ha reivindicado para las generaciones migrantes tecnológicas: las computadoras y los celulares han permitido sostener estoicamente

el aislamiento físico, a fin de no perder las relaciones sociales: reuniones con amigos, conversaciones, hasta cenas se han realizado y se realizan mediante cámara, como una ilusión de verse cara a cara presencialmente. Es la era Webinar, Zoom, Whatsapp videochat, Google meet y un sinnúmero de tecnologías al servicio de la comunicación con el mundo externo.

Hacia la docencia cibernética

Uno de los vehículos que ha posibilitado continuar con la educación formal en la cuarentena ha sido la tecnología. A los inicios sorprendió a muchos profesores y maestros que no tenía la menor idea de cómo debían conducirse con estos recursos. Fue una gran revolución para los directivos de las instituciones que debieron modificar toda la currícula de estudios al menos parcialmente, en pos de continuar la formación del alumnado a pesar de los contratiempos del COVID-19.

Sin embargo, teniendo en cuenta que la tecnología ha avanzado en el arco de los últimos 30 años de una manera geométrica, cuando se revisan artículos científicos de hace 10, 20, 30 años atrás, ya se perfilaban las propuestas alternativas de educación a distancia y se auguraba un gran futuro en esa área. Por ejemplo, E. Dans (2009) señala que la educación a través de la Red, de manera parcial o en modo completo (online education) está experimentando “un notable crecimiento en los últimos años”. En los años '90, algunos pedagogos (Harasim, 1990) hablaron de educación online como una nueva metodología en los procesos de enseñanza-aprendizaje, que aunaba la educación a distancia tradicional que se desarrollaba epistolarmente, con la interacción y retroalimentación que se desarrolla en la formación presencial.

Se aventuraba que las redes cibernéticas podrían enriquecer la docencia-aprendizaje a distancia, principalmente en la interacción entre profesores y estudiantes y entre los mismos estudiantes; en la aplicación de técnicas didácticas y estrategias de aprendizaje, y de esta manera posibilitar llevar la educación a la distancia conservando acciones que competen a la educación presencial y superando las limitaciones impuestas por los medios de comunicación disponibles en ese momento (Adell Segura & Sales Ciges, 1999). Pero muchas de estas apreciaciones se estructuraban alrededor de cierto avance tecnológico que, por supuesto, no podían suponer efectivamente los avances actuales. Por ejemplo, J. Adell Segura (1998) afirmaba que una dimensión fundamental de la educación online es la comunicación mediada por ordenador, una cuestión absolutamente secundarizada puesto que la transmisión de

imágenes replica la forma presencial, por supuesto con las limitaciones de interacción que no se producen en un espacio áulico compartido.

Holmberg (1989, pag. 168) define la educación a distancia como: [...] un concepto que cubre las actividades de enseñanza/aprendizaje en los dominios cognitivo y/o psicomotor y afectivo de un aprendiz individual y una organización de apoyo. Se caracteriza por una comunicación no contigua y puede ser llevada a cabo en cualquier lugar y en cualquier tiempo, lo que la hace atractiva para los adultos con compromisos sociales y profesionales. Esta descripción muestra la educación online donde la comunicación entre profesor alumno esta mediada por un pasaje de información visual y escrita intercambiada en formato mail o mediante plataforma (Adell Segura, 1998). Esto actualmente ha sido totalmente superado por la simultaneidad audiovisual y la transmisión de información signada por la inmediatez casi presencial.

Keegan (1988) describía una serie de modalidades de la educación online como la separación física entre profesor y estudiantes, la existencia de una institución educativa que ordena el proceso (y seguramente restringe la espontaneidad), por el uso de medios de comunicación en el intercambio alumno-profesor, por ser una forma industrializada de educación, que la diferencia radicalmente de otras modalidades educativas más "artesanales". Estas apreciaciones se conservan, aunque cada vez más nos estamos acercando a una forma más artesanal y espontánea, como de hecho es la educación presencial: cada vez es más sencilla la transmisión de contenido, mediante presencialidad de las acciones pedagógicas y didácticas, los medios audiovisuales que se utilizan como herramientas didácticas y todo ello que deviene en una reducción de las distancias profesor-alumno. Por último, McIsaac y Gunawardena (1996) describen la interacción en el proceso de educación a distancia y señalan que la comunicación que se establece entre el profesor y el estudiante se realiza a través de algún tipo de "interface": sea material impreso, teléfono, redes informáticas o videoconferencia vía satélite. El uso de las distintas interfaces viene determinado por diversas variables: costo de oportunidad, eficacia, disponibilidad, etc. (Adell Segura, 1998). Estos conceptos hoy suenan a "prehistóricos", puesto que material impreso, teléfono, "video conferencia vía satélite", fueron ampliamente superados por la realidad actual.

Los docentes de la vieja guardia

A los profesores de cierta generación -poseedores de un estilo de enseñanza presencial e interactiva- les resulta difícil la implementación de la vía tecnológica en pos de transmitir

efectivamente los conocimientos, porque no solamente se trata de transmitir, sino cómo hacerlo de manera eficaz. Se intenta entonces replicar, aunque sea parcialmente, la forma que se utiliza presencialmente, pero a distancia.

Algunos muy empeñados, inician la rutina de la clase, colocando una pizarra blanca al costado del escritorio, ordenan los rotuladores y una pila de hojas que también la colocan en uno de los laterales para hacer esquemas que muestran en pantalla que son utilizados en otras clases; la notebook de frente y las diapositivas PowerPoint preparadas. Encienden la cámara y empiezan a recorrer los rostros de los alumnos, donde están, visualizan el interior de sus casas, si están en un escritorio o la cocina o en el living. Observan sus caras, aunque algunos no se quieren mostrar por estar en pijama, o porque la cámara de su computadora no funciona, u otras razones de ese tenor. Muchos intentan introducir la información desde múltiples sentidos: en la pizarra redactan las explicaciones que hacen verbalmente, acoplan cartelones en las hojas, frases, dibujos, mensajes que son espontáneos para no ceñirse a la clase estipulada por el PowerPoint rígidamente. Ese es el ritual general.

Todas esas estrategias pedagógicas docentes intentan reproducir el estilo, contacto y hasta algunos movimientos de la clase presencial, pero en el contexto de una clase virtual. A pesar de que el lector joven puede acusar de antigua esta forma de pensar, puede afirmarse que la tecnología es maravillosa y está abriendo puertas que traspasan fronteras y nada más y nada menos que en el conocimiento, pero nunca podrá reemplazar completamente a la presencialidad. También se entiende -como desarrollamos al inicio- que las nuevas generaciones tienen otro cerebro que no es el de los que no son nativos tecnológicos y que procesan la información de una manera absolutamente rápida, bregan por la inmediatez y entienden que la vida es en el presente.

Los que no nacieron con la tecnología han debido aprenderla sobre la marcha y cabalgar en una evolución entre el lápiz y el papel, la cal de las tizas y los pizarrones negros, las transparencias, los retroproyectores, los libros y fotocopias, las diapositivas y la notebook, las Tablet, los archivos en Pdf, los archivos de Word, las presentaciones de PowerPoint. Pero algo que no podemos omitir es la relación humana.

En este sentido interaccional humano, el proceso de enseñanza/aprendizaje, es más complejo que remitirlo o definirlo como una disciplina cognitiva. Tradicionalmente puede entenderse que el proceso de la enseñanza se inicia y termina desde esta perspectiva. Es decir, que la información que se transmite es codificada por el alumno, comprendida y memorizada por memoria propiamente dicha (una réplica de cada palabra o estructura de párrafo) o

memoria comprensiva, donde la posibilidad de registro y grabado radica en la comprensión o discernimiento del contenido. Esta versión de la forma del proceso de enseñanza/aprendizaje, podría afirmarse que es reduccionista puesto que, si el proceso es un acto comunicacional, quiere decir que se obvian otras áreas del ser humano que son básicas para hacer efectiva la comunicación. El aprendizaje, por su esencia y naturaleza entonces, no puede reducirse y, mucho menos explicarse, sobre la base de los planteamientos de las llamadas corrientes conductistas o asociacionistas y cognitivas (Alfonso Sánchez, 2003).

Proceso enseñanza/aprendizaje

Si analizamos el proceso de enseñanza-aprendizaje como un acto de comunicación humana, observamos que se caracteriza por acciones que se retroalimentan, es decir, interacciones entre alternativos emisores y receptores enmarcados en un contexto que le otorga un significado al intercambio comunicacional. El uso del lenguaje verbal mediante analogías, metáforas y literalidades (Ceberio, 2018), y todo un universo no verbal de gestos del rostro, posturas corporales, movimientos de extremidades, tonalidades y ritmo de las alocuciones, forman un complejo que se desenvuelve en una interinfluencia recíproca (Ceberio, 2008; Watzlawick et al. 1967, Watzlawick, 1980). Las ideas del emisor representadas por imágenes (Ledoux, 1999) o palabras (Saussure, 1984) se traducen en un mensaje gramático-sintáctico-semántico contextualizado por las variables del contexto (obstáculos, facilidades, figura del interlocutor, manejo del vocabulario, entre otras), cuyo contenido será interpretado por el receptor de acuerdo a los significados que se atribuyen desde su reservorio cognitivo, una especie de almacén de creencias, valores, reglas, vivencias, funciones, etc., un filtro que codifica el contenido y que de acuerdo al resultado emitirá una respuesta (Ceberio, 2019, 2005).

Esta respuesta que, en principio, aparece en la mente como una representación cognitiva, debe ser traducida a la estructura del mensaje y vuelta a desarrollar el mismo proceso: interpretación, representación cognitiva, traducción en mensaje. Todo este mecanismo que activa los lenguajes verbales y paraverbales en una coreografía de metáforas y literalidades, no solo queda afincado en las áreas pragmáticas-interaccionales y cognitiva, sino que tienen un impacto sobre lo emocional. Las palabras movilizan y activan recuerdos que concatenan emociones y sentimientos, aunque su interpretación depende del contexto en donde se apliquen (Strapparava & Rada, 2007; Rangel et al, 2014).

Cada representación alojada en nuestro reservorio cognitivo puede asociarse a múltiples sentimientos en un combo de alta complejidad: lo que se dice en el espacio de la comunicación es interpretado y sentido; lo dicho en un contexto puede remitir a otros contextos por recuerdo y asociación. Todo este circuito se cierra para volverse a abrir con la incidencia biológica: las redes neuroplásticas, el sistema endocrino y todas sus glándulas en sinergia con el sistema nervioso y el inmunitario, movilizan neurotransmisores y hormonas que dinamizan conductas y emociones enmarcadas en un contexto (Kuno, 1995, Ceberio, 2019). En la neurofisiología del aprendizaje, en el proceso de aprender, enseñar y estudiar se afirma que el comportamiento del cerebro y su forma fisiológica de funcionamiento está indisolublemente ligado a su estilo de procesar la información y a las características y particularidades del proceso de aprendizaje (Conn, 1994; Frazer, 1994). En el aprendizaje, se articulan complementariamente las variables del contexto, y ambos hemisferios cerebrales en complementariedad: el frontal que analiza la información y el hipocampo que la archiva, el sistema nervioso y el endocrino con sus neurotransmisores y hormonas como la dopamina en la motivación y atención, o el cortisol en la energía y la persistencia del proceso, entre otros, sumándose las emociones que detonan el tema abordado, todo en una compleja sinergia e interacción con otros estudiantes y el docente.

Alfonso Sánchez (2003), afirma que la concepción neurofisiológica del aprendizaje no se opone con ninguna de las otras concepciones del aprendizaje. Al contrario, complementa al resto porque desde la más simple sensación hasta el más complejo pensamiento, emoción y sentimiento, concepto, idea, motivación e interés, etc., no se desarrollarían ni surgirían como tales sin la existencia de un sustrato material neuronal. De hecho, desestructura la perimida dicotomía cartesiana, puesto que asocia múltiples factores físicos, químicos, biológicos y sociales del entorno del individuo Alfonso Sanchez, 2003).

Cognición, “captos” y significados

Por otra parte, el “reservorio cognitivo” al que aludimos anteriormente, se constituye partir del método del ensayo y error (Piaget, 1937) y del que emergen las estructuras conceptuales que los cognitivistas llaman esquemas (Beck, 1979). En esta estructura compuesta por valores, creencias, normas familiares, reglas socioculturales, mitos, etc., se articulan categorías con marcos semánticos que llevan a que las cosas de nuestro mundo sean interpretadas. El concepto de esquema es un concepto muy estudiado por el modelo cognitivo y originalmente fue usado por Barlett (1932) haciendo referencia a los procesos de la

memoria. A posteriori, fue redefinido por Beck (1979) que señala que los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen las interpretaciones de la realidad.

Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. Spencer Brown (1973) señala que estos datos que son seleccionados por la percepción, a los que R. Laing llamó “Captos”, aquello que puede ser captado de la cantidad de datos que puede ofrecer la realidad. Es decir que lo que la ciencia empírica denomina datos, deberían llamarse “captos”, puesto que son seleccionados arbitrariamente por las hipótesis ya preformadas. Dato significa lo que es dado. Esta definición es coherente con la antigua concepción del conocer. Capto se refiere a lo que es captado y se aplicaría al concepto del conocimiento adaptativo, con lo cual podríamos capturar de un sinnúmero de datos, solamente algunos. Pensar en términos de datos implica pensar utópicamente que nuestro aparato cognitivo tiene la posibilidad de percibir objetivamente y en forma pura (sin atribuciones de significado), los elementos a describir que ofrece el mundo externo. La estructura cognitiva -su almacén semántico- solamente le permite al observador captar algunos de esos datos, de acuerdo al modelo epistemológico con que se construya, mientras que el resto aparecen como puntos ciegos ante sus ojos (Ceberio & Watzlawick 1998).

No, obstante, por muy relevante que sea un contenido, el alumno construirá una versión desde su percepción, y ese material es necesario que sea reflexionado y profundice para otorgarle un significado (subjetivo, obvio) y así se plasme o concrete en un aprendizaje “significativo” (Vygotsky, 1978) que va implicar la asimilación, adquisición y fijación del contenido.

La docencia como proceso de enseñanza-aprendizaje no excede al marco de esta descripción de la comunicación humana. Por lo tanto, reiteramos, sería un reduccionismo ceñir la educación formal e informal solamente al área cognitiva. Cuando la información se provee en boca del maestro no queda subsumida a un acto de transmisión sino a la forma en que se transmite. La información se comprende y se graba eficazmente en nuestro centro de la memoria, el Hipocampo, cuando se implementan todas las vías de expresión del contenido, entonces, ¿usamos todas las vías de expresión?, ¿se implementan las emociones, el movimiento y la gestualidad en un acto de comunicación?: absolutamente sí, e incluso de acuerdo a la información, algunas vías más que otras. Un profesor muy retórico exagera la vía de la palabra en desmedro del uso de la emoción, pero no se trata de que no la utiliza, posiblemente la utilice menos en relación a las otras.

El aprendizaje desde una perspectiva interaccional, puede considerarse igualmente como el resultado de la interacción social y, desde este punto de vista, es intrínsecamente un proceso social, tanto por sus contenidos como por los estilos relaciones como se expresa la información que se provee. Una persona aprende de otros y con los otros (Zarifian,1990; Hilgard,1972).

Estrategias y técnicas en la virtualidad

Antes de la pandemia del COVID 19, los modelos de enseñanza incluían un bajo porcentaje de clases online como el “Flipped classroom” (aula invertida). Son los modelos mixtos o semipresenciales porque cuentan con una combinación de clases virtuales y presenciales, utilizándose cada una de ellas según los requerimientos del programa que diseña el docente (LaFee, 2015) Es un “aprendizaje mixto” (blended learning) que posibilita utilizar dos estrategias, la presencial y la virtual, tomando en cada momento lo mejor de ellas, es decir, cual es el momento propicio o más capitalizable para desarrollar un aprendizaje de un tema tanto en casa como en contexto áulico en pos de desarrollar procesos cognitivos de mayor complejidad. Desplaza el aprendizaje grupal en el aula al individual en casa de manera virtual, entonces el espacio grupal se transforma en un aprendizaje interactivo y dinámico en la aplicación de conceptos. Por ejemplo, se pueden dar videos, artículos relacionados con el tema para ser analizados fuera de la clase presencial, etc. (Huang et al. 2015).

También hay modelos de enseñanza exclusivamente virtuales como los cursos online abiertos y masivos, como los MOOC (Massive Online Open Courses) que representan el modelo de enseñanza más tecnológico, en el que incluso ya no existe interacción entre el profesor y el alumno. En este modelo el alumno es el que conduce la distribución de horas de clase y la velocidad con la que quiere llevar el curso (Inocente-Díaz & Díaz-Pizán, 2020). Las plataformas E-Learning que proponen cursos estructurados, con mayor intercambio, y con clases grabadas y no. Un modelo que se acerca más a la modalidad presencial, por ejemplo.

En la pandemia y su cuarentena “covidiana”, la educación ha apelado inevitablemente al modo online apoyándose en estos modelos descriptos. Es una nueva categoría de enseñanza-aprendizaje, una fórmula por ahora virtual porque los colegios no están habilitados para su reapertura debido al peligro de contagio. El resultado es una adaptación del Flipped Learning a un entorno virtual, que se conoce como Flipped Learning Online (Inocente-Díaz & Díaz-Pizán, 2020). Tanto en uno como otro, existe un espacio individual y el alumno

trabaja solo y asincrónicamente, y un espacio grupal donde el alumno trabaja sincrónicamente con el docente. La diferencia es que en el Flipped Learning el espacio grupal se da en un entorno presencial, mientras que en el Flipped Learning Online este espacio grupal se da virtualmente (Inocente-Díaz & Díaz-Pizán, 2020).

Sobre estas bases de virtualidad absoluta, un docente debe ingeniárselas para maniobrar diferentes formas de implicar al alumnado en la información que propone. Dentro del contenido del discurso, también se observan canales de expresiones que se manifiestan mediante metáforas o analogías o ejes temáticos que se relacionan con los sentidos. Todas las personas tienen una mayor predilección con algún canal sensitivo, como el visual, quinesésico, auditivo, olfativo y gustativo (Rivero, 2017). La relevancia de una vía de tipo visual, llevará a resaltar en una conversación observaciones de situaciones, ejemplos o metáforas recreadas a través de las imágenes. De esta manera, se acrecienta el interés y despierta mayor atención al mensaje que se trata de transmitir. Si cobran primacía las percepciones quinesésicas, las verbalizaciones describirán sensaciones físicas como calor, frío, aspereza, suavidad, contracción, relajación, etc. Si el canal es de tipo auditivo, los discursos se relacionan con la escucha, poblados de analogías con respecto a los sonidos en general, y así con los canales olfativo y gustativo (Velezví Estrada, 2020).

Otro motor de la enseñanza son las preguntas. El ayudar y motivar a que los alumnos pregunten, es una forma de construir una clase dinámica y reflexiva. La pregunta es un arco de entropía -en términos cibernéticos-, es decir, genera desorden en búsqueda de un nuevo orden; son disruptivas con la finalidad de enriquecer el conocimiento (Ceberio & Rodriguez, 2020). Porque las preguntas surgen de las dudas y en la medida que se ponen en juego, abren a más cuestionamientos, obligan a pensar al docente y al alumno, generan curiosidad y nuevos hallazgos (Serafini, 2016).

Una profesora, un maestro, un docente en su acto de enseñar ingresa información apelando a múltiples recursos en pos de que sus alumnos aprendan.

Caminar por la clase entre los participantes, acercarse, alejarse, detenerse y mirar los de los ojos, contestar preguntas, hacer silencios, elevar o disminuir el tono de voz para acentuar información. Usar diferentes vías de brindar los contenidos, ir a la pizarra, usar el Power Point, leer un párrafo de un libro, volver a escribir en la pizarra, dejar preguntas pendientes, preguntarles a los alumnos, hacerlos pensar. En síntesis, hacer de la clase un acto co-constructivo como forma de elaboración pensada al que se le acopla toda una dinámica interactiva maravillosa. En ocasiones una clase puede ser más catedrática y otras veces más

constructivista, la combinación flexible de ambas posiciones permite amoldarse según el estilo relacional y atencional del curso.

Lo que es inadmisibles hoy -y en realidad nunca fue- es la pobreza de una clase donde el profesor se halla sentado en el escritorio y lee de manera monótona sus apuntes o lo que es peor, lee capítulos de libros (porque al menos en un apunte se dedicó a elaborar alguna parte de los textos). Esas clases dormitivas, aburridas hacen que el contenido no brille. La información puede ser muy rica, pero se distorsiona en la emisión. En el caso de la docencia virtual aún mayor es la importancia en el cómo se transmiten los contenidos. Para que la clase virtual no resulte monótona y evitar que los alumnos se dispersen frente a la computadora, se requiere un público motivado y esta actitud tiene que ver con las estrategias del docente para mantenerlo atrapado en su atención (Figallo, 2020).

Todo este proceso en pos de transmitir eficazmente la información, hace que el docente se desprenda del contenido y también haga un despojo del narcisismo que implica el hecho de ser un profesor o una profesora liderando una clase en el lugar del saber. Cada uno desde su reservorio cognitivo, codificará o construirá la propia información a partir de la información que brinda el profesor: quiere decir que hubo tantas versiones de la clase como tantos alumnos la presenciaron. Las estrategias docentes hacen que los participantes de la clase, logren construir una información lo más cercana posible a lo que intentó transmitir el profesor. Entonces, no es solamente lo que el docente expresa, sino también lo que el alumno construye de lo que dijo ella.

Discusión y conclusión

La formación docente no solamente debe hacer centro en los contenidos del área que desarrolle. La preparación no remite únicamente a la teoría. La forma y el estilo personal de llevar adelante una clase, de acuerdo al desarrollo que hemos planteado, parece ser uno de los ejes principales en la transmisión de conocimiento. El uso del cuerpo en movimiento en el espacio áulico, son fundamentales a la hora de interaccionar con los participantes de la clase. El moverse entre los alumnos, el acercarse o el alejarse agudiza las formas de seguimiento de la clase y motivan a la atención del alumno. El uso de herramientas como el PowerPoint y la pizarra, los videos, grabaciones, material de YouTube, fotografías, etc., son recursos que favorecen el aprendizaje, ingresando por diferentes canales sensoriales favoreciendo la concentración y el poder codificar los contenidos más en acuerdo con los transmitidos por el profesor.

Parte de la formación debería contar con cursos de teatro para así agilizar la retórica, la oratoria, el manejo del cuerpo, el nivel de expresividad, la vehemencia y la acentuación de ciertas frases en el discurso, los silencios la aceleración o la desaceleración ciertos párrafos, el manejo de las distancias públicas o íntimas, todos algunos de los beneficios del aprendizaje de técnicas actorales y que bien pueden ser aplicadas en el desarrollo del rol docente. Estos recursos permiten desarrollar los temas ingresando la información por las tres áreas: cognitiva, emocional e interaccional. De esta manera, se complementa de manera equilibrada el desarrollo de una clase, entendiendo que el proceso enseñanza-aprendizaje va más allá de reducirlo a la esfera cognitiva.

Algunos de estos recursos se pierden con el uso de las clases online. Podemos implementarlos en el intento de replicar la experiencia presencial, pero nunca va a ser lo mismo. Es como intentar hacer una relación de pareja de manera virtual: ¿dónde quedarían el beso, una caricia, la mirada y calor de la piel? La relación humana es una forma de manifestar afecto. Cuando nos dirigimos al otro necesitamos una cuota de afecto que muestra el interés y la acción de comunicar.

Los fundamentos anteriores desarrollados en este artículo, cuestionan la afirmación que dice “la tecnología viene para quedarse” como uno de los recursos que nos deja la cuarentena del COVID-19. Cabe ahora preguntarse si los recursos online podrán suplir todas las características de ese contacto humano tan importante que se desarrolla en el momento de enseñar y que facilita el compartir conocimiento en un universo tan maravilloso como es la relación maestro-alumno, en un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Mirada, cuerpos en un espacio compartido, acercamientos y alejamientos, intercambios de preguntas y respuestas, discusiones respetuosas y acaloradas, actos creativos, demandas teóricas y experienciales, son posibles fundamentalmente bajo el liderazgo de las interacciones. Eso no quiere decir que la tecnología no los pueda desarrollar, ni que puedan desenvolverse cámara de por medio: lo cierto es que somos seres humanos relacionales y nos gusta el calor de los cuerpos, los climas que se generan en los claustros, las tizas rechinando en la pizarra o los rotuladores que se secan y las miradas atentas.

Tal vez un uso parcial sea la fórmula que facilite no perder la oportunidad de tener clases online con ciertos docentes de rango internacional y que es difícil tenerlos presencialmente, por ejemplo, o con alumnos que por la distancia se hallen imposibilitados de viajar regularmente, entonces esta variedad da la posibilidad de incrementar el nivel y mejorar la didáctica. Tal vez, éste será el aprendizaje que los docentes deberán incorporar,

haciendo un buen uso de la virtualidad en concomitancia con las raíces tradicionales de la enseñanza.

REFERENCIAS

- Adell Segura, J., & Sales Ciges, A. (1999). El profesor online: elementos para la definición de un nuevo rol docente. In *EDUTEC 99. IV Congreso de Nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación para la educación. Nuevas tecnologías en la formación flexible y a distancia (1999)*. Universidad de Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías.
- Alfonso Sánchez, I. (2003). Elementos conceptuales básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje. *Acimed*, 11(6), 0-0.
- Barlett, F. C. (1932) *Remembering*. Babridge University Press.
- Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. USA: Ballantines Books. Versión cast. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Carlos Lohlé.
- Bateson, G & Ruesch, J. (1951) *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. New York: Norton & Company. Versión cast. (1984) *Comunicación, la matriz social de la Psiquiatría*. Paidós.
- Bateson, Gregory. (1979) *Mind and Nature. A Necessary Unity*. New York: E. P. Dutton. Versión cast. (1979) *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu.
- Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J.; Weakland, J. (1956) Toward a theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251–264.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. J., & Ventura-Juncá, P. (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile*, 138(3), 366-372.
- Ceberio M. R. & Watzlawick P. (1998) *La construcción del universo*. Herder.
- Ceberio, Marcelo R. (2006) *La buena comunicación*. Paidós.
- Ceberio, Marcelo R. (2018) *Te cuento un cuento. El arte de las metáforas y los cuentos en psicoterapia*. Herder.
- Ceberio, Marcelo R. (2008) *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia*. Teseo.
- Ceberio, Marcelo R. (2019) *Que digo cuando digo. De los malos entendidos a la buena comunicación*. Ediciones B.

-
- Ceberio, Marcelo R. (2020) La escolaridad online. *La mente es maravillosa*. 11 de abril.
- Ceberio, M. R., Benedicto G., Jones, J. Ansiedad y COVID-19 (2020). La ansiedad en la población argentina en el contexto de Pandemia. *RevPsi (en evaluación)*.
- Ceberio, M. R., & Rodriguez, S. (2020). El arte de preguntar en psicoterapia. *Interacciones*, e209-e209.
- Conn P. M. Neuroscience in Medicine. Lippicott; 1994.
- Dans, E. (2009). Educación online: plataformas educativas y el dilema de la apertura. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 6(1), 9.
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina intensiva*, 44(6), 323-324.
- Figallo, F. (2020). después de la educación presencial ¿ qué? *Revista de Educación Superior en América Latina*, (8).
- Frazer A. Biological Bases of Brain function and disease. Raven Press; 1994.
- Harasim, L. M. (1990). Online Education: Perspectives on a new environment. Praeger.
- Hilgard, E. R. (1972). The translation of educational research and development into action. *Educational Researcher*, 1(7), 18-21.
- Holmberg, B. (1989). Theory and Practice of Distance Education. Roulledge.
- Hwang, G. J., Lai, C. L., & Wang, S. Y. (2015). Seamless flipped learning: a mobile technology-enhanced flipped classroom with effective learning strategies. *Journal of computers in education*, 2(4), 449-473.
- Inocente-Díaz, M. E., & Díaz-Pizán, M. E. (2020). Educación superior dental: un reto para el docente universitario en tiempos de pandemia. *Odontología Sanmarquina*, 23(3), 1-3.
- Keegan, D. (1988). Theories of distance education. En Sewart, D., Keegan, D. y Holmberg, B. (Eds.) (1988). *Distance Education: International Perspectives*, Roulledge, págs. 6-33.
- Kuno M. (1995) Synapse: function, plasticity and neurotrophism. Oxford University.
- LaFee, S. (2013). Flipped learning. *The Education Digest*, 79(3), 13.
- LeDoux, J (1999) *El Cerebro Emocional*. Planeta.
- Masip, P., Aran-Ramspott, S., Ruiz-Caballero, C., Suau, J., Almenar, E., & Puertas-Graell, D. (2020). Consumo informativo y cobertura mediática durante el confinamiento por el Covid-19: sobreinformación, sesgo ideológico y sensacionalismo. *El profesional de la información (EPI)*, 29(3).

-
- Mc Isaac, M.S. y Gunawardena, C.N. (1996): Distance Education. En Jonassen, D.H. (1996): Handbook on Research for Educational Communications and Technology. Macmillan, págs. 403-437.
- Piaget J. (1937) *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé, Neuchâtel. Versión cast. (1989) *La construcción de lo real en el niño*. Crítica.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the horizon*, 9(5).
- Rangel, I. D., Sidorov, G., & Guerra, S. S. (2014). Creación y evaluación de un diccionario marcado con emociones y ponderado para el español. *Onomazein*, (29), 31-46.
- Rivero, L. R., Gómez, G. C., & Cedeño, J. M. (2017). Tipos de aprendizaje y tendencia según modelo VAK. *Tecnología Investigación y Academia*, 5(2), 237-242.
- Robles, R. G., Ramírez, P. A. A., & Velásquez, S. P. P. (2012). Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. *Revista ciencias de la salud*, 10(1), 59-71.
- Saussure, Ferdinand de (1984) *Curso de lingüística general*. Planeta.
- Spencer Brown. (1973) *Laws of the form*. Bantam Books.
- Serrano-Cumplido, A., Ortega, P. A. E., García, A. R., Quintana, V. O., Fragoso, A. S., Garcia, A. B., & Bayón, Á. M. (2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Medicina de Familia. SEMERGEN*.
- Strapparava, C. & Rada M., 2007: "SemE-val-2007 Task 14: Affective Text", Proceedings of the 4th International Workshop on the Semantic Evaluations (SemEval 2007), Praga, República Checa.
- Velezví Estrada, P. S. (2020). El sistema Visual Auditivo Kinestésico y su relación con el nivel de aprendizaje de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UNA-Puno-2019.
- Vygotski L. (1978) El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Crítica.
- Waddington H. (1939) *Development as an epigenetic process* En: *An introduction to modern genetics*. Alien and Unwin.
- Watzlawick P, Beavin J., Jackson D. (1967) *Pragmatic of human communication*. USA: Norton & company. Versión cast. (1974) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, Paul (1980) *El lenguaje del cambio*. Herder.
- Zarifian P. (1990) *Organisation qualifiante et capacié de prise de décision á l'industrie* (mimeo). Paris: CERTES.

**ASISTENCIA A PERSONAS MAYORES EN EL MARCO DE LA PANDEMIA Y EL
AISLAMIENTO SOCIAL**

Lic. Mariana Ramón³

Lic. Gabriela Salusso⁴

Resumen

El presente artículo desarrolla las características de un programa de asistencia a Personas Mayores (PM) mayores de 65 años, creado por el Municipio de Vicente López (Provincia de Buenos Aires, Argentina). El objetivo del mismo es dar respuesta a las necesidades que pudieran presentar como consecuencia de la pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID.19) ya que dicha población ha sido considerada de alto riesgo, por la edad y posibles enfermedades preexistentes. Con el fin de lograr un conocimiento más acertado de los efectos de la misma, y del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO)⁵, se implementó una encuesta para poder realizar un diseño de asistencia más adecuado. La muestra fue conformada por dos tipos de poblaciones: las personas participantes del programa y, como muestra comparativa, personas adultas de entre 20 y 65 años. La investigación⁶ fue especialmente desarrollada para evaluar sintomatología del espectro de trastornos por estrés traumático, depresión y ansiedad. Se consignarán los resultados obtenidos y las inferencias realizadas.

Palabras claves: Adultos, Pandemia, síntomas, aislamiento.

Abstract

This article develops the characteristics of a program of assistance to the Elderly (PM) over 65 years, created by the Municipality of Vicente López (Province of Buenos Aires, Argentina). The objective of the same is to respond to the needs that may present as a result

³ Lic. en Psicología. Coordinadora general del área de Apoyo Psicológico del Programa de Asistencia a Adultos Mayores. Subsecretaría de Promoción y Protección de Derechos. Desarrollo Social. Municipio de Vicente López. Provincia de Buenos Aires. Argentina

⁴ Lic. en Psicología. Coordinadora del Programa Soy Parte. Subsecretaría de Promoción y Protección de Derechos. Desarrollo Social. Municipio de Vicente López. Provincia de Buenos Aires. Argentina

⁵ Decretado el 13 de Marzo por el Decreto 260/2020 del Gobierno nacional argentino.

⁶ La investigación se realizó con la supervisión del Dr. Martín Wainstein y la Dra. Valeria Wittner dentro del marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Sistémica, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en Convenio Facultad de Psicología-UBA/Municipio de Vicente López.

of the pandemic caused by the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID.19) since this population has been considered high risk, by age and possible pre-existing diseases. In order to gain a more accurate understanding of the effects of it, and preventive and mandatory social isolation (ASPO), a survey was implemented in order to be able to carry out a more appropriate assistance design. The sample consisted of two types of populations: the participants of the program and, as a comparative sample, adults between 20 and 65 years old. The research was specially developed to evaluate spectrum symptomatology of traumatic stress disorders, depression and anxiety. The results obtained and the inferences made shall be recorded.

Keywords: Adults, Pandemic, symptoms, isolation

Programa de Asistencia y Acompañamiento de Voluntarios a Adultos Mayores

A consecuencia de la pandemia⁷ originada por la enfermedad causada por el Coronavirus 19, y las respectivas medidas decretadas por el Gobierno Nacional, se crea un Programa de Asistencia a Personas Mayores⁸ denominado “*Soy Parte*”, el cual se pone en práctica a fines del mes de Marzo. Fue diseñado con el fin de ofrecer múltiples respuestas teniendo en cuenta las posibles necesidades que pudieran surgir en dicha población a raíz del confinamiento.

Los principales actores son los voluntarios (actualmente⁹ 855) quienes se ocupan del seguimiento a 4.170 PM. Las personas que integran el Programa son mayores de 65 años de edad y han sido seleccionadas a través de encuestas llevadas a cabo por Trabajadores Sociales. De acuerdo a los datos sociodemográficos recabados, la mayoría de las PM pertenecen al rango de edad 65-75 (74%), un 9% tiene entre 76-80 años, y 17% entre 81 a 95 años. En relación al sexo el 86 % son mujeres, con respecto a nivel educativo de toda la muestra sólo el 20% consiguieron haber finalizado estudios terciarios y/o universitarios. Con respecto al estado civil el 37% refirió estar casados o en concubinato, un 18% divorciado o separado, el 30% encontrarse viudo, y el 15% estar soltero. El 85% tiene hijos y el 70% también nietos. En relación a la convivencia el 39% manifestó vivir solo y un 7% carecer de red familiar y social. La gran mayoría de las PM perciben jubilación y/o pensión (96%), un mínimo porcentaje no gestionó aún el haber jubilatorio (4%) y un 2% no posee ninguna prestación. Con respecto al acceso a los sistemas de salud sólo el 2% manifestó concurrir al

⁷ Declarada por la OMS el 12 de Marzo de 2020.

⁸ En adelante Personas Mayores serán mencionadas como PM.

⁹ Octubre de 2020

sistema público, el resto recibe atención de PAMI (78%), Obra Social (11%) o Prepaga (9%). Iremos.

En el diseño de la encuesta fueron incorporados ítems para recabar información acerca de los medios de comunicación e información, ya que fue considerado imprescindible para la adecuación a los mismos ante las diversas opciones que presenta el programa. De acuerdo a los datos recabados el 78% poseen teléfono de línea, un 44% teléfono celular y sólo un 28% de los encuestados poseen la posibilidad de llevar a cabo comunicación por medio de video wpp, un porcentaje inferior (15%) tiene acceso a medios digitales para comunicarse (messenger, email, skype, etc.). Con respecto a la forma de acceder a la información, un 33% consignó tener conexión a Internet, utilizando este medio para actualizarse, el 96% expresó informarse por medio de la televisión y un 62% escuchar radio. Sólo un 7% manifestó acceder a diario en papel.

De acuerdo a los estudios realizados en situaciones anteriores, como de catástrofes naturales, emergencias, ataques, etc.; la figura de personas voluntarias son consideradas imprescindibles ya que configuran el eslabón principal de conexión entre aquellas afectadas y los servicios disponibles (IASC, 2005; OMS, 2013; OPS/OMS, 2016). Las personas que se proponen para dicha tarea deben llevar a cabo una capacitación, tanto en las características del Programa, como también en relación al tipo de atención y escucha adecuada en pos de lograr lo que se define como una comunicación asertiva (Satir, 1991), con la complejidad de poder ser realizada sólo por medios telefónicos.

Se ha demostrado que las personas, especialmente aquellas que viven solas, y carecen de red social y/o padecen enfermedades, pueden hacer frente a la adversidad si cuentan con el apoyo, en este caso un voluntario y, a través de él, de una red de servicios (ALNAP, 2003; IASC, 2005; Cao, et al, 2020; OMS 2013). Para la implementación del Programa se puso en funcionamiento una estructura organizacional con una Coordinación general y coordinadores de áreas (Alimentaria, Apoyo Psicológico, Salud, Actividades recreativas, Ingreso, Base de datos, Informes diarios, Casillas de correo, entre otras).

El llevar a cabo un análisis pormenorizado de la situación, relacionada con las consecuencias que la pandemia y el aislamiento podían deparar en las personas PM, hizo posible que sean garantizadas la satisfacción de las necesidades puntuales (asistencia alimentaria, artículos de primera necesidad, medicamentos, etc.).

Con la finalidad de brindar el acceso a diversas actividades, como herramientas ideadas para beneficiar y potenciar el bienestar, se crearon cuadernos de estimulación

cognitiva (en papel y en formato digital), talleres de diversas temáticas, grupos de conversaciones, etc., todos realizados por medios remotos (zoom, Google meet, video wpp, etc.).

Ante la posibilidad del incremento de malestar psicológico, generado por el confinamiento y el temor de enfermar, los voluntarios pueden solicitar la articulación con un área específica, con el fin de evaluar la posibilidad de la asistencia de un profesional perteneciente al área de Apoyo Psicológico.

Apoyo Psicológico

El área de Apoyo Psicológico¹⁰ ha sido diseñada desde una perspectiva Sistémica, ya que es considerada la articulación con los diversos actores participantes (voluntarios, coordinadores, psicólogos, PM, red social de las mismas, instituciones, etc.) como partes de un sistema integral. Estos componentes a la vez son sistemas con características diferentes que complejizan y enriquecen, siendo influidos e influyendo, por y en el medio, donde se da una retroalimentación permanente (Ramón, 2017). Bronfenbrenner (1987) conceptualizó la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, donde pone de relieve la influencia de los diferentes ambientes en los que las personas se desempeñan y a la vez interaccionan, imposible de ser estudiados por separado sin tener en cuenta los efectos e influencias. Teoriza que, si las personas quieren cambiar la conducta, deben cambiar el ambiente, es decir, que los procesos psicológicos son parte de sistemas, donde el individuo es un elemento más. La forma de percibir y desarrollarse, que tiene cada persona será diferente y variará al cambiar el contexto o “ambiente” ecológico, destacando la importancia que tiene el mismo en el desarrollo. El funcionamiento del área de Apoyo Psicológico es considerado un elemento más en la interacción e interrelación con los otros entornos.

El modo en que cada persona percibe y se desarrolla variará también de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre, esto conlleva diferencias en la forma de relacionarse con el medio, en relación a las necesidades, posibilidades, etc., todo proceso de desarrollo se caracteriza como una permanente acomodación entre cada persona y el entorno en el que vive, siendo un proceso interactivo, dinámico y permanente por los cambios inevitables (Bronfenbrenner, 1987; Bateson, 1993; Maturana, 1996).

¹⁰ Queremos agradecer a todos los psicólogos, pertenecientes a las diferentes Direcciones de la Subsecretaría, de Promoción y Protección de Derechos, quienes han llevado a cabo una excelente labor brindándoles Apoyo Psicológico a las Personas Mayores que lo solicitaban.

La teoría de Bonfrenbrenner (1987) es fundamental para profundizar el estudio de los diferentes tipos de interacciones y transiciones que atraviesan las personas, las familias, ya que son incluidos los vínculos con instituciones y ámbitos externos: como por ejemplo los sistemas de salud, educación, las redes sociales, laborales, el vecindario, la comunidad, sumado a las políticas públicas y la cultura que las afectan.

Las PM, dentro de la especificidad y singularidad de cada una, se encuentran en un ciclo vital con características propias. Satir (1991) teoriza acerca del momento del ciclo vital de la vejez, donde pone de manifiesto cómo, en la mayoría de las sociedades actuales, esta etapa es desvalorizada, considerada de decadencia, con pérdidas en varias áreas (físicas, cognitivas, sociales, laborales, etc.), por lo tanto es vivida con temor y rechazo. Es una etapa que se inicia, por lo general, con un período de transición, donde se produce un duelo por la pérdida de algunas actividades, como el trabajo, la cotidianidad que eso conlleva también en relación a vínculos y redes sociales, lo que puede traer aparejadas emociones de resentimiento, miedo, rechazo, angustia. Lo innovador de Satir es el foco que ilumina otras áreas importantes y significativas para ser rescatadas: como la valorización de lo vivido y aprendido, las actividades positivas y enriquecedoras y, a la vez, la capacidad de reconocer aquellas nuevas posibilidades que se pueden presentar.

El coronavirus ha producido un impacto alterando la vida cotidiana en su totalidad, generando un elevado monto de incertidumbre, ansiedad y temor por el contagio, angustia por la dificultad en mantener los vínculos con los familiares, amigos, compañeros, etc. Esta “nueva realidad” conllevó la emergencia de sentimientos de inseguridad, miedo, confusión, enojo, frustración, ansiedad, etc.

Debido a la característica particular de la pandemia, para la cual aún no hay cura, ni vacuna y el nivel de contagio es extremadamente elevado, se presenta acentuada la preocupación por la posibilidad de enfermar y morir que genera temor, angustia, ansiedad (Asmundson et al ,2020), ya que se suma la posible saturación del sistema de salud, incrementado por la información confusa, alarmista, generando mayor aumento del estrés, ya de por sí aumentando por el aislamiento la pérdida de ingresos, de actividades cotidianas, de relaciones, etc. (Brooks, 2020, Gardin et al, 2020, Ren et al, 2020).

Diversos autores han hecho hincapié que, ante situaciones extremadamente críticas, es importante el otorgamiento de un sentido positivo a los sucesos vitales que están atravesando (Frankl, 1946; Seligman, 1995).

Dichas situaciones de gran estrés e inestabilidad son potenciadoras del resurgimiento de padecimientos sintomáticos ya superados, donde el pensamiento puede volverse más dicotómico, con dificultad para evaluar de forma adecuada las situaciones, moviéndose en extremos polares. Gracias al apoyo psicológico estas situaciones pueden ser transformadas en oportunidades para la generación de nuevos recursos de afrontamiento.

Estudios realizados, en diversas situaciones de catástrofes, han llegado a la conclusión de que, la inmediatez en la respuesta o asistencia, resulta en un mayor recupero o un menor impacto de la situación traumática. En los artículos e investigaciones centrados en los Primeros Auxilios Psicológicos, PAP (Who, 2005) aseveran que las personas pueden atravesar un doble padecimiento: el primero, por el impacto de la situación en sí, (terremoto, tsunami, pandemia, etc.) y el segundo, debido a las estrategias propias, o de terceros, para poder satisfacer sus necesidades que surgen a partir de lo generado por la situación (IASC, 2005).

Si, las personas que están padeciendo sufrimientos, como resultado del aislamiento y la pandemia, no reciben la ayuda en forma adecuada pueden sufrir lo que se conceptualizó como victimización secundaria o estresor secundario. Estas acciones son dependientes directamente de la respuesta humana, por tal motivo se hace hincapié en la importancia del apoyo psicológico que brinde herramientas resolutivas para aumentar la capacidad de afrontamiento, valorar las competencias, normalizar las emociones como ansiedad, miedo, angustia, tristeza, (todas reacciones esperables ante situaciones tan inesperadas y disruptivas como la presente), estimular la realización de actividades placenteras, recreativas, etc. (IASC, 2001; Rodríguez, 2006).

Como parte del proceso de apoyo psicológico el profesional realiza una evaluación del Estado anímico de la PM para evaluar si se requiere otro tipo de intervención (tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico, neurológico, etc.).

Luego de 6 meses de iniciado el Programa se han realizado en total 137 procesos de Apoyo Psicológico, de los cuales 92 continúan y 45 han sido finalizados por diversos motivos: mejoría de la situación, derivación a otros espacios de atención, ya sea psicoterapia y/o psiquiatría, neurología, etc.

Se considera bajo el porcentaje de población perteneciente al Programa que solicitó el servicio de Apoyo Psicológico (menor al 3 %) respecto a lo esperado. Se vislumbra una gran capacidad de resiliencia, adaptabilidad, recursos, etc. Se concluye que las PM poseen gran capacidad de resiliencia y pueden responder a situaciones críticas de forma favorable,

reconociendo las posibilidades y potencialidades, aprendiendo y fortaleciéndose (Cyrulnik 2010; Rojas, 2010). Prime et al. (2020) destacó que la vivencia de las situaciones como pasajeras, capaces de ser superadas, puede ser un predictivo positivo de recuperación saludable. Esto también fue corroborado por los datos recabados en la investigación donde la encuesta realizada a las personas de entre 20 a 65 años de edad arrojó un mayor porcentaje de sintomatología a consecuencia de la pandemia y el aislamiento.

Se puede inferir, en concordancia con lo teorizado por Satir (1991) que las PM vivencian esta etapa como capitalización de experiencias previas, habiendo podido realizar un aprendizaje, luego de enfrentar múltiples situaciones conflictivas durante la vida. Para poder lograr una buena calidad de vida es importante, como dice Satir, una elevada autoestima, una buena nutrición, estimulación física y mental, condiciones de vida atractiva y saludable, relaciones satisfactorias con otras personas, contacto humano íntimo, relaciones nutricias y propósitos claros.

El objetivo del Apoyo Psicológico es poder ayudar a las PM a lograr una buena calidad de vida, en las condiciones que se encuentren atravesando.

INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo la investigación se realizaron dos encuestas una a 100 Personas mayores de 65 años (PM), que integran el Programa de Asistencia a Personas Mayores “Soy Parte” y otra a 100 personas adultas de 20 a 65 años que no forman parte del programa.

Cada encuesta consta de tres partes con el fin de investigar: a) datos sociodemográficos, b) nivel de afectación por la pandemia c) el aislamiento y sus efectos en diversas áreas de vida, el estado general tanto físico como psicológico.

Dicha encuesta se administró de dos formas:

- telefónica (siendo profesionales o empleados quienes realizaban el llamado)
- auto administrada (por medio de wpp o Internet con formato Google form)

Objetivo general:

El objetivo general es conocer las características de esta población para poder implementar acciones adecuadas y extrapolar los conocimientos adquiridos.

Objetivos específicos:

La investigación tiene como objetivos específicos:

- Describir las características de diversas áreas: socioeconómicas, relacionales, acceso a medios de comunicación que presentan las personas encuestadas.
- Medir el impacto de la pandemia y el aislamiento social preventivo obligatorio en diversas áreas: económica, social, actividades que realizaba
- Describir y evaluar la salud mental y el bienestar general.
- Reconocer si existen diferencias significativas en ambas muestras, personas de entre 20 y 65 años de edad y personas mayores de 65 años.

INSTRUMENTOS

Se diseñó una encuesta que consta de tres partes: la primera parte corresponde a Datos Sociodemográficos y de calidad de vida (salud, red social, accesos a la tecnología, formas de información, etc.), en la segunda parte de la encuesta se evalúan el nivel de afectación de la pandemia y el aislamiento en general y por áreas (económica, social, actividades), y una tercera parte con una serie de enunciados que permiten evaluar el grado de afectación psicobiológica.

Los ítems utilizados han sido seleccionados teniendo en cuenta aquellos que posibilitan detectar los efectos más significativos a consecuencia de una pandemia y el aislamiento social. Tanto la 2° como la 3° parte tienen característica de Escala Likert con 5 ítems de elección: - Nada - Muy poco - Poco - Bastante - Mucho.

Las respuestas debían estar referidas a lo vivenciado durante la última semana.

METODOLOGÍA

ESTUDIO: no experimental, transversal, descriptivo.

MUESTRA: No probabilística, intencional de 100 personas mayores de 65 años, que forman parte del Programa “*Soy Parte*” implementado por el Municipio de Vicente López, y una muestra control de 100 personas de 20 hasta 65 años de edad.

INSTRUMENTO: Ítems seleccionados del SCL-90-R. Se consideraron 32 significativos para recabar información sobre la sintomatología posible a partir de la pandemia y el confinamiento.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de ambas muestras se presentan por medio de tablas y figuras. Se consignan los resultados porcentuales correspondientes a los obtenidos en las respuestas Bastante y Mucho que se consideran significativos.

Tabla 1

Consecuencias de la Pandemia y el ASPO

Items	BASTANTE/MUCHO PM	BASTANTE/MUCHO P de 20 a 65 años
La presencia de lo pandemia le afectó	48%	59%
El ASPO lo afectó	47%	60%
Lo afectó en el área económica	46%	39%
Lo afectó en el área social	54%	66%
Lo afectó en las actividades que realizaba	56%	75%

Nota. En esta tabla se presentan los porcentajes correspondientes a la suma de respuestas Bastante/Mucho en PM y personas adultas de entre 20 a 65 años.

De acuerdo a lo observado en la Tabla 1, las PM han consignado, como de mayor afectación el área social y en relación a las actividades que realizaban previamente.

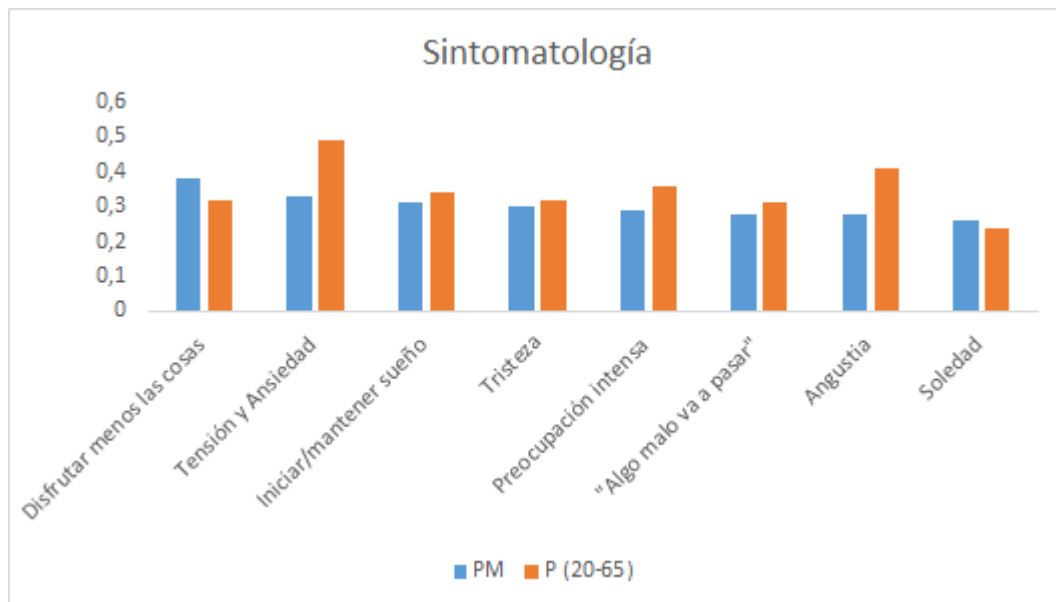
Se destaca que, en la mayoría de los ítems, las personas de entre 20 a 65 años han consignado padecer una mayor afectación. Los mayores indicadores se refieren a la presencia de la pandemia y el ASPO en general, con mayor impacto en las áreas de las actividades previamente realizadas y al área social.

Se consignó una diferencia significativa, entre ambas muestras respecto al área económica. En las PM un 46% se vio afectado, pudiendo hipotetizar que a pesar de considerarse un grupo etario con acceso a la jubilación y/o pensión, la mayoría de ellos también realizaban, previo a la pandemia y al aislamiento, tareas laborales remunerativas.

En la siguiente figura se presentan los resultados obtenidos en los ítems seleccionados de la escala SCL-90-R. Se muestran comparados los puntajes obtenidos por PM y la muestra control. Se grafican aquellos que obtuvieron puntajes significativos (para un fin descriptivo se han sumado los puntajes correspondientes a Bastante/Mucho).

Figura 1

Indicadores de afectación del ASPO en PM y muestra control



De acuerdo a la investigación, el mayor puntaje obtenido de la encuesta a las PM, ha sido el correspondiente al ítem: Disfrutar menos que antes de las cosas, puntaje levemente superior al de la muestra control.

Del total de PM, el segundo, con un valor del 33% corresponde al ítem: Sentimiento de tensión y ansiedad. El puntaje es francamente superior en la muestra control.

Los ítems Dificultades para iniciar y/o mantener el sueño con un 31% en PM es similar a la muestra control.

Los ítems de Sentimiento de tristeza, Preocupación intensa por todo, Sensación de que algo malo va a pasar, Sentimiento de angustia, y Sentimiento de soledad, han resultado con un porcentaje similar (entre el 30 y el 26%). En algunos de ellos se observa una marcada diferencia con la muestra realizada a personas de entre 20 y 65 años, siendo el Sentimiento de temor y ansiedad el de mayor puntaje (49%), seguido por los ítems: Sentimiento de que todo cuesta mucho esfuerzo (46%), Sentimiento de enojo, mal humor, irritación (44%), Dificultad para estar tranquilo, relajado (42%) y Sentimiento de angustia (41%).

Cabe consignar que, de los 32 ítems que conforman la encuesta, en 26 de ellos, las personas adultas de entre 20 y 65 años de edad han obtenido un mayor porcentaje de sintomatología.

Tabla 2

Respuestas consignadas por PM

Ítems	PM
- Disfrutar menos que antes de las cosas	38
- Sentimiento de tensión, ansiedad	33
- Dificultades para iniciar y/o mantener el sueño	31
- Sentimiento de tristeza	30
- Preocupación intensa por todo	29
- Sensación de que algo malo va a pasar	28
- Sentimiento de angustia	28
- Sentimiento de soledad	26

Nota. En esta tabla se presentan los porcentajes correspondientes a la suma de respuestas Bastante/Mucho en los enunciados con mayor valor.

Tabla 3

Respuestas consignadas por Personas de entre 20 a 65 años de edad.

Ítems	P 20 a 65 a
Sentimiento de tensión, ansiedad	49
Contracturas musculares (en cuello, espalda, etc.)	48
Sentimiento de que todo cuesta mucho esfuerzo	46
Sentimientos de enojo, malhumor, irritación	44
Dificultad para estar tranquilo, relajado	42
Sentimiento de angustia	41
Controlar más algo que hace / Comer demasiado	39
Dificultades en la concentración	37

Preocupación intensa por todo	36
Dificultades para iniciar y/o mantener el sueño	34
Disfrutar menos que antes de las cosas / Dormir poco	32
Dificultades para despertarse / Sentimiento de tristeza	32
- Sensación de que algo malo va a pasar	31
Sentimiento de falta de energía / Sensación de inutilidad	30

Nota. En esta tabla se presentan los porcentajes correspondientes a la suma de respuestas Bastante/Mucho en los enunciados con mayor valor.

Como se puede observar, los puntajes correspondientes a la muestra comparativa, son mucho mayores que a la muestra PM, tanto en valor porcentual como en valor nominal.

Conclusión

Los resultados de la encuesta comparativa demostraron que, en relación a las consecuencias de la pandemia y el ASPO, las personas de entre 20 años a 65 años de edad, se vieron significativamente más afectadas que las personas adultas mayores de 65 años.

En relación a los indicadores de sintomatología, en la mayoría de los Ítems las personas de entre 20 a 65 años también puntuaron más alto encontrándose más afectadas las PM.

En la encuesta las PM puntuaron más en el Ítem: Disfrutar menos que antes de las cosas. En un porcentaje de entre el 38% y el 24%, presentan sintomatología principalmente del espectro de ansiedad (dificultades para estar tranquilo, relajado, tensión, ansiedad, preocupación, contracturas musculares, etc.), con algunos ítems de espectro correspondiente al estado de ánimo como depresión (angustia, tristeza, menor capacidad de disfrutar, dificultades en el sueño, etc.).

La muestra control, de personas adultas de entre 20 a 65 años de edad presentó indicadores del espectro de ansiedad con elevado nivel de irritación, malhumor, dificultad en estar tranquilas, relajadas, contracturas musculares, dificultades en llevar a cabo las tareas sin esfuerzo, en la concentración, controlar una o más veces lo que hace, comer demasiado, así como sintomatología relacionada con el estado de ánimo: tristeza, angustia, sensación de que algo malo va a pasar, dormir poco, comer demasiado.

El presente desarrollo ha permitido derribar mitos y prejuicios respecto a las PM, a diferencia de lo esperado, no han solicitado en un gran porcentaje asistencia en el Si bien son biológicamente son los más vulnerables, han manifestado recursos propios que evidencian su gran capacidad de resiliencia.

El voluntario es un elemento que ha operado positivamente, cumpliendo funciones de PAP (primer apoyo psicológico), desempeñando un rol de articulador respecto a las necesidades de las PM.

Las derivaciones a asistencia alimentaria, psicológica, sistema de salud y alternativas recreativas constituyeron una red de contención integral. Dichas intervenciones pudieron contener la ansiedad que produjo el ASPO en los PM. Con lo cual, se puede inferir que la escasa solicitud de acompañamiento psicológico se relaciona directamente a la mencionada intervención de los voluntarios.

Algunas PM retomaron tratamientos anteriores, actuando los voluntarios y psicólogos como nexos con los mismos. La sincronía y sistematización de distintos elementos del sistema de atención a las PM, ha generado una alternativa eficaz de acompañamiento.

REFERENCIAS

- ALNAP (2003). *Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria. Participación y Programas de agua y saneamiento*.
http://www.alnap.org/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
y <http://www.psicosocial.net>.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). *How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know*. *Journal of Anxiety Disorders*, 71.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>, 102211 –102211.
- Bateson, G. (1993) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Gedisa.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).

-
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., et al. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
- Casullo, M. M., Cruz, M. S.; González, R y Maganto, C. (2003). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes*. Estudio comparativo.
- Cyrulnik, B. (2010). *La resiliencia: estado de la cuestión. La resiliencia: resistir y rehacerse*. Editorial Gedisa.
- Frankl, V. (1946) *El hombre en busca de sentido*. Herder Editorial
- IASC (2005) Lista de Acciones 7.4. *Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias*. Ginebra. IASC.. <http://www.psicosocial.net>
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Genero.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general*. OMS: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2016). *Guía Técnica de Salud Mental en Situaciones de Desastre y Emergencias* . OMS: Ginebra
- Ramón, M. (2017) El Constructivismo, la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética aplicadas a un caso de revinculación. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, 33(1), 48-55 .
- Rodriguez, J. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Serie Manuales y Guías sobre Desastres). OPS; Washington, DC.
- Rojas Marcos (2010). *Superar la adversidad: el poder de la resiliencia*. Espasa-Calpe
- Satir, V. (1991) *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Editorial Pax
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- WHO (2005). *Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia*. WHO: Geneva.

TELEPSICOLOGÍA DURANTE LA PANDEMIA

Lic. Gregorio Traverso

Lic. Tamara Salem Martínez¹¹

Resumen

El 11 de Marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de Coronavirus como pandemia global. En nuestro país, el decreto 260/2020 del 13 de marzo inaugura el período de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, prohibiendo los contactos cercanos. Los psicólogos clínicos debieron reorganizar su modalidad de atención a la forma virtual, mediante teléfono o vía videollamadas a través de diferentes aplicaciones de tecnología. La Telepsicología es la rama dentro de la Telesalud, y el nombre que recibe la práctica de la disciplina a través de esta modalidad. La Asociación de Psicología Americana dispone información sobre la regulación, la eficacia, y la formación que deben tener los psicólogos en la misma. En este contexto, este trabajo menciona algunas posibilidades para la clínica con orientación sistémica, y se pregunta por el impacto económico que tendrá esta práctica a lo largo del año 2020.

Palabras Clave: Telepsicología, Regulación, Eficacia, Psicología Clínica, Orientación Sistémica.

Abstract

On March 11, 2020, the World Health Organization declared the coronavirus outbreak as a pandemic. In our country, Executive Order No. 260/2020 of March 13 imposed the so-called ASPO (Mandatory and Preventive Social Isolation), prohibiting close contact. Clinical psychologists had to reorganize their practice and go virtual, via telephone or via video calls through different technology applications. Telepsychology, as this form of psychology practice is called, is a branch of Telehealth. The American Psychological Association provides information on the regulations, effectiveness, and training that psychologists must have in it. In this context, this work deals with some possibilities for the practice of psychology with a systemic approach, and poses questions about the economic impact that this practice will suffer throughout 2020.

¹¹ Cátedra: Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina.

Keywords: Telepsychology, Regulations, Effectiveness, Clinical Psychology, Systemic Approach.

Introducción.

En estos momentos, 188 países están afectados por la pandemia del SARS CoV-2 o COVID-19. Según el sitio de la John Hopkins University (2020), más de 24 millones de personas se han contagiado en el mundo, más de 800 mil fallecieron, y en la Argentina en particular, la curva de contagios muestra más de 9 mil contagios por día, habiendo fallecido más de 8 mil personas y habiendo superado las 400 mil personas contagiadas.

Esta situación, en lo que a la práctica clínica de la psicología se refiere, ha significado cerrar los consultorios de atención psicoterapéutica presencial privada, para pasar a la atención virtual casi en su totalidad. La Telepsicología según Campbell et al. (2018) y para Campbell y Norcross (2018) es la extensión de la práctica de la psicología con dispositivos tecnológicos que van desde el simple teléfono hasta el uso de cámaras web y aplicaciones de tecnología. Está contemplada dentro de la práctica de la llamada Telesalud ("Telehealth", en inglés), y para la American Psychological Association (2013) es un ámbito que contempla condiciones legales, modelos éticos, telecomunicación y una solicitud de ambiente adecuado de parte del profesional. Tiene un conjunto de normas cuya finalidad es la de auxiliar al terapeuta en la práctica de la atención psicológica a través de herramientas tecnológicas. También, según Campbell et al. (2018) este ámbito permite a los clínicos, conducir sesiones de manera remota, suplementar las sesiones presenciales haciendo seguimientos, recolectando y almacenando información sobre el paciente ("client" en el original en inglés) y más. Llaman la atención sobre esta práctica iluminando los dilemas a los que se enfrentan los psicólogos en esta subdisciplina sea la diversidad de encuadres ("settings") de trabajo en el que se encuentre, incluyendo hospitales, centros de salud comunitaria, práctica privada, psicología industrial/organizacional, forense, académica y militar, entre otras.

En lo que a la regulación se refiere, un organismo como la Canadian Psychological Association (2017), la cual es tomada como referencia en este tema, indica algunas normas comunes para llevar adelante la práctica y que son: en la "Norma 1" se indica la atención responsable, que consiste en que: el terapeuta deba mantenerse al tanto de las actualizaciones y las investigaciones sobre la atención vía online, en especial la eficiencia de los procedimientos y aquellos que se pueden utilizar y en qué momento; el terapeuta sólo utilizará la vía electrónica si es capaz de realizar las intervenciones de modo presencial. Este

punto es muy importante ya que implica dos aspectos superpuestos: que el terapeuta tenga que estar entrenado para realizar intervenciones de manera presencial (y alguna vez las haya llevado a cabo) y que además disponga la posibilidad de realizar algunas entrevistas presenciales en especial aquella o aquellas que impliquen los primeros encuentros. Dado el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en nuestro medio, este punto estaría impedido de verse cumplido parcialmente en la actualidad; si bien el 20 de agosto último del corriente año el Jefe de Gabinete de Ministros promovió la Decisión Administrativa 1533/2020 (Boletín Oficial, 2020) en cuyo artículo 1° refiere “la excepción a la prohibición de circular” según el decreto N° 677/2020 “a la actividad desarrollada por los psicólogos”. Se continúa con la normativa primera de la Asociación Psicológica Canadiense (2017): a lo anterior se agrega que se confirme que el paciente reciba una buena apreciación de lo que necesita antes de establecer una terapia online y si el paciente necesita de intervenciones presenciales se le derivará a otro terapeuta que pueda atenderlo antes de establecer una vía electrónica (nuevamente, este punto es sensible a la situación de aislamiento). Que se establezcan objetivos para la atención online que cumplan con las exigencias del paciente y las restricciones electrónicas. En este punto se establece una inmediata relación con el concepto de alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2011) definido por Bordin en el año 1978 a grandes rasgos como el grado de encaje entre terapeuta y consultante en lo referido a tareas, objetivos terapéuticos y vínculo emocional. La última indicación de la normativa primera indica que el terapeuta antes de empezar la terapia online debe obtener información del paciente que pueda ser utilizada en caso de una emergencia, por ejemplo, un teléfono de algún familiar disponible.

En la "Norma 2" se postula el respeto por la dignidad de las personas y esto incluye: en primer lugar, que el terapeuta debe educarse sobre las prácticas seguras de intervenciones a través del contacto electrónico, donde se empleen instrumentos que cuiden la seguridad del paciente; en segundo, que cuando se obtiene el consentimiento informado para establecer la terapia online, el terapeuta incluya información respecto a los peligros (mala conexión de internet), la utilidad, alternativas (atención personalizada) y posibles interrupciones a la privacidad (intercepciones en el contacto); y tercero, que se informará al paciente sobre las herramientas que se utilizarán para proteger la información de éste y si es necesario alguna aplicación especial.

Primeras Consideraciones Generales: Desafíos y Limitaciones.

Es sabido el impacto que ha tenido la rápida propagación del virus COVID-19 en los servicios de salud mental en el mundo, a causa de la escasa capacidad de respuesta frente a una problemática compleja sin precedentes. De igual manera, este impacto ha alcanzado a la población mundial, no sólo por la pérdida de seres queridos, o el miedo a contraer el virus, sino también por los efectos que medidas como el confinamiento y el distanciamiento social poseen en lo que respecta a la salud mental (Inchausti et al. 2020).

Tales efectos psicosociales directos e indirectos del virus presentan un gran desafío para la investigación, la práctica y la implementación de políticas públicas en el ámbito de la psicoterapia.

La Telepsicología ha sido la herramienta por excelencia utilizada por los psicólogos para readaptar el espacio terapéutico y continuar brindando servicio en la situación actual de pandemia. Tal como establecen las reglamentaciones previamente mencionadas, la práctica debe poder garantizar seguridad, confidencialidad, eficacia y eficiencia, al igual que la modalidad de atención presencial. Sin embargo, existen desafíos específicos emergentes como resultado de llevar a cabo la modalidad virtual de atención en el contexto del confinamiento. Inchausti et al. (2020) mencionan entre los principales, la familiaridad con la tecnología, tanto por parte del terapeuta como del paciente; la adaptación de las intervenciones; el mantenimiento del encuadre; la precisión diagnóstica, la atención y la intervención sobre la dimensión no verbal de la comunicación, entre otros. A su vez, Campbell y Norcross (2018) agregan que los psicólogos deben “evaluar el efecto del lenguaje, la participación familiar, las prácticas culturales y las creencias contextuales que pueden alterarse cuando no están cara a cara” (p.3). Un ejemplo claro de lo que mencionan estos últimos autores, lo expresan Burgoyne y Cohn (2020) en el artículo publicado por la revista *Family Process*: con la práctica de teleterapia, se ha perdido lo que los autores definen como la transición entre el momento de llegada y de salida de la entrevista terapéutica. Este período de transición es parte del trabajo, ya que delimita un momento de preparación y procesamiento. Del mismo modo acontece con el terapeuta, quien, trabajando en su casa se enfrenta las exigencias de adaptarse rápidamente a un contexto distinto que el de su consultorio o lugar de trabajo, a intercalar los distintos roles que ocupa (por ejemplo, de terapeuta a padre/madre y viceversa) sin ningún espacio de interrupción, a la eliminación de las distracciones que pudiera haber en su casa, y a las competencias especializadas que el contexto terapéutico virtual requiera. El espacio terapéutico virtual, además dicen estos

autores, incluye en el sistema consultante la interacción con la vida privada del terapeuta y del paciente. Es decir, aparece información que antes el sistema no poseía, como lo es la aparición en cámara de las casas, de los miembros de las familias, mascotas, etc. Para el terapeuta esta información acerca del paciente puede llegar a resultar beneficiosa, y ser incluida estratégicamente en el tratamiento, ya sea en alguna intervención, o como parte de fomentar y sostener la alianza terapéutica. Pero, al contrario, la información que reciba el paciente sobre el terapeuta puede resultar desfavorable (Burgoyne y Cohn, 2020). Si bien puede ser valioso “humanizar” a un terapeuta a través de lo que el entorno revela sobre él, dichos detalles obligan al cliente a interactuar con la vida personal del terapeuta de manera activa y que dependiendo del cliente y de la información que se proporciona, puede violar los límites y los estándares básicos de profesionalismo (p.6).

Otras de las áreas que se han visto sujetas a modificaciones por la pandemia, son los espacios de formación y entrenamiento de terapeutas. Supervisores y terapeutas debieron readaptar sus prácticas, en algunos casos sin las competencias necesarias para desempeñarlas de manera virtual (Hames et al. 2020). La supervisión, especialmente, presenta un desafío a gran escala de manera que las modalidades habituales, como lo es el dispositivo de Cámara Gesell o los espacios grupales no exceden a las medidas de aislamiento social; sin dejar de mencionar los aspectos éticos y legales que están presentes a la hora de poder grabar las sesiones, o contar con la presencia del supervisor en vivo. También, en el artículo, este autor vislumbra la existencia de un riesgo asociado a la proliferación de intervenciones y marcos asociados con un exceso de oferta de asistencia psicológica bien intencionada pero potencialmente no basada en evidencia (p.399). Por este motivo, sugiere la importancia de contar con capacitaciones en relación al abordaje psicoterapéutico en contextos de crisis sanitarias, así como también el acceso a espacios de supervisión llevados a cabo por profesionales debidamente calificados, de manera que este factor no recaiga en la disminución de la eficacia y eficiencia que los psicólogos deben poder proveer en el ejercicio de su profesión. Del mismo modo y en otro orden, destaca similar problemática en lo que respecta a las tele-evaluaciones. La guía de la American Psychological Association sobre la tele-evaluación psicológica durante la crisis COVID-19 (Wright et al. 2020) resalta la importancia de mantener la fidelidad a la administración de pruebas estandarizadas en la medida de lo posible, o interrumpir dicha práctica con la posibilidad de poder propiciar un espacio de seguimiento durante la pandemia.

En lo que respecta a los honorarios profesionales, los terapeutas de Argentina que trabajan para obras sociales o prepagas se vieron afectados porque estas instituciones no contemplaban la atención vía online el primer mes de confinamiento (Lendoiro, 2020). Para aquellos que trabajan de manera privada, se ha observado que una cierta cantidad de terapeutas ha decidido suspender el cobro por los servicios prestados, mientras que otros profesionales continúan facturándolos (Hames et al. 2020). Con el desarrollo de la telepsicología y las medidas de aislamiento social, los psicólogos han tenido que modificar también el medio por el cual adquirir el cobro de sus honorarios, ya sea, utilizar las opciones de pago en línea existentes o solicitar el envío de cheques por correo después de cada sesión, entre otras formas. Burgoyne y Cohn (2020) destacan las insondables políticas de reembolso de las compañías de seguros al ejercicio de la profesión de manera virtual por parte los terapeutas del Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern, en Estados Unidos. La crisis impulsó a los legisladores a obligar a las aseguradoras, prácticamente de la noche a la mañana, a proporcionar reembolsos y flexibilizar las regulaciones relacionadas con la práctica a través de las fronteras estatales, aún desempeñándose en dicho instituto la práctica de teleterapia previo a la pandemia (p.3).

Otras Consideraciones Generales: Posibilidades y Eficacia

Campbell y Norcross (2018) concluyen en su artículo que "amándola u odiándola, la práctica de la telepsicología se instaló para quedarse en la práctica de la salud mental y la investigación en salud mental" (p. 5).

Los estudios de eficacia que han comparado la práctica de la telepsicología con la práctica presencial (Varker et al. 2019) indican que no hay diferencias significativas entre una y otra; y que, en este punto, la telepsicología ayudaría a disminuir las barreras del acceso a la atención psicológica, pensada en términos de uso del transporte y disminución en los tiempos de traslado para recibir la atención. En la misma línea, Burgoyne y Cohn (2020) afirman a través de la comunicación de distintas publicaciones consultadas, que la teleterapia ha sido calificada satisfactoriamente por los usuarios (Holmqvist et al. 2014; Campos et al. 2018, como se citó en Burgoyne y Cohn, 2020), que se ha utilizado con poblaciones diversas (Slone et al. 2012; Alavi et al. 2016; Paris et al. 2018, como se citó en Burgoyne y Cohn, 2020) y que demostró tener resultados similares a los de la psicoterapia tradicional cara a cara (Hilty et al. 2013, como se citó en Burgoyne y Cohn, 2020).

Algunos Aspectos Específicos Sobre La Teleterapia En Relación A La Psicología Clínica Con Orientación Sistémica

Con respecto a las variables que se tienen en cuenta en un proceso de psicoterapia con orientación sistémica, resulta de suma importancia poner énfasis en la propiedad de retroalimentación de los sistemas. En palabras de Burgoyne (2018) la retroalimentación informa al terapeuta la capacidad de respuesta del cliente al tratamiento, la fuerza de la alianza y la resonancia de las hipótesis que se persiguen (como se citó en Burgoyne y Cohn, 2020). A partir de los datos recabados de un programa piloto de un año de duración llevado a cabo en el Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern, una de las dificultades mayores que refieren los terapeutas en la práctica de teleterapia, es la cantidad y la calidad de retroalimentación que reciben de los consultantes. Dichas limitaciones se relacionan, sobre todo, con las tecnologías utilizadas para llevar a cabo la teleterapia. La retroalimentación verbal, por un lado, se ve afectada por el mecanismo que poseen las aplicaciones para amplificar una voz y disminuir las demás con el objetivo de que estas no se superpongan. A esto se adiciona la deficiencia en la conectividad que en ocasiones se presenta, modificando el flujo habitual de la conversación. Estos factores, a su vez, se ven comprometidos en lo que respecta a la retroalimentación no verbal, de modo que se dificulta acceder a las expresiones faciales y corporales de los consultantes. Los profesionales han resuelto problemáticas de estas características, por ejemplo, invitando a los pacientes a explicitar verbalmente sus sensaciones físicas y emocionales en el correr de la entrevista, no sólo con el fin de proveerle información al terapeuta, sino también con la intención de llamarles la atención sobre lo que les está sucediendo. De igual manera, para aminorar en el paciente la pérdida del feedback del terapeuta, los autores recomiendan a los consultores utilizar la voz como vía para redirigir las interacciones y ser mayormente expresivos y explícitos (Burgoyne y Cohn, 2020). Sin embargo, es posible que los terapeutas entrenados en la realización de primeras entrevistas, en la aplicación de intervenciones eficaces, y las habilidades adquiridas para comprender la idiosincrasia del consultante (Wainstein, 2006), más las herramientas provistas por la comprensión de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al. 1967) en el uso de la aceptación de la comunicación, tendrán un posible camino allanado para generar empatía y alianza terapéutica con los consultantes, pese a las dificultades que impone la tecnología.

Si bien aún, no existen investigaciones que arrojen datos certeros acerca del impacto de la teleterapia en la alianza terapéutica durante el aislamiento social preventivo; de la experiencia recabada del Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern en el

contexto de la pandemia se puede extraer que los consultantes expresaron sentirse cuidados y agradecidos por no perder la posibilidad de continuar con sus tratamientos (Burgoyne y Cohn, 2020). A su vez, a pesar de expresar que la teleterapia posee ciertas variaciones con respecto a la psicoterapia presencial, han permanecido comprometidos e incluso han aumentado el número de sesiones e involucrado miembros adicionales de la familia al tratamiento. Los autores creen que esto se puede atribuir al contexto de crisis, pero de igual manera consideran que ha arrojado información importante para garantizar que las variaciones no modificaron el vínculo terapéutico (p.10).

Por otra parte, en lo que respecta a intervenciones específicas del modelo, Inchausti et al. (2020) señalan que frente al impacto emocional que genera en la población la situación de distancia física por la pandemia, la normalización como intervención es vital. Normalizar, es la reformulación por excelencia (Nardone y Watzlawick, 1990) y reformular, según los mismos autores, es la intervención sistémica por excelencia. Implica “la modificación de la visión desarrollada hasta el momento acerca del problema” (Wainstein, 2006, p. 91). Inchausti et al. (2020) recalcan que los estados transitorios emocionales como el miedo, la ansiedad y la desregulación conductual, son producto del ajuste a lo que se está dando en llamar “nueva normalidad”. Por este motivo se vuelve importante normalizar las reacciones que este contexto genera. Los autores aseguran que cuando el compartir y la auto-revelación son apropiados, el hecho de que los psicoterapeutas compartan similares experiencias puede reducir los sentimientos de vergüenza, estigma de autocrítica o culpa por las propias debilidades de los pacientes. La construcción de significados alternativos (Wainstein, 2006) frente al problema posibilitaría un cambio en la conducta del consultante, promoviendo vías adaptativas para enfrentar la situación.

Habría que ver en cambio y eso se deja a modo de discusión futura, si una intervención como la externalización del síntoma (White, 1991); vigente aún desde 1998 sin modificaciones en su eficacia según el profesor Alan Carr (2019), puede aún mantener su eficacia siendo realizada a la distancia a través de un dispositivo tecnológico.

Cambiando el foco a los formatos de terapia en los que se desarrolla un terapeuta sistémico, se ha indagado acerca de las ventajas y desventajas que ha tenido la práctica virtual, tanto en formatos de pareja como de familia. Burgoyne y Cohn (2020) describen que los tratamientos de pareja desarrollados en el Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern vía aplicaciones como “Zoom”, permite el ingreso de varias personas en la videollamada y la posibilidad de verlas en pantalla a todas en simultáneo. De esta forma han

resultado cruciales a la hora de regular la comunicación entre los consultantes. Han encontrado que, para este formato, resulta favorable que cada uno de los miembros de la pareja se encuentre en ambientes separados durante la entrevista (p.9). La aplicación por sí misma, exige a cada persona la necesidad de tomar turnos para hablar, y provee la posibilidad de mirar en la pantalla a cada participante cuando habla, hecho que, en la terapia presencial, en ocasiones se pierde de vista, por dirigir la mirada hacia el terapeuta. En este sentido, la teleterapia parece ayudar a las parejas de alto conflicto a reducir la intensidad. Como desventaja, se ha encontrado que la pandemia ha afectado prácticamente todas las áreas del funcionamiento de las relaciones (Burgoyne y Cohn, 2020). Los terapeutas del Instituto de la Familia de la Universidad Northwestern, dan cuenta de la dificultad que conlleva a las parejas hablar de lo que sienten ya que tienen miedo de que esto desate una crisis y luego ser "incapaces de escapar del caos y el dolor de vivir entre los escombros" (p.16).

Con respecto al formato de terapia familiar, según el artículo citado, acontece de manera similar. Se ha encontrado también, que mantener la entrevista a partir de dispositivos separados, regula la comunicación entre los participantes. A su vez, al tener menores limitaciones de tiempo y distancia, la teleterapia abre la posibilidad de que puedan participar todos los miembros de la familia, que de manera presencial no habrían podido incluirse, y permite al terapeuta observar a la familia interactuando en su espacio vital (Burgoyne y Cohn, 2020). Las dificultades en dicho formato aparecen sobre todo en familias con niños pequeños, ya que se requiere una adaptación considerable para que estos puedan participar, sostener la atención y la permanencia. Esto ha implicado un desarrollo de la creatividad y el compromiso del terapeuta, así como de la familia para poder sostener el tratamiento.

Por último, el presente artículo invita a pensar cómo impacta en el self del terapeuta, no sólo la pandemia y sus efectos a nivel personal, sino también las exigencias que ésta le ha demandado en el ejercicio de la profesión. La "fatiga del zoom" fue el nombre que Fosslien y Duffy (2020, como se citó en Burgoyne y Cohn, 2020) utilizaron para explicar el hecho de que los terapeutas lidian con la falta de interrupciones visuales, la necesidad de mantener una mirada constante y un hiper enfoque para compensar las desventajas del ambiente terapéutico virtual (p.9). Los factores desarrollados hasta el momento implican una responsabilidad y una capacidad de adaptación a las circunstancias que pueden impactar negativamente en el self y en el desarrollo de su economía. También, en su capacitación y competencias. De este modo, se abre el camino a futuras investigaciones que puedan arrojar luz sobre este punto.

Discusión final

La Telepsicología cuenta con una regulación específica y algunos estudios sobre eficacia y eficiencia publicados debido a la cantidad de años que ya llevaba siendo practicada en nuestro medio y en el resto del mundo. Probablemente la resolución de estos desafíos cambie la psicoterapia de manera permanente en el corto, mediano y largo plazo.

A lo largo de este artículo se mencionó también la necesidad de los terapeutas de readaptar sus prácticas y modalidades de supervisión y entrenamiento. De acceder a capacitaciones específicas aplicadas a contextos de crisis y adquirir nuevas competencias para poder proveer la eficacia y eficiencia que las intervenciones presenciales basadas en la evidencia otorgan (Hames, et al. 2020). A su vez, la modalidad virtual, involucra a los terapeutas con nuevos aspectos éticos y legales de la práctica, con el fin de mantener la confidencialidad y la seguridad del espacio terapéutico (Inchausti et al. 2020). Estos desafíos crean oportunidades para la innovación, de manera que, se hace necesario emplear diferentes estrategias en diferentes puntos del proceso de tratamiento, dependiendo de las limitaciones a las que se enfrentan los consultantes y del modelo que emplea el terapeuta (Burgoyne y Cohn, 2020).

A largo plazo, la telepsicología requerirá ser incluida en los procesos de investigación con el fin de proveer evidencia empírica y sistematización de las prácticas. De igual manera, suscitará la incorporación de capacitación en psicología del servicio de salud y en los programas de formación de doctorados (Campbell y Norcross, 2019). En lo que respecta a las políticas públicas, medidas como ampliación de recursos y la posibilidad de acceso a distintas plataformas tanto para profesionales, como para terapeutas, serán de suma importancia para el desarrollo de la práctica, aún en contextos sin pandemia.

Por último, se dejan estas preguntas para el futuro. Cuando se evalúe este artículo, ¿cuánto habrá facturado la población de profesionales de la Psicología en la República Argentina con la práctica de la Telepsicología? ¿Cuánto presupuesto en transporte y en tiempo de transporte se habrá ahorrado? ¿Cuántas veces se habrán quebrantado las barreras de acceso a la atención psicológica? ¿Cuánto dinero se habrá ahorrado en alquileres de consultorio? ¿Cómo habrán impactado en el self del terapeuta los diversos desafíos con los que los profesionales se han encontrado?.

REFERENCIAS

- American Psychological Association, (2013). "Guidelines for the practice of telepsychology", *American Psychologist*, 68 (9). 791– 800.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Boletín Oficial (2020) Decreto PEN 260/2020 - EMERGENCIA SANITARIA DECNU-2020-260-APN-PTE *Coronavirus* (COVID-19).
<https://www.boletinoficial.gob.ar/busquedaAvanzada/all>
- Boletín Oficial (2020) "Legislación y Avisos Oficiales. Primera Sección". *Decisión Administrativa N° 1533/2020*.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233896/2020082>
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). "Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico", *Boletín de psicología*, 101, 21-33.
- Burgpume, N., y Cohn, A. S. (2020). Lessons from the Transition to Relational Telertherapy During COVID-19. *Family Process*.
- Campbell, L. F., Millán, F. A., y Martin, J. N. (Eds.). (2018). A telepsychology casebook: Using technology ethically and effectively in your professional practice. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/0000046-000>
- Campbell, L. F., y Norcross, J. C. (2018). Do you see what we see? Psychology's response to technology in mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(2), 1–5.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12237>
- Canadian Psychological Association. (2017). *Ethical guidelines for psychologists providing psychological services via electronic media*. Retrieved April, 1, 2009.
- Carr, A.. (2019). Family therapy and systemic interventions form child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213.
- Hames, J. L., Bell, D. J., Perez-Lima, L. M., Holm-Denoma, J. M., Rooney, T., Charles, N. y E. Hoersting, R. C. (2020). "Navigating uncharted waters: Considerations for training clinics in the rapid transition to telepsychology and telesupervision during COVID-19", *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 348–365.
<http://dx.doi.org/10.1037/int0000224>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. y Dimaggio, G. (2020). "Telepsychotherapy in the Age of COVID-19: A Commentary". *Journal of Psychotherapy Integration*, 30 (2), 394 – 405. ISSN: 1053-0479. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000222394>

- Lendoiro, F. (27 de marzo de 2020). Prepagas habilitan psicólogos online para tratamientos y contención de emergencia. *El Cronista*.
<https://www.cronista.com/apertura-negocio/empresas/Coronavirus-prepagas-habilitan-sesion-on-line-de-psicologos-para-atender-la-emergencia-20200327-0001.html>
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990), *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder.
- John Hopkins University (2020). "*Coronavirus Resource Center*"
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Sevillano, E. (2020) "La OMS declara el brote de corona virus como pandemia global", Diario *El País*.<https://elpais.com/sociedad/2020-03-11/la-oms-declara-el-brote-de-coronavirus-pandemia-global.htm>
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., y Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621–635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.
- White, M. Y Epston D. (1991). *Guías para una práctica de la terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- Wright, A. J., Mihura, J. L., Pade, H., y McCord, D. M. (2020). "Guidance on psychological tele-assessment during the COVID-19 crisis". *American Psychological Association Services*.<https://www.apaservices.org/practice/reimbursement/health-codes/testing/tele-assessment-covid-19>

DINÁMICA FAMILIAR HUMANO-ANIMAL DURANTE EL CONFINAMIENTO SOCIAL POR COVID-19

Julián Lora, Ignacio Maciel, Zaida Nadal, Mónica Ferrari & Marcos Díaz Videla¹²

Resumen

La pandemia de COVID-19 dio lugar a protocolos sanitarios que incluyen el confinamiento en los hogares, generando estrés, menor calidad de vida y afectando marcadamente la dinámica familiar. En este contexto diversas fuentes informaron globalmente un incremento en las adopciones de animales de compañía, los cuales tienden a ser integrados como miembros de las familias. Este trabajo se propuso analizar las dinámicas de familias multiespecie durante el confinamiento. Se revisaron las motivaciones para incorporar animales en este período, los beneficios derivados para amortiguar estresores, y la contribución de los costos de la tenencia de animales a la sobrecarga de responsabilidades. Además, se destacó la participación de los animales en la confección y mantenimiento de reglas, rutinas y rituales en el hogar, los cuales promueven bienestar y favorecen la cohesión familiar. Por último, se analizaron los incrementos de problemas de conducta de los animales de compañía relacionándolos con el fenómeno del contagio emocional y el rol de los animales como reguladores emocionales en los vínculos familiares. Se concluyó destacando la influencia de estos animales en la resiliencia familiar, y la necesidad de comprender y apoyar estos vínculos para evitar el abandono de animales luego de la pandemia.

Palabras clave: animal de compañía, COVID-19, confinamiento, familia, pandemia.

Abstract

The recent COVID-19 pandemics has led to the implementation of health safety protocols such as home confinement, which generates stress, lower quality of life and significantly affects family dynamics. Several organizations worldwide have reported an increase in the amount of adoptions of companion animals, which usually come into play as members of the family. This article sets out to analyze multispecies family dynamics during the obligatory confinement. Accordingly, we examined family motivations to include animals amid the current pandemics as well as the benefits related to buffering stressors, and the impact of

¹² Universidad de Flores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

animal keeping costs on the overload of responsibilities. Moreover, we highlighted the role of companion animals in the making and compliance of house rules, routines and rituals that promote well-being and family cohesion. Finally, we analyzed the increment levels of animal behavioral problems, linking this issue to the phenomenon of emotional contagion and the role of animals as emotional regulators in family bonding. Our conclusion stresses the influence of companion animals on family resilience and the need to understand and support human-animal bonds in order to avoid pet abandonment once the confinement is over.

Key words: pets, COVID-19, confinement, family, pandemics

Introducción

El virus COVID-19 surgió en diciembre del 2019, en Wuhan, China, como una desconocida enfermedad respiratoria. Su rápida propagación dio lugar a una pandemia mundial, motivando la activación de protocolos de emergencia que afectaron principalmente la distancia social permitida entre seres humanos, la situación socioeconómica y, por supuesto, la dinámica familiar (UNICEF, 2020).

El aislamiento social prolongado puede conducir a una disminución significativa de la calidad de vida y el bienestar, y a un alto nivel de estrés individual y familiar (Morgan et al., 2020). La familia, entendida como un sistema que reacciona como un todo frente a las situaciones de crisis de cualquiera de sus miembros, se halla vulnerable a estresores diversos, comprometiendo particularmente la organización familiar y la comunicación entre los subsistemas (Minuchin & Fishman, 1981; Prime et al., 2020).

Así, por ejemplo, la presión económica que cae sobre padres y madres puede asociarse con un deterioro en la calidad de la conducta parental que podrían llevar a trastornos sociales e impactar cualitativamente sobre las relaciones en los subsistemas conyugal, parental, filial, y todo el sistema familiar. Al drenar sus recursos emocionales, los padres corren el riesgo de acudir a formas de liderazgo problemáticas (e.g., dureza o coercitividad) incentivando la negatividad en la familia y la eventual escalada del conflicto (Schneider et al., 2017). A esta dinámica compleja podemos incorporar el rol de los animales de compañía como miembros de la familia —o bien, el análisis de la familia multiespecie— el cual porta sus particularidades que trascienden los solapamientos con roles humanos (Díaz Videla & Ceberio, 2019).

El animal de compañía se define como aquel que se encuentra bajo control humano, vinculado a un hogar donde comparte intimidad y proximidad con sus cuidadores, y recibe un

trato especial de cariño, cuidados y atención que garantizan su estado de salud (Bovisio et al., 2004; Savishinsky, 1985). Complementariamente, la presencia de animales en el sistema familiar y el vínculo con estos aportan beneficios fisiológicos, cognitivos y sociales para la salud humana (Wells, 2007, 2009). Hoy, el 90% de las personas considera que sus animales son miembros de sus familias (Díaz Videla & Olarte, 2016) y tienden a atribuirles a estos la misma importancia que a los miembros humanos del sistema familiar (Walsh, 2009).

Durante los primeros meses de la pandemia diversos organismos manifestaron públicamente preocupaciones respecto de las posibilidades de infección y contagio de los perros y gatos de compañía, y que esto tuviera repercusiones en el bienestar animal a gran escala (Parry, 2020). Sin embargo, las investigaciones demostraron que estos animales no habían desempeñado un papel en la propagación de la enfermedad (Deng et al., 2020); de modo que no solo no se incrementaron los abandonos, sino que incluso aumentaron las adopciones en este contexto (Morgan et al., 2020).

Diversos trabajos destacaron que el papel de los animales se adecua a las necesidades funcionales de las familias en cada etapa de su ciclo vital (Albert & Bulcroft, 1988; Schvaneveldt et al., 2001; Turner, 2005). Su rol como fuente de apoyo emocional ha sido particularmente destacado durante las transiciones familiares, es decir, en momentos de crisis y cambios (Leow, 2018; Walsh, 2009). De modo que es posible suponer que estos animales han cobrado gran importancia en las dinámicas familiares en el contexto de pandemia.

Así, este trabajo se propuso explorar el impacto del confinamiento y la pandemia en las dinámicas de las familias multiespecie. Esto tiene implicancias para el bienestar de humanos y animales, y nos permitirá advertir los próximos desafíos para estos vínculos en este entorno global particular.

Desarrollo

El confinamiento está íntimamente relacionado con la disminución del contacto físico y la actividad, así como con el aumento de la ansiedad. En este sentido, los animales de compañía pueden proporcionar una fuente invaluable de contacto durante tiempos de confinamiento, como también beneficios en la salud física, mental y psicosocial de las personas. Podemos pensar, entonces, que esto explicaría, en cierta medida, el aumento en las tasas de adopciones durante el aislamiento social forzado por la pandemia del COVID-19 (Hoy-Gerlach et al., 2020; Morgan et al., 2020).

A su vez, los animales de compañía están sintonizados con el clima emocional de la familia y son muy sensibles a los estados emocionales intensos de sus miembros (Walsh, 2009). Por lo tanto, es esperable que los cambios sustanciales en el estilo de vida producidos por el confinamiento representen una presión significativa sobre las relaciones dentro de los hogares, incluyendo a los animales de compañía (Bowen et al., 2020), manifestándose algunas diferencias y particularidades en las dinámicas familiares multiespecies, respecto de períodos anteriores.

Adopciones de animales de compañía durante la cuarentena

Morgan et al. (2020) examinaron las adopciones y abandonos de perros durante el confinamiento. Los autores mostraron que la adopción de perros había aumentado significativamente, alcanzando su máximo cuando las restricciones sociales eran más estrictas. Por ejemplo, durante el confinamiento estricto en Israel el promedio de adopciones de perros por día fue de 26.1 perros, en comparación con el período anterior al brote de COVID, con 17.3 perros adoptados por día. También las familias de acogida se incrementaron significativamente superando ampliamente la demanda: a finales de abril de 2019 no había familias de acogida disponibles, en tanto que para fines de abril de 2020 había 844 familias de acogida a disposición.

Las personas suelen tener expectativas de mejorar distintos parámetros de salud a partir de adoptar un animal. Según el estudio de Powell et al. (2018) los adoptantes indicaban esperar un aumento en los niveles de actividad física (89%) y de la felicidad (89%), así como una disminución del estrés (74%). Poco más de la mitad de los participantes anhelaban mayor sensación de compañía (61%) y disminución de la soledad (61%).

Ahora bien, al indagar acerca de las motivaciones para adoptar durante la cuarentena solo el 8% indicó sentirse solo y estresado y creer que el animal podría ayudarlos. El 38.5% de las personas declararon haber considerado adoptar un perro durante mucho tiempo y haberlo decidido a partir de la mayor permanencia en el hogar; y el 37.8% declararon que planeaban adoptar un perro independientemente de la situación. Finalmente, el 9.3% escuchó sobre el riesgo de abandonos de perros y quiso ayudarlos. Sin embargo, la tasa de abandonos no había cambiado (Morgan et al., 2020).

En síntesis, los estragos del confinamiento tuvieron como consecuencia un mayor índice de adopciones a medida que las restricciones se hacían más rigurosas, sin incremento de abandonos. Si bien las personas suelen tener expectativas de que percibirán beneficios en

su salud al adoptar animales, quienes adoptaron en este período indicaron mayormente coincidencia temporal o estar aprovechando el mayor tiempo en casa para lograr la integración del animal en la organización del hogar.

Rutinas, rituales y reglas del hogar

Un análisis de la problemática de la vida familiar vinculada a la pandemia requiere considerar sus procesos organizacionales, comprendidos por *las tres R*: rutinas, rituales y reglas. Para niños y padres, la alteración de rituales y rutinas tiene implicancias emocionales notorias. Esto es aún más evidente en aquellas familias cuyos miembros tengan un diagnóstico de COVID-19, donde se alteran las reglas y rutinas en función de la enfermedad, y más aún donde haya que enfrentar pérdida y duelo (Prime et al, 2020).

En este sentido, tanto la imposición del confinamiento como la adopción de animales implican una reestructuración de las reglas dentro del hogar. Como sucede con miembros humanos, la incorporación de un nuevo integrante al sistema familiar implica que ese miembro debe adaptarse a las reglas, así como una modificación del antiguo sistema para incluirlo (Minuchin, 1977). La incorporación de un miembro canino o felino implica, además, la animalidad de este. Así, la familia intenta reconceptualizarse como manada a partir de dar importancia al establecimiento de jerarquías y reglas claras¹³ mientras negocia con el accionar autónomo del animal. De este modo se propone la noción de familia interespecies, la cual se sostiene por reglas y rutinas delineadas por personas y animales en la cohabitación del hogar (Power, 2008). El aprovechamiento de la ocasión para adoptar un animal no solo estaría dado por el mayor tiempo en el hogar sino, además, por la necesidad de modificar las tres R dada por el confinamiento en sí mismo.

Para Prime et al. (2020) mientras los padres u otros cuidadores sean capaces de crear o sostener rituales significativos, hay mayor probabilidad de contar con efectos protectores ante el estrés en la reestructuración propia del confinamiento. Por ejemplo, los rituales promueven el bienestar familiar cuando sus miembros experimentan enfermedades, en parte porque promueven la esperanza y la cohesión familiar.

8. Estas nociones corresponden a los participantes del estudio. Si bien en el saber popular continúan vigentes las teorías relacionadas con la dominancia y jerarquización en manadas de lobos y perros, su validez es cada vez más cuestionada académicamente (para una crítica ver Ying, 2007).

Los animales de compañía, respecto a esto, participan activamente en la creación de rutinas (e.g., alimentación, juego, ejercicio) así como también se incluyen en rituales como la celebración de sus cumpleaños o los regalos de navidad (Sanders, 1993). Las incorporaciones de los animales en rituales humanos, lejos de asociarse con patología psiquiátrica o maltrato animal, tienen por objetivo proveer a estas familias humano-animal identidad social y sentimientos de *communitas* (Dresser, 2000), lo cual favorece la cohesión familiar. Esta es una de las funciones básicas de las familias humanas y se ha destacado el rol de *pegamento* de los animales de compañía al incrementar la interacción y comunicación familiar (Cain, 1985; Walsh, 2009).

Resumiendo, el confinamiento plantea la necesidad de reestructurar reglas, rutinas y rituales del hogar familiar, aspectos que a su vez se promueven en la interacción con animales de compañía fomentando la cohesión familiar. A su vez, tanto los rituales como las rutinas pueden ser considerados por algunos autores (e.g., Prime et al., 2020) como el rasgo principal de la resiliencia familiar en situaciones de estrés. Animales como los perros no solo promueven el establecimiento de las tres R, sino que además han sido destacados como tutores de resiliencia a partir de su contribución particular al desarrollo de factores de resiliencia como humor, capacidad de relacionarse, creatividad y autoestima (Simpson & Keulyan, 2018).

Influencia positiva del vínculo humano-animal en la salud humana

El desarrollo de la investigación en antrozoología produjo un rápido crecimiento del conocimiento y entendimiento acerca de la influencia positiva de las interacciones con animales en el bienestar humano, dentro y fuera de contextos terapéuticos (Hosey & Melfi, 2014). Respecto de interacciones espontáneas con mascotas en entornos domésticos, estos han sido asociados con beneficios en comportamientos sociales, interacciones interpersonales y humor; menores parámetros relacionados con el estrés como el cortisol, frecuencia cardíaca y presión arterial; autoevaluaciones de miedo y ansiedad; y salud mental y física, especialmente enfermedades cardiovasculares (para una revisión ver Beetz et al., 2012).

Estos efectos se encuentran moderados por diversos factores. En este sentido, algunas evidencias de estudios previos nos orientan a considerar que ciertas características ligadas al confinamiento son particularmente susceptibles a la influencia positiva de la interacción con animales de compañía. Por ejemplo, se ha mostrado empíricamente que algunas circunstancias vitales que hacen surgir necesidades de acompañamiento pueden ser aliviadas

por las mascotas, como cuando una enfermedad reduce la movilidad de las personas (Allen & Blascovich, 1996), cuando estas tienen acceso limitado a fuentes de apoyo social (Allen et al., 2001) o cuando viven solas (Zasloff & Kidd, 1994). Así, en el estudio de Bowen et al. (2020) el 47% de los participantes indicaron que sus mascotas los habían ayudado a afrontar mejor el confinamiento, y el 74.3% indicaron haber recibido un incremento del apoyo de sus animales en este período. Adicionalmente, este apoyo percibido tendía a incrementarse en la medida en que la calidad de vida del custodio estaba más deteriorada.

Beetz et al. (2012) destacaron el sistema de oxitocina como un mecanismo subyacente común a estos efectos, el cual podría dar cuenta de manera integral de los beneficios documentados. La oxitocina alivia la sintomatología ligada a la ansiedad social, mientras que incrementa la percepción de las señales sociales, favoreciendo la interacción. Esta neurohormona ha sido consistentemente relacionada con las interacciones sociales, el apego y los comportamientos parentales (Feldman et al., 2011). En este sentido, las interacciones humano-perro han sido particularmente destacadas, en tanto crean un bucle de oxitocina entre ambos, mediatizado por la mirada recíproca, que se retroalimenta aumentando los niveles de esta neurohormona en ambos y favoreciendo la vinculación (Nagasawa et al., 2015).

La química que enlaza a las personas con sus animales crea un apego emocional que ayuda a explicar por qué estos animales significan tanto para mucha gente (Sable, 2013). En la actualidad se considera que existe sobrada evidencia de que la proximidad emocional entre humanos y perros/gatos puede conceptualizarse técnicamente como un vínculo de apego (ver Díaz Videla, 2017). Esto ayuda a explicar cómo en el contexto del confinamiento el vínculo con los animales ha incrementado el autocuidado, así como la sensación de confort y alivio frente a la proximidad física con estos, la cual es buscada activamente por los animales.

Hoy-Gerlach et al. (2020) destacaron la motivación a mejorar el autocuidado de las personas a partir de la dependencia de sus animales. Esto es, no solo que los animales se configuran como figuras de apego para sus custodios, sino que, además, estos sienten el impulso de brindarles cuidados parentales, lo cual podría verse impedido en caso de enfermar o tener que permanecer aislados fuera del domicilio. Adicionalmente, estos autores resaltaron el valor del contacto físico y la compañía de los animales en tiempos de aislamiento social. Buscar el acompañamiento de animales en tiempos de ansiedad exacerbada tiene el potencial de reducir los síntomas físicos relacionados a la angustia. El mero acto de tocar un animal puede ser más importante durante una pandemia para todas las personas, pero es claro que

aún más para aquellas que viven solas o que no tienen otras fuentes de contacto físico o afecto.

En suma, los vínculos espontáneos con animales de compañía pueden conferir beneficios a la salud de las personas a partir de la conformación de vínculos de apego y la activación del sistema de oxitocina. Estos beneficios se manifiestan con mayor intensidad en contextos en que las personas ven su movilidad reducida por una enfermedad, ven limitado el acceso a fuentes de apoyo social o se encuentran viviendo solas. Todas estas, características del confinamiento actual.

Costos del vínculo humano-animal

A pesar de los beneficios mencionados, el vínculo humano-animal no es enteramente armonioso. Una dimensión destacada dentro de la relación con animales de compañía consiste en los costos (económicos, emocionales, ocupacionales, etc.) que los custodios deben afrontar (Dwyer et al., 2006). Adicionalmente, la compañía animal no es en absoluto una panacea para abordar los factores estresantes del contexto actual. Estos incluyen duración de la cuarentena, miedos de infección, confinamiento o dificultades financieras, entre otros; y tener un animal de compañía puede empeorar el estrés relacionado con los suministros de alimentos para mascotas y el cuidado veterinario, sumado a los costos financieros de los mismos (Hoy-Gerlach et al., 2020). Y más aún, en situaciones que involucran problemas financieros o una salud muy debilitada la presencia de un animal podría convertirse en un agravante (Ory & Goldberg, 1983; Siegel, 2011).

Una de las consecuencias del confinamiento actual es la sobrecarga de los cuidadores. Al respecto, un estudio realizado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Universidad Nacional de Córdoba mostró que en el 84% de hogares monoparentales las cuidadoras son mujeres, poniendo al descubierto la desigualdad de género en la carga de cuidados. Más de la mitad de los encuestados siente que durante la cuarentena cuida 24 horas por día y no tiene tiempo de descanso, y el cuidado de la familia es una de sus principales preocupaciones, junto con el sistema de salud del país. A las tareas habituales se le suman nuevas que aparecen con la pandemia, como el seguimiento escolar diario de sus hijos, el cuidado de un familiar mayor o de algún enfermo en la familia, o el teletrabajo (Ahumada, 2020). Las necesidades de las mascotas se añaden a la lista de tareas que los cuidadores deben atender, desde su alimentación y baño hasta sus necesidades sanitarias y de paseo.

Esto puede ayudar a explicar por qué durante el confinamiento algunas personas han considerado el paseo de su perro como espacio de esparcimiento compartido e incluso una excusa para satisfacer su propia necesidad de salir, mientras que otras personas, en cambio, lo han considerado una carga que se añade a la lista de obligaciones. Durante el período de cuarentena estricta en Argentina se encontró que en CABA el 19.9% de las salidas estaban relacionadas con el paseo de las mascotas (Rave & Weinmann, 2020), al tiempo que esta actividad se ubicó entre las que las personas menos disfrutaban en ese momento (Cervio, 2020).

En síntesis, en ciertos contextos (e.g., problemas financieros severos, salud muy debilitada) la interacción con los animales de compañía puede agravar el estado de las personas. Al margen, la relación con los animales porta diversos costos como los económicos, emocionales y las ocupaciones; los cuales en el contexto actual pueden contribuir a la sobrecarga manifestada por los cuidadores.

Tensiones y estrés en el sistema familiar

Los sistemas familiares en crisis debido al aislamiento obligatorio presentan una serie de desafíos donde se ponen en juego las interacciones entre todos sus miembros, incluyendo humanos y animales (Morgan et al., 2020). Tanto los perros como los gatos pueden verse altamente influenciados por las características de su entorno y el estilo de vida de sus dueños (Fatjó & Bowen, 2020). Estos animales, incluso, pueden experimentar *contagio emocional*, un estado en el que el animal refleja los niveles de estrés y las emociones de sus cuidadores humanos (Dixon & Mistry, 2020). De este modo son susceptibles de funcionar, al igual que los niños, como barómetros y reguladores emocionales en los vínculos, buscando mantener el equilibrio mediante mecanismos defensivos de desplazamiento, proyección e identificación (Walsh, 2009).

Durante el confinamiento, la demanda sobre los recursos parentales combinada con reducciones en la capacidad parental debido a problemas de salud mental y/o conductas aversivas (e.g., abuso de sustancias), junto con eventos como la pérdida de empleo o crisis conyugal, coloca a los padres en riesgo de recaer en formas de liderazgo problemáticas. Esto puede alterar patrones de crianza con ciclos coercitivos entre padres e hijos, donde el padre reacciona emocionalmente al niño que se comporta rompiendo reglas, y el niño incrementa su resistencia o evita al padre. Estos ciclos negativos de conducta se vinculan con una peor calidad del vínculo y del ajuste psicosocial del niño (Prime et al., 2020) y pueden afectar de

igual manera a los animales de compañía dado que poseen un nivel de dependencia y un rol con similitudes al de los niños en muchas familias (Albert & Bulcroft, 1988).

Entre las dinámicas familiares para lidiar con el estrés que pueden atrapar de manera similar tanto a niños como a animales de compañía se encuentran las triangulaciones. Los triángulos conforman un subsistema relacional de tres miembros, uno de los cuales es vulnerable a ser convocado a formar parte de dicha relación como mecanismo regulador de tensiones y ansiedad (Bowen, 1976). En la investigación realizada por Cain en 1985, el 44% de los participantes indicó que sus animales quedaban a veces implicados en triangulaciones, mientras que un 8% indicó que siempre lo hacían. Por ejemplo, la mascota puede intentar detener peleas buscando atraer la atención de parejas, o realizando comportamientos que liberan la tensión. Otro ejemplo es cuando un miembro de la familia le grita al animal en lugar de hacerlo a otro, o cuando las mascotas hacen algo tierno y el enojo de los integrantes en pleito disminuye o se olvida. Además, las mascotas se acercan al humano en momentos de tensión y buscan ser acariciadas actuando como liberadores de frustración, incluso haciendo actos tontos que provocan risas en la familia (Díaz Videla, 2015).

Resumiendo, las presiones externas a la familia que recaen sobre un miembro pueden conducir a fenómenos de contagio emocional, incluso por los animales de compañía, y tenderán a afectar al sistema en su totalidad. Sumadas a las presiones externas, el confinamiento implica interacciones familiares forzadas y disminución de privacidad, lo que puede incrementar aún más las tensiones dentro del sistema. Esto puede conducir a estilos parentales coercitivos y a dinámicas de triangulación que impliquen negativamente tanto a los niños como a los animales de compañía.

La mascota como emergente de la dinámica disfuncional

El estudio realizado por Bowen et al. (2020) en España encontró que el aislamiento había producido un incremento en problemas de comportamiento general en los animales, como estar más excitables, nerviosos, irritables, y demandando mayor atención. Además, se encontró una asociación entre las formas negativas de afrontamiento en el perro y el impacto negativo del confinamiento sobre el dueño del animal como un circuito que se retroalimenta. Es decir, con frecuencia el custodio muestra enojo hacia el animal y empeoran los problemas de conducta de este.

Ese estudio mostró además que los perros tenían mayor probabilidad de haber empeorado su comportamiento si todos los miembros de la familia estaban confinados en el

hogar, y este empeoramiento era más intenso aún en hogares donde nadie trabajaba desde la casa. Esto puede reflejar el nivel de tensión en el hogar debido al confinamiento de todos los miembros de la familia con escasas actividades, pero también puede ser simplemente el resultado de un incremento en las posibilidades de interacción y, por lo tanto, de mala conducta.

En condiciones de confinamiento, los animales de compañía están más expuestos a los niños de la familia y puede no haber supervisión constante. Esto podría dar lugar a interacciones conflictivas con los niños, aumentando el riesgo de rasguños, mordeduras y lesiones. Un artículo mostró que durante este período se registraron tres veces más entradas al ala de emergencias pediátricas de un hospital por mordidas de perros (Dixon & Mistry, 2020).

El estudio de Bowen et al. (2020) también destacó que los gatos parecían afrontar mejor el confinamiento que los perros. Es posible que su contexto diario y su acceso al aire libre no se haya visto tan modificado; en tanto que los perros han experimentado una reducción de paseos y de interacciones en el curso de estos. De todas formas, esto no significa que los gatos no sufran estrés, ya que es posible que experimenten ciertas formas de contacto con humanos como estresantes (Ramos et al., 2013), las cuales pueden verse intensificadas por la presencia continua de sus dueños en sus casas como consecuencia del aislamiento.

Al preguntarle a los custodios de perros, el 62% indicó que la calidad de vida de estos había empeorado durante el confinamiento, mientras que el 19.3% indicó que había mejorado. Al preguntarle a los custodios de gatos, el 8.4% indicó que la calidad de vida de estos había empeorado, mientras que un 57.3% indicó que había mejorado (Bowen et al., 2020). Estas alteraciones ofrecen una idea de la naturaleza dinámica del vínculo humano-animal y cómo puede verse afectado por cambios de circunstancias.

En suma, el aislamiento produjo un incremento de problemas de conducta particularmente en los perros. Esto se asoció además con peor afrontamiento en sus custodios y con mayor cantidad de miembros de la familia confinados en el hogar e inactivos.

Conclusiones

El confinamiento sanitario ha impactado en la organización y dinámicas familiares, a partir de las cuales, los animales de compañía parecen ocupar un rol más destacado en la vida de las personas y en las familias a las que se incorporan. En esta dirección apunta el incremento sin precedentes en las adopciones de animales registrado a nivel global.

Al indicar las motivaciones para adoptar, las personas manifestaron mayormente estar aprovechando la disponibilidad de tiempo en casa para lograr la integración del animal en la organización del hogar. Coincidentemente, tanto la pandemia como la adopción de animales plantean la tarea de reglas, rituales y rutinas. Estas incrementan la probabilidad de contar con efectos protectores ante el estrés en la reestructuración propia del confinamiento, pudiendo considerarse como un rasgo de resiliencia familiar.

La manera en que cada sistema logre resolver las contingencias que se presentan durante el confinamiento depende en gran medida de los recursos de afrontamiento con que cuente el sistema familiar (Prime et al., 2020). Walsh (2015) sostuvo que en la medida en que una familia pueda darle un sentido a la tragedia que vive, ya sea pérdida laboral, familiar, etc., mayor adaptabilidad puede experimentar. Así, es posible que la adopción de animales o la reestructuración de rutinas y rituales incluyéndolos, ayude a dotar de significado algunas de las adaptaciones que tuvo que realizar durante el confinamiento. Por ejemplo, permanecer más tiempo en casa adquiere mayor significado si esto permite dedicarse a la adaptación o cuidado de estos animales.

Las familias resilientes en situaciones de desastre han probado ser aquellas que pueden considerar las dificultades actuales como pasajeras, limitadas en el tiempo, manejables, que no son culpa de nadie en particular, y que pueden resistirse a predecir el peor escenario posible logrando reducir el pensamiento catastrófico (Prime et al, 2020). Los niños adquieren este sistema de creencias a través de los adultos en el hogar y conforman un estilo de afrontamiento saludable. Aquellos sistemas donde la comunicación es clara y permite expresar emociones abiertamente y discutir los cambios sociales y familiares que están atravesando favorece que se normalicen las emociones difíciles, abre canales de apoyo y facilita la sensación de seguridad. En este sentido, los animales de compañía pueden desempeñar un rol de confidentes acrícos y de apoyo social para sus custodios, a la vez que incrementan la interacción y comunicación familiar, mejorando la cohesión.

Durante el aislamiento se registraron incrementos de problemas de conducta en animales de compañía. Esto se asoció además con un peor afrontamiento en sus custodios y con una mayor cantidad de miembros de la familia confinados en el hogar e inactivos. Así, se reconoce que el estrés y las carencias en una familia afectan negativamente al bienestar de los animales de compañía (Ryan et al., 2019).

En este sentido se ha propuesto que los animales de compañía pueden funcionar como barómetros y reguladores emocionales en los vínculos familiares. Esto implica que, de

observarse cambios y problemas en su comportamiento, puede ser conveniente considerar la función que el animal está cumpliendo en el sistema familiar y qué aspectos de la dinámica está reflejando. Ahora bien, esto no implica que toda alteración de conducta en el animal será un emergente de dinámicas familiares disfuncionales o tensión familiar. Por ejemplo, la falta de suministros puede obligar a cambiar la dieta de los animales y el confinamiento disminuir las caminatas que ayudan al animal a hacer su digestión, generando un cuadro de gastritis. Sus propietarios observarán que el animal está menos alegre y activo, mostrando además signos de incomodidad. Ciertamente, esto puede ser influido por contagio emocional a partir del estrés de sus custodios, pero sería inadecuado e irresponsable atribuirlo a este. Por eso, frente a cambios de conducta del animal que requieran ser abordados o que puedan implicar malestar, recomendamos iniciar el diagnóstico a partir de una evaluación por un médico veterinario.

Finalmente, conviene mencionar que, si bien de momento no se han registrado aumentos en el abandono de animales de compañía, diversas agencias de protección animal han manifestado temor a que estos abandonos pudieran ocurrir finalizada la pandemia. Para evitarlos, es necesario emprender acciones preventivas desde el momento actual. Comprender y apoyar estos vínculos, así como trabajar proactivamente para mitigar los factores estresantes relacionados con tener un animal de compañía, son estrategias cruciales para promover el bienestar de estas familias multiespecie durante y una vez finalizada esta pandemia.

REFERENCIAS

- Ahumada, C. (2020). Mujeres en cuarentena: cuidadoras de tiempo completo y sobrecarga de trabajo. UNCiencia. Agencia para la comunicación pública de la ciencia, el arte y la tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: <https://unciencia.unc.edu.ar/sociedad/mujeres-en-cuarentena-cuidadoras-de-tiempo-completo-y-sobrecarga-de-trabajo/>
- Albert, A., & Bulcroft, K. (1988). Pets, families, and the life course. *Journal of marriage & family*, 50(2), 543-552. <https://doi.org/10.2307/352019>
- Allen, K., & Blascovich, J. (1996). The value of service dogs for people with severe ambulatory disabilities: A randomized controlled trial. *Jama*, 275(13), 1001-1006. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530370039028>

-
- Allen, K. M., Blascovich, J., Tomaka, J., & Kelsey, R. M. (1991). Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women. *Journal of personality and social psychology*, 61(4), 582.
- Beetz A., Uvnäs-Moberg K., Julius H., Kotrschal K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234>
- Bovisio, M., Fracueli, M. C., González, B. B., Lencinas, O. E., Mestres, N. A., Varela, A. S. y Marcos, E. R. (2004). Características de la convivencia humano-animal en la Ciudad de Buenos Aires y su relación con la prevención de zoonosis (trabajo original, Instituto de Zoonosis Luis Pasteur). Disponible en:
<https://www.researchgate.net/publication/279298035>
- Bowen, J., García, E., Darder, P., Argüelles, J., & Fatjó, J. (2020). The effects of the spanish COVID-19 lockdown on people, their pets and the human-animal bond. *Journal of Veterinary Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.jveb.2020.05.013>
- Cain, A. O. (1985). Pets as family members. *Marriage & Family Review*, 8(3-4), 5-10. https://doi.org/10.1300/J002v08n03_02
- Cervio, A. (2020). En cuarentena, en casa. Prácticas y emociones durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 en hogares urbanos de Argentina. [https://DOI: 10.13140/RG.2.2.17859.43045](https://DOI:10.13140/RG.2.2.17859.43045)
- Deng, J., Jin, Y., Lui, Y., Sun, J., Hao, L., Bai, J., & Tian, K. (2020). Serological survey of SARS-CoV-2 for experimental, domestic, companion and wild animals excludes intermediate hosts of 35 different species of animals. *Transboundary and Emerging Diseases*. <https://doi.org/10.1111/tbed.13577>
- Díaz Videla, M. (2015). El miembro no humano de la familia: las mascotas a través del ciclo vital familiar. *Revista Ciencia Animal*, 9, 83-98.
- Díaz Videla, M. (2017). *Antrozoología y la relación humano-perro*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Flores.
- Díaz Videla, M., & Ceberio, M. (2019). Las mascotas en el sistema familiar. Legitimidad, formación y dinámicas de las familias humano-animal. *Revista de Psicología*, 18(1), 44-63. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe036>
- Díaz Videla, M., & Olarte, M. A. (2016). Animales de compañía, personalidad humana y los beneficios percibidos por los custodios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(2), 1-19. <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia.v8i2.201>

- Dixon, C. A., & Mistry, R. D. (2020). Dog Bites in Children Surge during COVID-19: A Case for Enhanced Prevention. *The Journal of Pediatrics*. [https://DOI: 10.1016/j.jpeds.2020.06.071](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.06.071)
- Dresser, N. (2000). The horse bar mitzvah: A celebratory exploration of the human-animal bond. En A. L. Podberscek, E. S. Paul & J. A. Serpell (Eds), *Companion animals and us: Exploring the relationships between people and pets* (pp. 90-107). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dwyer, F., Bennett, P. C., & Coleman, G. J. (2006). Development of the Monash Dog Owner Relationship Scale (MDORS). *Anthrozoös: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 19(3), 243-256. <https://doi.org/10.2752/089279306785415592>
- Fatjó, J., & Bowen, J. (2020). Making the Case for Multi-Axis Assessment of Behavioural Problems. *Animals*, 10(3), 383. [https://doi:10.3390/ani10030383](https://doi.org/10.3390/ani10030383)
- Feldman, R., Gordon, I., & Zagoory-Sharon, O. (2022) .Maternal and paternal plasma, salivary, and urinary oxytocin and parent–infant synchrony: considering stress and affiliation components of human bonding. *Developmental science*, 14(4), 752-761. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01021.x>
- Hosey, G., & Melfi, V. (2014). Human-animal interactions, relationships and bonds: a review and analysis of the literature. *International Journal of Comparative Psychology*, 27(1), 117-142.
- Hoy-Gerlach, J., Rauktis, M., & Newhill, C. (2020). (Non-human) Animal companionship: A crucial support for people during the COVID-19 pandemic. *Society Register*, 4(2), 109-120. <https://doi.org/10.14746/sr.2020.4.2.08>
- Leow, C. (2018). It's not just a dog: The role of companion animals in the family's emotional system (Tesis de maestría). University of Nebraska, Estados Unidos.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Juan Granica.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morgan, L., Protopopova, A., Birkler, R. I. D., Itin-Shwartz, B., Sutton, G. A., Yakobson, B., & Raz, T. (2020). Human-dog relationships during COVID-19 pandemic; booming dog adoption during social isolation. <https://doi.org/10.31235/osf.io/s9k4y>

-
- Nagasawa, M., Mitsui, S., En, S., Ohtani, N., Ohta, M., Sakuma, Y., ... & Kikusui, T. (2015). Oxytocin-gaze positive loop and the coevolution of human-dog bonds. *Science*, 348(6232), 333-336. <https://doi.org/10.1126/science.1261022>
- Ory, M. G., & Goldberg, E. L. (1983). Pet possession and life satisfaction in elderly women. En A. H. Katcher & A. M. Beck (Eds.), *New perspectives on our lives with companion animals* (pp. 303-317). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Parry, N. M. (2020). COVID-19 and pets: When pandemic meets panic. *Forensic Science International: Reports*, 100090. <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100090>
- Powell, L., Chia, D., McGreevy, P., Podberscek, A. L., Edwards, K. M., Neilly, B., ... & Stamatakis, E. (2018). Expectations for dog ownership: Perceived physical, mental and psychosocial health consequences among prospective adopters. *PLoS One*, 13(7), e0200276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200276>
- Power, E. (2008). Furry families: making a human–dog family through home. *Social & Cultural Geography*, 9(5), 535-555. <https://doi.org/10.1080/14649360802217790>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000660>
- Ramos, D., Reche-Junior, A., Fragoso, P. L., Palme, R., Yanasse, N. K., Gouvêa, V. R., Beck, A., Mills, D. S. (2013). Are cats (*Felis catus*) from multi-cat households more stressed? Evidence from assessment of fecal glucocorticoid metabolite analysis. *Physiol. Behav.* 122, 72-75. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.08.028>
- Rave, E., & Weinmann, C. (2020). Adhesión ciudadana a las políticas de aislamiento social: informe de avance: mayo 2020. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10215>
- Ryan, M. G., Storey, A. E., Anderson, R. E., & Walsh, C. J. (2019). Physiological Indicators of Attachment in Domestic Dogs (*Canis familiaris*) and Their Owners in the Strange Situation Test. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00162>
- Sable, P. (2013). The pet connection: An attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 41(1), 93-99. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0405-2>
- Sanders, C. R. (1993). Understanding dogs. Caretakers' attributions of mindedness in canine-human relationships. *Journal of contemporary ethnography*, 22(2), 205-226. <https://doi.org/10.1177/089124193022002003>

-
- Savishinsky, J. (1985). Pets and family relationships among nursing home residents. *Marriage & Family Review*, 8(3-4), 109-134. https://doi.org/10.1300/J002v08n03_09
- Schneider, W., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2017). The Great Recession and risk for child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 72, 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.016>
- Schvaneveldt, P. L., Young, M. H., Schvaneveldt, J. D., & Kivett, V. R. (2001). Interaction of people and pets in the family setting: A life course perspective. *Journal of Teaching in Marriage & Family*, 1(2), 34-51. https://doi.org/10.1300/J226v01n02_03
- Siegel, J. M. (2011). Pet ownership and health. En C. Blazina, G Boyra & D. S. Shen-Miller (Eds.) *The psychology of the human-animal bond* (pp. 167-177). New York: Springer.
- Simpson, M. G., & Keulyan, G. (2018). El perro como tutor de resiliencia en procesos de orientación y de TAA. En M. Díaz Videla & M. A. Olarte (Eds.), *Antrozología, multidisciplinario campo de investigación* (pp. 58-71). Buenos Aires: Editorial Akadia
- Turner, W. G. (2005). The role of companion animals throughout the family life cycle. *Journal of Family Social Work*, 9(4), 11-21. <https://doi.org/10.1300/J039v09n0402>
- UNICEF (2020). Encuesta de percepción y actitudes de la población. *El impacto de la pandemia COVID-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires: UNICEF Argentina.
- Walsh, F., (2009). Human-Animal bonds II: The role of pets in family systems and family therapy. *Family process*, 48(4), 481-499. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01297.x>.
- Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. Guilford publications.
- Wells, D. L. (2007). Domestic dogs and human health: An overview. *British journal of health psychology*, 12(1), 145-156. <https://doi.org/10.1348/135910706X103284>
- Wells, D. L. (2009). The effects of animals on human health and well-being. *Journal of Social Issues*, 65(3), 523-543 . <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2009.01612.x>
- Yin, S. (2007). Dominance versus leadership in dog training. *Understanding behavior*, 29(7), 414-414.
- Zasloff, R. L., & Kidd, A. H. (1994). Loneliness and pet ownership among single women. *Psychological Reports*, 75(2), 747-752. <https://doi.org/10.2466/pr0.1994.75.2.747>

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN CONTEXTO DE ASPO POR PANDEMIA¹⁴

Dr. Martín Wainstein¹⁵

Dra. Valeria Wittner¹⁶

Resumen

Se presenta un protocolo de intervención, mediante comunicación virtual, para el abordaje de familias en situación de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio por COVID-19. Se trabajó con consultas de familias realizadas a dos Programas de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. El objetivo de las intervenciones fue orientar a las figuras parentales acerca de las dificultades presentadas en el funcionamiento cotidiano en condiciones de aislamiento durante el evento. Las intervenciones, se realizaron fundamentalmente sobre los adultos con niños a su cargo durante 73 días, entre el 20/03/20 y 01/06/20, entendiendo que la familia puede operar como agente de prevención de la salud mental en condiciones de vulnerabilidad psicosocial. El protocolo distingue tres niveles de intervención: sistema parental, sistema familiar y contexto eco-sistémico. Está organizado en una cédula que permite identificar la constitución y las condiciones de vida socio-educativas y habitacionales de las familias afectadas y una guía de intervención. Se exploraron indicadores comportamentales, cognitivos, interpersonales y de interacción con el entorno. Se propusieron 10 pautas orientadas a generar la disminución del malestar familiar, los niveles de ansiedad que de ello se derivan y a atenuar las eventuales consecuencias posteriores a los sucesos abordados. Se fueron realizando evaluaciones parciales continuas de disminución del malestar.

Palabras clave: COVID-19, familias, intervenciones

Abstract

An intervention protocol is presented, through virtual communication, to approach families in a quarantine situation MPSI (Mandatory Preventive Social Isolation) by COVID-19. We worked with family consultations to two Extension Programs of the Faculty of Psychology of

¹⁴ Trabajo presentado en el XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, 25-27 noviembre, 2020.

¹⁵ Director de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Sistémica, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

¹⁶ Profesora Titular de Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

the University of Buenos Aires. The objective of the interventions was to guide the parental figures about the difficulties presented in daily functioning in isolation conditions during the event. The interventions were carried out mainly on adults with children in their care for 73 days, between 03/20/20 and 06/01/20, understanding that the family can operate as a mental health prevention agent in vulnerable conditions psychosocial. The protocol distinguishes three levels of intervention: parental system, family system and eco-systemic context. It is organized in a certificate that allows the identification of the constitution and the socio-educational and living conditions of the affected families and an intervention guide. Behavioral, cognitive, interpersonal and environment interaction indicators were explored. 10 guidelines were proposed aimed at generating a decrease in family discomfort, the levels of anxiety that derive from it, and mitigating the possible consequences after the events addressed. Continuous partial evaluations of decreased discomfort were carried out.

Key words: COVID-19, families, interventions

Introducción

El objetivo general de la actividad de extensión universitaria es articular la Universidad pública con la comunidad en la cual está inserta, realizando contribuciones concretas a problemas y necesidades sociales. Los Programas de Extensión permiten transferir a la sociedad los conocimientos que surgen de la articulación de la actividad con la docencia y la investigación, y permite a los docentes poner en marcha, a través de un trabajo de campo, aquello que se enseña en el interior de las aulas, permitiendo a los alumnos tomar contacto con las realidades concretas que fueron aprendidas en forma teórica, a través de las clases formales y los textos escritos.

Por medio de convenios, la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, establece relaciones de complementación y cooperación académica, científica y cultural con instituciones públicas y privadas, tanto nacionales como internacionales. Los autores coordinamos dos Programas de Extensión a través de la Secretaria de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario: “La Familia como Agente de Prevención para la Salud Mental: Programa de Asesoramiento y Orientación a Familias”, a cargo de la Dra. Valeria Wittner e “Intervenciones con Familias y Organizaciones en Contextos de Vulnerabilidad Psicosocial”, a cargo del Dr. Martin Wainstein. Estos programas tiene como objetivo general la orientación psicológico-social de familias con niños (criterio UNICEF, de 0-18 años) que solicitan apoyo por algún tipo de problema.

El Problema

A comienzos de la actividad anual de los Programas , en marzo de 2020, se desató en la República Argentina la epidemia de coronavirus (COVID-19), que poco después se

transformaría en una pandemia planetaria. Ambos Programas se venían trabajando desde varios años anteriores a través de una ONG, la Fundación Gregory Bateson (IGB) y en ellos se llevaba un registro del trabajo realizado con un conjunto de familias que se contactaron en los últimos cuatro años. A partir de ese registro y una vez definida por las autoridades nacionales y universitarias la finalización de las actividades presenciales en la Universidad, en las escuelas y la puesta en marcha de un plan de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), ambos programas se reorientaron hacia una acción de apoyo a eventuales necesidades de las familias registradas en el sistema de admisión y también a las que pudieran requerir ayuda a partir de las nuevas circunstancias.

El primer problema a resolver era como establecer un protocolo de trabajo sustentable con personas que normalmente consultan por vía telefónica o a través de la página web de la institución, solicitando una consulta que definimos como de Atención Primaria, que luego canalizamos mediante una admisión presencial. Siendo que esta última posibilidad estaba coartada, se decidió utilizar aplicaciones de plataformas usuales de video llamada, según fuera más factible para los solicitantes, a quienes se les enviaba el *link* configurado para una conexión directa. En general las familias contaron con teléfonos de configuración suficiente para responder a este tipo de conexión.

Una segunda cuestión era si seguíamos trabajando con el marco teórico con que veníamos haciéndolo o las circunstancias realmente novedosas de una pandemia, que se presentaban como más críticas requerían una modificación. Decidimos mantener los criterios de trabajo que veníamos utilizando para el afrontamiento de consultas por crisis vitales o por impactos externos en las familias desde el comienzo de nuestros trabajos, pero adaptándolos a las demandas específicas.

En general un número importante de consultantes en Atención Primaria presenta algún tipo de trastorno mental. En un estudio, ya algo antiguo, pero que entendemos mantiene su plena validez, realizado por la O.P.S/O.M.S. en centros de salud de 15 países del mundo, se determinó que además de los trastornos mentales más o menos severos (depresión, trastornos de ansiedad y dependencias a alcohol y otras drogas) muchos consultantes de Atención Primaria presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta. Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también *por situaciones de vida*. A esto se le considera una *crisis situacional*, y su característica esencial es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados en muchos casos de menor impacto que una pandemia como enfermedad,

hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, cambios, conflictos familiares, laborales o económicos (Rodríguez ed.,2007).

Crisis situacional

Nuestro marco teórico más general podría denominarse un *enfoque situacional de las crisis* y el estado del arte sintetizarse en las siguientes ideas básicas:

Una primera formulación de la teoría de las crisis, en forma específica ante situaciones catastróficas ambientales, pertenece a Eric Lindemann (1944) quien estudió y distinguió las respuestas normales y sus etapas, de las respuestas mal adaptativas que se ven en los posteriores trastornos mentales patológicos. Lindemann observó que *al cabo de seis semanas el malestar inicial estaba siendo superado normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos*. Años después, Caplan (1964) agregó al concepto de crisis el estado que aparece cuando una persona o familia enfrentan un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales, que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que han utilizado en el pasado. Sobreviene entonces *un periodo de desorganización, malestar y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones, que pueden ser exitosas o bien suelen ser fallidas*.

La *crisis situacional* se presenta así, como un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos psíquicos habituales de la persona para enfrentar problemas.

En estas circunstancias las respuestas relacionadas con situaciones críticas deben entenderse como normales, temporales y pueden aliviarse con técnicas de intervención oportunas y a corto plazo. Ante situaciones difíciles, que en algunos casos llevan a que las personas o las familias vean superados sus recursos, una gran mayoría de los afectados con el tiempo recuperaran sus estados emocionales anteriores. Las intervenciones que realice un especialista debieran orientarse en esta dirección: evitar lo más posible los daños posteriores.

Quienes desarrollan síntomas patológicos con posterioridad son los que no han completado el ciclo de la aflicción, ciclo que puede extenderse o complicarse, si se define desde el experto lo que está ocurriendo como algo patológico o se lo vincula necesariamente con sucesos de vida anteriores. Estos conceptos surgieron muy tempranamente cuando el psiquiatra e investigador Erich Lindemann, realizó el seguimiento de las víctimas sobrevivientes y de los familiares de un incendio en un local bailable llamado *Coconut*

Grove, en Boston, EEUU, en 1944. Allí se inicia lo que podría denominarse la historia oficial de la intervención en crisis. Lindemann descubre que la mayoría de los afectados con el tiempo no tenían consecuencias notables y que quienes desarrollaban síntomas patológicos eran los que no habían completado *el ciclo de la aflicción*. Este ciclo lo definía como una alteración intensa pero momentánea del concepto de sí-mismo y de la autoestima; la emergencia de miedos, temores y fantasías que pueden llegar a fuertes grados de irracionalidad; la expresión de tristeza, angustia y/o alteraciones del ánimo; aparición de impulsividad e ira, proyectada o desplazada hacia el suceso causante, el sistema hospitalario, el personal de salud, la familia o dirigida hacia sí mismo; apareciendo conductas tales como irritabilidad y mutismo que la mayoría de las veces se reprimen por temor y posibles comportamientos evasivos a través del sueño y las fantasías.

La respuesta adecuada del equipo de salud resultaba en crear una relación empática y de ayuda tanto con el paciente como con la familia, para acompañar el recorrido con medidas simples dirigidas a reorganizar las conductas cotidianas.

El encuadre de atención

Establecimos para el Programa un encuadre de atención semanal o quincenal, o en fecha a pautar, mediante una conexión de 30 minutos fijada dentro de una banda horaria ofrecida a los consultantes de tres horas en horarios de mañana y tarde. Los participantes recibían por uno de sus mails un consentimiento informado en base al modelo que utilizamos en proyectos de investigación, el cual era leído por los adultos de la familia, compartido con los menores y devuelto por la misma vía al equipo extensionista.

La entrevista de admisión consideró una evaluación mediante un inventario de varios ítems relacionados con la situación y conducta de los integrantes de la pandemia/cuarentena familiar, subdivididos en áreas: vivienda, estructura familiar, queja o malestar, costumbres hogareñas, situación económica actual.

1. Cantidad de personas que conviven en la vivienda: familia nuclear, extensa, multifamiliar, otro.
2. Tipo de vivienda: casa, departamento, PH, lote compartido, estabilidad en la vivienda. Otro.
3. Espacios descubiertos, balcón francés, balcón, balcón terraza, terraza, patio interno, patio externo, jardín, parque. Otro.

-
4. Cantidad de ambientes : 1 ambiente integrado a cocina, baño externo, 1 ambiente, 2 ambientes, 3 ambientes, 4 ambientes, 5 o más ambientes, garaje. Otro.
 5. Genograma de los convivientes: tipo de familia, nombres, edades, estatus familiar, rol en la familia, participación o no en actividad laboral, disponibilidad de lugar para actividades personales (estudiar, dormir, estar solo), sociograma de vínculo emocional entre miembros. Otro.
 6. Tipo de relación relacionada o surgido a partir del ASPO: conyugal, parental, fraterno, alianzas, coaliciones, autonomía personal, intimidad. Otros.
 7. Tipo de relación relacionada o surgido a partir del ASPO en la pareja parental: autonomía personal, cambios en el rol en la familia, intimidad de la pareja, apoyo mutuo. Otro.
 8. Chequeo de áreas comprometidas durante la cuarentena en la familia: laboral, escolar, relación con la familia extensa, cohabitación, horarios de comer, horarios de dormir, en tareas específicas (escolares, laborales, domésticas), ordenamiento de la vajilla, uso de la cocina, usos del baño (s), uso y manejo de la heladera, cocinado y preparación de comidas, compras de alimentos, compras de otras cosas, lavado de vajilla, ordenar camas y habitación (es), limpieza de ambiente (es) y baño (s), ordenamiento, lavado y planchado de ropa. Otro.
 9. Percepción de incomodidad, malestar o estrés a partir del ASPO (escala personal 0-10).
 10. Situación económica real actual de la familia respecto de antes del ASPO. Expectativa acerca del tema económico. Presencia de desocupación laboral.

Modelo de intervención

El modelo está dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que disminuya la probabilidad de efectos negativos como daños físicos, psicológicos y se incremente la probabilidad de convertir el evento en una experiencia adaptativa que favorezca el surgimiento de habilidades, opciones y perspectivas no previstas. Este tipo de intervención supone introducirse de manera activa en la situación vital de la familia y ayudarla en forma directiva a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio funcional.

Principios sistémicos de la intervención en crisis

La Psicología Clínica Sistémica cuenta con varios modelos basados en evidencia (TBE) de terapia sistémica breve (TSB), siendo un abordaje de elección en el tratamiento de

situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las familias puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas.

Las relaciones cercanas son la piedra angular de la capacidad de recuperación y la felicidad individual y familiar y su bienestar social. Dependiendo de los recursos relacionales y las experiencias de las personas dentro y fuera de la familia, los pequeños problemas pueden amplificarse en serios, y los relativamente serios pueden negociarse de manera constructiva (Asen, 2002).

La salud mental y otras preocupaciones se asocian frecuentemente con dificultades relacionales. Las relaciones cercanas a veces provocan problemas. Otras veces crean síntomas bajo la tensión. Sin embargo, las relaciones cercanas también pueden ser clave para ayudar a las personas a recuperarse de las dificultades y mejorar sus vidas.

Hace ya muchos años que hay evidencia de que trabajar con familias y otros grupos que enfrentan dificultades, en lugar de únicamente con el niño, joven o adulto que se considera que tiene "el problema", está demostrando ser efectivo en una gama extraordinariamente amplia de problemas y circunstancias, incluyendo adicciones, salud mental en adultos, niños y adolescentes, incluyendo esquizofrenia (NICE, 2002b), depresión (NICE, 2004a), trastornos alimenticios (NICE, 2004b), trastorno bipolar (NICE, 2006), trastornos obsesivos compulsivos (NICE 2005a) y PTSD (NICE 2005b), problemas de comportamiento de niños y adolescentes, abuso físico y negligencia infantil, separación parental y divorcio, abuso sexual, violencia doméstica, problemas de atención y exceso de actividad, auto-lesiones (NICE 2004c), problemas transgeneracionales y otras dificultades de relación, impacto de la pobreza y la marginación social, incluida la asociada con la raza y el origen étnico. enfermedad en la familia (NICE, 2004d), problemas de familias ensambladas (NICE (2004c).

La experiencia de crisis por ASPO es un periodo de riesgo para la familia que pide ayuda, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. La respuesta del equipo en estos casos pone énfasis en la oportunidad para reducir ese riesgo y aprovechar la motivación de la familia para trabajar un nuevo modo, alternativo, de afrontamiento con las circunstancias.

El objetivo que se plantea es recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado como el que tenía antes del incidente que precipitó la consulta que le permita superar el momento crítico creativamente.

A partir de la evaluación inicial es importante valorar que recursos y que debilidades tiene la familia como sistema y sus subsistemas, en cuanto a su funcionalidad existente antes de la consulta. Del mismo modo se deben evaluar las intervenciones estratégicamente según los niveles de permeabilidad de la conducta que hagan más factible el cambio.

Después de hecho el análisis, la estrategia es ayudar a las personas y las familias a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis y afrontarla. El objetivo es dar un siguiente paso, el mejor que se pueda dada la situación. Es importante recordar que la persona tiene que hacer lo más que sea capaz de hacer por si-mismo/a en forma gradual. La TSB incluye reformulaciones del relato de la situación, propuestas de tareas comportamentales y reacomodamientos de las relaciones interpersonales de tal modo que se incremente la eficacia del afrontamiento de la situación. La información acerca de qué está vulnerado en la vida familiar se complementa con la información acerca de qué es aún funcional.

En el trabajo con familias afrontando la ASPO se implementaron tres aspectos de los primeros auxilios psicológicos que dan dirección a la actitud del equipo asistente (Slaikeu, 1996, 2000): *proporcionar apoyo, reducir la morbi-mortalidad, favorecer un contacto con las fuentes de asistencia.*

El apoyo se basa en la premisa de crear un vínculo de presencia con la familia, aunque sea virtual, favoreciendo la empatía y un diálogo que cree una atmósfera en la que los temores, las iras, las ansiedades y otras emociones puedan expresarse y ser trabajadas con el psicólogo libremente.

En las circunstancias de ASPO *la posibilidad de reducir esas emociones* previene sobre eventos de violencia domestica como la violencia de género o el castigo de los menores . Es frecuente, que en condiciones de aislamiento y hacinamiento aparezcan conductas que conduzcan al daño físico como golpear a los hijos o al cónyuge, o aun a las autolesiones o suicidio. En estos casos una meta determinante para los primeros auxilios psicológicos es, entonces, intervenir para minimizar las posibilidades destructivas y desactivar la situación de crisis.

La intervención en crisis en un Programa de este tipo es una intervención breve, pero muchas veces si bien es exitosa en el sentido de salvar las circunstancias, no es suficiente para una resolución sustentable del problema. Es así que, *antes que tratar de resolver el problema completo de manera inmediata, el terapeuta fije con precisiones las necesidades de una derivación de la familia o de algún o algunos miembros a una terapia focalizada en problemas particulares que exceden a los activados por la consulta de crisis.*

Una vez revisados estos tres aspectos de manera general, es importante concretizar cuáles son los primeros auxilios psicológicos que se aplican en los momentos iniciales de la consulta (Slaikeu, 2000), ya que la aplicación de estos, le permitirá a la persona afrontar de manera eficiente y eficaz la situación de emergencia, que de otra manera lo hubiera dejado paralizado o inutilizado.

Los primeros auxilios psicológicos

Generalmente las familias que consultaron en el periodo, a poco de realizarse las preguntas del protocolo de evaluación inicial mostraron una exacerbación de las dificultades que solían manifestarse previamente de un modo más aceptable, pero que el ASPO puso en evidencia de un modo que superó sus posibilidades de afrontamiento.

Las condiciones creadas a la familia por el ASPO las sometía en general a situaciones críticas. La suspensión de las actividades escolares y la imposibilidad de abandonar la casa familiar con los niños separó la educación del colegio como institución de socialización secundaria, indispensable para el adecuado desarrollo evolutivo de estos. Educación que si bien se mantuvo se mantuvo por vía virtual, se convirtió en una sobrecarga para las figuras parentales, especialmente cuando uno solo de los progenitores estaba a cargo de los niños.

Comportamientos simples en un contexto complejo

En un contexto de atención con canales de comunicación reducidos, un periodo de trabajo corto (tres o cuatro encuentros de 30 minutos) , las intervenciones debían ser simples y buscar afectar aspectos centrales de la convivencia en condiciones de aislamiento social. El uso de una guía de intervención es nominal y no exhaustivo y su seguimiento depende de lo evaluado previamente en la (s) entrevista (s) iniciales; debiéndose adaptar con sentido común a las condiciones referidas por la familia. Con estas premisas el trabajo se orientó por el siguiente protocolo de intervención.

- 1) Un primer aspecto importante es la relación de la familia con el mundo externo; especialmente *la comunicación recibida a través de los medios* discriminando la cantidad en tiempo y la calidad de fuentes de información confiables sobre la marcha de la pandemia.
- 2) Un segundo aspecto es reflexionar sobre la *inutilidad del enojo o la ira* con la situación (pandemia y/o el ASPO). Entender esas respuestas, la ira, el enojo, como soluciones intentadas fallidas e inadaptativas a una situación necesaria y obligatoria;

es una de las medidas que disminuye la ansiedad y la sensación de indefensión, si se complementa con una reorientación de la atención hacia tareas más adaptativas a la situación.

- 3) Definir el *uso del espacio en la vivienda*: distribución equitativa según necesidades de cada uno (estudio, trabajo, esparcimiento, higiene, etc.)
- 4) Definir la *distribución del tiempo*: acuerdos sobre horarios de dormir, inicio del día, comidas, entretenimiento, estudio, trabajo, higiene personal, limpieza del hogar, etc.)
- 5) *Distribución y organización de tareas*: en este aspecto las intervenciones incluyen dos aspectos críticos en las familias, *los esquemas de género*, “las mujeres saben más de eso y deben estar más comprometidas que los hombres en lo doméstico” y la idea de que los niños “no pueden hacer nada en la casa”. Estas tareas incluyen compras, cocinar, poner la mesa, lavar la vajilla, hacer las camas, limpiar la casa, realizar reparaciones simples, mantener acomodada la ropa, manejo y paseo de mascotas, realización de algún tipo de actividad física, acceder cuanto sea posible a la luz solar y a la naturaleza; alimentarse bien y mantenerse hidratado; mantener redes de contacto social y contención con familiares y amigos etc. Definir el ASPO como la tarea que más esfuerzo requiere.
- 6) Establecer un *cronograma de actividades semanales* que permita discriminar horarios, días y fechas, separando días laborables de días feriados o domingos: esta discriminación se pierde en el ASPO.
- 7) Tratar de mantener *límites claros entre lo que es conyugal o parental* (según sea el caso), y lo fraterno: esto refiere a la cohabitación, la responsabilidad parental en la disciplina hogareña.
- 8) Establecer criterios de *vestimenta cotidiana*: es común la tendencia a permanecer con la misma ropa y especialmente con la ropa con la que se durmió durante el día.
- 9) Establecer un *régimen de alimentación* en horarios y tipo de comidas para evitar conductas alimentarias inadecuadas por exceso o carencias.
- 10) Establecer en lo posible el *respeto de espacios y tiempos de soledad*: eso en general es difícil y depende de la vivienda poder aplicarlo.
- 11) De haber *pareja conyugal* es importante mantener espacios y tiempo propios: las condiciones de vida en ASPO precipitan las dificultades que pueda tener una pareja en tanto tal y en cuanto al manejo de las reglas de crianza.

Conclusiones

El trabajo con familias es complejo. A menudo, los niños y adultos con los que trabajamos tienen muchas dificultades serias para negociar y llegar a consensos. Un niño que se niega a hacer determinada tarea, puede simplemente no tener las palabras, la seguridad o la comprensión para explicar que teme que su papá golpee a su mamá si no está allí para protegerla. La capacidad para leer las pistas, reconocer la interacción compleja de las relaciones familiares y ofrecer intervenciones efectivas que desarrollen las fortalezas, la resiliencia y la comprensión de las personas entre sí, no son fáciles de lograr por medios virtuales, tampoco les es fácil ayudarse entre sí a personas que están conviviendo en condiciones extremas como un largo aislamiento.

Se puede decir que toda persona a lo largo de su vida puede vivir alguna situación de crisis y que si no la afronta de manera acertada requerirá una intervención que le permita restablecer su nivel de funcionamiento y es a través de intervenciones simples que podríamos llamar de primeros auxilios psicológicos que se logra esto.

La experiencia recientemente realizada trabajando en estas condiciones, cuya evaluación a la fecha, corresponderá a otro trabajo en elaboración, permite una evaluación inicial positiva sobre la influencia de intervenciones y medidas de organización familiar con familias sometidas a condiciones extremas sobre las de ASPO, de las que no existieron antecedentes en nuestra vida como terapeutas.

REFERENCIAS

- Asen, E. (2002) Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 8, 230-238
- Caplan, Gerard. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1964.
- Carr, A (2009a) The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*. 31. 3-45.
- Carr, A (2009b) The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*. 31. 46-74.
- Lindemann, E.; (1944) *Symptomatology and management of Acute Grief*, Reprinted from *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148; tomado del archivo de la NYU <http://www.nyu.edu/classes/gmoran/LINDEMANN.pdf>

-
- NICE (2002b) Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2004a) Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2004b) Eating Disorders; Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2004c) Self-harm. The Short-term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-harm in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2004d) Type 1 Diabetes: Diagnosis and Management of Type 1 Diabetes in Children and Young People. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2005) Depression in children and young people: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2005a) Obsessive-compulsive disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2005b) Post-traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence
- NICE (2006) Bipolar Disorder: The Management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence
- Rodríguez, J. ed.(2007) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, ISBN 978 92 75 32829 3
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2803/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence=1>
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 29, 547.

-
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. (2ª ed.) México: Manual Moderno.
- (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Stratton (2005). Report on the Evidence Base for Family Therapy. Association for Family Therapy. www.aft.org.uk
- Stratton (2009) Report on the Evidence Base for Family Therapy. Association for Family Therapy. www.aft.org.uk

REVISIÓN DEL CONCEPTO DE COMPETENCIAS PARA EL ENTRENAMIENTO DE TERAPEUTAS SISTÉMICOS

Lic. Sofía Paula Petetta Goñi

Lic. Shirly Kaplan¹⁷

Resumen

El objetivo del siguiente artículo es presentar desarrollos en torno al concepto de competencias y su especificidad en el entrenamiento de terapeutas sistémicos. Se hará referencia a las competencias básicas, generales, específicas y metacompetencias con las que deben contar los terapeutas sistémicos a fin de llevar adelante una práctica clínica efectiva y adaptada a los consultantes y su contexto sociocultural. Por último, se hará mención a la reciente Escala de Competencias Sistémicas - Práctica Familiar Sistémica (SFP-SCS), cuyo desarrollo apunta a sistematizar un modo de evaluación válido y confiable de competencias adquiridas en programas de entrenamiento de terapeutas.

Palabras claves: Competencias - Entrenamiento - Psicología Clínica

Abstract

The aim of the following article is to present developments around the concept of competencies and its specificity in the training of systemic therapists. There will be references to the basic, general, specific and meta-competencies that systemic therapists must have in order to carry out an effective clinical practice adapted to the patients and their sociocultural context. Finally, mention will be made of the recent Systemic Competencies Scale - Systemic Family Practice (SFP-SCS), whose development aims to systematize a valid and reliable way of evaluating competencies acquired in therapist training programs.

Key Words: Competences -Training - Clinical psychology

Introducción

Desde los inicios de la psicoterapia con orientación sistémica, se ha sostenido que el entrenamiento de terapeutas es un pilar fundamental para la formación y capacitación de quienes ejercerán en el campo clínico. Referentes clásicos de la clínica sistémica como Jay Haley, Salvador Minuchin, Virginia Satir, Murray Bowen y Harry Aponte entre otros, se han

¹⁷ Cátedra: Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, República Argentina..

ocupado de explicitar, ya en los años '60 y posteriores, la importancia del entrenamiento de terapeutas noveles para garantizar una práctica clínica de calidad que maximice las probabilidades de éxito de los tratamientos (Aponte y Winter, 1988; Bowen, 1974; Haley y Valcárcel, 1997; Minuchin, 1974/2005; Wittzaele et al., 1994).

Esta iniciativa ha funcionado como puntapié para los subsiguientes desarrollos y sistematizaciones que las generaciones siguientes de investigadores y terapeutas sistémicos han realizado alrededor de esta práctica.

Uno de los conceptos que ha recibido atención en las últimas décadas es el de competencias, el cual se ha incluido en distintos programas de entrenamiento a nivel global. Antes de profundizar en este tema, que es central en este escrito, resulta relevante mencionar el marco más amplio acerca del aprendizaje en el cual se sustentan algunos programas de entrenamiento de terapeutas actuales. El mismo refiere a los aportes de Miller (1990) quien plantea un modelo de pirámide con etapas jerárquicamente ordenadas para explicar los niveles de aprendizaje necesarios en el entrenamiento clínico. Los mismos podrían traducirse como “Saber” que involucra conocimientos técnicos teóricos; “Saber cómo” que implica conocer cómo aplicar dichos conocimientos; “Demostrar cómo” que implica efectivamente lograr aplicar los conocimientos en la práctica; y por último, “Hacer” que incluye la habilidad de poner en acción los conocimientos de manera recurrente. A fin de evaluar los últimos dos niveles es necesario que los entrenamientos incluyan role-playings así como utilización de dispositivos como la cámara Gesell o videograbaciones a fin de alcanzar los estándares requeridos. En este sentido, se considera la observación de la práctica clínica como una herramienta fundamental a la hora de evaluar a los psicoterapeutas en formación y sus competencias. La importancia de generar y sostener dispositivos de entrenamiento radica en garantizar una práctica clínica que maximice los resultados y responda a un ejercicio ético de la profesión (Stirzaker, 2019).

Competencias

El concepto de competencias, como modo de referir a las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para ejercer una disciplina, se ha desarrollado primeramente en campos como la medicina, la educación y el ámbito jurídico. En el contexto de la salud mental, no fue sino hasta hace una década que Sperry presenta un estudio sistematizado y comprehensivo del concepto en su aplicación al campo de la psicoterapia (Stratton, 2011). Sperry (2010) construye una guía de competencias generales para orientar el trabajo y la

evaluación de psicoterapeutas y counselors, más allá de su orientación teórica o nivel de entrenamiento. La inclusión de esta guía se enmarca en la intención de desarrollar buenas prácticas que acerquen a los terapeutas y los tratamientos que llevan adelante al mayor nivel de eficacia posible.

Esta aproximación da pie a desarrollos posteriores de marcos de competencias focalizados en cada una de las corrientes psicoterapéuticas reconocidas dentro del ámbito científico: competencias específicas a desarrollar por los terapeutas cognitivo-conductuales, humanistas, psicodinámicos y sistémicos, entre otros (Pilling et al., 2010).

Si bien estas sistematizaciones son más recientes, la inquietud por delimitar competencias específicas para la práctica de terapeutas sistémicos comienza a finales de la década del '80 con la investigación de Figley y Nelson (1989) enmarcada en *The Basic Family Skills Project*. Se aplicó una escala Likert a una muestra de 103 terapeutas expertos en el Modelo Estructural (Minuchin, 1974/2005) registrados en la *American Association of Marriage and Family Therapy (AAMFT)* y la *Approved Supervisors and American Family Therapy Association (AFTA)*, quienes coincidieron en remarcar la importancia de al menos 100 habilidades específicas que debería aprender un terapeuta familiar. Además, la (AAMFT) ha desarrollado a lo largo de los años las competencias centrales (CC) para terapeutas familiares (Nelson et al., 2007).

Competencias sistémicas básicas, generales, específicas y metacompetencias.

En el año 2007, se inició un plan gubernamental en el Reino Unido denominado National Occupational Standards (NOS) para delimitar estándares de alta calidad que debieran cumplir las prácticas profesionales. Se apuntó a una articulación entre las competencias laborales requeridas, el conocimiento y habilidades que las personas necesitan para trabajar de manera efectiva. La iniciativa para desarrollar competencias básicas para la psicoterapia en el Reino Unido provino del Departamento de Salud, que contrató Skills for Health, como organización autorizada, para delimitar las competencias de los psicoterapeutas y sustentar la formulación de los NOS (Stratton et al., 2011).

El modelo inicial del proyecto se realizó a partir del desarrollo de un mapa de competencias de terapeutas realizado por el Center for Outcomes Research and Effectiveness (CORE). Luego, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) proporcionó competencias para la gama completa de tratamientos para enfermedades mentales.

Las competencias fueron delimitadas a partir de un grupo de investigadores de la

University College of London, basándose en manuales de terapia sistémica con tratamientos que resultaron eficaces. Además, fueron aprobadas por el Experts Reference Group (ERG) conformado por especialistas, investigadores y entrenadores de terapeutas.

A continuación se describirán los cinco dominios de competencias y sus características, teniendo en cuenta que si bien se presentan con cierto ordenamiento, esto no implica que algunas sean más importantes que otras. La combinación de todas ellas hace al complejo entrenamiento de un terapeuta sistémico que basa su práctica en una perspectiva relacional (Pilling et al. 2010).

1. Las competencias generales aluden a aquellas que se utilizan en todas las terapias psicológicas y de las que debieran dar cuenta todos los profesionales de la salud mental dedicados a la clínica. Entre ellas se encuentran: el conocimiento y comprensión de un modelo teórico y su puesta en práctica; la capacidad de identificar problemas de salud mental; habilidades para trabajar con otros profesionales y siguiendo lineamientos éticos; y habilidades que permitan generar y sostener la alianza terapéutica y el buen manejo de la emocionalidad en las sesiones, entre otras.
2. Las competencias básicas para terapias sistémicas se refieren a aquellos conocimientos compartidos por la mayoría de los modelos de terapias sistémicas. Un terapeuta debe conocer la epistemología y perspectiva de cambio de la clínica sistémica, la manera de formular un diagnóstico sistémico y de co-construir objetivos con los consultantes, así como tener habilidades para comenzar una intervención sistémica y mantenerla.
3. Las competencias sistémicas específicas describen técnicas empleadas por la mayoría, aunque no por todos, los modelos de terapias sistémicas. Algunos ejemplos pueden ser la hipnosis sistémica, las preguntas circulares, la escenificación, el trabajo en equipo y técnicas orientadas a la resolución de problemas.
4. Las competencias sistémicas para problemas específicos abarcan las intervenciones para diferentes problemáticas que han demostrado resultados basados en la evidencia. Algunos ejemplos son la terapia de parejas para la depresión de Jones and Ansen, intervenciones para problemas de la conducta alimentaria de Lock y Eisler, la Terapia Multisistémica de Henggler, la Terapia Familiar Multidimensional de Liddle, la Terapia Familiar Estratégica Breve de Szapocznik y la Terapia Familiar Funcional de Alexander.
5. Las metacompetencias sistémicas generales, por último, aluden a un nivel lógico diferente al resto en tanto son pensadas como las competencias que los profesionales deben utilizar para guiar la correcta implementación de una terapia sistémica. Por ejemplo, la habilidad de

poner en práctica la perspectiva interpersonal y no patologizante del sistema observado, actuar con juicio clínico, modificar las intervenciones o estrategia en función de la retroalimentación con los consultantes, entre otras. Básicamente, son las competencias que llevan a aplicar las intervenciones sistémicas de una manera funcional y adaptativa (Pilling et al., 2010).

Siendo que el concepto de competencias y su utilización para el entrenamiento de terapeutas se ha seguido desarrollando en los años posteriores a esta sistematización, fueron apareciendo diferentes aportes interesantes al respecto. Uno de ellos es el de Fruggeri (2012), quien propone considerar para la definición de competencias de terapeutas sistémicos el concepto de *competencia relacional*. El mismo se refiere a la capacidad del terapeuta para contribuir a la construcción de contextos interactivos dentro de los cuales los clientes desarrollen sus necesidades y puedan mostrar sus propias habilidades. El aspecto relacional alude a la importancia de la co-construcción junto con la familia del proceso de terapia familiar. Implica un enfoque orientado a incluir en la definición de competencias una mirada interpersonal que puede no estar descrita en algunos manuales. Desde este punto de vista, un terapeuta entrenado debe ser capaz de elaborar una estrategia sobre las problemáticas de los clientes que se generan teniendo en cuenta el contexto interaccional en el cual emergen. Además, a través de sus competencias, el terapeuta debe permitir que el consultante también desarrolle sus propias competencias. Mientras comprende, participa en un proceso de interacción que produce efectos que no son determinados unilateralmente; si no el resultado de acciones conjuntas.

Últimos desarrollos

Para finalizar, en los últimos años y a partir de la creciente inquietud por medir los resultados en psicoterapia, Butler et al. (2020) y colaboradores se han propuesto desarrollar una escala que permita sistematizar un modo de evaluación válido y confiable de competencias sistémicas adquiridas en programas de entrenamiento de terapeutas.

La Escala de Competencias Sistémicas - Práctica Familiar Sistémica (conocida como SPS, por sus siglas abreviadas en inglés) toma como base las competencias sistémicas de nivel intermedio según la AFT así como el mapa de competencias propuesto por Pilling et al. (2010) en el marco de CORE referenciado más arriba.

A grandes rasgos, la escala consta de un cuestionario que investiga las siguientes áreas de competencia: efectividad interpersonal; convocatoria y gestión de la sesión; colaboración;

expresión de una visión sistémica de la vida familiar y el contexto más amplio; integración conceptual; uso de preguntas; uso de retroalimentación; intervención en el proceso durante la sesión; manejo del poder y la diferencia; manejo de emociones en sesiones; uso de técnicas de cambio; e incorporación del mundo exterior. Cada elemento tiene una escala descriptiva de calificación Likert de siete puntos que usa números enteros desde 0 -cero- (donde el profesional no demuestra esa habilidad) hasta 6 -seis- (donde se demuestra un alto nivel de la misma) (Butler et al., 2020).

La reciente construcción de esta escala da cuenta de la actualidad del concepto y su utilización en conjunto con la necesidad de continuar investigando en estas direcciones.

Conclusiones

Para concluir, podría decirse que contar con un listado de competencias sistémicas sistematizadas resulta beneficioso para el entrenamiento de terapeutas sistémicos. Por un lado, funcionan como una guía de lo que debería aprender un terapeuta en entrenamiento. Los terapeutas pueden ser evaluados y además autoevaluarse en su grado de formación a través de ellas. Por otro lado, permite homogeneizar todos los programas de entrenamiento pudiéndose pensar como un consenso sobre qué incluir en la formación teórica y práctica. Además, resulta una valiosa guía de qué se espera del trabajo de un terapeuta sistémico en el ámbito profesional y permite abrir líneas de investigación como las ya mencionadas. Es importante remarcar que estos desarrollos y avances en la temática de competencias sistémicas se dan en un marco a nivel internacional siendo necesario pensar líneas de investigación que permitan adaptarlas y validarlas en diferentes contextos.

REFERENCIAS

- Aponte, H., & Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista sistemas familiares*, 4(2), 2-15.
- Bowen, M. (1974). Toward the differentiation of self in one's family of origin. In *Georgetown family symposium* (Vol. 1, pp. 00-00). Washington, DC: Georgetown University Medical Center, Department of Psychiatry.
- Butler, C., Sheils, E., Lask, J., Joscelyne, T., Pote, H., & Crossley, J. (2020). Measuring competence in systemic practice: development of the 'Systemic Family Practice—Systemic Competency Scale'(SPS). *Journal of Family Therapy*, 42(1), 79-99.
- Figley, C. E., & Nelson, T. S. (1989). Basic family therapy skills, I: Conceptualization and

-
- initial findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(4), 349-365.
- Fruggeri, L. (2012). Different levels of psychotherapeutic competence. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 91-105.
- Haley, J., & Valcárcel, Z. J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Amorrortu editores.
- Minuchin, S. (1974/2005) *Familias y Terapia Familiar*. (9a e.d.). Barcelona: Gedisa.
- Miller, G. E. (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), S63–S67.
- Nelson, T. S., Chenail, R. J., Alexander, J. F., Crane, D. R., Johnson, S. M., & Schwallie, L. (2007). The development of core competencies for the practice of marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 417–438
- Pilling, S., Roth, A. D. & Stratton, P. (2010) The competences required to deliver effective systemic therapies. www.ucl.ac.uk/CORE
- Sperry, L. (2010). Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist. Routledge.
- Stirzaker, B. (2019). The perspective of Psychologists in Clinical Training on the challenges and facilitators to observations in clinical placements.
- Stratton, P., Reibstein, J., Lask, J., Singh, R., & Asen, E. (2011). Competences and occupational standards for systemic family and couples therapy. *Journal of Family Therapy*, 33(2), 123-143.
- Wittzaele, J. J., Medrano Luisa tr, & García Teresa coaut. (1994). *La escuela de palo alto: historia y evolución de las ideas esenciales*.

IMPORTANCIA VIGENTE DE LA INTERVENCIÓN DE “IMPLICACIÓN PATERNA”
 (“Father Involvement”) EN DOS TRATAMIENTOS FAMILIARES REALIZADOS EN UN
DISPOSITIVO HOSPITALARIO

Lic. Shirley Kaplan

Lic. Gregorio Traverso¹⁸

Resumen:

El siguiente artículo presenta la utilización de intervenciones sistémicas derivadas de la implicación paterna o "Father Involvement" en el tratamiento de dos familias atendidas en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El constructo de “implicación paterna” hace referencia a un sistema multidimensional de conductas por parte de los padres que favorecen su involucramiento en la crianza de sus hijos. A continuación se hace referencia a los últimos desarrollos vinculados al concepto de implicación paterna, a los programas de entrenamiento basados en resultados que incluyen la intervención, al marco teórico de la intervención y los casos clínicos de Terapia Familiar con niños como pacientes identificados para ilustrar la antedicha.

Palabras clave: Implicación Paterna (“Father Involvement”), Terapia Familiar, Psicología Clínica con Orientación sistémica.

Abstract

The following article presents the use of systemic interventions related to "Father Involvement" in the treatment of two families carried out in a hospital in the Autonomous City of Buenos Aires.

The concept of “Father Involvement” refers to a multidimensional system of father’s behaviors which favors their entail in raising their children.

Next, reference to the latest developments related to the concept of Father Involvement is made together with allusion to results-based training programs that include intervention, to the theoretical framework of the intervention and the clinical cases treated with Family Therapy addressed to children as identified patients to illustrate the above.

Key words: Father Involvement, Family Therapy, Clinical Psychology with systemic orientation

¹⁸ Buenos Aires, República Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra: Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica.

Los estudios acerca de la implicación paterna y el entrenamiento parental

Antaño, el entrenamiento parental se ha asociado directa y únicamente al entrenamiento de madres en concordancia con cierta representación social de la madre como la principal socializadora de los niños. Sin embargo, la idea de que los padres no juegan un rol importante en el desarrollo de sus hijos ha sido desestimada luego de décadas de investigaciones que demuestran lo contrario (Lundahl et al., 2008).

Las diferentes formas en que los padres influyen en el desarrollo de sus hijos no fue sistemáticamente estudiada sino hasta el último cuarto del siglo XX. A medida que ha aumentado el interés y compromiso social por el bienestar de los niños, también fue *in crescendo* la motivación de estudiar con más profundidad cómo los padres contribuyen en su crianza a partir de la intensidad de su implicación (Day y Lamb, 2003). Como consecuencia, numerosos estudios se han desarrollado a lo largo de los últimos años y han arrojado resultados que permiten asociar de manera consistente el involucramiento positivo de los padres en la crianza con la salud mental y el desarrollo cognitivo, afectivo y social de sus hijos. Tanto las características personales y experiencias de los padres como la calidad de sus relaciones de co-parentalidad y/o conyugalidad conllevan importantes correlatos con la manera en que se involucran y hacen presentes en el desarrollo de sus niños (Cabrera y Bradley, 2012). Investigaciones más recientes continúan focalizando en lo interaccional y confirman correlaciones significativas que indican que a mayor satisfacción conyugal, aumenta la calidad del vínculo entre padres e hijos. Tanto madres como padres tienen un acercamiento más cálido y sensible para con sus hijos, logran regular sus conductas de manera más eficiente, los hijos presentan un mayor rendimiento académico y son descritos por sus docentes como niños con menos problemas de conducta (Pruett, et al., 2017a).

La implicación paterna puede definirse, según Day y Lamb (2003, como se citó en González-Calderón, et al., 2014), como el grado en que el padre participa en distintos ámbitos de la vida de sus hijos. Es importante resaltar en este punto que la conceptualización de la implicación parental es multidimensional e incluye no sólo el tiempo que los padres pasan con sus hijos y las actividades que realizan, sino también otros aspectos de la paternidad, como la calidez, el apoyo, la toma de decisiones y el monitoreo (Pleck, 2007). Por lo tanto, se incluye la participación brindando recursos económicos, cuidados, el apoyo en relación a las tareas escolares, facilitar la autonomía, ejercer la disciplina y el acompañamiento de los hijos, entre otras conductas (González-Calderón et al., 2014). El constructo de implicación parental

puede así pensarse como un sistema complejo, donde múltiples dimensiones de la paternidad actúan en concierto (Tamis-LeMonda y Cabrera, 2002).

Según un meta-análisis que presenta Carr (2019), la inclusión de los padres en los programas de entrenamiento parental sistémicos han llevado a una significativa mejora en el comportamiento problemático de niños y las prácticas parentales. Uno de los programas específicos que ha demostrado efectividad es “The Supporting Father Involvement” el cual consta de 16 sesiones grupales en las que participan padres, madres o quienes cumplan el rol de adulto responsable en la crianza. El programa está diseñado de manera tal de convocar y retener a ambos miembros del sistema parental en el tratamiento. Un aspecto fundamental del mismo es el foco en el trabajo relacional entre los adultos a cargo del niño, involucrando a los padres al mismo tiempo en que se afianzan los vínculos de la familia como totalidad. El programa tiene el objetivo de ayudar a los padres a construir en conjunto una co-parentalidad efectiva en la cual se sostengan y apoyen mutuamente como un equipo. Para ello se abordan cuestiones de bienestar personal de los padres, la comunicación efectiva entre ellos, las relaciones entre cada uno de ellos y sus hijos, las relaciones con las familias de origen de cada uno y la relación con estresores externos, muchas veces vinculados a ser familias con bajos ingresos económicos.

Alusión al marco teórico de la intervención

La intervención de implicación parental ha tenido relevancia y puede contextualizarse en los aportes clásicos de la Terapia Familiar. Esta última propone pensar a la familia como un sistema sociocultural abierto en transformación que conlleva cierto ordenamiento jerárquico y regula sus intercambios a través de límites funcionales que se erigen entre sus miembros. Dichos límites determinan el flujo de información entre los miembros de la familia así como entre la familia y su contexto. Una función clave de los mismos es proteger la diferenciación y autonomía de la familia y sus subsistemas mediante la regulación de la proximidad y la jerarquía. Dichos subsistemas incluyen el conyugal, parental, filial y fraterno, los cuales se relacionan de manera recíproca e interdependiente. Cada subsistema es sensible a la influencia de los otros, y sus interacciones combinadas dan forma a un proceso familiar de tipo lógico superior (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981). Las madres y los padres participan en la creación de límites en relación con los niños, siendo un factor clave en dicha interacción el intercambio de información que ocurre entre los adultos a cargo

(subsistema parental) sobre las prácticas y estilos de crianza, la participación en su cuidado y las decisiones relacionadas con ellos (Fagan y Barnett, 2003).

Como se sabe, la Terapia Familiar trabaja con los distintos subsistemas que influyen en el mantenimiento del problema siendo una maniobra clásica el involucramiento del subsistema parental completo en los tratamientos donde un niño o niña aparece como paciente identificado. El terapeuta convoca a toda la familia, explora la estructura familiar y, luego de construir un diagnóstico sistémico que dé sentido a la emergencia de la disfuncionalidad en la familia, ubica posibles áreas de cambio. Su trabajo es el de facilitar alternativas estructurales que están ocultas para la familia, por ejemplo, activando o acercando a ciertos miembros que permanecen periféricos. La estructura familiar se reacomodaría activando, en principio, pautas transaccionales diferentes a las presentadas en un inicio (Minuchin, 1974; Wainstein 1997/2006).

A partir de este marco epistemológico, se presentarán a continuación dos tratamientos que han incluido intervenciones de implicación paterna dentro del contexto más amplio de una Terapia Familiar.

Las dos familias del hospital

Ambas familias son derivadas desde el sector de Pediatría para realizar una consulta psicológica por diversos problemas de conducta presentes en un niño, el primer hijo y hermano mayor, en un caso; y en una niña, hija menor en una familia con dos hijas, en el otro.

Se describe brevemente la conceptualización de cada caso, el momento particular del tratamiento en que se aplica la intervención de implicación paterna y el efecto observado por el equipo que incluye a los terapeutas y supervisores.

Caso 1:

Familia compuesta por madre R (31 años de edad), padre F (34 años), el niño identificado con el problema, T. de 6 años de edad al momento de consultar y hermana, de 3 años. Todos conviven en el barrio 31 de CABA, y habían migrado de Perú hacía 6 meses aproximadamente.

Se deriva a T. para evaluar/confirmar la presencia del diagnóstico de TDHA, mientras se aplica la evaluación de neuroimágenes en otro sector del hospital. El diagnóstico había sido delimitado en una escuela privada a la que había asistido el niño en su país, con informe

incluido, y la preocupación estaba presente en la mamá por la inserción posible en una escuela pública cuando iniciara el ciclo lectivo 2019. Se aclara que por pruebas de neuroimágenes el diagnóstico fue desechado meses más tarde, confirmando las hipótesis del equipo de trabajo (los dos terapeutas en co-terapia más los supervisores y la psiquiatra derivante con quien se había hecho interconsulta). Mientras tanto, a la evaluación del motivo de consulta se observó una familia sencilla y agradable al trato como efecto interpersonal, con mayor implicación de la mamá en todo lo relacionado con los niños (hablaba durante la entrevista siempre ella), el padre, silencioso en su silla, y los niños, peleándose en varias oportunidades, desordenando el consultorio cada vez más al sacar los juguetes de la caja sin guardarlos, corriendo por el espacio pequeño del consultorio todo el tiempo; el niño moviendo su cuerpo de un lado a otro, y la carencia de habilidades sociales del tipo "pedir por favor" o "esperar el turno". Para añadir mayor información del contexto se menciona: ellos vivían en un monoambiente dividido con un bastidor, sin ventanas al exterior, ubicado en un edificio de cuatro plantas (un monoambiente por piso). Los trabajos: la mamá trabajaba todo el día en la planta baja del edificio, cocinando alimentos para vender al público con una señora también de origen peruano que les alquilaba la habitación. El padre sólo trabajaba los fines de semana llevando a las ferias de la Plaza Constitución especias y comida peruana que preparaba la mamá en la casa. Mayormente miraba televisión, y los niños permanecían con él largas horas allí, entre mirando tele y peleándose por jugar con los mismos juguetes. La intervención de implicación del padre en este caso familiar fue llevada a cabo en dos oportunidades:

La primera de las oportunidades fue en la misma primera entrevista, dentro del consultorio. Luego de realizar la toma de datos y acordar el motivo de consulta con ellos, para lo cual se lo invitó a opinar en varios momentos manifestando su acuerdo, se hizo la hora de finalizar la entrevista y el consultorio era un caos de juguetes. Se les pidió a ambos papás que pidieran a sus hijos que ordenaran (después de haber anticipado la finalización del juego) los juguetes dentro de la caja. Quien dio la orden fue la mamá, el papá permaneció en silencio, los niños siguieron jugando y desordenando, queriendo extender la situación de juego. Ante la pregunta de los terapeutas "¿esto pasa siempre así?" ambos coincidieron afirmativamente. Allí se le indicó exclusivamente al papá: "A ver F., ¿vos cómo lo harías?" F. se incorporó en el asiento, miró a ambos niños y les pidió que guardaran los juguetes en la caja. Los niños frenaron el movimiento por el consultorio, cambiaron su expresión facial por una de más calma y comenzaron a ordenar. Mientras esto sucedía se elogió a ambos

padres y en especial la importancia de la participación del papá en el cuidado con los chicos. A la entrevista siguiente eran "otra" familia, compartíamos con el equipo, en donde el papá podía dar directivas, mostrar entre ellos apoyo mutuo en la crianza y hasta manifestarse conductas de colaboración entre hermanos por momentos cortos. Eso se mantuvo una cantidad de semanas en el tiempo.

La segunda vez que se implementó la intervención, se sumaron algunas características al contexto. La mamá ya no trabajaba en la planta baja. Después de un período de desempleo, consiguió para trabajar en el restaurante de un familiar. Más tarde dejó de ir porque había quedado embarazada del tercer hijo de la familia. El papá por su parte, había conseguido hacía ya unos meses trabajo de albañil así que estaba muchas horas fuera de la casa. La madre venía refiriendo que ya se encontraban "más tranquilos", regulando mejor la conducta del niño, aunque todavía le costaban algunos aspectos de la rutina como por ejemplo lograr que el niño se despierte en el horario adecuado. Aquí se implementó, luego de algunos meses de tratamiento, una nueva convocatoria a la familia completa, a modo de volver a invitar al padre. Debido a ciertas dificultades con el trabajo se acordó la posibilidad de extenderle un certificado a fin de justificar las horas destinadas ese día a concurrir a la consulta. El día del encuentro se propone a los padres que conversen entre ellos acerca de cómo ven la situación al momento y cómo piensan que pueda mejorarse. Siendo nuevamente la madre quién toma en general la palabra, se pregunta directamente al padre, en varias ocasiones, qué piensa, si está de acuerdo o si quisiera agregar algo. Si bien en el momento de la consulta no se llega a una tarea concreta a realizar, a la siguiente sesión la madre cuenta que el padre ha tomado un posicionamiento más activo, que es él ahora quien se encarga de levantar al niño a través de un juego que han inventado y que esto les viene dando resultado. En palabras de la madre: "le hizo bien venir". Esta última intervención funciona como un refuerzo de la primera que ha mostrado dar buen resultado en base a los recursos con los que la familia cuenta.

Caso 2:

Familia compuesta por madre A. (42), padre S. (43), hermana C. (18), y la niña M. de 7 años al momento de la consulta. Conviven en el barrio de Parque Chacabuco, CABA. Son migrantes de Colombia llegados hace aproximadamente tres años a Buenos Aires. Al momento de la consulta, la niña se encuentra cursando segundo grado, su hermana mayor ingresando a la Universidad, su madre trabajando medio tiempo limpiando casas y su padre

como empleado a tiempo completo de un taller mecánico, estando la mayor parte del día fuera de la casa.

Se deriva a M. desde el área de Pediatría. Consulta inicialmente la madre por problemas de conducta de la niña (paciente identificada) vinculados a peleas con la hermana y que la nota “ansiosa” y “no tan feliz como antes”. A la evaluación del motivo de consulta se observó una familia aglutinada, en la que la madre es la más motivada mientras que el padre tiende a mantenerse periférico en las interacciones. El primer objetivo acordado con la madre es el de ayudarlos como familia a regular mejor la conducta de la niña. M. suele concurrir con la madre a la consulta, mientras que, en algunas ocasiones, luego de haber convocado reiteradamente a toda la familia, ha concurrido también su hermana quien resulta una informante clave. Como en toda terapia familiar, se trabajaba en la organización de subsistemas, buscando clarificar límites de manera indirecta entre los subsistemas conyugal y parental. Las intervenciones realizadas en esta dirección, apuntaban a generar condiciones de posibilidad para llegar a acuerdos acerca de la crianza entre ambos padres. Luego de casi ocho meses de tratamiento en frecuencia quincenal en los cuales se había logrado cierta mejora percibida por la madre (sin lograr aún la presencia del padre en el consultorio), la niña sufre entre sesiones un episodio de desregulación emocional significativo que preocupa mucho a su mamá. En este punto, con los supervisores, se decide hacer una comunicación directa con el padre por parte de la terapeuta a través de un llamado por teléfono a fin de convocarlo para la próxima sesión. Siendo que el número al cual se podía llamarlo coincidía con el número del trabajo, se aprovechó a mencionar a su jefe que quién llama es la terapeuta de la hija del señor por un asunto importante acerca del tratamiento psicológico de la niña en el hospital. Se considera relevante aclarar esto último ya que se intenta influir en otro de los sistemas con los que se interactúa el cual incluye ciertas condiciones de trabajo informal en el que, por lo general, es difícil acceder a un permiso para ir a una consulta en medio del horario laboral. El padre es invitado a concurrir por la terapeuta quien enfatiza (repitiendo el mensaje varias veces) que su participación en el tratamiento es fundamental para el bienestar de su hija siendo la familia quién más la conoce y más la puede ayudar. El padre acuerda de inmediato concurrir y el permiso en el trabajo le es otorgado. Al momento de la siguiente consulta la familia refiere que, luego de aquel episodio de desregulación, las cosas ya han mejorado y que la niña se encuentra mejor. Perciben que ha vuelto a la “normalidad” en cuanto a la desregulación emocional experimentada en las últimas semanas. Puede pensarse que el hecho mismo de hacer partícipe al padre genera modificaciones en la dinámica

familiar. Se procede a indagar qué creen que ha hecho que la niña mejorara, a fin de visibilizar y reforzar aquellos recursos que por sí misma la familia ha puesto en marcha: han conversado más entre todos (cuando el padre en general no estaba incluido en la charla), le han prestado más atención a la niña, han aumentado el monitoreo y han realizado una salida recreativa en familia (la primera que recuerdan aquí en Buenos Aires en la que han participado todos). La madre menciona que ahora cree que tienen que estar “más unidos”.

Tomando ambos casos, puede pensarse que, en principio, la inclusión del padre en el tratamiento crea las condiciones de posibilidad para que aparezcan pautas transaccionales alternativas en la familia fomentando la mejora del vínculo padre-hijo/a así como también el vínculo dentro del subsistema parental generando un efecto sistémico con nuevos emergentes (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981).

Se considera importante aclarar que las intervenciones mencionadas son parte constitutiva de un conjunto de intervenciones agrupadas en una estrategia más amplia. A modo de ilustrar la "implicación parental", se han recortado ambos casos con la intención de puntualizar dichos momentos específicos del tratamiento.

Concluyendo

A modo de cierre, se refieren algunas de las conclusiones generales a las que se han arribado en los estudios acerca de los programas de entrenamiento parental: cuando los mismos son inclusivos en cuanto al contenido, son sensibles a las diferencias dentro y entre las familias, y reconocen a los padres como expertos en sus hijos; tienen más éxito al convocar y retener a diversos grupos de padres y familias (Pruett et al., 2017a). Asimismo, estos programas donde se sistematiza la intervención de implicación parental han demostrado resultados en los que se observa el mejoramiento de la comunicación coparental y la resolución de problemas (Pruett et al., 2017b), y presentan una función preventiva en relación a conductas externalizadoras en niñas y niños (Leon, et al., 2016).

REFERENCIAS

- Cabrera, N. J., & Bradley, R. H. (2012). Latino fathers and their children. *Child Development Perspectives*, 6(3), 232-238.
- Carr, A.. (2019). Family therapy and systemic interventions form child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213.

- Fagan, J., & Barnett, M. (2003). "The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement". *Journal of family issues*, 24(8), 1020-1043.
- González-Calderón, M. J., Rodríguez, M. A. y Suárez, J. C. (2014). "Propiedades psicométricas y dimensionalidad de la versión española para niños y adolescentes del Father Involvement Scale (FIS) [Psychometric Properties and dimensionality of the Spanish version of the Father Involvement Scale (FIS)]". *Acción Psicológica*, 11(2), 61-76. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.11.2.14175>
- Day, R. D., & Lamb, M. E. (Eds.). (2003). *Conceptualizing and measuring father involvement*. Routledge.
- Leon, S.C., Jhe Bai, G. & Fuller, A.K. (2016). "Father involvement in child welfare: Associations with changes in externalizing behavior". *Child Abuse Neglect*, 55, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.003>
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2008). "A meta-analysis of father involvement in parent training". *Research on Social Work Practice*, 18(2), 97-106.
- Minuchin, S. (1974/2005). *Familias y Terapia Familiar*. (9ª ed.). Gedisa.
- Minuchin, S., y Fishman, D. (1993). *Técnicas en terapia familiar*. Paidós.
- Pleck, J. H. (2007). "Why could father involvement benefit children? Theoretical perspectives". *Applied development science*, 11(4), 196-202.
- Pruett, M. K., Pruett, K. D., Cowan, C. P. and Cowan, P. A. (2017a) "Enhancing paternal engagement in a coparenting paradigm". *Child Development Perspectives*, 11(4): 245–250.
- Pruett, M. K., Pruett, K. D., Cowan, C. P. and Cowan, P. A. (2017b) "Enhancing father involvement in low-income families: a couples group approach to preventive intervention". *Child Development*, 88, 398–407.
- Tamis-LeMonda, C. S., & Cabrera, N. E. (2002). *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wainstein, M. (1997/2006). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. (4ª ed.). JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones.

HERRAMIENTAS PARA PROFESIONALES PARA EL TRABAJO CON NIÑOS EXPLOSIVOS

Lic. María Eugenia García Ruiz¹⁹

Lic. María Eugenia Rebull²⁰

Resumen

El presente artículo es un estudio exhaustivo a nivel teórico acerca de los niños con dificultades en la regulación emocional. Grenne (2013) los denominó *niños explosivos*. Las dificultades de regulación emocional en los niños explosivos, se pueden observar en diversos diagnósticos. Es por ello que se considera fundamental estudiar su abordaje en el tratamiento psicológico infantil. Una idea central para este artículo es que la conducta problemática que estos niños manifiestan es el resultado de un estado fisiológico/afectivo desregulado. (Prizant, 2006). Es por ello que se describe las áreas afectadas a nivel biológico y psicológico de los niños con dicha dificultad. A su vez se puntualiza sus características principales y el impacto de la conducta desregulada en el ámbito familiar y escolar. En el final del artículo se describen estrategias específicas para el tratamiento psicológico de estos niños. Dichas estrategias se dividirán en tres momentos: previas, durante y posteriores a la explosión de sus emociones. Las estrategias mencionadas no tendrán la efectividad que dicen tener si se aplican sin tener en cuenta el momento de desregulación en el que se encuentra el niño. Se espera que el presente artículo sea de utilidad para los colegas y pueda ayudar a muchas familias que tienen el desafío de convivir con algún miembro con estas dificultades.

Palabras claves: niños explosivos – regulación emocional – conducta problemática- funciones ejecutivas – contexto – regulación recíproca – estrategias de intervención .

Abstract

This article is an exhaustive study at a theoretical level about children with difficulties in emotional regulation. Grenne (2013) called them explosive children. Emotional regulation difficulties in explosive children can be seen in various diagnoses. That is why we consider it essential to study its approach in the psychological treatment of children. We start from the idea that the problematic behavior that these children manifest is the result of a dysregulated

¹⁹ Psicopedagoga y Psicóloga clínica. Terapeuta sistémica-cognitiva. Especialista en niños, adolescentes y familias. Formación en curso en Terapia Focalizada en las Emociones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

²⁰ Psicóloga clínica. Terapeuta sistémica-cognitiva. Especialista en niños, adolescentes y familias. Formación en curso en Terapia Focalizada en las Emociones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

physiological / affective condition. (Prizant, 2006). That is why in this article we will describe the areas affected at the biological and psychological level of children with this difficulty. Also, we will describe its main characteristics and the impact of unregulated behavior both in the family and school environment. At the end of the article we will show specific strategies for the psychological treatment of these children. We decided to describe these specific strategies in three moments: before, during and after the explosion of their emotions. We believe that these strategies will not be as effective as they claim to be if we apply them without taking into account the moment of dysregulation the child is in. We hope that this article will be of use to our colleagues and can help many families who have the challenge of living with a child with these difficulties.

Key words: explosive child - emotional regulation - problematic behavior- executive functions – context – co-regulation - strategies

LO QUE NOS PASA ES EL RESULTADO DE UNA INTERRELACIÓN ENTRE DISTINTOS ASPECTOS DE NUESTRA PERSONA O PERSONALIDAD

“El Desarrollo Infantil (DI) es una parte fundamental del desarrollo humano, se considera que en los primeros años se forma la arquitectura del cerebro, a partir de la interacción entre la herencia genética y las influencias del entorno en el que vive el niño”. (Martins de Souza; De La Ó Ramallo Veríssimo, 2015, p.1098). La carga genética establece el tipo de carácter y personalidad del sujeto. Dicha personalidad puede expresarse o no de acuerdo al contexto en el cual está inmerso el sujeto.

El estilo de respuesta de un niño frente a las demandas del ambiente va a resultar de la interacción entre sus pensamientos, sus emociones, sus conductas, las manifestaciones en su cuerpo y el contexto que interactúa con ese niño.

Cuando se trabaja con niños no es recomendable quedarse en un área, se debe trabajar con todas, aunque alguna se manifieste en mayor medida y parezca prioritaria.

La aceptación social del comportamiento se determina a través de: el contexto socio-cultural en el cual se produce y observa y el sistema de creencias y actitudes de las personas que observan (Prizant, 2006).

La conducta tiene consideración cultural y cada familia también tiene su propia cultura. Que una conducta sea socialmente aceptada va a depender de los patrones socioculturales que se establezcan acerca de determinado comportamiento (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1991).

¿Qué sucede cuando un niño es explosivo?

Se parte de la idea central de que la conducta problemática que estos niños manifiestan, es el resultado de un estado fisiológico/afectivo desregulado. (Prizant, 2006).

Esta es una idea que se considera fundante en el trabajo con niños. Hubo una corriente anterior basada en la Terapia Conductual que consideraba solamente la conducta y trataba de generar cambios conductuales que muchas veces eran incompletos e inconsistentes en el tiempo.

Los últimos estudios de Prizant (2006) explican que detrás de la conducta problemática existe un estado fisiológico/afectivo desregulado. Las demandas del ambiente pueden resultar demasiado para un niño, esto genera que el niño no pueda lidiar emocional y cognitivamente con dichas demandas y esto se hace visible en una conducta desajustadas respecto de lo que se espera socialmente. Lo que se ve es dicha conducta, pero detrás de la misma hay algo con lo que el niño no puede lidiar y eso es lo que lo desregula.

Cuando un niño presenta una conducta problemática resultado de la desregulación de sus emociones, lo que está expresando es que algo anda mal y a su vez es una manera de evitar la causa que le generó un malestar tal para responder de ese modo (Prizant, 2018).

LA IMPORTANCIA DE INTERVENIR SOBRE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA

Las familias de niños explosivos llegan al consultorio con altos niveles de sufrimiento:

- Implica mucho estrés para el niño y su contexto
- Posibilidad de riesgo físico para el niño y terceros
- Afecta el aprendizaje en distintas áreas del desarrollo del niño
- Afecta la calidad de vida y el bienestar emocional del niño y de su familia
- Cuanto mayor tiempo de instalación de una conducta problemática, más tiempo lleva poder des aprender dicha conducta
- Genera sentimientos de impotencia y rechazo en el contexto, lo cual afecta los vínculos del niño con las personas que interactúa

La conducta problemática es parte de una serie de estrategias de autorregulación, de comunicación con el medio y de adaptación a una situación que supera el umbral de estrés tolerable por ese niño (Prizant, 2006).

El umbral de tolerancia del niño a una situación estresante no es el mismo que el que tiene un adulto. Los adultos suelen juzgar al niño que está desregulado desde su umbral, de

este modo se pierden la posibilidad de poder de entender el sentido que tiene para el niño su conducta desregulada. Al no poder ponerse en su mente, desvalorizan su umbral de tolerancia y aparecen frases como: “¿Cómo no vas a poder hacer esto? ¿Cómo podes enojarte por esa tontería? De este modo no logran aceptar como adultos la mente del niño, y como consecuencia no podrán seleccionar una estrategia de intervención adecuada para la conducta manifestada.

Los niños explosivos se caracterizan por presentar algunas dificultades que es importante no perder de vista en la consulta:

- Son niños poco flexibles
- Nivel de alerta que se activa fácilmente
- Con alta intensidad de las experiencias vividas tanto positivas como negativas
- Lento retorno al estado de calma
- Baja tolerancia a la frustración
- Pocas habilidades de resolución de conflictos
- Les cuesta aprehender experiencias pasadas
- Estilo externalizador del problema lo que los lleva a una evitación cognitiva
- Atribución negativa de sus experiencias
- Fallan en la comprensión social
- Repiten una situación exitosa en lugares incorrecto

Causas biológicas para entender a los niños explosivos

El cerebro está formado por distintas áreas, cada una con diferentes funciones. Para su buen funcionamiento requiere que estas áreas estén integradas entre sí.

Según Siegel (2011) los niños tienen su cerebro en desarrollo y es esperable la des – integración de las distintas partes del cerebro. Un niño desregulado presenta una falta de integración de las distintas partes de su cerebro, “lo superan las emociones, están confusos y actúan de manera caótica (Siegel, 2011, p.23) Un niño integrado se muestra “flexible, adaptable, estable y capaz de entenderse a sí mismo y al mundo que lo rodea” (Siegel, 2011, p. 32)

Dado que el cerebro del niño está en desarrollo (falta de integración), son los adultos los encargados de generar experiencias que faciliten la integración para que el niño pueda estar más regulado y adaptarse mejor a las exigencias del medio.

Estos niños presentan una mayor vulnerabilidad ante las emociones, reaccionan de manera desmedida y les cuesta volver fácilmente a la calma. Dichos niños suelen explotar con facilidad y presentan dificultades en: autoestima, empatía, confianza en sí mismos, exageración de aspectos negativos, descalifican eventos positivos, autocrítica alta, pensamientos todo o nada, actitudes y pensamientos perfeccionistas, entre otras características.

Otro autor central para comprender el factor biológico es Joseph Le Douarin (1999) quien explica la condición inseparable de la emoción y el cuerpo. Y dentro de su explicación describe que dentro del cerebro se produce un «secuestro amigdalario o emocional» por el cual se actúa movidos por la emoción y no por la razón. La amígdala se activa de tal manera que inhibe la parte del cerebro ejecutivo. Esto explica por qué el cerebro responde de manera impulsiva y automática. Generalmente luego de la desregulación emocional deviene una etapa de arrepentimiento, siempre y cuando no haya una patología severa.

Siguiendo en la línea biológica, una de las áreas más afectadas en los niños que sufren desregulaciones emocionales severas está asociada a las **FUNCIONES EJECUTIVAS**. Dichas funciones son procesos mentales superiores ubicados en el lóbulo frontal encargados de favorecer entre otras funciones la anticipación, la planificación, la organización y son las encargadas del control inhibitorio.

A su vez estos niños también presentan dificultades en **la teoría de la mente**: se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. No sólo se entiende que la persona es capaz de tener deseos, emociones, intenciones, etc. Es la capacidad de tener consciencia de las diferencias que existen entre el punto de vista de una persona y el de los demás (Serrat et. al., 2011). La teoría de la mente conceptualiza que las otras personas poseen un estado interno igual que el de uno mismo y a la vez diferente de él. Esta comprensión sobre nuestra mente y la mente de las otras personas, supone una herramienta importantísima de cara a las relaciones sociales. La teoría de la mente comporta la representación interna de los estados mentales de las otras personas (Guilera, 2015).

El niño explosivo al tener dificultades con la teoría de la mente, presenta las siguientes dificultades (Guilera, 2015) que alimentan sus explosiones:

- Dificultad o falta de sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas. Esta dificultad para entender las emociones de los otros los lleva a mostrar escasas reacciones empáticas.
- Dificultad para darse cuenta de las **intenciones** de los otros y conocer las razones que guían sus conductas.
- Dificultades para comprender cómo sus conductas o comentarios afectan a las otras personas e influyen en el que los otros piensen de él. Por eso, muchas veces sus conductas no son adecuadas o bien recibidas, pero ellos no son conscientes ni saben el por qué del posible rechazo.
- Dificultad para anticipar lo que los otros pueden pensar sobre su comportamiento.
- Dificultad para comprender las interacciones sociales, lo cual puede llevar a problemas a la hora de respetar turnos, seguir el tema de la conversación y mantener un contacto ocular adecuado.
- Dificultades para comprender las **reglas convencionales** de cualquier cultura.

Otras de las habilidades necesarias para la regulación emocional es el importante valor que tienen los **PROCESOS LINGÜÍSTICOS**, dichos procesos ayudan al entendimiento emocional y la secuencia de los acontecimientos, que en estos niños muchas veces es errada. Una de las comorbilidades más frecuentes es la dificultad de aprendizaje (trastornos del lenguaje, dislexia, entre otros). Estas dificultades los hace expresarse de manera inadecuada y pierden coherencia en la expresión de su opinión, afectando su resolución de problemas.

Diagnósticos asociados a los niños explosivos

Los diagnósticos en la infancia asociados a la desregulación emocional según el DSM V son los siguientes: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante), TEA (Trastorno del Espectro Autista), Trastorno de desregulación emocional, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno explosivo intermitente.

El niño explosivo y su interacción con el medio

El contexto o ambiente que rodea a una persona es el conjunto de vínculos con los cuales dicha persona cuenta. El contexto más inmediato es la familia, y en particular el vínculo con los padres. Esta es la socialización primaria. Luego intervendrán otros contextos como por ejemplo el colegio, lo que llamamos la socialización secundaria (Berger y Luckman, 1997).

Los padres son el modelo de comunicación en el que se basa un niño para interactuar con el medio. El niño evalúa lo que lo rodea basado en la observación que hace de cómo los padres entienden ese mismo contexto. Basado en esa evaluación el niño mostrará una forma particular de interactuar con el medio.

Es frecuente que los padres y docentes lleguen a la consulta con las siguientes creencias a cerca de la conducta problemática del niño: “Solamente quiere atención”, “siempre quiere salirse con la suya”, “nos está manipulando”, “no está motivado”, “está tomando malas decisiones”, “tiene una mala actitud”, “ tiene una enfermedad mental” (Greene, 2013) .

Es fundamental el manejo de la conducta desregulada por parte del adulto. Dicho manejo es una cuestión compleja porque el adulto también tiene que lidiar con sus emociones y sus cogniciones acerca de la desregulación emocional y conductual que está teniendo su hijo. Cuando el adulto se desregula, es muy probable que se genere una escalada en el vínculo donde el adulto intenta imponer su autoridad, ordenando y exigiendo, de este modo queda sin poder sostener al niño; quien puede quedar solo con sentimientos de inseguridad y desprotección.

El sistema parental se ve afectado por las explosiones frecuentes de dichos niños generando sentimientos de: frustración parental, incompetencia, desgaste, irritabilidad, problemas de pareja, aislamientos y estrés familiar.

La desregulación emocional es el resultado de la interacción entre factores biológico (vulnerabilidad emocional), factores ambientales (contexto invalidante) y determinada transacción entre esos dos factores durante el desarrollo (Linehan, 1993).

La conducta disruptiva tiene un sentido de protección frente al intenso dolor de una intencionalidad no lograda (Apfelbaum y Gagliesi, 2004). Cuando un niño está desregulado emocionalmente, es muy probable que el contexto los vea como agresivos, caprichosos y desafiantes. Por ello la respuesta del entorno invalidante muy probablemente sea: “Estás loco/a” “Sos un enfermo/a” “Nos volvés locos”. De este modo se desestima la experiencia interna del sujeto por los efectos de la intensidad de su conducta en el entorno, lo que favorece la sensación de abandono o rechazo en el niño. Este acto de desestimación es una invalidación.

Cuanto más compromiso afectivo hay entre el niño y el adulto, mayor puede ser la reactividad frente a la invalidación. Si percibe una amenaza de que la relación deja de ser segura y confiable, aumenta la ansiedad y las conductas desesperadas, ya que se empieza a

ver el mundo como peligroso y esto genera estados de defensa y alerta permanente. Lo anteriormente descrito explica que estos niños que se desregulan emocionalmente se encuentran con un dilema entre defenderse de los demás y necesitar imperiosamente su presencia y apoyo. Esto es percibido por los demás con mucha confusión e impotencia. (Apfelbaum y Gagliesi, 2004).

DISPARADORES DE LA DESREGULACIÓN

Se denomina disparadores a determinadas situaciones que generan una reacción intensa y automática en el niño. Al identificar los eventos que generan estas reacciones es más fácil anticiparlas e intentar que se vuelvan más manejables. Es importante despersonalizar estos comportamientos, dado que no son dirigidos al padre/madre/docente en forma intencional, sino que son parte de las características del desorden.

Los disparadores más frecuentes son: que los demás sean impredecibles (esto aumenta la ansiedad), la sensación de abandono, la invalidación y las críticas, cuando el otro es el centro de atención, sentirse etiquetado o estigmatizado (el caprichoso, el desafiante, el que no hace nada bien), la sensación de injusticia (Lineham, 1993).

Ámbito escolar

Para el niño explosivo el ámbito escolar es muy estresante, tiene que poder lidiar con muchos vínculos a la vez (compañeros y docentes), tiene que seguir reglas y normas, y tiene que responder a las tareas académicas. Poder controlar todo esto para un niño que es más vulnerable a los estímulos del ambiente, que presenta una reacción intensa a sus emociones y que le cuesta retomar la calma, se vuelve una tarea muy demandante para su bajo umbral de tolerancia al estrés.

Al observar este tipo de niños en la escuela encontramos una serie de dificultades que se retroalimentan entre sí:

- Dificultades para comprender el estilo de estos chicos e intencionalidad de su conducta: los adultos dentro del colegio muchas veces desconocen las características de estos niños, por eso no los pueden comprender y no saben muy bien cómo lidiar con las explosiones. Del mismo modo, también pueden desconocer cuál es la intencionalidad de su conducta, que los lleva muchas veces a aplicar estrategias que no ayudan a que el niño se regule.
- Rotulación del niño: que genera que todo el colegio sepa quién es ese chico. Esta estigmatización suele ser devastadora para el niño, él se cree que es “eso” que le dicen ser (“sos un irrespetuoso”, “sos imparable”, “sos un manipulador”), con lo cual se termina

comportando como tal porque no hay un adulto que lo pueda ver diferente y porque es la única estrategia de afrontamiento que tal vez encuentra para poder hacer frente a las demandas del estrés que le genera toda la situación escolar.

- Vínculo dañado con el docente y todo el ámbito escolar.

CAMBIANDO EL PUNTO DE VISTA

“Pretender eliminar un comportamiento sin entender por completo el propósito es algo que no funciona y provoca que la vida del niño se torne más difícil. El objetivo es no culpar al niño, en su lugar intentemos entender el sentido de lo que está haciendo” (Prizant, 2018, p.37). Una vez que el adulto entiende por qué el niño hace lo que hace desde la mente de él y no desde sus propias creencias, podrá enseñarle estrategias de afrontamiento que lo ayuden a regularse.

Por ejemplo, al pedirle algo al niño que no puede entender o realizar, le genera ansiedad y sale corriendo (algo inesperado). Es muy probable que el contexto interprete esto como una falta de respeto, o como alguien que no cumple las normas. Pero lo que ese niño está tratando de hacer es bajar la ansiedad como forma de regularse emocionalmente (Prizant, 2018)

Es aquí cuando el contexto actúa invalidando al niño no porque tenga malas intenciones. Por ello se considera muy importante evitar los prejuicios acerca de las conductas problemáticas del niño, y dirigirse hacia una dirección que pueda contemplar la mente de ese niño que aún tiene su cerebro en desarrollo. Una de las cosas más importantes que se puede hacer para ayudar a estos niños, es aceptar los sentimientos de desregulación. “Un padre o un docente pueden marcar la diferencia, positiva o negativa, simplemente con el tono de voz, el nivel de energía o siendo predecible para el niño” (Prizant, 2018, p.40).

Estrategias de intervención con niños explosivos

Sin la comprensión de la dinámica contextual y de las características de un niño explosivo será imposible aplicar las estrategias necesarias para ayudarlo. No es de utilidad alguna aplicar las mismas sin comprender qué intencionalidad tienen estos niños, sin comprender profundamente sus pensamientos y sentimientos más frecuentes y sin considerar el impacto que producen en el ambiente.

Con un objetivo claro y focalizado y una comprensión mayor, la elección de estrategias puede ser infinita. Se eligieron unas pocas siempre pensando en la mejoría de

estos niños. Cada instrumento seleccionado es un trabajo que se considera “artesanal” para cada individuo en su lucha cotidiana con la realidad que le ha tocado enfrentar, que seguramente no es sencilla.

Se elige dividir la selección de estrategias a nivel pedagógico como:

- Estrategias previas a la desregulación
- Estrategias durante la desregulación
- Estrategias posteriores a la desregulación

Si bien muchas veces estos procesos se dan con mucha velocidad se considera adecuado pensarlas por separado a fin de ordenar el trabajo terapéutico.

Se considera al Sistema Niño-ambiente (terapeuta, padres, hermanos, compañeros del colegio, docentes, etc) afectados por la desregulación del niño y esta interacción es imposible de disociar, por ello en este apartado se considerarán estrategias que serán para el niño y otras para el ambiente. Dado que la explosión que produce la desregulación impacta en el sistema, la regulación del niño deberá ser una regulación *MUTUA o RECÍPROCA*, es decir tanto del niño como del ambiente que lo rodea deberán procurar acciones que les permitan obtener una la regulación emocional adecuada.

Estrategias previas a la desregulación

1. El primer paso en las estrategias sin lugar a dudas es el **aumento de la conciencia emocional**, las emociones son información central para la autorregulación. Quien no detecte o registre sus propias emociones difícilmente podrá regularlas.(Bracket, M., 2020). Una herramienta para la identificación de emociones son videos, películas en los cuales los niños puedan discriminar las emociones en acción.
2. El aumento de la conciencia emocional es un concepto dentro de otro también importante para la regulación de las emociones: la **Mentalización** (Bateman y Fonagy, 2013). Se considera la mentalización como el pensar sobre las emociones que siente y sobre las emociones que experimenta la otra persona. Tomar conciencia que la interacción entre la experiencia de una persona y la de los otros se dan constantemente en las relaciones sociales influyendose mutuamente. Para trabajar este aspecto se utilizan globos de pensamiento y un corazón, a fin de detectar qué piensan y qué sienten los personajes en determinada situación.

3. Se debe a su vez identificar disparadores ambientales interpersonales responsables de la desregulación, aumentando la detección de señales de alarma. Una estrategia concreta para trabajar este objetivo es la **Escala de 4 puntos previos a la desregulación**. Dicha escala es un método que anticipa 4 puntos que marcan indicadores sobre todo corporales, que anticipan que la persona está por “explotar” (Rafael Guerrero, 2019). Por ejemplo los puños se cierran, la cara se pone colorada, las piernas quieren salir corriendo, siente calor en el cuerpo. Al detectar estas señales se podrá predecir que está por enojarse y eso puede causar malas consecuencias para él y los otros.
4. Otra estrategia previa a la desregulación que trabaja los diferentes niveles de intensidad emocional, es el uso del **Termómetro del enojo**: ayuda a la concientización del estado emocional actual. Determina en qué momentos, según el nivel al que se haya llegado, se podrá volver al estado de calma o si se necesitará la ayuda de alguien para poder regular nuestro enojo.
5. Fomentar en todo momento el **uso del lenguaje** para la identificación emocional en lugar de la reacción impulsiva. Aprendiendo a pedir ayuda en los momentos de desregulación emocional, puede reducir la conducta impulsiva.
6. **Permitir el movimiento** sobre todo en el aula o en lugares donde el niño tiene que estar quieto durante mucho tiempo. Por ejemplo: salir a dar una vuelta, correr, saltar aplaudir, etc
7. **Usar imágenes visuales** para aquellos niños que no pueden expresar lo que sienten en ese momento o que no pueden comprender las peticiones del adulto a cargo. Para esto se utilizan tarjetas que le indiquen al adulto la intencionalidad del niño.
8. **Técnicas de respiración**: son múltiples los beneficios que las investigaciones indican acerca de la respiración en los procesos de regulación emocional. Concentrarse en la respiración implica calmar el cuerpo, quizás antes que poder calmar la mente. También se sugiere utilizar estas técnicas en el ámbito terapéutico para que el niño pueda utilizarlas solo en el momento necesario.
9. **La anticipación**: se considera la anticipación como otra de las técnicas centrales a la hora de trabajar con niños explosivos. Muchas veces los padres o docentes por “miedo” a la explosión evitan comunicarles situaciones que saben pueden desorganizarlos y empeoran la escena. Es necesario la anticipación de posibles

variables que generan explosiones repentinas. Se recalca la impotencia de comprender que los adultos deben ser lo más previsible posible para estos niños.

IMPORTANTE: Todas las estrategias mencionadas anteriormente son para utilizar con el niños ANTES de la explosión, es muy difícil utilizarlas durante el momento del enojo.

Estrategias durante la desregulación

1. **Regulación recíproca** (Prizant, 2006): como se dijo anteriormente la regulación del niño provoca emociones y sensaciones en las personas que los rodean. Comprender que la regulación de las emociones del adulto es tan importante como las de ellos, es un acto fundamental en el proceso regulatorio del niño explosivo. Es por eso que cuando un niño está desregulado no es conveniente dialogar ni responder a sus razonamientos, porque aumentará su desregulación. Las investigaciones avalan este concepto cuando explican que la emoción dura un tiempo, pero la emoción asociada a la cognición dura mucho más. Padres, terapeutas y docentes tratan de explicar razones durante sus enojos y muchas veces empeoran la escena por mantener “despierto” el componente cognitivo.
2. Es fundamental durante la explosión **CONECTAR Y REDIRIGIR** (Siegel, 2010). Esta estrategia es una de las que más funciona a la hora del enojo. Está sumamente asociada a la validación emocional y a no descalificar la explosión del niño. Conectar con la emoción diciendo por ejemplo: “me imagino que estabas esperando hace mucho tiempo ir a lo de tu amigo....estabas tan ilusionado y el justo se enfermó” Este tipo de conexión baja el componente emocional de frustración inevitable frente a una situación que no pudo darse y acompaña al niño a redirigir de forma más adecuada su pedido, por ejemplo: “podemos llamarlo y agendar un día para cuando el mejore”.
3. En otros momentos es probable que cuando se da la explosión se le ha pedido algo que el niño no pudo alcanzar, por eso al retomar la tarea es necesario comenzar por actividades exitosas y de logro para el niño. En todo momento es fundamental no avivar el incendio ya que la más mínima maniobra en falso puede enojar más al niño y no ayudarlo en su proceso de calma.
4. Se utilizan también durante la explosión **objetos regulatorios externos**: alimentos que sean crocantes, tomar agua, etc. También se incorporarán **objetos de descarga**: pueden ser un almohadón, una bolsa de boxeo en el cuarto del niño, etc.

IMPORTANTE: Mientras la explosión ocurre se aconseja no dar estrategias específicas, las únicas estrategias que funcionan en ese momento son las que salen del propio niño.

Estrategias posteriores o de metacognición luego de evento de desregulación emocional

1. En esta etapa se creó el método **PREA** (Plan de Regulación Emocional Ajustado) como una regla nemotécnica (García Ruiz y Rebull, 2018), que implica una evaluación del acontecimiento sucedido, de manera rápida, con el objetivo de generar la implementación de ajustes necesarios para el próximo evento y poder volver al ambiente.
2. Luego se puede realizar una evaluación más profunda sobre qué cosas no funcionaron a fin de “ajustar la estrategia”. Este trabajo implica una detección y participación activa por parte del niño. Se utilizan 3 pasos durante la evaluación:
 - a) ¿Qué funcionó?
 - b) ¿Qué no funcionó?
 - c) ¿Qué faltó lograr?

Logrando una reevaluación del plan implementando y generando los ajustes necesarios se podrá lograr un aprendizaje de algunos aspectos que no estaban pensados previamente.

No debemos olvidar QUÉ es lo que NO funciona con niños explosivos

- La imposición
- El abandono de sus deseos
- Escaladas de poder

Son estrategias que tanto padres como docentes implementan de manera automática frente a la frustración o las luchas de poder que provoca la desregulación de estos niños.

Para finalizar se debe comprender que el trabajo con los niños “explosivos” siempre oscila entre dos procesos: la aceptación de sus dificultades y el cambio en algunas de sus habilidades. Aceptación no es considerado como resignación sino como VALIDACIÓN de su umbral de regulación diferente al del adulto, pero no por ello mejor ni peor. Entendiendo mejor a estos niños, se le podrán brindar las herramientas necesarias para que su mundo sea cada vez más fácil de abordar.

Conclusión

El presente artículo se propuso comprender la desregulación emocional infantil, especialmente en niños explosivos, a través de un recorrido teórico. Se considera que para

poder abordar eficazmente las explosiones conductuales-emocionales que estos niños manifiestan, será fundamental un abordaje integral teniendo en cuenta distintas áreas.

El trabajo terapéutico con niños que presentan alta desregulación requiere un trabajo artesanal, creativo y de mucha paciencia; basados siempre en las fortalezas del niño y de su familia.

Conocer las características conductuales y emocionales de estos niños se considera fundamental para comprender y abordar su sufrimiento. Se debe prestar especial atención a la intencionalidad de su conducta y en el contexto que esto surge. De este modo y prestando especial atención a su vulnerabilidad, se lo acompañará de manera más satisfactoria en su retorno a la calma.

Podremos utilizar y crear nuevas estrategias ajustadas a cada niño, usándolas en el momento adecuado. Ellas los acompañarán en este aprendizaje que sin lugar a dudas, será durante toda su vida.

REFERENCIAS

- Apfelbaum, S. y Gagliesi, P. (2004) *“El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados”* VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XV, Buenos Aires
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2013). *Mentalization-based treatment*. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Berger P. L. y Luckman T (1997). *La construcción social de la realidad* Buenos Aires Ed. Amorrortu
- Bilbao Álvaro (2015), *“El cerebro del niño explicado a los padres”*, Plataforma editorial, Barcelona
- Bracket, Marc (2020) *“Permiso para sentir”*. Editorial Planeta S.A. Barcelona (España).
- Garcia Winner, Michelle (2007) *“Thinking about you Thinking about me”*. 2nd Edition. Thinking social publishing, Inc. U.S.
- Garcia Winner, Michelle (2008) *“Think Social”*. Thinking social publishing, Inc. U.S.
- Greene, Ross W., (2013), *“El niño explosivo”*, iUniverse, Inc. Bloomington
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). *“Emotion regulation in everyday life”*. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *“Emotion regulation in couples and families”* Pathways to dysfunction and health (pp. 13-35). Washington, DC: American Psychological Association
- Guilera, Jaume (2015) <https://blog.mentelex.com/teoria-de-la-mente-autismo/>

-
- Le Doux, Joseph (1999). *“EL cerebro emocional”*. Barcelona. Ariel Planeta.
- Linehan Marsha M. (1993), *“Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite”*, Paidós, Barcelona.
- Martins de Souza, J.; De La Ó Ramallo Veríssimo, M.,(2015) *“Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto”* Revista Latino-Am Enfermagem. nov.-dic. 2015;23(6):1097-104 DOI: 10.1590/0104-1169.0462.2654 www.eerp.usp.br/rlae
- Prizant Barry M. (2006), *“The Scerts Model”*, Editorial Paul H. Brookes, Baltimore
- Prizant Barry M. (2018), *“Seres humanos únicos”*, Fundación Garrahan, Bs. As.
- Serrat, E., Rostan, C. & Sidera, F. (2011). *“Llenguatge i teoria de la ment. Un estudi sobre el paper del diàleg i de l’atribució de qualitats en la comprensió de la falsa creença”*. *Revista de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport*, 28, 121-142.
- Siegel Daniel y Tina Payne Bryson (2011), *“El cerebro del niño”*, Alba Editorial, Barcelona
- Stern, Marcia B. (2002). *“Child Friendly Therapy: biopsychological innovations for children and families”*. Norton Company. United States of America.
- Watzlawick P., Bavelas J. y Jackson D.: (1991) *Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona, Ed. Herder

LA EPISTEMOLOGÍA SISTÉMICA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTÍSTA: UNA REVISIÓN TEÓRICA DE LOS APORTES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Fernanda Belén Caviglia²¹

Tamara Salem Martínez²²

Resumen

De acuerdo con la OMS (2019), uno de cada 160 niños tiene un Trastorno del Espectro Autista (TEA) y, entre ellos, un 75% también presenta otra condición psiquiátrica, como trastornos de ansiedad o déficit de atención. El presente trabajo se propone desarrollar una revisión teórica y descriptiva sobre la terapia familiar sistémica para familias con un miembro con TEA. Para ello, se describen, en primer lugar, los modelos existentes para el trabajo con familias con un miembro con TEA y, en segundo lugar, se definen los factores que según estos modelos justifican el uso de la Terapia Familiar.

Se arriba a la conclusión de que es imprescindible el trabajo con el subsistema conyugal y parental con el objetivo de, por un lado, reducir el estrés familiar y promover la autoeficacia parental para lograr desarrollar patrones interaccionales más funcionales entre los miembros del sistema familiar y, por el otro, brindarle herramientas específicas a la familia para cumplir con las funciones de crianza y sobrellevar los síntomas propios del trastorno en cuestión.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista - Familia - Terapia Familiar - Estrés parental – Modelo Sistémico

Abstract

According to the World Health Organization, one in 160 children has an Autism Spectrum Disorder (ASD), and 75% of those children also have other co-occurring psychiatric conditions, including anxiety and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The aim of this article is to make a theoretical and descriptive review of Family Therapy in families with a child with ASD. The factors that justify the need for family therapy in these cases are investigated, and the main therapist-centered treatment models have been described.

²¹ República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica.

²² República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. Teoría y Técnica de la Clínica Sistémica.

In conclusion, it is paramount to work with the caregivers in order to reduce parental stress and promote the parents' self-efficacy to develop more functional interaction patterns among the members of the family on the one hand and to provide the family with specific tools for it to be able to fulfill its roles in upbringing, on the other hand.

Keywords: Autism Spectrum Disorder - Family - Family Therapy - Parental stress - Systemic Therapy Model

El Trastorno del espectro Autista (TEA) es una afección del neurodesarrollo que se caracteriza por presentar dificultades en dos dominios: el socio-comunicativo y el de los intereses y comportamientos restringidos y repetitivos (American Psychiatric Association, 2013). El primer dominio hace referencia a la alteración de aquellos factores necesarios para la comunicación social, ya sea la reciprocidad socio-emocional, conductas de comunicación no-verbal y mantenimiento de relaciones adecuadas con respecto al nivel de desarrollo. El segundo dominio, incluye conductas tales como rigidez excesiva en las rutinas, patrones ritualizados, lenguaje y movimientos estereotipados (estereotipia y ecolalia), intereses altamente restringidos, e hiper o hipo reacción a estímulos sensoriales. Cada uno de estos tiene diferentes niveles de severidad, y a su vez se debe especificar si el trastorno está acompañado o no de déficit intelectual y/o deterioro del lenguaje, así como comorbilidad con otras afecciones médicas o trastornos. Es importante remarcar, también, que esta condición tiene un comienzo temprano (entre los 12 y 36 meses), y acompaña durante toda la vida.

Se hace necesario evaluar los niveles del desarrollo alcanzados en cada área y por cada persona para enfrentarse a la complejidad de este espectro (Valdez, 2016). Como afirma el Dr. Daniel Valdez (2016), lo correcto es hablar de autismos, en plural, ya que no hay un solo tipo de autismo. Los síntomas se manifiestan de manera diferente en cada individuo y cada uno sigue una trayectoria única que depende de múltiples factores individuales y ambientales. "El Autismo es plural y diverso" (Valdez, 2016, p. 11).

De acuerdo con la OMS (2019), uno de cada 160 niños tiene un Trastorno del Espectro Autista y, entre ellos, un 75% también presenta otra condición psiquiátrica, como trastornos de ansiedad o déficit de atención. Según los datos estadísticos recabados en diversas investigaciones realizadas en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos se ha incrementado. Esto podría deberse a distintos factores, entre ellos: una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas

y mejor comunicación, y un posible aumento real en la prevalencia debido a cuidados neonatales, mayor edad en los padres, etc.

Diferentes intervenciones, como la terapia conductual y programas de capacitación para padres, han demostrado eficacia en reducir las dificultades de comunicación y comportamiento social, generando un impacto positivo en la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias (OMS, 2019). Teniendo en cuenta que esta es una condición que se manifiesta desde la infancia y acompaña a la persona durante toda su vida, y que, dependiendo el caso, se puede alcanzar o no cierto grado de autonomía, es importante la existencia de dispositivos que, además de brindar terapias individuales para la adquisición de diferentes habilidades, contemple las necesidades y el bienestar de todo el grupo familiar que acompaña el desarrollo atípico de uno de sus miembros.

La teoría sistémica constituye hoy el modelo predominante en el estudio de la familia, a la que define como un sistema abierto con propiedades que están vinculadas a sus interacciones más que a sus elementos aislados (Wainstein y Wittner, 2016, p. 95). Salvador Minuchin (1974) define a la familia como “la matriz del desarrollo psicosocial” (pp. 81) . Es decir, es la institución principal que tiene a cargo el desarrollo y la socialización de sus miembros, así como el apoyo emocional, la regulación de las conductas, la acomodación a la cultura y la transmisión de esta misma.

Según Minuchin (1974), la terapia familiar se basa en la idea de que un individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Para llevar a cabo procesos de psicoterapia con niños, por lo tanto, es imprescindible el trabajo con los padres, quienes son responsables de su crianza, así como también fuente de cambio. La familia, de esta manera, ocupa su rol de forma activa como agente terapéutico en el sistema consultante.

La psicoterapia se centra en estudiar a la familia en el contexto en el que se halla inserta, así como sus estilos interaccionales no adaptativos, el momento que se encuentre atravesando del ciclo vital, la presencia o no de un trastorno psiquiátrico en alguno de sus miembros, incluyendo además su idiosincrasia y las múltiples variables que puedan estar interviniendo tanto en el mantenimiento del problema, como en los recursos que posea la familia para enfrentarlos. La tarea del terapeuta será, entonces, la de estudiar a la familia, entender su funcionamiento, su forma de comunicarse y de resolver conflictos y la manera de adaptarse o no tanto a circunstancias del ciclo vital como a la presencia de trastornos psiquiátricos, desde una perspectiva de observador participante. Para esto, se puede valer de varios procedimientos técnicos como filmar la sesión, cámara Gesell, entre otros. También es

usual que realice preguntas circulares, y utilice métodos que le permitan adaptarse a la familia para entenderla mejor o algunos otros para mostrar el efecto que las conductas de los miembros pueden tener dentro del sistema (Wainstein, 2006).

Si bien el modelo sistémico atribuye a las relaciones familiares inadecuadas un papel primario en la causalidad de los problemas emocionales de los niños, en el caso de una familia con un miembro con TEA, se entiende que el autismo es un trastorno neurológico que no tiene origen psicológico o social. De todas formas, la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico, por lo tanto, aún cuando contribuye a una mejora en la calidad de vida, a la modificación de los patrones interaccionales disfuncionales, o bien a un cambio en la concepción del problema, su finalidad es el alivio de los síntomas de los trastornos mentales.

En este contexto, y teniendo en cuenta que las familias con un miembro con TEA presentan mayores conductas desadaptativas y signos de malestar emocional que familias con niños con desarrollo típico (Valdez, 2016), el presente trabajo se propone desarrollar una revisión teórica sobre la terapia familiar para familias con un miembro con TEA. Para ello, se describen los modelos existentes para el trabajo con este tipo de familias y posteriormente se indagan aquellos factores que justifican la necesidad de aplicación de los mismos en estos casos. Con el fin de realizar una revisión descriptiva, se seleccionan siete artículos científicos que datan de los últimos ocho años.

¿Qué Modelos De Terapia Familiar Se Utilizan?

El modelo de Terapia Familiar Sistémica por excelencia fue desarrollado por el médico argentino Salvador Minuchin en el año 1974. La escuela estructural, apoyada en la epistemología sistémica, acentúa el análisis y la intervención sobre las interacciones familiares que perpetúan el malestar por el que se consulta. El modelo define a la misma como un sistema estructurado, ya que, en palabras de Minuchin (1974), la estructura familiar se entiende como el conjunto de reglas de relación mediante las cuales una familia o un grupo estable organiza sus interacciones que se basan en relaciones de dependencia mutua y jerarquía entre sus miembros, atravesado a su vez por la oposición entre la tendencia al cambio y la tendencia a la estabilidad. El lugar del terapeuta para el modelo será central, de manera que se trabaja en consulta con su propia persona y emoción para generar un impacto emocional que posibilite cambios interaccionales en la familia consultante. Esto es importante ya que, para Minuchin (1974), los cambios en la estructura de la familia le

permiten a los miembros relacionarse de forma distinta, lo que posibilitará que utilicen sus propios recursos para resolver los problemas ellos mismos. En el caso de familias con un hijo con TEA, se tiene en cuenta que esta es una condición biológica que no es causada por interacciones familiares disfuncionales, pero aun así las exigencias y el proceso de adaptación al que se enfrenta este sistema podría promover patrones interaccionales desadaptativos entre sus miembros provocando un gran malestar.

Las intervenciones del terapeuta recaen sobre lo que el autor definió como “subsistemas”. El mismo delimitó cuatro en relación a la organización del sistema familiar: el conyugal, el parental, el filial y el fraternal. Estos, involucran pautas interaccionales que definen roles y funciones. A cada miembro de la familia le competen funciones específicas según el rol que ejerza en cada uno. “Los individuos y los subsistemas de los que participan están demarcados por fronteras, estas regulan el contacto y los intercambios con los otros dentro y fuera de la familia” (Wainstein, 2006, p. 109).

En la investigación publicada en “The American Journal of Family Therapy”, las autoras Brockman, Hussain, Sanchez y Turns (2015) adaptan el modelo de Terapia Familiar Estructural de Salvador Minuchin (1974), en conjunto con el modelo de Terapia Breve centrada en Soluciones (De Shazer, 1985), con el fin de aplicarlos a familias con miembros con TEA, específicamente al cuidador principal con el objetivo de reducir el estrés familiar, aumentar la autoeficacia parental y lidiar con los problemas de conducta de los niños.

La Terapia Breve centrada en Soluciones, llevada a cabo por Steve de Shazer en el año 1985, hace foco en las situaciones en las que el problema que refiere la familia no estaba presente en sus vidas, o en aquellas excepciones en las que hayan podido evitarlo o resolverlo. Se centra, de esta manera, en los recursos de la familia para posibilitar un cambio en el sistema. El modelo trabaja, principalmente, con el subsistema conyugal con la intención de fortalecerlo para fomentar el apoyo mutuo entre sus miembros. Las intervenciones apuntan, por lo tanto, a reconocer las soluciones que encuentran los propios padres, que hayan funcionado anteriormente, y reforzar su capacidad de resolución de problemas de crianza. A su vez, hacen hincapié en la importancia de una buena calidad de vida en dicho subsistema, trabajando en ampliar su red de apoyo para que puedan recurrir a este cuando lo necesiten, sin sentirse culpables o ineficaces por ello.

El fin último de esta investigación es el de utilizar la Terapia Estructural de Minuchin (1974) para fortalecer el subsistema parental, delimitando los límites correspondientes, y las

técnicas de la Terapia Breve centrada en Soluciones (1985) para reforzar el sentimiento de autoeficacia parental.

El modelo terapéutico propuesto por De Shazer también es tomado por Parker, Diamond y Auwood en su artículo “Exploring Exceptions and Discovering Solutions: A Case Presentation of Autism and the Family” (2019). Su objetivo es brindar algunas recomendaciones para adaptar este modelo centrado en soluciones para que sea aplicable a familias con un miembro con TEA. Las adaptaciones fueron realizadas en base a la literatura disponible sobre TEA y a los recursos disponibles de la familia. A fin de describirlas, presentan un caso clínico con resultados favorables. De todas maneras, convocan a seguir investigando empíricamente sus resultados con el objetivo de poder generalizar su aplicación.

En el artículo publicado por la revista “Family Process” en el año 2012, titulado “Understanding Autism: How Family Therapists Can Support Parents of Children with Autism Spectrum Disorders”, las autoras Solomon y Chung proponen una perspectiva distinta en la que el terapeuta no debe ser necesariamente experto en autismo, sino experto en familia. Se espera que el mismo pueda abarcar tres aspectos de la dinámica familiar: la acción, el significado y la emoción. En el primero, se trabaja con los padres con el fin de encontrar estrategias concretas para llevar su vida cotidiana de la mejor manera posible, tratando de reducir el estrés y desarrollando mayor resiliencia. En el aspecto de significado, se hace foco en co-construir una narrativa funcional sobre qué lugar toma el diagnóstico de TEA en sus vidas y quiénes son ellos como familia. Respecto a lo emocional, se busca brindar herramientas para un mejor control de las emociones, ya que el artículo a su vez vislumbra el hecho de que los padres de niños con TEA se enfrentan a mayor estrés y tensiones cotidianas.

Por último, las autoras hacen referencia a una metáfora utilizada por la organización “Talking About Curing Autism” a la que denominan como “three-legged stool” o “el banco de tres patas” para representar los tres dominios que los padres deben tener en cuenta en el tratamiento de TEA. Por un lado, las terapias tradicionales como el modelo ABA o Floortime, fonoaudiología, terapia ocupacional y apoyo escolar. Por el otro, las intervenciones biomédicas y en último lugar, el apoyo emocional hacia la familia. Se considera que ninguno de estos dominios adquiere mayor relevancia que el otro, sino que todos son importantes para mantener el equilibrio.

Otro de los artículos recabados, publicado en el 2017 en la revista “Journal of Marital and Family Therapy”, hace mención a la importancia de la terapia de pareja en padres con un hijo con TEA. Los autores Lee, Furrow y Bradley proponen un modelo integrativo basado en

la evidencia (Emotionally Focused Couple Therapy o EFT), que incluye aportes de la teoría del apego, psicoterapia existencialista y técnicas sistémicas, para el tratamiento del estrés en parejas, haciendo foco en fomentar un apego seguro entre sus miembros, utilizando la emoción como clave para el cambio. Los resultados de este estudio, realizado en siete parejas con un hijo con TEA, muestran que los motivos de mayor conflicto en estos padres tienen que ver con: la distancia emocional y los patrones de demanda asociados al cuidado; adaptarse al contexto encontrando una nueva normalidad; y la sensación de alienación y soledad de los cuidadores principales, en relación tanto a su cónyuge, como a las redes de apoyo.

Este estudio concluye que la combinación de un bajo apoyo social y, por lo tanto, un aumento en la dependencia a la pareja, facilita la aparición de estrés en la familia. El modelo propuesto identifica las estrategias de apego que utilizan los miembros de dicho subsistema ante las amenazas de estrés y desconexión entre ellos. La tarea del terapeuta será entonces, la de habilitarlos a mostrar sus emociones más vulnerables para, así, a través de estas experiencias, lograr entender qué tipo de apego necesitan. Según el artículo, las parejas que son capaces de compartir sus emociones en este nivel comienzan a sentir una mayor seguridad, que se verá reflejada en un mejor trabajo en equipo como padres. Si bien en este último modelo no se trabaja directamente con el resto de la familia, sino que se hace foco en el subsistema conyugal y parental, se destaca que es fundamental el bienestar de éstos para que puedan cumplir sus funciones correspondientes, de manera que, distintas investigaciones han comprobado una relación entre el estrés parental y el comportamiento del niño. Trabajar en la pareja entonces, podría aumentar la eficacia en la crianza.

Siguiendo con la revisión de modelos, otro enfoque que involucra a la familia en los tratamientos del miembro con TEA es el entrenamiento a padres, como describe la Dra. Alexia Rattazzi en el libro *Autismos* del Dr. Valdez (2016). Estas intervenciones se consideran complementarias a los demás tratamientos que son necesarios para lograr un abordaje integral. Su objetivo, en palabras de la autora, es “dar herramientas a los padres para que puedan ofrecer a sus hijos un ambiente de desarrollo óptimo y que puedan aprovechar las oportunidades de aprendizaje y adquisición de habilidades que surjan en su tiempo compartido con sus hijos” (Rattazzi, 2016, p. 154). Buscan el empoderamiento, la motivación y la promoción del autocuidado, así como que los padres conozcan la variedad de herramientas disponibles para ofrecerles el apoyo necesario a sus hijos y que puedan contribuir favorablemente en su desarrollo. Existen distintos programas que se desarrollan en un dispositivo grupal, promoviendo la escucha comprensiva de otros padres y la

normalización de diversas situaciones, y posibilitando además, una red de apoyo mutuo entre padres. Los programas que se describen son: *Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT)*; *Early Start Denver Model (ESDM)*; *Programas del Centro Hanen*; *Programa Son-Rise*; *Transforming everyday moments (TEM)* y *Parents skills training (PST)*.

A su vez, Alan Carr, en su artículo realizado en el año 2018 bajo el nombre de “Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base”, da cuenta de diversos meta-análisis y revisiones sobre programas de entrenamiento a padres que resultan beneficiosos en familias con un miembro con trastorno del neurodesarrollo acompañado por problemas de conducta. Las diferencias que poseen dichos programas se relacionan con el hecho de que son específicos para los problemas de conducta, y no abarcan los distintos factores que la terapia sí tiene en cuenta. De todas formas, el autor destaca que, en comparación con la terapia de formato individual, los programas de entrenamiento a padres han demostrado tener mayor eficacia.

Para finalizar, en dicho artículo se hace mención a aquellos tratamientos en los que a los padres se les dificulta por diversos motivos comprometerse con el tratamiento. Se ha comprobado que mayormente se da en familias con niveles de estrés elevado, bajo apoyo social y problemas de salud mental. Para sortear estos obstáculos se incluyeron en los programas, intervenciones específicas para responder a estas limitaciones cuyo resultado ha sido favorable.

¿Por Qué Terapia Familiar En Diagnósticos De TEA?

Una Aproximación Desde Del Ciclo Vital Familiar

A partir de los artículos científicos revisados, es posible dar cuenta de diversos factores que hacen necesario el trabajo con las familias con miembros con TEA.

En el artículo “El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo” (Baña Castro, 2015), se menciona que, ante el diagnóstico de un hijo con TEA, se produce una crisis en la familia que se caracteriza por “un fuerte impacto psicológico y emocional; un proceso de adaptación y redefinición del funcionamiento familiar; cambios en la relación de pareja; y la necesidad de ayuda y de asesoramiento” (p. 324). De todas maneras, explica, no se espera que todas las familias atraviesen este momento de igual forma, sino que se contemplan sus particularidades como sistema para entender el modo de reaccionar ante el diagnóstico. Así, la interacción entre

padres e hijos diagnosticados va a depender del grado de retraso madurativo, del impacto del diagnóstico, del momento evolutivo en el que este aparece, de la idiosincrasia de la familia, de la naturaleza de los desafíos que le plantea la atención al hijo y de la historia, recursos y características de la familia en su conjunto.

Aquí resulta útil tener en cuenta el concepto del ciclo vital familiar, entendido como la trayectoria que atraviesa la familia que incluye una “serie de etapas cualitativamente diferentes entre sí, que implican tareas evolutivas diferenciadas, configuraciones emocionales y relacionales distintas en cada una de ellas y entre una y otra fase se producen transiciones” (Sale, 2016, p. 104). Dichas etapas evolutivas están definidas por la cultura en la que la familia se halla inserta, y su acomodación a estas favorecerá su desarrollo. Dentro del ciclo vital de una familia, se presentan etapas normativas y no normativas (Gimeno, 1999). Las primeras son aquellos eventos previsibles pre-establecidos por la cultura. En cambio, los eventos no normativos tienen que ver con aquellos que se presentan de manera imprevisible en el desarrollo familiar. Se podría afirmar, entonces, que el diagnóstico de TEA en uno de sus miembros constituye un evento no normativo que genera estrés y tensiones adicionales ya que, por un lado, un trastorno diagnosticado en un hijo no constituye un hecho esperable y, por el otro, las etapas del ciclo vital en estos casos se suelen prolongar en el tiempo. En consecuencia, la familia deberá poder adaptarse para continuar cumpliendo las funciones necesarias de cada una de las etapas. Se destaca que no todas las familias con un miembro con TEA tendrán el mismo desarrollo, sus particularidades en la expresión de los síntomas y sus recursos, tanto de afrontamiento como sociales o económicos, representarán diferencias significativas en cada una. En palabras de Minuchin (1974), “la familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita afrontar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros” (p. 87).

La primera de las etapas del ciclo vital que conceptualiza Haley (1980) es “el nacimiento de hijos y el trato con ellos”. En este momento, se presentan diversos cambios relacionados con la introducción de un nuevo miembro a la pareja, que pasará a ser una familia y tendrán nuevos roles que afrontar. El embarazo, el nacimiento y sus consecuencias, la convergencia entre las dos familias de origen de cada miembro, el distanciamiento de esas familias para formar parte de su propio sistema familiar, la casi exclusiva dedicación a la crianza del hijo durante sus primeros años de vida, son algunos de los desafíos que aquí

deben resolverse. Algunas de las habilidades que necesitarán desarrollarse en este período son en relación a la crianza y el modo de arreglar los desacuerdos (Sale, 2016).

Haley (1980) indica que, en esta etapa del ciclo vital, los problemas suelen aparecer cuando el niño comienza su escolaridad por varios motivos. Por un lado, porque supone una modificación en la organización familiar, pero también porque el niño comienza a involucrarse más con el exterior. Aquí los desacuerdos de los padres respecto a la crianza se hacen manifiestos ya que son exhibidos en un ámbito público.

Es en este momento del ciclo vital en el que la pareja transita el proceso que supone diagnosticar a su hijo con TEA (las primeras sospechas, la consulta con diversos profesionales, o tal vez la llamada de atención de parte de la escuela), para luego pasar a una etapa en la que deben aprender cómo ser padres de ese hijo que, en distintos grados, va a necesitar habilidades y herramientas particulares.

En la etapa del matrimonio con hijos pequeños (Haley, 1980), entonces, es esperable que los padres se dediquen casi por completo a su crianza. Las tareas principales incluyen “cuidados físicos, tiempo de interacción, situaciones de juego y estudio compartido, programas de estimulación temprana y actividades de ocio; a su vez, evaluar tratamientos médicos, elección de profesionales y opciones educativas; gastos extraordinarios (de tipo médico, ortopédico, educativo, rehabilitador); y un futuro lleno de interrogantes e incertidumbre ante las posibilidades o no de desarrollo de la autonomía” (Baña Castro, 2015, p. 326).

En la siguiente etapa, denominada “dificultades matrimoniales del período intermedio” (Haley, 1980), se supone que los hijos ya se encuentran escolarizados y socializados por fuera de la familia, por lo que su dependencia hacia los padres disminuye (Sale, 2016). En el caso de niños con TEA, esto no ocurre necesariamente de esta manera. Los recursos y herramientas de cada uno son diferentes, por lo que su escolaridad puede ser típica con apoyo o puede necesitar de otro dispositivo educativo. Por fuera de esto, se encuentran las múltiples terapias a las que van a tener que concurrir con regularidad y en las que se requiere la participación de las familias. Cuando la demanda supera los recursos habituales de afrontamiento, la familia se ve envuelta en un conflicto, o crisis. Esto puede darse cuando las tareas de una etapa evolutiva no están pudiendo ser cumplidas o cuando se encuentra incompatibilidad entre momentos evolutivos de diferentes miembros de la familia (Gimeno, 1999).

En la misma línea, el artículo “Emotionally Focused Couple Therapy For Parents Raising A Child With An Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study” (Lee, Furrow y Bradley, 2017) describe el impacto en la relación de pareja que conlleva la crianza de un hijo con TEA. Se ha demostrado que dichas parejas tienden a divorciarse en mayor medida que parejas con hijos con desarrollos típicos. Esto se debe, principalmente, a las exigencias de cuidado a las que se enfrentan y que suelen llevar a cierta distancia emocional, provocando que la pareja tenga la sensación de perder la conexión entre ellos y, en consecuencia, dejar de lado su relación.

La siguiente etapa en el ciclo vital familiar es “el destete de los padres” (Haley, 1980), en el que la expectativa es que los hijos comiencen a irse del hogar, tener sus propios proyectos, parejas, y el matrimonio quede nuevamente solo (Sale, 2016). Actualmente es aún una gran incertidumbre la vida adulta de las personas con autismo, para quienes no se plantean tantos recursos como sí hay para niños en edad escolar. En los casos severos, necesitaran asistencia continua que, en muchos casos, recae sobre sus hermanos cuando los padres ya no están. Es necesario plantear algunas necesidades como la posibilidad del trabajo, la vida afectiva, el hogar y la participación social (Baña Castro, 2015).

Se toma como referencia para ejemplificar las dificultades de esta etapa para familias con un miembro con TEA un estudio realizado por Howling, Goode, Hutton y Rutter (2004) en el que participaron 69 adultos diagnosticados con TEA. Solo 10 de ellos asistieron a un colegio común; 13 obtuvieron algunos títulos académicos en la escuela, siendo 5 de ellos universitarios y 2 realizaron un posgrado; 23 consiguieron un trabajo; y 17 lograron formar amistades. Sólo 8 de ellos lograron un alto nivel de independencia, 6 con un trabajo remunerado, y, sin embargo, solo dos sobrevivieron con poco apoyo financiero, social y/o emocional. La mayoría de los sujetos permanecieron altamente dependientes.

Estrés Familiar Y Recursos De Afrontamiento

Tomando a Falicov (1991) y su explicación sobre la teoría del estrés familiar, tanto los eventos normativos como los no normativos pueden resultar estresantes, y su resolución requiere de conceptos como afrontamiento, ajuste y adaptación. La autora utiliza el modelo ABC-X para estudiar el estrés familiar y su afrontamiento, en el que “A” representa el suceso estresante, “B” los recursos de la familia para afrontarlo, “C” la interpretación que hacen del hecho, y “X” el resultado o estado de crisis. Las familias con un hijo con TEA presentan un estrés mayor que las familias con hijos neurotípicos, particularmente siendo afectado el

subsistema parental, ya que deben desempeñar un mayor número de tareas que otras familias. Es por esto que se adjudica una gran importancia al nivel de adaptación logrado para el funcionamiento familiar (Baña Castro, 2015).

Por otra parte, los autores Mira, Berenguer, Baixauli, Rosello y Miranda (2019) se propusieron analizar las diferencias conductuales, emocionales y sociales de niños con TEA en relación con distintas tipologías de familias, que se clasificaron según riesgo psicosocial alto, medio o bajo. Los resultados mostraron que existe una relación entre el contexto familiar y el desarrollo socioemocional de los niños con TEA, dando cuenta de que familias expuestas a mayor riesgo psicosocial se caracterizan por peores puntuaciones en conducta, habilidades sociales y control emocional de los niños, mientras que familias expuestas a bajos niveles de riesgo psicosocial presentan puntuaciones inferiores en dificultades emocionales y conductuales y puntuaciones elevadas en conducta prosocial de los niños. A fin de comprender estos resultados, se hace esencial adoptar la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner (1986/1987), quien concibe que el desarrollo humano implica un intercambio constante entre el sujeto y todos aquellos sistemas ambientales que lo rodean. Estos sistemas, que clasifica como micro, meso, exo y macrosistema, incluyen tanto los entornos más inmediatos al individuo, como aquellos que, aunque no posean contacto directo con el mismo, afectan a su vida diaria. Entre ellos, encontramos las instituciones con las que interactúan, como las redes sociales de apoyo, políticas públicas, factores ideológicos, culturales, socio-económicos y el momento histórico, que en conjunto van a definir el desarrollo del individuo y, por lo tanto, su conducta. Articulando las conclusiones de esta investigación junto con el modelo propuesto por Bronfenbrenner, se explica por qué familias con bajos recursos económicos y sociales presentan mayores dificultades en la crianza frente a la inaccesibilidad a fuentes de información y servicios, a instituciones especializadas, disponibilidad o variedad de tratamientos, sumado a la falta de redes de apoyo social y de políticas públicas que hagan foco en estas problemáticas, entre otros factores. De esta manera, se destaca la necesidad de incluir medidas en pos de la calidad de vida y el funcionamiento adaptativo de cada familia, así como del rol de la autoeficacia parental y su empoderamiento, ya que se ha demostrado que, luego de la orientación familiar, los padres se perciben más capaces para sobrellevar los retos que implica la crianza.

Estrés Familiar y los Cuidadores Principales

Hasta aquí, las investigaciones mencionadas han hecho referencia al estrés parental que se genera en familias con un miembro con TEA, teniendo en cuenta distintos factores contextuales y de recursos del sistema. En 2019, Hickey, Hartley y Papp, en su artículo “Psychological well-being and parent-child relationship quality in relation to child autism: an actor-partner modeling approach”, se dedicaron a examinar la relación entre el cuidador principal y su pareja con el estrés parental y síntomas depresivos, así como la calidad emocional de la relación de padres-hijos, en una muestra de 150 familias con un hijo con TEA, con una prueba inicial y otra 12 meses después.

La investigación da cuenta de que las familias con un miembro con TEA presentan niveles mayores de estrés y síntomas depresivos, que familias con hijos con otros tipos de trastornos del desarrollo, o familias con hijos con desarrollo típico. Esto también se ve afectado por la expresión de los síntomas en cada niño y los problemas conductuales que esto conlleva. A su vez, se ha demostrado que las madres, quienes suelen ser las cuidadoras principales, se ven mayormente afectadas que los padres, pero también que estas poseen una mejor relación con sus hijos. Estos resultados, que también se ven reflejados en el estudio de Parker et al. (2019), respaldan la necesidad de incluir a ambos padres en los tratamientos, ya que cada uno hace aportes independientes que pueden ayudar a alcanzar las metas terapéuticas. Como sostienen estos autores, no se debe perder de vista que los padres pueden no ser expertos en autismo, pero sí son expertos en su hijo.

Por consiguiente, los niveles elevados de estrés y síntomas depresivos en los cuidadores principales, afectarían tanto a la relación de pareja como a la co-parentalidad. Así como se espera que los padres puedan adaptarse a las nuevas exigencias que el diagnóstico representa, estos resultados reflejan que es importante que el subsistema conyugal posea su propio “territorio psicosocial, es decir, un refugio que puedan proporcionarse mutuamente, un sostén emocional” (Minuchin, 1974, pp. 93).

Del mismo modo, las autoras Brockman et al. (2015) mencionan algunos factores que demostraron tener un impacto significativo en la experiencia del cuidador principal. Algunos de ellos son el uso de estrategias desadaptativas de afrontamiento, como la negación, la culpa, la distracción, la dificultad en la regulación emocional y comportamientos desadaptativos. Sumado a esto, se registra una mayor dificultad en conseguir niñeras o parientes y amigos que puedan cumplir ese rol. De esta manera, la falta de redes de apoyo y las estrategias desadaptativas implementadas por el cuidador principal en este contexto, son predictores de trastornos de depresión y ansiedad, así como también de malestar emocional.

También, se ha comprobado que existe una relación entre el nivel de estrés de los padres y los problemas de conducta de los niños. Es posible pensar esto en relación a la propiedad de circularidad de los sistemas, en la que cualquier modificación en alguno de los elementos del mismo, tendrá consecuencias en el resto de los elementos y así también en la totalidad del sistema. Por este motivo, se considera de suma importancia integrar a los padres en el tratamiento como agente principal de cambio y como elemento constitutivo de la complejidad que el mismo involucra.

Conclusión

Este trabajo se propuso revisar los artículos científicos más actuales sobre la Terapia Familiar en familias con un miembro diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista.

En un primer momento del desarrollo, se describieron modelos utilizados actualmente en la clínica aplicados a familias con un miembro con TEA. Dos de estos modelos, realizan una adaptación de terapias familiares sistémicas, una de ellas la Terapia Familiar Estructural de Salvador Minuchin (1974) y la segunda la Terapia Breve centrada en Soluciones llevada a cabo por Steve de Shazer (1985). Otro de los modelos propuesto por Solomon y Chung (2012) propone la terapia familiar como un apoyo para la familia, en la que el terapeuta no debía ser experto en autismo, sino serlo en terapia familiar. Un cuarto modelo implementa un modelo de terapia de pareja “Emotionally Focused Couple Therapy” (2017) que integra los aportes de la teoría del apego, la psicología existencialista y técnicas sistémicas. Su objetivo principal es trabajar en el fortalecimiento del subsistema conyugal, ya que esto tendría efectos positivos en la crianza. Por último, la Dra. Rattazzi (2016) y Alan Carr (2018) mencionan diversos programas de entrenamientos a padres que les brindan herramientas concretas para poder abordar distintas problemáticas que conlleva el trastorno.

En un segundo momento, se indagó acerca de los factores que justifican la necesidad de terapia familiar a raíz de las investigaciones recabadas: ciclo vital, estrés familiar y recursos de afrontamiento. Estos hacen referencia a la dificultad de adaptación al diagnóstico y pronóstico por parte de la familia, al estrés parental, a la predisposición a síntomas de depresión y ansiedad, a los conflictos en la pareja conyugal y a la fuerte influencia del contexto socio-económico en relación a los recursos que esta posea, a su idiosincrasia, y a los modos de comportarse y de llevar a cabo las funciones de crianza.

A raíz del recorrido realizado por los distintos artículos, es posible concluir que cada uno de ellos hace referencia a la importancia de trabajar principalmente con el subsistema

parental y conyugal. El objetivo en común que persiguen es el de poder reducir el estrés familiar y promover la autoeficacia parental, brindándoles herramientas para lograr el empoderamiento y, como consecuencia, desarrollar patrones interaccionales más funcionales con los miembros del sistema, teniendo en cuenta que la adaptación a las distintas etapas del ciclo vital para estas familias requiere el desarrollo de habilidades específicas, a diferencia de familias con un desarrollo típico. A su vez, se hace hincapié en trabajar con la pareja para fomentar y fortalecer el apoyo mutuo y poder crear redes de apoyo sólidas que puedan contribuir en las tareas de crianza. Como se ha mencionado anteriormente, la importancia del trabajo con las familias radica en la concepción de esta como fuente de cambio en la totalidad del sistema. El papel del terapeuta es de suma importancia, ya que forma parte del sistema consultante y es, en conjunto con los padres, quienes son los expertos en sus hijos, que deberán co-construir los objetivos de trabajo y el compromiso de llevarlo a cabo.

En futuras líneas de investigación, se sugiere indagar sobre el funcionamiento de familias con hijos con TEA en la etapa de la adolescencia y la adultez, debido a que hay una gran escasez de aportes para esa etapa vital y, como se ha destacado, esta condición acompaña durante toda la vida de la persona y su familia. También se observa que los artículos mencionan a familias tradicionales compuestas por la pareja parental y un hijo con TEA, pero no se consideran familias monoparentales, ni con varios hijos. Por otro lado, dentro de las investigaciones recabadas, solo algunas han puesto a prueba sus métodos, y si bien los modelos resultaron beneficiosos para los objetivos propuestos, se considera de suma importancia lograr reunir mayor evidencia empírica que respalde a estos modelos.

Retomando la metáfora del “three-legged stool”, la Terapia Familiar es una de las tres patas necesarias para el abordaje integral del Trastorno del Espectro Autista. El aporte que realiza la epistemología sistémica al tratamiento de TEA consiste en poder comprenderlo y abordarlo desde la complejidad que representa, es decir, teniendo en cuenta los múltiples elementos que interactúan e influyen desde una perspectiva de causación circular. De esta manera, se evita una mirada reduccionista que sólo intervenga en un aspecto, ya sea el médico o el conductual, y se habilita la posibilidad de reconocer y trabajar con las interrelaciones entre los diferentes sistemas y las propiedades que de ellas emerjan.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (5ª ed.). Washington DC: Autor.

-
- Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336.
- Brockman, M., Hussain, K., Sanchez, B., y Turns, B. (2015). Managing Child Behavior Problems in Children With Autism Spectrum Disorders: Utilizing Structural and Solution Focused Therapy With Primary Caregivers. *The American Journal of Family Therapy*, 44 (1). DOI: 10.1080/01926187.2015.1099414
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41, 153-213. doi: 10.1111/1467-6427.12226
- Falicov, C., J. (1991). Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires, Amorrortu.
- Gimeno, A. (1999). *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Haley, J. (1980). Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. (1.ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Howling P, Goode S, Hutton J & Rutter M. 2004. Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(2), 212–229.
- Hickey, E., Hartley, S., Papp, L. (2019). Psychological Well-Being and Parent-Child Relationship Quality in Relation to Child Autism: An Actor-Partner Modeling Approach. *Family Process*, x (x), 1-15. doi: 10.1111/famp.12432
- Lee, N., Furrow, J. y Bradley, B. (2017). Emotionally focused couple therapy for parents raising a child with an autism spectrum disorder: a pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(4), 662–673. doi: 10.1111/jmft.12225
- Minuchin, S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*. (9ª e.d.). Barcelona: Gedisa.
- Mira, A., Berenguer, C., Baizauli, I., Roselló, B., y Miranda, A. (2019). Contexto familiar de niños con autismo. Implicaciones en el desarrollo social y emocional. *Medicina*, 79(1), 22-26.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Parker, M. L., Diamond, R. M., & Auwood, L. H. (2019). Exploring Exceptions and Discovering Solutions: A Case Presentation of Autism and the Family. *Family Process*, 1–12. doi: 10.1111/famp.12500

- Rattazzi, A. (2017). *El rol de las intervenciones mediadas por padres en los trastornos del espectro autista: el papel central de las familias*. En Valdez: *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo* (pp. 151-166). Buenos Aires: Paidós.
- Sale, S. (2016). *Familia y Ciclo Vital Familiar*. En Wainstein: *Escritos de Psicología Social* (pp. 101-126). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Solomon, A. y Chung, B. (2012). Understanding Autism: How Family Therapists Can Support Parents of Children With Autism Spectrum Disorders. *Family Process*, 51 (2), 250–264.
- Valdez. D. (2017) *Autismos: estrategias de Intervención entre lo clínico y lo educativo*. Buenos Aires: Paidós.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M.; Wittner, V (2016). *¿Qué es una familia?*. En Wainstein, M. *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JVE Ediciones.

MIRADA SISTÉMICA Y CREATIVA EN FAMILIAS CON UN HIJO DIAGNOSTICADO CON ASPERGER

Hair de Jesús García Hernández²³,

Estefanía Mera Quiñonez²⁴,

Erika Paola Salamanca Beltrán²⁵

Resumen

El presente artículo de revisión documental tiene como objetivo reconocer desde una perspectiva ecosistémica cómo ha sido abordado el fenómeno de síndrome de asperger (AS) clasificado dentro del trastorno espectro autista (TEA), según el DSM IV, teniendo en cuenta artículos de investigación publicados entre los años 2009 al 2018, reconociendo los aportes al fenómeno desde diferentes disciplinas de las cuales se retomaron documentos en español e inglés, con la finalidad de tener un panorama global del AS, lo que permitió identificar cómo se configura la realidad de las familias, sus interacciones y recursiones con los sistemas amplios, así como un acercamiento e intervención del TEA desde la psicología y otras disciplinas, y el abordaje psicoterapéutico desde los enfoques sistémico y cognitivo conductual. Como conclusión general se destaca que si bien, ha sido abordado el fenómeno de estudio a nivel clínico e interventivo, las investigaciones se han centrado en explicaciones lineales y causales, lo que invita a generar comprensiones multidimensionales, que tenga en cuenta la relación de las familias con los diferentes sistemas amplios, así como a la reconfiguración de escenarios interventivos que permitan visibilizar los recursos con los que cuentan estos sistemas.

Palabras Clave: trastorno espectro autista, familias, sistemas amplios, enfoque sistémico, psicología.

23 Psicólogo Corporación Universitaria Minuto de Dios, Licenciado en Educación Básica con énfasis en Educación Artística Universidad del Tolima, Candidato a Magíster en Psicología Clínica y de la Familia Universidad Santo Tomás; Bogotá, Colombia; hairgarcia@usantotomas.edu.co

24 Psicóloga y Candidata a Magíster en Psicología Clínica y de la Familia Universidad Santo Tomás; Bogotá, Colombia; estefaniamera@usantotomas.edu.co

25 Psicóloga y Candidata a Magíster en Psicología Clínica y de la Familia Universidad Santo Tomás; Bogotá, Colombia; erika.salamanca@usantotomas.edu.co

Abstract

This review article document aims to recognize from an ecosystem perspective how the phenomenon of Asperger Syndrome (AS) classified within Autism Spectrum Disorder (ASD) has been addressed, according to DSM IV, taking into account a couple of research articles published between from 2009 to 2018, recognizing the contributions to the phenomenon from different disciplines from which were taken some documents both Spanish and English languages, to have a global overview of the AS, which allowed us to identify how the reality of families, their interactions and recursions with broad systems, as well as an approach and intervention of ASD from psychology and other disciplines, and the psychotherapeutic approach from the systemic and cognitive-behavioral strategies. As a general conclusion, it is highlighted that although the studies of this phenomenon have been addressed at the clinical and interventional level, the investigations have focused on linear and causal explanations, which invites to multidimensional understandings, which takes into account the relationship of families with the different wide systems, as well as the reconfiguration of interventional scenarios that allow visualizing the resources that these systems have.

Key words: autism spectrum disorder, families, broad systems, systemic approach, psychology.

Introducción

El presente artículo da cuenta de los hallazgos y comprensiones de las investigaciones consultadas a la luz de diferentes perspectivas disciplinares desde un enfoque sistémico entorno al diagnóstico de Síndrome de Asperger. En ese sentido, dentro de los aspectos relevantes encontrados, se buscó establecer un estado del conocimiento actual al respecto, en relación con los la problematización y construcción conceptual del fenómeno de estudio en el que se destaca las configuraciones familiares entorno a lo definido como diagnóstico, las cuales guardan sentido a partir de unas creencias y experiencias definidas en un contexto histórico, social y cultural.

Así mismo, los aportes de las investigaciones realizadas se centran en el reconocimiento de la calidad de vida y formas de afrontamiento de las familias ya que al parecer la llegada del diagnóstico puede llegar a generar desestabilización y ruptura en las

dinámicas familiares, su identidad y emocionalidad, experimentando sentimientos asociados al temor, desesperanza e incertidumbre.

Por otra parte, se dará cuenta a través de tales hallazgos la forma en cómo los roles y estilos de crianza se ven afectados, ya que dicho diagnóstico usualmente se cristaliza en el sistema y mantiene una barrera. No obstante, el género al parecer incide de manera significativa situando a las madres como aquellas que asimilan y desarrollan estrategias que permitan el afrontamiento del diagnóstico con más facilidad en comparación de los padres.

Por otro lado, los autores plantean la importancia del trabajo con sistemas amplios, que posibiliten recursiones e intervenciones integrales que trasciendan un nivel causalista, determinista y psicoeducativo, generando aperturas hacia miradas circulares y posibilitadoras que posicionan a las familias desde posturas generativas y potencializadoras de sus propios recursos, ya que es de vital importancia que tanto las familias, como el miembro diagnosticado, se reconozcan como un sistema con igualdad de condiciones y oportunidades. Dicha necesidad tiene su origen al evidenciar cómo usualmente algunas instituciones pueden llegar a ser especialistas en atender el “síntoma” desde un carácter determinista, más no desde lecturas relacionales, que permitan la emergencia de novedades adaptativas.

MÉTODO

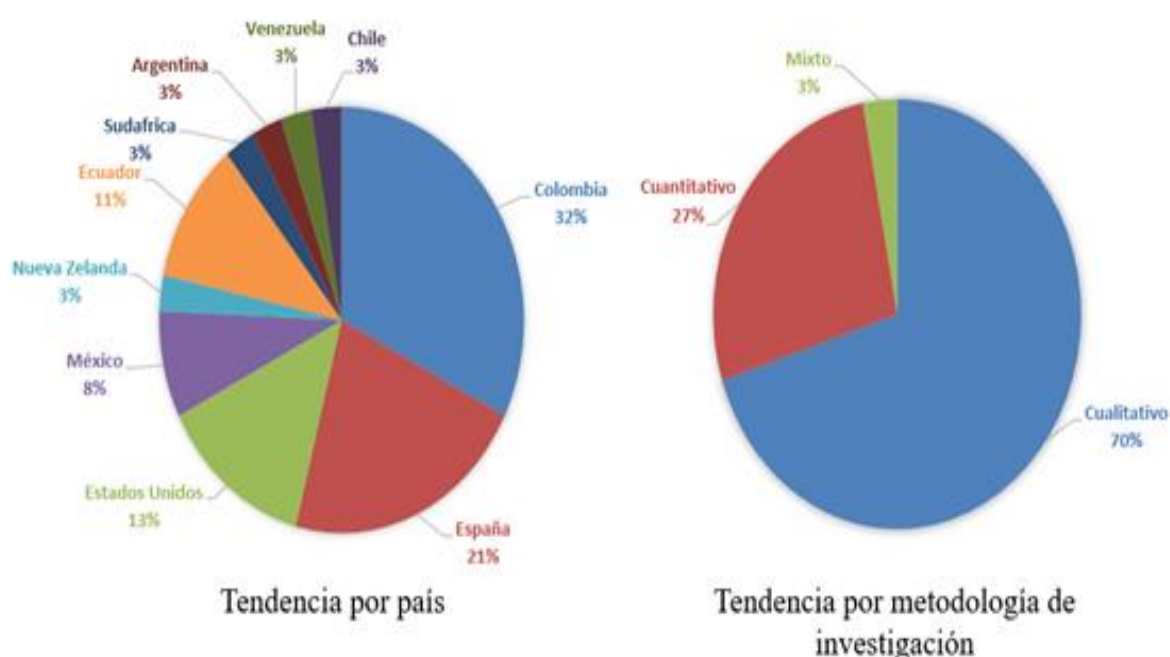
El presente artículo surge a partir de una revisión sistemática de productos de investigación que incluyen tesis (14), estudios de caso (6), artículos de resultados de investigación (27) y artículos de revisión (3). El periodo de tiempo para la realización del estudio es de 9 años (2009 y 2018), consultando productos de investigación de diferentes campos de conocimiento como la Psicología, Trabajo Social, Medicina y Pedagogía, el idioma de las fuentes bibliográficas consultadas fue en español e inglés.

En relación con lo expuesto, se tuvo en cuenta el desarrollo de matrices de sistematización documental de cada una de las referencias, las cuales fueron buscadas en bases de datos como Redalyc, Jstor, Scielo, ScienceDirect, Sage Journals, repositorio USTA (Universidad Santo Tomás-Bogotá) y Google Académico. Para ello, se realizó una búsqueda haciendo uso del algoritmo booleano AND, teniendo en cuenta los tópicos de búsqueda family, asperger, therapy, familia, autismo, estrategias, sociedad, children e intervención.

El método para clasificar, codificar y evaluar la calidad de la información, se desarrolló en coherencia con los tópicos de búsqueda, provenientes de revistas indexadas correspondientes a los campos de conocimiento en las que se incluyeron 50 documentos.

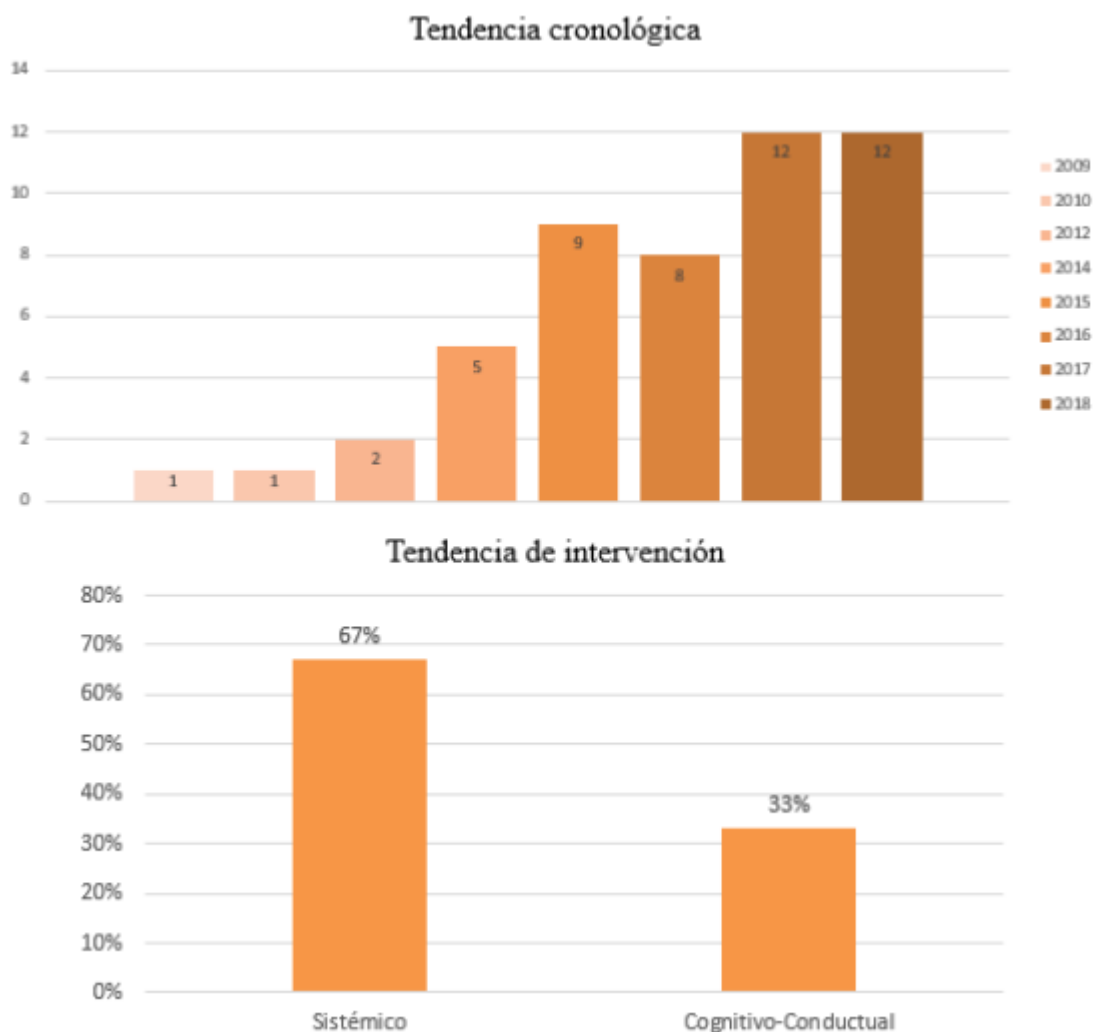
La revisión bibliográfica permitió vislumbrar las tendencias por metodologías de investigación, las cuales fueron 70% cualitativas, 27% cuantitativos y 3% mixtas. Entre los países con una mayor producción investigativa frente al fenómeno de investigación, se menciona Colombia, España y Estados Unidos.

Gráfica No. 1. Tendencias por país y Metodologías de investigación



Finalmente, en relación con la tendencia cronológica, el rastreo de información permitió reconocer, que durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron un mayor número de investigaciones en relación con el fenómeno de investigación, seguido por el 2015, 2016 y 2014. En este sentido, las diferentes investigaciones presentaron aportes interventivos a la psicología clínica desde el enfoque sistémico con un 67% y desde el enfoque cognitivo/conductual con un 33%, favoreciendo la construcción de conocimiento relevante para la disciplina de la psicología.

Gráfica No. 2. Tendencias cronológicas /intervención



RESULTADOS

Teniendo en cuenta el análisis y selección de documentos, a continuación se presentan los resultados en relación con las concurrencias, complementaridades y antagonismos de la revisión documental realizada, la cual despliega los ejes temáticos que recogen las voces de cada uno de los autores consultados.

Configuración de la realidad familiar en relación al diagnóstico del síndrome de asperger

Las familias con un hijo diagnosticado con TEA (trastorno del espectro autista) se enfrentan a cambios en las dinámicas relacionales y comunicacionales dentro de su nicho; lo que resulta ser complejo, puesto que desde un primer momento suponen que el diagnóstico podría generar frustración e impotencia (Aguilar-Villota, Heredia, Pasantez & Villavicencio

2017), conectándose con lo dicho por Kaufmann (2014) quien afirma que el sentimiento de culpa entre los miembros pertenecientes al sistema es una forma de resolver el problema .

Por otra parte, pareciera que el contexto sociocultural podría influir en gran medida la forma en cómo se asume el diagnóstico; según Mthombeni & Nwoye (2018) en países como Sudáfrica, se considera que el trastorno del espectro autista tiene causas sobrenaturales pretendiendo la curación por medio de un sistema de creencias y tradiciones, lo cual ocasiona frustración y altos niveles de estrés cuando se evidencia que la “enfermedad” de los hijos no tiene cura.

En otras palabras, se reconoce una desinformación frente al diagnóstico que puede considerarse agobiante para la familia debido a relatos saturados del problema que imposibilitan la emergencia de novedades adaptativas. Se debe tener en cuenta que las investigaciones consultadas enfatizan en la calidad de vida que deben tener estas familias. Por ejemplo, en el estudio descrito por Ikeda, Hinckson & Krägeloh (2014) permitió identificar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con autismo en un rango de edad de 5 a 20 años por medio de un instrumento utilizado denominado PedsQL; concluyendo que la calidad de vida de estos niños o jóvenes depende en gran medida el desarrollo de trastornos asociados al estado del ánimo. Afirmación que se conecta con García (2012) quien en su artículo manifiesta que los niños diagnosticados con TEA presentan inestabilidad emocional y autoestima disminuida, lo que impacta directamente las dinámicas familiares.

En concurrencia con lo anterior, se manifiesta que los padres de niños diagnosticados con autismo generan en su mayoría inflexibilidad psicológica, es decir, evitación experiencial, poco interés por el presente, fusión cognitiva y falta de claridad en valores. Factores que pueden estar asociados a las dificultades cognitivas de los padres, escasos recursos socioeconómicos y falta de redes de apoyo; parámetros fundamentales dentro del proceso interventivo, ya que el foco de partida sería el abordaje de sus necesidades anteriormente mencionadas (Giraldo, 2018).

Al hacer la distinción entre los padres y madres al momento de afrontar el diagnóstico de TEA o de síndrome de Asperger Aguilar-Villota, Heredia, Pasantez & Villavicencio (2017) infieren que las madres presentan mayor apego emocional teniendo en cuenta que proveen los cuidados del niño, al contrario de los padres quienes suelen centrarse en el problema, viéndose incluso afectada su masculinidad y desplegándose una negación y dificultad para afrontar el problema de manera generativa. En otros estudios, se encuentra que en efecto existen diferencias significativas entre un padre y una madre al momento de recibir

el diagnóstico de AS; ya que, usualmente la figura paterna es quién aporta al sustento económico a diferencia de la madre quién decide y debe quedarse en el hogar encargándose del cuidado y crianza.

De lo anterior, puede inferirse una dificultad para asimilar el diagnóstico lo que ocasiona reajustes en los roles familiares, quedando establecidos para el resto de la vida, puesto que un cambio en alguna de las rutinas del niño le generará crisis. Además, la madre del niño o niña con este diagnóstico considera que no tiene herramientas que favorezcan su autonomía. Algunas familias presentan una posible negación hacia la discapacidad de su hijo(a) Arallano & Peralta (2017), refieren la existencia de una barrera ante la autodeterminación, por ello se debe apostar a un trabajo mancomunado entre familia, profesionales y escuela con la finalidad de encaminar intervenciones que favorezcan la autonomía, calidad de vida e inclusión social de los niños con TEA.

Los padres de niños que padecen autismo suelen sentirse más frustrados debido a los múltiples intentos por comprender a su hijo y buscar de forma permanente recursos educativos para apoyar su desarrollo, ocasionando un cambio en la dinámica familiar tras recibir el diagnóstico de trastorno espectro autista de cualquier miembro de la familia. Las terapias psicológicas tanto para madres y padres deben impulsar a la creación de espacios de cuidado y autocuidado, grupos de autoayuda y creación de espacios recreativos para la familia (Ráudez, Rizo & Solís, 2017). Lo anterior se relaciona con lo expuesto por Mora (2017) y Fernández, Pastor & Botella (2014) quienes aducen que las familias con un adolescente diagnosticado con TEA puede llegar a experimentar estrés imposibilitando procesos coevolutivos y de afrontamiento del sistema familiar, complejizando el ciclo vital de cada individuo y llevando de esta forma a un deterioro físico y mental de los padres.

Todos los efectos de este diagnóstico en programas de intervención con las familias minimizan los efectos de la crianza de niños con TEA y TEA+TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), facilitando cambios comportamentales, incentivando el desarrollo de estrategias protectoras de forma temprana, que favorecen el equilibrio y control de comportamientos desafiantes, y mejoran a su vez la dinámica familiar (Tijeras, et al., 2015).

De forma antagónica se encuentran los hallazgos de la investigación realizada por Navot, et al. (2015), quien encuentra en un primer momento que las madres suelen culparse por el problema y se enfrentan a una nueva construcción identitaria por la enfermedad y discapacidad de sus hijos; además, se destacan comportamientos de aislamiento, temor y confusión con respecto a la proyección hacia el futuro. Este estudio propone tres

características de estilos de afrontamiento de las madres ante el diagnóstico: 1.) culpa; 2.) miedo al futuro y competencias y 3.) aislamiento vs soporte. Se debe resaltar que el apoyo social facilita la adaptación materna al diagnóstico de TEA de sus hijos, mientras que la culpa, aislamiento, el miedo y la confusión conllevan a desajustes. Una vez que las madres se adaptan al diagnóstico de TEA de su hijo primogénito, este parece no afectar en la planificación familiar, debido a que las madres que decidieron tener un segundo hijo asumieron que si llegase a tener TEA podrían asumir el reto, ya que expresaban tener confianza en la capacidad de solución de problemas.

Por otro lado, Sicherman, Loewenstein, Tavassoli, & Buxbaum, (2018) infieren que los amigos y los abuelos son fundamentales a la hora de identificar el diagnóstico, ya que en ocasiones son ellos quienes sospechan que “algo no está bien con el niño”, ayudando a determinar el diagnóstico de manera temprana. Es relevante que cuando hay existencia de hermanos mayores en el núcleo familiar, el diagnóstico se detecta más temprano a diferencia de los hijos únicos, ya que los hermanos mayores se pueden tomar como punto de referencia, debido a la trayectoria de los padres en el proceso de crianza.

En concurrencia con lo dicho, Ruiz & Tárraga (2015) sugieren que para intervenir se deben tener en cuenta a todos los miembros de la familia incluidos los niños con diagnóstico de TEA, creando espacios que permitan el reconocimiento de las necesidades individuales y familiares; así mismo, diseñar intervenciones desde una perspectiva sistémica y eficaz. También, es relevante reconocer los estilos de afrontamiento propios de las familias una vez reciben el diagnóstico, los cuales dependen de las características personales que surgen como resultado de las interacciones con el ambiente y que se utilizan como una forma de enfrentar las situaciones estresantes (Tijeras, et al., 2015). Estas estrategias deben articularse desde una intervención sistémica compleja donde se tendrán en cuenta las movilizaciones en la dinámica familiar, posibilitando una resignificación del diagnóstico desde la generatividad y la prospectiva vital esperanzadora.

El afrontamiento apunta a desarrollar en el sistema familiar la resiliencia, capacidad del ser humano para hacer uso de sus propios recursos ante las adversidades, considerada como un proceso clave para la adaptación y el bienestar de la salud mental. En algunos cuidadores de niños con TEA se identifica altos niveles de resiliencia como método de afrontamiento y atenuante a los factores de riesgo, adaptándose a la situación de cuidado (Becerra & Vásquez, 2017). Esto se conecta con Tuberquia & Torres (2018) quienes refieren

que los cuidadores ajustan sus estilos de vida a las demandas de la crianza, lo que les permite nuevas formas de afrontamiento al diagnóstico y posturas generativas respecto al futuro.

Complementando lo anterior, algunos factores de la resiliencia a nivel familiar con un miembro con discapacidad intelectual son: Aceptación, pensamientos positivos y perspectiva de futuro. Del mismo modo se considera que las ocupaciones en el hogar y/o contextos escolares, el apoyo social, la espiritualidad, técnicas de mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, autocompasión y autocuidado, son formas de intervención que buscan que los cuidadores disminuyan niveles de estrés que trae consigo el cuidado y crianza de niños o adolescentes con algún tipo de discapacidad intelectual (Oñate & Calvete, 2017).

Como idea complementaria, se manifiesta que el ocio familiar, también sirve como una posibilidad de afrontamiento y óptimo funcionamiento del sistema familiar ante el diagnóstico, mejorando a su vez las relaciones entre los miembros de la familia y las formas de comunicarse (Walton, 2018). Esta dinámica de afrontamiento en el seno familiar favorecen a cada miembro de la familia incluyendo al portador del síntoma, lo que permite que el adolescente o joven emprenda una búsqueda para consolidar relaciones de intimidad, en las cuales se pueda sentir valorado, autorrealizado y se pueda confirmar también la vivencia del otro (Arias & Hernández, 2009). En este orden de ideas, la individuación permite la adaptación a situaciones novedosas de las vivencias cotidianas, asumiendo posturas de afrontamiento ante las tensiones que no son permanentes y que cambian con el tiempo (Builes, Manrique & Henao, 2017).

Lo cual deja de concebir el diagnóstico como un problema propio del portador del síntoma y pasar a verlo desde una totalidad e integralidad, donde las estrategias de afrontamiento, las redes sociales y sistemas amplios permitirían al núcleo familiar la reconfiguración a nuevos órdenes de organización en las dinámicas relacionales, roles y resignificación entorno a lo considerado como problema permitiéndole al sistema adaptarse a la novedad y encaminarse a los procesos de individuación y autonomía.

Interacciones y recursiones entre familias y sistemas amplios

Respecto a la relación entre familia y sistemas amplios se consideró de suma relevancia reconocer la lectura causalista y determinista frente a la realidad de las familias; por ejemplo, en el caso del sector salud se alude que el síndrome de Asperger requiere de unos planes de evaluación temprana los cuales estén dirigidos a la detección e intervención

temprana, aportando a su vez a las instituciones educativas estrategias que posibiliten procesos de inclusión (Beltrán, Díaz & Zapata, 2017).

Dentro de los resultados encontrados en Colombia, se evidencia que existe una gran cantidad de estudiantes diagnosticados con síndrome de Asperger, lo cual conlleva a repensar y considerar una controversia y es que por una parte, cuando existe una “visibilización” el diagnóstico en un contexto social, podría conllevar a que haya una rotulación de los niños. Sin embargo, por otro lado, al no hacerse visible dificulta el hecho de que no sean tenidas en cuenta las necesidades específicas propias de su proceso de desarrollo a nivel comunicativo y socioemocional en niños y adolescentes (Beltrán, Díaz & Zapata, 2017).

Otra de las dificultades presentadas en familias que portan este diagnóstico es que no tienen los conocimientos y recursos socioeconómicos necesarios para acceder a los servicios ofertados por el sistema de salud, imposibilitando la atención temprana, la efectividad en los procesos de intervención y la adquisición de estrategias de afrontamiento en relación al síndrome, generando que se presenten sentimientos de impotencia al no visibilizar apoyo en las redes externas, lo que lleva a un estancamiento de la capacidad de “adaptación a los cambios, estilos de vida saludables, satisfacción de necesidades básicas, adecuadas prácticas de crianza, proyecto de vida” (Villavicencio-Navia, 2017, p, 126), entre otros.

Por otra parte, se considera relevante retomar lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección, entorno a los sujetos en relación con el diagnóstico del espectro autista, ya que a partir de allí se generó un protocolo clínico, el cual planeó una ruta de atención terapéutica para dicha población, teniendo en cuenta aspectos como: signos de alarma identificados por sus cuidadores primarios mediante su comportamiento y sospecha de trastorno con base en los criterios del DSM-V. Una vez se corrobora dicho diagnóstico se recomienda un abordaje del caso desde una postura interdisciplinar convocando a distintas disciplinas a generar un plan de intervención que apoye los procesos de desarrollo del niño, teniendo en cuenta sus habilidades (Ministerio de Salud y Protección, 2015). Es así, como se considera relevante mencionar que estas miradas desde el sector salud frente a lo configurado como TEA están centradas en un carácter individual, posicionando al sujeto como único portador del síntoma y sobre el cual se debe trabajar, obstaculizando los procesos de cambio.

Sumado a ello, algunas mujeres desde su rol como madres expresan que las políticas establecidas en Colombia en relación a los sujetos en condición de discapacidad, no se cumplen a cabalidad ya que la atención del sistema de salud es deficitaria y sin una atención integral, lo cual obstaculiza los procesos de aceptación frente al diagnóstico (Martínez &

Bilbao, 2008 citados por Zúñiga, 2018). Por lo tanto, como posible solución se propone la creación de una base de datos en el sistema de salud que registre a las familias con un miembro diagnosticado con Síndrome de Asperger y en la que se permita dar cuenta de los procesos de intervención con las familias para garantizar que se den de manera integral, favoreciendo el bienestar de las mismas. (Broder-Fingert et al., 2018).

Los anteriores postulados, reflejan los desafíos a los que se exponen dichas familias, tales como la escasa posibilidad para acceder a los servicios de salud de manera integral y de calidad, en los que la selección de intervenciones para sus hijos juegan un papel primordial con el fin de garantizar una atención adecuada (Dinora & Bogenschutz, 2018). Por lo tanto, Pérez (2014), manifiesta que una de las dificultades es el factor socioeconómico para acceder a dichos servicios influyendo de manera significativa en el estrés que viven estas familias y escasez en sus interacciones sociales, ya que optaron por distanciarse de su entorno para centrarse en la crisis que les genera el diagnóstico. Desde el autor se recomienda brindar a las familias herramientas que favorezcan los procesos de afrontamiento y autonomía. Sin embargo, frente a lo dicho se puede inferir que este tipo de lecturas se siguen posicionando desde la linealidad, asumiendo una postura de causa-efecto, que no permite un intercambio en la información y lecturas de tipo circular que permitan soluciones.

En este orden de ideas, Pickard & Ingersoll (2014), añaden la importancia de realizar mayores estudios que vayan dirigidos a reconocer las redes de apoyo a las que asiste el núcleo familiar de niños diagnosticados con TEA, ya que usualmente las familias que están viviendo la misma situación, pueden llegarse a convertir en una red de apoyo entre sí, posibilitando un intercambio de saberes y experiencias.

Sin embargo, al hacer referencia a un niño diagnosticado con síndrome de asperger y sus procesos de inclusión al sector educativo, se manifiestan inexactitudes, ya que este proceso no se da de manera óptima, por lo tanto, se invita a posibilitar escenarios educativos que promueva la inclusión, actualización de conocimiento en docentes, reconocimiento de las habilidades sociales e individuales para el fortalecimiento de sus falencias (González-Mercado, Rivera-Martínez & Domínguez-González, 2016). Pues como afirman Raimilla & Morales (2014), es de vital importancia la articulación entre familia y escuela para posibilitar procesos recursión que conlleve al fortalecimiento del aprendizaje.

Acercamiento e intervención al TEA desde la psicología y otros campos de conocimiento

El trastorno del espectro autista (TEA) es un padecimiento cerebral que afecta las habilidades emocionales, comunicativas y sociales del individuo que la sufre, comprometiendo así, la calidad de su vida y la de su familia. El TEA, dificulta los aspectos sociales y del aprendizaje, generando dependencia, estricto cuidado e improductividad del paciente. Con base en lo anterior, se entiende que el autismo impacta profundamente no solo al paciente, sino a la familia de muchas maneras; resaltando su situación como frustrante, en donde suelen sentir rechazo del niño o niña autista debido a que no muestra sentimientos de afecto hacia ellos.

La psicología ha generado aportes significativos respecto a estudios e investigaciones, posibilitando modelos de intervención de los cuales cabe mencionar la terapia estructuralista, la cual busca promover el cambio dentro del sistema, teniendo como objetivo la reubicación de los miembros de la familia con el fin de construir alianzas y estructuras más sanas.

Por esta razón, la terapia de aceptación y compromiso, se emplea la teoría del lenguaje y la cognición, la dimensión funcional de la evitación experiencial; y promueve la investigación básica y los ensayos controlados con los pacientes (Lozano-Segura, et al., 2017). Así mismo, existen otras estrategias de intervención, como el teatro, el juego y el arte, la cuales tienen como objetivo optimizar y posibilitar los procesos de socialización, comunicación y expresión emocional de niños con dicho diagnóstico, lo cual es apoyado por Arbeláez, Salgado-Montejo & Velasco (2010) al mencionar en su investigación que a través de este tipo de estrategias no solo impactan en las habilidades cognitivas, sino que trascienden a aspectos emocionales y mentales del niño.

Desde la pedagogía, el juego es utilizado como estrategia de intervención, permitiendo que los niños con TEA estimulen las habilidades comunicativas, mediadoras y reguladoras, posibilitando el desarrollo de las funciones del lenguaje que les permitan a los niños el establecimiento de vínculos significativos, invitándolos a que relacionen con sus pares (González-Moreno, 2018). Lo que se relaciona con Delgado (2016) quien refiere que tanto el ámbito familiar, como el entorno educativo deben ser partícipes en el desarrollo, trabajando conjuntamente para orientar a los niños y niñas a reproducir lo aprendido en el contexto familiar, en el aula y viceversa, lo que contribuye enormemente a construir una nueva realidad del aula para una adaptación social con sus pares y con su entorno escolar que genera un equilibrio armónico y con un significado positivo para los adolescentes con TEA (Cofré, 2015).

En cuanto a la psicopedagogía Blanco, Regueiro, & González (2016) proponen como herramienta terapéutica el teatro ya que permite simular ambientes en los que cualquier persona puede compartir sus emociones, impresiones y opiniones sin cohibiciones. El teatro, mediante su dinámica de roles, permite que los jóvenes con TEA logren comunicar expresiones cargadas de emoción, y así, se fomenta una percepción positiva individual y grupal, que les permite comprender el mundo que los rodea.

Regis (2016), señala que la arteterapia, permite estimular y mejorar las funciones ejecutivas, las habilidades comunicativas y la expresión emocional de los niños y adolescentes con TEA, buscando disminuir las “rabietas”, descargándolas y regalándoles emocionalmente dichas conductas mediante la expresión artística. Si se ejecuta debidamente esta estrategia terapéutica, se logrará la construcción de relaciones interpersonales.

Con base a la investigación realizada del estado del arte, referente al acercamiento y los modelos de intervención para atender el TEA, se puede concluir que el adolescente que lo sufre se ve afectado a nivel cerebral, emocional y socialmente hablando. No obstante, se observa que este trastorno genera una serie de condiciones especiales no solo para el paciente, sino para las personas con las cuales interactúa.

En este sentido, la psicología, la psicopedagogía, el trabajo social y la medicina, en especial la pediatría, han buscado generar modelos de intervención que permitan brindar herramientas o estrategias terapéuticas que velen por la estabilidad en las habilidades comunicativas, emocionales y sociales del adolescente y su familia. Estos modelos de intervención (psicodinámica, biomédica, psicoeducativa, conductual, combinada o modelo TEACCH, el juego de roles, el teatro y el arte) permiten potenciar en los niños y adolescentes con TEA, el desarrollo de las áreas social, emocional y comunicativa, permitiéndoles afrontar las situaciones a las cuales se enfrenta desde su condición, en su diario vivir.

Abordaje y diálogos psicoterapéuticos del TEA: enfoque Sistémico y Cognitivo – Conductual

Basados en las propuestas de los enfoques de la psicología clínica Sistémica y Cognitivo-Conductual, se realiza acercamiento al trastorno del espectro autista (TEA), dado que, en primer lugar, cabe mencionar que, de la bibliografía indagada, se encontró que los aportes de intervención desde la psicología clínica para el TEA, son principalmente del enfoque sistémico.

El enfoque cognitivo conductual, presenta varias estrategias terapéuticas a la hora de abordar el TEA, donde es necesario mencionar las más utilizadas, la terapia de aceptación y compromiso, el mindfulness y el desarrollo de la compasión y el afrontamiento. Con estas estrategias se busca fomentar el bienestar en el paciente afectado y a sus cuidadores (Oñate & Calvete, 2017).

No obstante, la terapia de aceptación y compromiso tiene como objetivo viabilizar y canalizar los índices de estrés de los padres de niños o niña con TEA. Se busca con esta estrategia que los padres acepten la condición del niño y la nueva estructuración familiar, mitigando pensamientos negativos. Esto se logrará teniendo en cuenta la planeación, resolución del problema y generación de redes de apoyo como factores protectores que disminuyen notablemente el estrés parental y ayuden a que los padres tengan dominio de sus hijos. (Lozano-Segura, Manzano-León, Casiano & Aguilera-Ruiz, 2017).

Por otra parte, Bravo-Álvarez & Frontera-Sancho (2016) proponen la rehabilitación cognitiva para la población con TEA. Esta estrategia busca mediante ejercicios de entrenamiento cognitivo mejorar la atención apuntándole a intervenciones generalizadas que potencien el aprendizaje. Se deben generar programas de entrenamiento cognitivo directo que supongan cambios significativos a nivel atencional en esta población. Por su parte Vives-Montero & Ascanio-Velasco (2012) Resaltan que las intervenciones que se encargan de entrenar a los niños en habilidades sociales, eliminan las conductas agresivas del diagnosticado y proporciona una serie de alternativas de resolución de problemas con sus pares o compañeros.

Otra estrategia proporcionada desde el enfoque cognitivo conductual, es la de los juegos de rol. Esta estrategia apuesta a la construcción de ambientes inclusivos donde la familia tenga un rol activo. El juego de roles les permite a los niños simulaciones de situaciones cotidianas, con el fin de que generalicen y repliquen lo aprendido en los distintos contextos en los que interactúan en su cotidianidad. Es, decir que, la estimulación de las habilidades emocionales incide de manera positiva en las relaciones sociales de los niños, lo que genera entonces cambios a nivel neurocognitivo. Este tipo de intervención busca mediante las habilidades emocionales y sociales, generar cambios positivos en los procesos atencionales, comprensivos, ejecutivos y viso-construccionales (Villanueva-Bonilla, Bonilla-Santos, Ríos-Gallardo & Solovieva, 2018), lo que en concurrencia se relaciona con lo expuesto por Coronel (2018), al mencionar que las estrategias de intervención conductistas posibilitan un desarrollo de los procesos de atención y retraining que infieren en el

comportamiento, minimizando los problemas de conducta que se pueden llegar a presentar, llegando de esta forma a favorecer el establecimiento de las relaciones sociales.

Se logra evidenciar, que las estrategias de intervención abordadas desde el enfoque cognitivo-conductual para el TEA, buscan fortalecer las habilidades sociales, atencionales, emocionales, entre otros, que como refiere Rodríguez (2016), dichas estrategias cognitivo conductuales se dirigen a sujetos diagnosticados con TEA y sus familias, buscando un desarrollo de capacidades, deseos, preferencias y necesidades que permitan a las personas con TEA y su familia mantener contacto con otras personas y relacionarse. Aunque se evidencia trabajo dirigido a nivel familiar, no se logra vislumbrar miradas complejas, circulares y relacionales en este nivel. Partiendo de que el síntoma reorganiza el entorno en el que se desenvuelve el niño (familia, escuela, sociedad), es crucial un abordaje con una metodología que involucre de manera activa el sistema o la familia en la cual pertenece el adolescente.

Ahora bien, en consecuencia a lo anterior, las estrategias proporcionadas por la psicología clínica sistémica, buscan abordar al paciente con TEA no desde la perspectiva unipersonal, sino desde los vínculos, la resiliencia y autonomía tanto del adolescente como de la familia. Esto es clave para el afrontamiento de un trastorno generalizado del desarrollo, el cual conforma un entramado vincular, enmarcado en el ámbito de las relaciones de la familia con sistemas amplios, convocando a diversas disciplinas y grupos sociales. Se logra mediante esta estrategia, una resignificación del sentido que se le otorga al abordaje del trastorno generalizado del desarrollo, posibilitando comprensiones más amplias e interrelacionadas, desde una perspectiva ecológica, posibilitando para la psicología clínica formas de intervención con un alcance más generativo (Ávila, Pereira & Sosa, 2015). Complementario a lo anterior, Morales (2017) plantea que el proceso terapéutico busca que las familias se entrenen y sea agentes activos y participativos en la intervención, entendiendo que las familias y los terapeutas son sujetos autónomos.

De acuerdo con la investigación realizada por Muñoz & Villafradez (2016), buscaron comprender los sistemas de significación y las formas de organización que emergen en la relación entre una familia con un hijo diagnosticado con TEA. La intervención empleada se orientó hacia el fortalecimiento de las redes vinculares a través del reconocimiento de mitos, epistemes y ritos sobre los cuales se enmarca el diagnóstico y las relaciones del sistema familiar con el portador del síntoma.

Por otro lado, la terapia familiar estructuralista, busca comprender la forma en que el diagnóstico de TEA afecta a la familia a tal punto que genera una reorganización en sus

dinámicas. A través de la terapia estructuralista se permite una reorganización del sistema familiar, mejorando los procesos comunicacionales entre los miembros de la familia de un niño con TEA, dejando de ver el diagnóstico como un factor determinante dentro de su sistema familiar (Miranda, 2015). Por otra parte, y sentados desde el paradigma sistémico, la terapia narrativa plantea como la familia configura una percepción sobre el diagnóstico, generando un significado de ello en su forma, lo cual llega a ser asimilado y aceptado dentro de las experiencias significativas de la construcción de la identidad del sistema (Hernández & Palacios 2017), que desde la perspectiva de Cleves (2018) generan relatos dominantes en el significado de la experiencia en relación con lo cultural, social, narrativo, histórico y relacional.

CONCLUSIONES

Los discursos predominantes con relación al diagnóstico de TEA son usualmente asociados a deficiencias o carencias que como refieren Pérez & Martínez (2015) se asocian “con el déficit en el razonamiento verbal, la memoria verbal, el lenguaje complejo y la flexibilidad cognitiva” (p, 349), lo cual afecta los sistemas familiares tras el diagnóstico de TEA en uno de sus miembros, se generan desajustes en las dinámicas relacionales puesto que sus narrativas, giran en torno a la desesperanza hacia el futuro que parecieran cristalizarse en un momento específico del pasado, el cual determinará el presente y porvenir, lo que imposibilita la visibilización de los recursos del sistema, y a su vez, la aparición de novedades y adaptación para afrontar lo considerado como problema.

Sin embargo, desde otra perspectiva las familias con un hijo diagnosticado con TEA en ocasiones pueden generar vínculos con los sistemas amplios como las instituciones educativas y de salud que impiden los procesos coevolutivos, ya que las formas de intervención se encaminan a procesos psicoeducativos o asistencialistas que no le permiten como sistema desarrollar su capacidad de autogestión y uso de sus propios recursos.

Cuando se comprende e interviene desde el concepto de red compleja, se facilita la reconfiguración de las dinámicas relacionales entre las familias y los sistemas amplios permitiendo novedades organizativas encaminadas al cambio nutriendo a los procesos de individuación y autonomía.

Las familias con un miembro diagnosticado con Síndrome de Asperger, usualmente despliegan psicopatologías relacionadas con la ansiedad y depresión, éstas emergen a partir

de niveles elevados de estrés, angustia constante, desesperanza, ambigüedad y crisis en todos los miembros que conforman el sistema (Restrepo, 2017).

Otra de las conclusiones se relaciona con el género, permitiendo reconocer que es la figura materna la que generalmente asume con mayor practicidad el diagnóstico de su hijo(a) en comparación de la figura paterna quien dentro de sus formas de afrontamiento asume una postura evitativa (Aguilar-Villota, Heredia, Pasantez & Villavicencio, 2017), es decir, que la negación y el distanciamiento, se convierten en una forma de asumir dicho diagnóstico.

Por otra parte, las condiciones de tipo socioeconómico, inciden significativamente respecto a la posibilidad de acceder a entidades prestadoras de servicios. Pues como lo menciona Giraldo (2018), los sistemas familiares con una economía sostenible tienen mayores oportunidades para acceder a redes de apoyo que les posibilite un mayor afrontamiento frente al diagnóstico a diferencia de las familias con escasos recursos socioeconómicos. Lo cual da paso a inferir que hay una dificultad en la ampliación y gestión de dichas redes y la forma en cómo las recursiones con sistemas amplios posibilitan o imposibilitan los procesos de adaptación.

En cuanto a las formas de abordaje terapéutico con dichas familias, autores como Becerra & Vásquez (2017), se centran en la resiliencia y el fortalecimiento de las redes de apoyo como una forma de afrontamiento. Sin embargo, es importante mencionar que estrategias como estas no posibilitan una recursión en los procesos de intervención, ya que se centran desde un dominio individual y conlleva a cambios tipo I, los cuales consisten en brindar estrategias psicoeducativas de tipo instrumental y desde la expertos, dificultando que las familias reconozcan y hagan uso de sus propios recursos.

Lo anterior se conecta con lo que propone Restrepo (2017), al referir desde la terapia narrativa la importancia de los relatos, permitiendo visibilizar cómo estos emergen frente a lo configurado como problema. Es decir, otorgándole un sentido y significado al diagnóstico y los roles que este cumple en el niño/a, su familia, el sector educativo, de salud y demás entornos sociales.

Por su parte, Ávila, Pereira & Sosa (2015), aducen que la intervención debe ser conducida en diálogo con el sistema consultante, posibilitando escenarios conversacionales en los que se valore como primera medida la voz del niño diagnosticado. Además, de resaltar la importancia de que al escenario terapéutico se convoque a todo el sistema familiar, existiendo así niveles de intervención grupales con otras familias que estén en la misma

situación, posibilitando una intervención de manera simultánea, ya que se parte de la premisa que esto posibilita los procesos de cambio y la ampliación de redes de apoyo.

Por otro lado, dentro del escenario clínico los autores proponen que futuras intervenciones sean mucho más humanizadas, en las que prevalezca una relación más heterárquica con los consultantes, lo cual posibilitará posturas mucho más recursivas frente al diagnóstico (Ávila, Pereira & Sosa, 2015).

En conexión con lo anterior, Muñoz & Villafradez (2016), postulan la importancia de generar lecturas generativas entorno a lo definido como problema, en este caso frente a un diagnóstico, lo cual posibilitó distintos niveles de interacción entre la familia y demás sistemas amplios, posicionando incluso al niño(a) como un sujeto con las mismas posibilidades de acceso a oportunidades. Lo cual invita a futuras investigaciones a realizar lecturas de tipo relacional más no deterministas.

Finalmente, se puede decir que existen pocas investigaciones que vayan más allá de un dominio meramente determinista, en el que hay un experto que brinda a las familias unas estrategias puntuales de manejo ante el sujeto diagnosticado. Por lo tanto, es importante que futuras investigaciones visibilicen las voces de las personas diagnosticadas y la de sus familias desde miradas generativas y recursivas, asumiendo una postura heterárquica entre el terapeuta y el sistema que consulta.

Así mismo, se concluye la importancia de la interdisciplinariedad para este fenómeno de estudio, lo cual garantizará en cierto sentido cambios que posibiliten la emergencia de novedades adaptativas para el sistema, pues en últimas, lo que se espera a partir de la revisión documental realizada es que se logre ir más allá de la asimilación o adquisición de estrategias de afrontamiento, para lograr escenarios de empoderamiento que les permita a las familias posicionarse como sujetos activos y creativos, haciendo uso de sus propios recursos y configurándose desde una mirada generativa, entorno a lo definido como “problema”.

REFERENCIAS

- Aguilar-Villota, C., Heredia, J., Pasantez, C. & Villavicencio, C. (2017). Diferencias del Duelo y Afrontamiento de los Padres de Niños con Espectro Autista. 2(1).
<http://investigacion.utmachala.edu.ec/proceedings/index.php/utmach/article/view/316/259>

-
- Arbeláez, C., Salgado-Montejo, A. & Velasco, A. (2010). El juego de ficción y la teoría de la mente en niños con dificultades sociales. *Diversitas*, (6)1,13-25.
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n1/v6n1a02.pdf>
- Arias, K. & Hernández, N. (2009). Individuación del individuo: Una posibilidad de resignificar las relaciones de intimidad. *Revista Perspectivas* (20), 65-78.
<https://doi.org/10.29344/07171714.20.1249>
- Arellano, A. & Peralta, F. (2015). Autodeterminación personal y discapacidad intelectual: un análisis desde la perspectiva de las familias. <https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero2015463725/15826>
- Ávila, G., Pereira, T. & Sosa, A. (2015). Vínculos, resiliencia y autonomía ante el diagnóstico de un trastorno generalizado del desarrollo. [tesis de maestría, Universidad Santo Tomás]. Repositorio Institucional USTA.
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3713/avilaguevaraginacecilia2015.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Becerra, P. & Vázquez, M. (2017). Capacidad de resiliencia de las personas encargadas del cuidado primario del niño diagnosticado con un trastorno del espectro autista. [tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28450/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
- Beltrán, C., Díaz, L. & Zapata, M. (2017). Tamizaje del síndrome de Asperger en estudiantes de dos ciudades de Colombia a través de las escalas CAST y ASSQ. *Psicogente*, 20(38), 320-335. <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00320.pdf>
- Blanco, A., Regueiro, J. & González, M. (2016). El teatro como herramienta socializadora para personas con Asperger. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(2), 116-125. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.27.num.2.2016.17117>
- Bravo-Álvarez, M. & Frontera-Sancho, M. (2016). Entrenamiento para la mejora de disfunciones atencionales en niños y adolescentes con Síndrome de Asperger a través de estimulación cognitiva directa. *Anales de Psicología*, 32(2), 366-373.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000200008
- Broder-Fingert, S., Qin, S., Goupil, J., Rosenberg, J., Augustyn, M., Blum, N. & Feinberg, E. (2018). A mixed-methods process evaluation of Family Navigation implementation

- for autism spectrum disorder. Autism.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30404548>
- Builes, I., Manrique, H. & Henao, C. (2017). Individuación y adaptación: entre determinaciones y contingencias. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153284002.pdf>
- Cleves, J. (2018). Narrativas de padres de familia y terapeutas de niños con problemas de aprendizaje. [tesis de maestría, Universidad Santo Tomás]. Repositorio Institucional USTA.
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/14586/2018johhancleves.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cofré., M. (2015). Relatos de vida experiencias y vivencias de dos adolescentes con síndrome de Asperger. [tesis de pregrado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. Biblioteca Digital Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3296/TPEDIF%2025.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Coronel, C. (2018). Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21(3), 1119-1136.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi183m.pdf>
- Delgado., V. (2016). Atención temprana en alumnado con síndrome de Asperger: programa para el fomento de habilidades sociales en Educación Infantil. [tesis de pregrado, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla.
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/44751/TFG%20Vanesa%20Delgado%20Lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dinora, P. & Bogenschutz., M. (2018). Narratives on the Factors That Influence Family Decision Making for Young Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of Early Intervention*, 40(3), 195–211. <https://doi.org/10.1177/1053815118760313>
- Fernández, M., Pastor, G. & Botella, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 425-434.
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/630>
- García., C. (2012). Síndrome de Asperger: estudio de 3 casos clínicos en pacientes varones de 3 años, 6 años y 16 años en la ciudad de Lima, Perú. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(2), 41-53.
https://issuu.com/facultaddepsicologiauigv/docs/revista_2012_2_completa/43

-
- Giraldo, C. (2018). Inflexibilidad psicológica y adherencia al proceso terapéutico en padres de niños con autismo. [Resumen Analítico en Educación – RAE, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia. <http://repository.ucatolica.edu.co:8080/bitstream/10983/22632/2/RAE.pdf>
- González-Mercado, Y., Rivera-Martínez, L. & Domínguez-González, M. (2016). Autismo y evaluación. *Revista Ra Ximhai*, 12(6), 525-533. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46148194033.pdf>
- González-Moreno, C. (2018). El juego como estrategia para el desarrollo del lenguaje en un niño con trastorno del espectro autista desde el ámbito de la educación inclusiva. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 9(17), 9-31. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-85502018000200009&lng=es&nrm=iso
- Hernández, M. & Palacios, S. (2017). Parentalidad y Diagnóstico de Discapacidad Intelectual Leve o Moderada: Construyendo Narrativas de Generatividad. [tesis de maestría, Universidad Santo Tomás]. Repositorio Institucional USTA. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4479/Hern%c3%a1ndezmaria2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ikeda, E., Hinckson, E. & Krägeloh, C. (2014). Assessment of quality of life in children and youth with autism spectrum disorder: A critical review. *Quality of Life Research*, 23(4), 1069-1085. <http://www.jstor.org/crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/stable/24726410>
- Kaufmann, L. (2014). La Familia Atravesada por el Autismo de un Hijo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1), 141-156. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102014000100006
- Lozano-Segura, M., Manzano-León, A., Casiano, C. & Aguilera-Ruiz, C. (2017). Propuesta de intervención en familiares de niños con TEA desde ACT para mejorar la convivencia familiar y escolar. *Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 45-55. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v1.897>
- Ministerio de salud y protección social. (2015, marzo). Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de los niños y niñas con trastorno del espectro

- autista. República de Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>
- Miranda, C. (2015). Terapia familiar estructuralista aplicada a una familia con un hijo con autismo. *Ajayu*, 13(2), 284-299.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a08.pdf>
- Mora, C. (2017). Síndrome de asperger: una mirada cualitativa a la dinámica familiar y escolar de niños pertenecientes a la provincia de ñuble, región del Bío-Bío, Chile. *Revista electrónica de trabajo social*, (18), 18-27.
<http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2017/07/2-S%C3%8DNDROME-DE-ASPERGER.pdf>
- Morales, J. (2017). Incidencia de la relación terapeuta – usuario – padres de familia en el desarrollo de la autonomía de niños con necesidades educativas especiales. [tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/25888>
- Mthombeni, Z. & Nwoye, A. (2018). Black South African caregivers' understanding and responses to their children with autism spectrum disorder symptoms: a qualitative study. *South African Journal of Psychology*, 48(1), 99–111.
<https://doi.org/10.1177/0081246317696453>
- Muñoz, J. & Villafradez, F. (2016). Vínculos y Trastornos Generalizados del Desarrollo. Abordaje Ecosistémico con Familias y Contextos Terapéuticos. [tesis de maestría, Universidad Santo Tomás]. Repositorio Institucional USTA.
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3739/munozjuancamilo2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Navot, N., Jorgenson, A., Vander, A., Toth, K. & Webb, S. (2016). Family planning and family vision in mothers after diagnosis of a child with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(5), 605–615. <https://doi.org/10.1177/1362361315602134>
- Oñate, L. & Calvete, E. (2017). Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. *Psychosocial Intervention*, 26, 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.11.002>
- Pérez, D. (2014). Situaciones límites con respecto a las experiencias que presentan diez padres de familia con un hijo con síndrome de asperger, en la provincia de Puntarenas, entre enero y octubre de 2014. [tesis de pregrado, Universidad

- Hispanoamericana]. Repositorio Institucional Sapiencia.
<http://13.65.82.242:8080/xmlui/handle/cenit/918?show=full>
- Pérez, P. & Martínez, L. (2015). Inteligencia fluida y cristalizada en el autismo de alto funcionamiento y el síndrome de Asperger. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 340-359. <https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.12>
- Pickard, K., & Ingersoll, B. (2015). From Research Settings to Parents: The Role of Parent Social Networks in the Choices Parents Make About Services for Their Child With Autism Spectrum Disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 256–269.
<https://doi.org/10.1177/2167702614534240>
- Raimilla, M. & Morales, S. (2014). Niños con necesidades educativas especiales: Requerimientos de familias frente al rol del educador inicial. *Revista Infancias*, 13(1) 8-22
<https://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/infancias/article/view/8100/9791>
- Ráudez, L., Rizo, L. & Solís, F. (2017). Experiencia vivida en madres/padres cuidadores de niños/niñas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista científica de FAREM-Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 6(21), 40-49.
<https://lamjol.info/index.php/FAREM/article/view/3484/3237>
- Regis, P. (2016). Arteterapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué?. *Revista Sophia*, 12(2), 187-194. <http://www.scielo.org.co/pdf/sph/v12n2/v12n2a03.pdf>
- Restrepo, A. (2017). Sentido asignado por los padres a través de las narrativas, frente al hijo/a con diagnóstico de síndrome asperger. [tesis de pregrado, Universidad de Manizales]. Repositorio Institucional Universidad de Manizales.
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/2967>
- Rodríguez, C. (2016). Propuesta de intervención para el desarrollo afectivo-sexual y fomento de la autonomía en adolescentes con TEA. [tesis de pregrado, Universidad de la Laguna]. Repositorio Institucional Universidad de la Laguna.
<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2875>
- Ruiz, R. & Tárraga, R. (2015). El Ajuste Conductual, Emocional y Social en Hermanos de Niños con un Trastorno del Espectro Autista. Una Revisión Teórica. *Revista Papeles del Psicólogo*, 36(3), 189-197. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2612.pdf>
- Sicherman, N., Loewenstein, G., Tavassoli, T. & Buxbaum, J. (2018). Grandma knows best: Family structure and age of diagnosis of autism spectrum disorder. *Autism*, 22(3), 368–376. <https://doi.org/10.1177/1362361316679632>

- Tijeras, A., Fernández-Andrés, M., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez, X., Blázquez-Garcés, J & Tárraga, R. (2015). Estrategias y Estilos de Afrontamiento Parental en Familias con Niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 311-321.
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/63/72>
- Tuberquia, D. & Torres, A. (2018). Procesos de Resiliencia Familiar Frente al Diagnóstico de Discapacidad Intelectual. [tesis de pregrado, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano]. Alejandria Repositorio Institucional Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. <http://alejandria.poligran.edu.co:80/handle/10823/1254>
- Villanueva-Bonilla, C., Bonilla-Santos, J., Ríos-Gallardo, A. & Solovieva, Y. (2018). Desarrollando habilidades emocionales, neurocognitivas y sociales en niños con autismo. Evaluación e intervención en juego de roles sociales. *Revista Mexicana de neurociencia*, 19(3), 43-59. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2018/rmn183f.pdf>
- Villavicencio-Navia, K. (2017). Estudio sistémico del impacto de la crianza de un hijo con Síndrome de Asperger, en el funcionamiento familiar. *Revista Polo de Conocimiento*, (2)11, 116-129.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/396/474>
- Vives-Montero, M. & Ascanio-Velasco, S. (2012). Resultados del tratamiento en un caso con trastorno de asperger. *Revista Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 401-419.
http://www.cop.es/colegiados/AO00777/publicaciones/09%20Vives_Resultados-1.pdf
- Walton, K. (2018). Leisure time and family functioning in families living with autism spectrum disorder. *Autism*, 23(6), 1383-1396.
<https://doi.org/10.1177/1362361318812434>
- Zúñiga, D. (2018). Acompañamiento a las Familias de Miembros Diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista. [tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. <https://docplayer.es/91615481-Acompanamiento-a-las-familias-de-miembros-diagnosticados-con-trastorno-del-espectro-autista-daniela-del-carmen-zuniga-gomez.html>

INTEGRACIÓN SOCIOCULTURAL Y ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LAS PAREJAS INTERCULTURALES

Camilla Viana Gonçalves Pereira²⁶

Resumen

Dado que en la actualidad las parejas interculturales son un grupo de que tienen a ascender con el desarrollo global, este trabajo cabe preguntarse: ¿Cuáles son las estrategias psicosociales de adaptación y sus consecuencias en las parejas interculturales? En este estudio se comprende por adaptación a una nueva cultura las personas que inmigran a un país, y que necesitan afrontar: el ajuste socio-cultural y la adaptación psicológica. Datos sugieren que el cambio hacia el país de acogida puede generar dificultades como la necesidad de dominar un nuevo idioma, pero también dificultades que afectan a su relación conyugal, dado que posee una formación psicológica, social y cultural diferente de la de su pareja. Los resultados constituyen una contribución tanto para las parejas y familias interculturales como para todos los profesionales que se ocupan de este grupo y, en última instancia, para fomentar la tolerancia y la comprensión mutua entre diferentes culturas, en una sociedad cada vez más multicultural.

Palabras-clave: Adaptación sociocultural; interculturalidad; pareja intercultural; ajuste psicológico.

Abstract

Given that intercultural couples are a group that will only grow with global development, it is worth asking oneself; which are the psychosocial adaptation strategies and their consequences in intercultural couples? In this paper, adaptation to a new culture refers to people who immigrate to a new country and must face the sociocultural adjustment and psychological adaptation. Data suggests that moving to a new country can present challenges such as the need to dominate the new language, but also other difficulties that affect the relationship with one's partner resulting from psychological, social and cultural differences. The results represent a contribution to intercultural couples and to professionals that work with such group, as well as to the promotion of tolerance and mutual understanding among different cultural in an ever more multicultural society.

²⁶ Universidad de Salamanca (USAL), Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Salamanca, Brasil (Vila Velha), camillavianagp@gmail.com,

Key words: Sociocultural adaptation; interculturality; intercultural relationship; psychological adjustment.

Introducción

La experiencia individual de la inmigración se vive con rupturas en los lazos familiares, simbólicos, afectivos, lingüísticos, constitutivos de la persona, con la adicción de las experiencias vividas en el nuevo país, que mayormente, presentan reacciones emocionales son contradictorias. En este sentido, la condición de ser un inmigrante genera un malestar y un sufrimiento evidente que necesitan ser reconocidos y situados en los contextos particulares de vivencia de sus protagonistas.

Estas situaciones pueden dificultar la vida en pareja, ya que los mismos influyen en la capacidad de relacionarse o apegarse a alguien. Por eso, este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión narrativa sobre el tema principal “El ajuste psicológico y la adaptación socio-cultural” en el grupo de las parejas y familias interculturales. Es decir, se pretende averiguar las principales dificultades que este grupo afronta a nivel individual, de pareja y familiar, sus consecuencias, así como también, describir cuales son las posibles estrategias que pueden adoptar las parejas y familias interculturales para tener éxito en la adaptación socio-cultural y psicológica en el nuevo país de acogida. Además, aborda los fenómenos relacionales y psicológicos que ocurren cuando dos personas de culturas distintas están inmersas en un contexto de interculturalidad.

Con la investigación académica en este tema, se podrá conducir a la elaboración de nuevas técnicas para una intervención eficaz, tanto a nivel terapéutico como a nivel de prevención, ya que algunas investigaciones avalan que el índice de insatisfacción matrimonial y divorcio es más grande entre parejas interculturales que en aquellos de la misma nacionalidad (Mcgoldrick, Preto, Hines, & Lee, 1991). Se puede considerar que las familias y las parejas interculturales son un nuevo campo de estudio que necesita de mayor atención, una vez que los mismos tienden a ascender con el desarrollo global. Por lo tanto, ampliar el conocimiento de estudios, análisis y comprensión del sistema es una herramienta para poder predecir, acompañar e intervenir frente a las crisis que de manera general las familias interculturales afrontan.

La revisión de la literatura

Las relaciones interpersonales entre culturas diferentes han sido abordadas por la perspectiva de la Psicología Intercultural que se ha desarrollado en los años 70 para investigar las interfaces entre las variables psicológicas y culturales. La psicología intercultural realiza especial énfasis sobre los estudios de los individuos y los comportamientos interpersonales, investigando las categorías como identidad, género y prejuicios (Paiva, 2004).

Para Martín (2007), las personas inmigrantes enfrentan un proceso llamado duelo cultural, es decir, el objeto de duelo (país de origen) no es percibida como una pérdida, sino como una separación, pues la misma está apartada de su entorno (familia, amigo, entre otros grupos de apoyo), lengua, cultura, y nivel social.

Una investigación realizada por Killian (2009), él autor señala que las dificultades vividas por las parejas no son diferentes de las parejas monoculturales, a pesar de que se den dificultades acentuadas. Para Renalds (2011), el conflicto entrará en erupción, aunque la resolución y satisfacción marital pueda ser lograda. Para la autora, independientemente de la diversidad de valores, normas, metas y estilos de comunicación, la relación con base en el amor es esencial para el desarrollo de la satisfacción marital en los matrimonios interculturales.

Iniciar y dar continuidad a una relación intercultural puede ser una experiencia impulsora, ya que la suma de los valores de la diversidad entre culturas trae una ampliación de la visión del mundo no sólo para la pareja, sino también para los hijos y para las respectivas familias de origen (Albu, Tostes, & Leão, 2015), ya que ofrece nuevas opciones de pensamientos y comportamientos. A partir de la vivencia del encuentro con otra cultura, el individuo es invitado a cuestionar su manera de comprender la realidad con la finalidad de introducir otros elementos descriptivos y narrativos (Dantas, Ueno, Leifert, & Suguiura, 2010), tornando el proceso de adaptación a una nueva cultura necesaria e inevitable.

Lechner (2007) afirma que, las personas inmigrantes se ven impulsadas a pedir ayuda, presentándose dicha situación un reto teórico y práctico para todos aquellos que trabajan con esta población. En el ámbito de apoyo psicológico a los inmigrantes, la cuestión fundamental es acoger las experiencias particulares que traspasan las fronteras de la identidad y de la memoria. Aún, para la autora se hace necesario desarrollar una consciencia crítica constructivista capaz de revisar los propios instrumentos conceptuales y prácticas de apoyo tales como, las nociones de identidad, cultura, salud, enfermedad y curación, ya que no basta ofrecer contestaciones hechas para justificar los sufrimientos.

12) Adaptación socio-cultural y el ajuste psicológico

El proceso de adaptación de las personas que inmigran a un país, tiene dos facetas que se correlacionan, aunque no iguales: el ajuste socio-cultural y la adaptación psicológica. La adaptación socio-cultural es el desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades que necesitan ser manejadas para vivir en sociedad. Ya la adaptación psicológica, es comprendida por la capacidad de afrontar situaciones estresantes que impactan sobre el bienestar emocional, el grado de control que el individuo siente que tiene sobre su destino y la satisfacción general con la vida (Basabe, Zlobina, & Páez, 2004).

Este apartado trata de describir los aspectos psico-socio-culturales en la adaptación de una nueva cultura y de los factores protectores de los rituales familiares, una vez que Fiese, et al. (2002) han concluido que las rutinas y rituales familiares están correlacionadas a una mejora adaptación social y una mayor satisfacción conyugal, además de fomentar el bienestar físico y psicológico y un ajuste psicosocial de la salud (Kiser, Bennett, Heston, & Paavola, 2005).

Romano (2001) describe cuatro tipos de parejas interculturales, que utilizan diferentes estrategias para lidiar con las diferencias y dificultades: 1) Las que se someten en la cultura del cónyuge por emersión o sumisión. 2) Cuando ambos cónyuges intentan negar su herencia cultural, formando una tercera "identidad cultural", que pasa, muchas veces, por vivir en un tercer país "neutro" y hablar una lengua "neutra". 3) Los cónyuges que eligen renunciar los aspectos (a veces importantes) de su herencia cultural, y 4) Consenso, donde los cónyuges están continuamente abiertos a cambios según las circunstancias. Este último tipo es considerado por el autor el más el adecuado.

1.1 La adaptación socio-cultural

Basabe, Zlobina, & Páez (2004) han encontrado tres dimensiones del ajuste socio-cultural que viven los individuos en situación de migración: 1) Adaptación práctica (vivienda, trabajo, documentación legal, asistencia medica); 2) La posibilidad de mantener las prácticas culturales de origen (comida, rezos, ritos); 3) Dificultades en relación a la comunicación, que abarca la comprensión integral del otro, interpretación de conductas y comportarse de acuerdo con las exigencias sociales.

Como resultado de la investigación, los autores han destacado que los factores protectores que posibilitan un mejor ajuste de las dimensiones citadas están correlacionadas

con un mayor tiempo de residencia, apoyo social y la posesión de documentación (permisos de residencia o nacionalidad) (Basabe, Zlobina, & Páez, 2004).

Además, como estrategias de adaptación socio-cultural, autores afirman que la presencia de una pareja nativa en el país de acogida, facilita el grado de integración social del cónyuge extranjero (Alaminos, 2008; Rothers, 2008; Santacreu & Francés, 2008; Scott, 2006; Scott & Cartledge, 2009). Además, Gaspar (2009) revela que para el cónyuge no nativo del matrimonio, el hecho de estar en contacto con una pareja nativa, funciona como un puente cultural entre la sociedad de acogida y posibilita una comprensión más ajustada de los códigos normativos, valores, simbólicos, políticos y comportamientos característicos.

Sin embargo, hay otros factores que también son fundamentales en el proceso de adaptación socio-cultural. Para Gaspar (2009), aprender el idioma de la cultura dominante es uno de los elementos más importantes para la dinámica del matrimonio y de la sociedad de referencia, pues solamente con el dominio del idioma del país de acogida es posible mantener relaciones fluidas (Alaminos, 2008; Santacreu & Francés, 2008; Scott & Cartledge, 2009; Rother, 2008).

Otro factor de influencia es la trayectoria de movilidad del cónyuge no nativo. Es decir, si la parte extranjera ya ha vivido previamente en el país de recepción o en un tercer país, aumenta la probabilidad de éxito de la adaptación socio-cultural (Gaspar, 2009). Además, la migración a edad temprana se presenta como un criterio facilitador, en cuanto a la relación del grado de asimilación en la sociedad receptora (Santacreu & Francés, 2008; Scott & Cartledge, 2009).

Como criterio positivo para desarrollar el proceso de asimilación, se encuentra el capital social de la pareja en redes informales de familia y amigos (Alaminos, 2008; Favell, 2008; Rothers, 2008). Según Gaspar (2009), la frecuencia e intensidad de contactos con la red social es un determinante para la adaptación, pues construye un ambiente de rutina próximo al de país de origen que pueden contener ventajas para un soporte emocional para allá del núcleo doméstico.

También hay que destacar la "estrategia vital adoptada" (Alaminos, 2008), que significa el grado de compromiso que tiene la pareja en la sociedad de residencia. Es decir, la elección de desarrollar una vida en la sociedad de acogida, sirve como incentivo, tanto en el plano estructural como en el mental, dado los momentos de crisis que la pareja intercultural tiene afrontar. (Gaspar, 2009).

1.2 El ajuste psicológico

Para Basabe, Zlobina, & Páez (2004), los factores que predicen el bienestar psicológico está directamente relacionado con las sensaciones y emociones. Los autores afirman que el impacto emocional al principio de la experiencia migratoria tiende a ser negativa, pues la sensación de soledad y tristeza están en evidencia, ya que con el pasar del tiempo, las emociones negativas (ansiedad, angustia, depresión) dan lugar a emociones positivas (alegría, energía, seguridad).

Cuándo la persona extranjera ya presenta dificultades en el ajuste socio-cultural, este hecho, ya es suficiente para producir malestar psicológico. La discriminación, el miedo a ser rechazado, humillado y malinterpretados, o no poder realizar sus ritos, tiene impacto en cualquier persona, sobre todo, en la población extranjera.

Como factor de protección del ajuste psicológico está la posibilidad de reunirse con inmigrantes de su país de origen, por servir de apoyo a emociones positivas y también, por hablar con alguien que comparte de las mismas experiencias. El hecho de compartir las tradiciones, historias, desahogarse en la lengua materna, sirve de apoyo y referencia para ellos mismos (Basabe, Zlobina, & Páez, 2004).

1.3 Los rituales como factores de protección

Las investigaciones hechas en las familias interculturales, verifican en qué medida los rituales se constituyen como recursos protectores para la adaptación socio-cultural y el ajuste psicológico. Para Lind (2012), los rituales pueden ser considerados desde diferentes puntos de vista, tanto como recurso o como componente de riesgo, una vez que la interpretación pueda partir de un "enriquecimiento mutuo", "alternativas que se pueden experimentar" o bien como fuente de "discordia o conflicto".

Roberts (1988) ha concluido que los rituales son conductores para la transmisión de los valores culturales, hábitos y formas de estar, que fortalecen a las familias de generación en generación. Los rituales permiten un restablecimiento de las conexiones interpersonales, una elaboración de un significado de vida y trae seguridad para el contexto familiar y comunitario. En este sentido, los rituales familiares pueden dar, al menos, una sensación de respuesta a cuestiones primordiales de la filosofía, como: ¿De dónde procedemos? ¿Quiénes somos? ¿Para dónde vamos? (Lind, 2012).

Para comprender el concepto de rituales y rutina, partiendo del principio de Fiese, et al. (2002), que los distinguen con claridad. Los autores afirman que los rituales familiares

contienen un significado simbólico para los participantes, que van más allá de la ejecución de una tarea rutinaria momentánea. Según los autores, cuando las rutinas se interrumpen se instala una confusión, pero cuando los rituales se interrumpen, existe una amenaza para la cohesión del grupo. Por ejemplo, para Henry & Lovelace (1995), después del divorcio ocurre una interrupción de los rituales. No obstante, su mantenimiento facilita la adaptación de los hijos, pues proporciona un sentido de seguridad y estabilidad.

Además, ya se sabe que los rituales familiares sirven para la transmisión de información, valores, creencias y herencia cultural a través de las generaciones (Viere, 2001), luego Laird (1988), ha afirmado que el ritual es el más potente mecanismo de socialización disponible en las familias, preparando a sus miembros para, individualmente, comprender el significado del grupo, continuar las tradiciones y desempeñar los papeles sociales considerados esenciales para su propia continuidad. Un ejemplo práctico de la afirmación de Laird (1988), es un estudio de Rosenthal & Markshall (1988), que han concluido que los rituales permiten un vínculo simbólico entre el pasado y el futuro, señalando que, casi el 80% de los participantes afirmaron que utilizan rituales idénticos a los de la familia de origen con los hijos, y el 65% encontraron hasta una semejanza de estos rituales en relación a los rituales practicados por sus abuelos.

Por lo tanto, se concluye que las rutinas y rituales familiares están correlacionados con una mayor competencia parental, mejor adaptación social, salud y rendimiento escolar de los hijos, y, por lo tanto, se fomenta la armonía entre padres e hijos y la mayor satisfacción conyugal (Fiese et al., 2002). De esta forma, los rituales familiares constituyen factores protectores para la relación intrafamiliar, extrafamiliar e intergeneracional, además del mantenimiento de la cohesión conyugal y familiar, sobre todo en momentos de crisis.

13) El ajuste diádico

A parte del fenómeno individual de la adaptación socio-cultural y el ajuste psicológico, la persona que elige casarse con alguien que es culturalmente diverso, ya está intrínseco que encontrará nuevos desafíos, dolores de crecimiento y aventuras, ya que el individuo es constantemente invitado a cuestionar su manera de comprender sus valores, roles, estilos comunicativos y normas.

Las parejas entrevistadas por Renalds (2011), los mismos reconocieron los desafíos en su matrimonio, así como afirmaron ser personalmente ventajosa, por tener la oportunidad de

construir una cultura única compuesta de las mejores cualidades de dos culturas distintas, tornando el proceso de adaptación a una nueva cultura necesaria e inevitable.

Casmir (1999), ha presentado un modelo de *construcción de la tercera cultura* con el fin de explicar con mayor precisión la adaptación de las personas en nuevos entornos culturales, así que la define como: “una tercera cultura, o nueva relación interactiva, que representa una expresión de mutualidad, que pueda ser entendida, apoyada y defendida por todos los que compartieron de su desarrollo” (p. 108).

En este apartado, se describirá las áreas que potencialmente podrían ser problemáticas dentro de una relación intercultural según una investigación de Romano (2001). No obstante, la autora destaca el hecho de que no se debe generalizar afirmando que estos problemas son exclusivos de estas parejas, aunque la interculturalidad conyugal pueda acentuar considerablemente estas diferencias potenciales:

1) El sistema de valores. Lo que es considerado bueno o malo, verdadero o falso, importante o no importante puede divergir mucho entre las culturas.

2) Diferencias en los hábitos alimenticios, si son saludable o no. Lo que se debe comer, cuándo, dónde, etc.

3) Sexualidad e intimidad. Actitudes como la virginidad, fidelidad, número de hijos, circuncisión, educación e higiene sexual. También, es considerable la manera de revelar el afecto, como por ejemplo, mostrar actitudes cariñosas en público (besos, caricias, entre otros).

4) Rol del hombre y de la mujer. La definición de los roles que debe asumir cada marido y mujer tiene influencia sobre las cuestiones de poder y decisión, como por ejemplo, gestión doméstica y financiera, educación de los hijos.

5) Diferentes percepciones del tiempo. “Llegar tarde” puede tener connotaciones distintas.

6) Ubicación de vivienda. En qué país la pareja bicultural elige vivir, es un hecho o decisión que se mantiene abierta, al menos que la pareja decide vivir en un "tercer" país.

7) Amistad. El significado de la palabra amistad es considerablemente diferente entre una cultura y otra. Lo que se concibe como un amigo verdadero en una cultura, en otra podría ser apenas una relación superficial.

8) Familia de origen. Según Mcgoldrick, Preto, Hines, & Lee (1991), la forma de unión con la familia extensa puede variar también entre culturas. En algunas culturas los hijos se sienten obligados a cuidar de sus padres mayores, mientras que, en otras culturas las relaciones se dan únicamente visitas puntuales. También, en algunas culturas que mantienen

fuertes relaciones con su familia de origen, se puede considerar como una actuación desleal por su cónyuge. Aún, los autores afirman que la adaptación de la pareja bicultural es más fácil, si apenas una familia de origen estuviera disponible, mientras que, en el caso en que las dos estén disponibles, pueden surgir determinadas coligaciones.

9) Diferentes religiones. Los cónyuges que pertenecen a religiones diferentes afrontan desafíos añadidos, pues muchas de las creencias, actitudes, valores, rituales y filosofía de vida tienen base religiosa, aun no siendo practicante. Algunos de estos retos son: casarse según las creencias de religión, educación religiosa de los hijos y bautismo, rituales y la obligación de conversión de alguno de los cónyuges.

10) Educación de los hijos. Romano (2001) ha constatado que muchas parejas biculturales empiezan a tener una mejor conciencia sobre sus diferencias a partir del nacimiento del primero hijo, ya que desde allí se debaten formas diferentes de estilos educativos y valores que pretenden transmitir. La autora todavía afirma que la educación de los hijos es, tal vez, el área en que el saber lidiar con las diferencias culturales constituye el mayor desafío, pues los estilos educativos pueden variar mucho entre las culturas, ya que pueden ser: permisivo, autoritario y democrático.

11) Lengua y comunicación. Si surgen graves problemas de comunicación entre cualquier pareja, esta dificultad se agrava aún más en parejas interculturales, puesto que, hablan diferentes idiomas. La elección de cuál será la lengua que la pareja utilizará para comunicarse, puede generar un desequilibrio de poder, ya que, un cónyuge tendrá más conocimiento lingüístico que el otro.

12) Lidiar con el stress y conflictos. En algunas culturas existe la tendencia de expresar los sentimientos negativos ante el stress, mientras que, otros valorizan el auto control.

13) Enfermedad y dolor. McGoldrick (1996) afirma que la manera de experimentar el dolor, de considerar lo que es sintomático, de comunicar el dolor, los síntomas y la forma de buscar ayuda de los familiares, médicos, terapeutas o curas son diferentes entre una cultura u otra.

15) Lidiar con la muerte y el divorcio. Cada cultura tiene sus propios rituales de pasar un duelo. Mientras a las leyes de matrimonio, divorcio y custodia de los hijos también pueden cambiar, así como también, puede haber casos que el cónyuge extranjero regrese a su país de origen después de pasar por el divorcio o fallecimiento de su cónyuge (Romano, 2001).

Además de las diferencias más bruscas, existen otras diferencias culturales más sutiles que son vividas por las parejas interculturales en el proceso de adaptación de los hábitos y

rituales de la nueva cultura. En la investigación realizada por Louback (2013), las principales diferencias relatadas como choque cultural son: en la manera que cada uno celebra las fechas festivas, como matrimonio y cumpleaños, procedimiento relacionados a la salud, la vacunación infantil y en la forma de lidiar con la individualidad del cónyuge, tanto en la vida profesional como en la personal.

Los conflictos en la relación de pareja muchas veces ocurren cuando el cónyuge asume una posición antagónica sobre las diferencias que inicialmente eran atrayentes, pues según Papy (2002), independientemente de los motivos que alguno pueda tener para iniciar una relación intercultural, lo desconocido con el tiempo se torna fuente de conflictos. Sobre esta afirmación, partimos del principio que cualquier relación se puede considerar desconocida, independientemente de que sea monocultural o intercultural, de tal manera que, no se puede generalizar a las personas por su contexto cultural, ya que, estas son responsables de sus actos.

Crohn (2003) enfatiza la importancia de una comprensión mutua del origen cultural del cónyuge. De esta forma, el principal objetivo es hacer con que la pareja adquiera una visión adaptativa, equilibrada y flexible sobre sus semejanzas y diferencias, pues tanto la minimización o la negación de las diversidades culturales, como un exagerado enfoque en las diferencias pueden resultar en una relación desequilibrada. O sea, al mismo tiempo que el matrimonio intercultural puede provocar una escisión familiar, este también puede enriquecerla, pues posibilita la abertura de nuevas puertas hacia la diversidad, de formas de comportamiento y de relaciones.

14) La intervención: Una nueva forma de comprender el mundo

Brik (2011), subraya factores que deben tener en cuenta los profesionales a la hora de intervenir con parejas y familias interculturales: a) Respeto y tolerancia de las creencias e ideas, b) No hacer juicio de valor, c) Hablar de las diferencias sin la presencia de tono acusatorio, d) incorporación de ambas culturas (es decir, no tomar partido por una cultura en específico); e) Promover viajes al país del otro y encuentros familiares; f) Trabajar los acuerdos de los eventos festivos y de la educación que recibirán los hijos.

Además, el mismo autor focaliza en la intervención preventiva, se debe trabajar a partir de los criterios de vulnerabilidad de cada pareja en su singularidad. Para Brik (2011), los puntos más comunes que deben ser intervenidos son: a) creación de una nueva red de apoyo, b) Intervención para lograr una mayor diferenciación de uno o ambos miembros de la pareja, pues posiblemente puede ocurrir una dependencia simbólica de una de la partes, c) En

relación a las diferencias culturales, es necesario favorecer el diálogo y la negociación de los diferentes puntos de vista, d) Regularidad legal de la parte extranjera.

Como método de intervención, Papy (2002), presenta los objetivos básicos en el proceso terapéutico en casos de parejas interculturales:

- 1) Ayudar a reconocer sus diferencias y su complementariedad.
- 2) Validar las decisiones tomadas sobre la base de la complementariedad y la regularización de los enfoques y las creencias de cada uno.
- 3) Crear una "tercera realidad" - una realidad intercultural - que los conectan consigo mismo en momentos de crisis o de transición.

La tercera realidad no es una mezcla indiferente de sus estilos y personalidades, pero es una escena en la que ambos pueden ser ellos mismos y al mismo tiempo sensibles a las reacciones mutuas. Es un espacio donde la pareja puede tolerar un poco de confusión y tienen la flexibilidad para modificar sus opiniones. Cada cónyuge puede lograr un equilibrio entre la normalidad de su cultura y la diferencia.

Además, la autora Perel (2002), propone para la construcción de la “tercera realidad” la metáfora del turismo, en el que cada cónyuge es considerado como un “turista que descubre un nuevo país”. Así, esta metáfora permite que las parejas comprendan sus diferencias culturales, desarrollando para su cónyuge la escena de su contexto nacional.

Frente a otro socio contexto cultural, ocurre la necesidad de que el cónyuge se defina para que el otro lo conozca. La definición pasa por preguntas como: ¿Quién soy? ¿Quién no soy? ¿Quién somos cuando estamos juntos? Eso significa, según la autora, integrar e interactuar con las prácticas culturales de su cónyuge, construyendo así una tercera realidad de diádica intercultural.

El proceso de evaluación de estas diferencias ayuda a la pareja a entender las tensiones culturales no resueltas, la ambivalencia, y las oscilaciones en la identidad, pues negociar y lidiar con las diferencias se vuelve más sencillo cuando este tipo de cuestión es claramente entendido y reconocido. Una de las tareas más difíciles para los terapeutas es confrontar a las parejas con la necesidad de lidiar con la pérdida de parte de su identidad cultural. (Albu, Tostes, & Leão, 2015).

Por lo tanto, para la construcción de un espacio familiar intercultural, requiere la negociación de los elementos culturales que la pareja desea conservar o renunciar, dando lugar a la preparación de lo que Alaminos (2008) se denomina por micro identidad familiar.

Para Lind (2012), los profesionales que trabajan con parejas biculturales deberán ser sensibles a los roles entre el cónyuge extranjero y nativo, sobre todo en la fase de formación de la pareja. Es decir, debe tener en cuenta que probablemente el cónyuge extranjero, sea el marido o la mujer, será posiblemente depende en muchas áreas del cónyuge nativo, lo que puede influir en toda la dinámica de la pareja bicultural. Luego, el autor sugiere que el profesional ayude a la pareja encontrar áreas familiares que permiten al cónyuge extranjero ser más participativo, así como encontrar formas de que éste pueda ayudar y apoyar al cónyuge nativo.

Conclusiones

Se sabe que las parejas interculturales necesariamente tienen que pasar por una trayectoria de adaptación tanto a ámbito psicológico y socio cultural, como también en el aspecto marital, tratándose de procesos que presentan grandes barreras que necesitan ser superadas. Los datos sugieren que el cambio hacia el país de acogida puede generar dificultades como la necesidad de dominar un nuevo idioma, pero también dificultades que afectan a su relación conyugal, ya sea por la ausencia de contactos sociales o por las diferentes formas y expectativas percibidas en lo que se refiere a la convivencia matrimonial por parte del cónyuge oriundo de otra nación, dado que posee una formación psicológica, social y cultural diferente de la de su pareja.

Se puede señalar que la adaptación cultural es una vivencia difícil, que demanda del inmigrante un esfuerzo personal, y que mediante sus recursos propios como: flexibilidad y creatividad, sumados al apoyo proporcionado por el cónyuge, la familia de origen y la familia de origen del cónyuge, aliados a la red de apoyo, hacen más fácil este recorrido de adaptación. Cabe destacar que, las diferentes formas de apoyo proporcionados a las personas inmigrantes y a sus propios recursos personales son en sí mismos los principales aliados en la adaptación cultural.

Además, las parejas interculturales se encuentran preparadas de cara al desafío de su nueva situación en el país de origen, de tal manera que, van configurando una nueva construcción de la forma de comprender el mundo, incorporando los elementos propios de ambas culturas. Para la superación de estos conflictos, lo ideal es que ambos admitan sus diferencias, que haya respeto, sobre todo, estén dispuestos a estar juntos.

También, hay que tener en cuenta que, cuando se piensa en la especificidad de las relaciones interculturales es necesario entender que ni todo lo que pasa en este tipo de

matrimonio, el ámbito familiar está relacionado directamente con la cultura, ya que muchas de las cuestiones vividas por ellos y sus familias son ajenas a cualquier forma de configuración familiar y conyugal. En ese sentido, la escucha en la clínica de parejas y familias se debe fomentar para que se realice con mayor claridad una intervención eficaz, tanto a nivel terapéutico como a nivel de prevención de los conflictos que pueda generar una relación intercultural.

La principal limitación encontrada en esta investigación es la escasez de artículos relacionados a la adaptación psicológica y sociocultural de las relaciones interculturales, además la mayoría de los artículos destaca solamente a nivel de la adaptación diádica amorosa. Otro punto es el carácter limitante de una revisión bibliográfica, por eso, se sugiere para futuras investigaciones el corte cuantitativo y cualitativo del tema.

A modo de conclusión, se destaca que este estudio puede constituir una valiosa contribución tanto para las parejas interculturales como para todos los profesionales que se ocupan de estas parejas y, en última instancia, para fomentar la tolerancia y la comprensión mutua entre diferentes culturas, en una sociedad cada vez más multicultural.

REFERENCIAS

- Alaminos, A. (2008). Matrimonios mixtos intraeuropeos: un modelo empírico. *OBETS*, 131-149.
- Albu, F., Tostes, L., & Leão, O. (2015). Casal Intercultural: Influências na Dinâmica Familiar. 1-5.
- Basabe, N., Zlobina, A., & Páez, D. (2004). Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- Brik, E. (2011). Psicoterapia con parejas transculturales o mixtas. Madrid: Terapias Sin Fronteras.
- Casmir, L. (1999). Foundations for the study of intercultural communication based on a third-culture building model. *International Journal of Intercultural Relations*, 23(1), 91-116.
- Crohn, J. (2003). Relacionamentos Interculturais. In: M. McGoldrick, *Novas Abordagens da Terapia Familiar* (pp. 339-354). São Paulo: Rocca.
- Dantas, S., Ueno, L., Leifert, G., & Suguiura, M. (2010). Identidade, migração e dimensões psicossociais. *Inter. Mob. Hum*, 45-60.

- Favell, A. (2008). *Eurostars and Eurocities – Free movement and mobility in an integrating Europe*. Oxford: Blackwell.
- Fiese, H., Tomcho, J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 381-390.
- Gaspar, S. (2009). Integración y satisfacción social en parejas mixtas intraeuropeas". *Discurso y Sociedad*, 68-101.
- Henry, S., & Lovelace, G. (1995). Family resources and adolescent family life satisfaction in remarried family households. *Journal of Family Issues*, 765-786.
- Killian, K. (2009). Introduction. In: T. & Karis, *Intercultural Couples Exploring Diversity in Intimate Relationships* (pp. 17-25). New York: Routledge.
- Kiser, J., Bennett, L., Heston, J., & Paavola, M. (2005). Family ritual and routine: Comparison of clinical and non-clinical families. *Journal of Child and Family Studies*, 357-372.
- Laird, J. (1988). *Woman and ritual in family therapy*. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Lechner, E. (2007). Imigração e saúde mental. *Revista Migrações*, pp. 79-101.
- Lind, W. (2012). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos*. Lisboa: Tese de Doutoramento
- Louback, C. (2013). *A conjugalidade intercultural de brasileiras: uma análise sistêmica de posts em blogs*. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Martín, I. (2007). *Trabajo social con población inmigrante: un enfoque transcultural*.
- McGoldrick, M. G. (1996). Ethnicity and family therapy. In: *Guilford Family Therapy Series*. New York: Guilford Press.
- Mcgoldrick, M., Preto, G., Hines, M., & Lee, E. (1991). Ethnicity and family therapy. In: A. & Gurman, *Handbook of family therapy* (pp. 546-582). New York: Brunner/Menzel.
- Paiva, I. (2004). *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Papy, P. (2002). *Casais em Perigo – Novas Diretrizes para Terapeutas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perel, E. (2002). Uma Visão Turística do Casamento: desafios, opções e implicações para a terapia de casais interculturais. *Casais em Perigo*, 193-294.

-
- Renalds, T. (2011). *Communication in Intercultural Marriages: Managing Cultural Differences and Conflict for Marital Satisfaction*. Virginia: Liberty University .
- Roberts, J. (1988). *Setting the frame: Definition, functions and typology of rituals*. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Romano, D. (2001). *Inter-cultural marriage: Promises and pitfalls*. Yarmouth, Maine: Intercultural Press.
- Rosenthal, J., & Marshall, W. (1988). Generational transmission of family ritual. *American Behavioral Scientist*, 669-684.
- Rothers, N. (2008). Better integrated due to a German partner? An analysis of differences in the integration of foreigners in intra- and inter-ethnic partnerships. *OBETS*, 21-44.
- Santacreu, O., & Francés, J. (2008). Parejas mixtas de europeos en España: integración, satisfacción y expectativas de futuro. *OBETS*, 7-20.
- Scott, S. (2006). The social morphology of skilled migrants. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1105-1129.
- Scott, S., & Cartledge, K. (2009). Migrant assimilation in Europe: a transnational family affair. *International Migration Review*, 60-89.
- Viere, M. (2001). Examining family rituals. *The Family Journal*, 285-288.

Se fue el Maestro Mony Elkaïm, entre resonancias y ensamblajes

Marcelo Rodríguez Ceberio

La terapia sistémica está de luto: en esta oportunidad el maestro Mony Elkaïm ha dejado de estar entre nosotros. Pionero y fundador de la terapia sistémica europea, oriundo de Marrakech y médico neuropsiquiatra de formación, fue uno de los activos participantes en el Mayo de 1968 siendo estudiante en la Universidad Libre de Bruselas. En la década de 1970, obtuvo una *beca de investigación* en psiquiatría social y comunitaria en el departamento de psiquiatría del Albert Einstein College of Medicine donde obtuvo su diploma.

Entre las tantas actividades que desarrolló en su vida profesional, dirigió un centro de salud mental en el Bronx de Nueva York, fundó el *Programa de Capacitación en Terapia Familiar de Lincoln*, una escuela de terapia familiar donde se capacitaron profesionales para trabajar en guetos urbanos. También fue muy activo en la participación antipsiquiátrica con figuras de la talla de Basaglia, Jervis, Gentis, Castel, Guattari, Laing, Cooper y hasta fue el coordinador de la red internacional de alternativas a la psiquiatría.

Pero en lo que en nuestro área de Terapia familiar compete, creó el IEFSH (Institute for Family and Human Systems Studies) donde formó notables figuras del campo de la terapia sistémica. Fundó la primera revista de terapia familiar en francés y fue cofundador de EFTA (Asociación Europea de Terapia Familiar) a la que presidió hasta 2001. Fue supervisor de la *Asociación Estadounidense para Terapia Matrimonial y Familiar* y fue nombrado miembro del jurado del *Premio Internacional Sigmund Freud de Psicoterapia de la Ciudad de Viena*.

Recibió, entre otros, diferentes menciones de reconocimiento internacional, premio por su destacada contribución al campo de la terapia familiar, a la trayectoria en el campo de la terapia familiar, Premio Sigmund Freud de Psicoterapia de la Ciudad de Viena. Fue un autor prolífico de múltiples artículos y libros desarrollando conceptos innovadores como el *ensamblaje* y las *resonancias*, cuyo best seller fue *Si me amas, no me ames. Enfoque sistémico y psicoterapia*.

Seductor, erudito, histriónico, empático, maestro de terapeutas, nunca podremos olvidar su figura y sus enseñanzas, y esto seguramente lo hará *inmortal y trascendente* en cada generación de terapeutas sistémicos.