Revista Costarricense de
Psicología

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

Revista Científica del
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Costa Rican Journal of Psychology

Scientific Journal of the Costa Rican Psychologists´ Association

Volumen 32 Número 1 Ene-Jun 2013

Director
Alfonso Villalobos Pérez
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

ISSN 0257-1439

30 AÑOS 2012 RCPs

Correspondencia Casa editorial

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
Página web: http://www.psicologiacr.com/

700 E *Servicentro La Galera*, Carretera Vieja a Tres Ríos, Pinares de Curridabat, San José, Costa Rica
Apartado postal 8238-1000, San José, Costa Rica

Revista Costarricense de Psicología

Dirección: avillalobos@psicologiacr.com
Editorial: revistacientifica@psicologiacr.com

http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

Revista
150.5
R454r Revista Costarricense de Psicología N.º 1 (1982) - San José, Costa Rica: El Colegio.

1982.

v.

Semestral
ISSN 0257-1439

1. Psicología - Publicaciones periódicas. I. Título.

Indexación & Directorios

Latindex
Directory of Open Access Journals (DOAJ)

Bases de datos

Dialnet
Ebsco
Psicodoc
Ulrichsweb

Impresión/ Tiraje

MasterLitho S.A., San José, Costa Rica

1000 ejemplares (agosto 2013)

Las opiniones expresadas en los artículos son de exclusiva responsabilidad de su autoría y no necesariamente representan el punto de vista del Consejo Editorial de la revista.

©2012 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Todos los derechos reservados. Hecho en depósito de ley. Este material puede ser copiado, fotocopiado, duplicado y compartido siempre y cuando sea expresamente atribuido al Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Este material no puede ser usado para fines comerciales.

Bajo licencia de *Creative Commons*: *Creative Commons* Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Costa Rica License.

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

La *Revista Costarricense de Psicología* es desde el año 1982 el órgano oficial de publicación científica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, que promueve el desarrollo de las ciencias psicológicas y el pluralismo epistemológico, teórico, metodológico y técnico. Los objetivos de la revista son difundir conocimientos teóricos, técnicos y prácticos, relevantes para la Psicología y ciencias afines en el ámbito nacional e internacional. Se dedica a la publicación de trabajos originales y abarca tanto investigaciones básicas como investigaciones aplicadas y de desarrollo experimental. La *Revista Costarricense de Psicología* se publica semestralmente (dos números por año). Todas las investigaciones y los trabajos publicados en la *Revista Costarricense de Psicología* se rigen por las normas internacionales de ética en la investigación.

Dirección

Alfonso Villalobos Pérez
Caja Costarricense de Seguro Social

Consejo Editorial

Miembros Nacionales

Carlos Ml. Córdoba González
Universidad Latina, Costa Rica

Diego J. Quirós Morales
Universidad Latina, Costa Rica

Ronald Ramírez Henderson
Universidad de Costa Rica

Zaida Salazar Mora
Universidad de Costa Rica

Carlos Sandoval-Chacón
Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

David Torres Fernández
Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Luis Diego Vega Araya
Universidad Latina, Costa Rica

Miembros Internacionales

Robert H. Feldman
University of Maryland, Estados Unidos

Wilson López López
Universidad Javeriana, Colombia

Editorial

Christina B. Junge
Revista Costarricense de Psicología

Asistencia Editorial

Alejandro Monge Salazar
Revista Costarricense de Psicología

Filología

Español

Fiorella Monge
Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Inglés

Mark W. Bogan M.
Santa Ana, Costa Rica

Diseño gráfico/ Imagen de cubierta

Carlos Kidd
San José, Costa Rica

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

Comité Científico

Nacional

Giselle Amador Muñoz
Universidad de Costa Rica

Marjorie Barquero Ramírez
Universidad Católica de Costa Rica

Julio Bejarano Orozco
Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Costa Rica

Susana Dormond Sánchez
Universidad Católica de Costa Rica

Daniel Flores Mora
Universidad de Costa Rica

Jaime Fornaguera Trías
Universidad de Costa Rica

Carlos E. Garita Arce
Caja Costarricense de Seguro Social

Benicio Gutiérrez-Doña
Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Giovanny León Sanabria
Universidad de Costa Rica

Graciela Meza Sierra
Instituto Tecnológico de Costa Rica

Michael Padilla Mora
Universidad de Costa Rica

Rolando Pérez Sánchez
Universidad de Costa Rica

Silvia Prada Villalobos
Universidad Católica de Costa Rica

Jaime Robert Jiménez
Universidad de Costa Rica

Odir Rodríguez Villagra
Universidad de Costa Rica

Mario A. Sáenz Rojas
Poder Judicial, Costa Rica

José Manuel Salas Calvo
Universidad de Costa Rica

Mónica Salazar Villanea
Universidad de Costa Rica

Édgar Salgado García
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, Costa Rica

Blanca Valladares Mendoza
Universidad de Costa Rica

Internacional

Juan Carlos Brenes Sáenz
Universidad de Marburg, Alemania

Tatiana García Vélez
Universidad Autónoma de Madrid, España

Pedro R. Gil-Monte
Universidad de Valencia, España

David González Trijueque
Tribunal Superior de Justicia de Madrid, España

Zoila E. Hernández Zamora
Universidad Veracruzana, México

Andrés M. Pérez-Acosta
Universidad del Rosario, Colombia

Guaner Rojas Rojas
Universidad Autónoma de Madrid, España

Natalia Salas Guzmán
Universidad Diego Portales, Chile

Roberto Tejero Acevedo
Tribunal Superior de Justicia de Madrid, España

Alfonzo Urzúa Morales
Universidad Católica del Norte, Chile

Casa Editorial

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Junta Directiva, año 2013:

Presidencia:	Sonia Hernández Sánchez
Vicepresidencia:	Marco Vidaurre Arredondo
Secretaría:	Angie Michelle Salas Monney
Tesorería:	Waynner Guillén Jiménez
Vocalía I:	Viviana Umaña Porras
Vocalía II:	Etty Kaufmann Kapari
Fiscalía:	Carlos Arrieta Salas

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

La presente edición de la *Revista Costarricense de Psicología* se cita de la siguiente manera:

Autor Autor, A. A. & Autor-Autor, B. B. (ene-jun, 2013). Título del artículo. *Revista Costarricense de Psicología, 32*(1), número de páginas del artículo, p.ej.: 1-24.

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

Revista Costarricense de Psicología

Índice de Contenidos / *Contents*

Editorial

Alfonso Villalobos Pérez
Christina Junge

Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia
Hypnosis as a Treatment of Pain in Patients with Fibromyalgia

Maribel Quirós Ramírez……..……..……1

Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos
Dating Violence in a Sample of Young Mexicans

Fabiola Peña Cárdenas, Benito Zamorano González, Gloria Hernández Rodríguez, María de la Luz Hernández González, José Ignacio Vargas Martínez, Víctor Parra Sierra…….....…..…..…27

Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica: perspectivas futuras
Development of the Specialization in Clinical Psychology in Costa Rica: Future Perspectives

Roberto López Core …….……..…43

Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social
Psychology and Disability: An Encounter from the Social Paradigm

Lucrecia Alfaro-Rojas……63

Recensión bibliográfica del libro *Protección a las personas en situación de dependencia*
Bibliographic Review of the Spanish Book Protección a las personas en situación de dependencia *(Protection of People in Situations of Dependency)*

Francisco Javier Fernández Orrico …….....77

Normas editoriales……86

ISSN 0257-1439

EDITORIAL

Estimado/a colega:

El dolor es una condición con la que los seres humanos hemos tenido que devenir en tales. El dolor nos impacta e interroga, desde ese silencio mórbido sobre nuestra vulnerabilidad y solidaridad con el/la otro/a. Desde nuestra posición de psicólogos/as, nos enfrentamos a ese dolor en cada instante y esa pregunta se queda colgando y esperando una respuesta. En este Volumen 32, Número 1, cinco grupos de autores/as han procurado exponernos sus ideas y hallazgos sobre diferentes manifestaciones del dolor de las personas; una vez terminada la lectura de esta entrega de la *Revista Costarricense de Psicología*, queda ante nosotros/as exponer, también, nuestras posiciones y acciones propositivas al respecto. A continuación una reseña de cada uno de estos artículos.

En el artículo de Maribel Quirós Ramírez nos encontramos con una propuesta empírica sobre la relación entre la hipnosis clínica y el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. Los resultados de su investigación apuntan una tendencia hacia la baja en la percepción del dolor y luego aplicar aquel procedimiento.

El conjunto de autores, encabezados por Fabiola Peña Cárdenas, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, exponen una aproximación diferente a los estudios clásicos sobre la violencia, ahora que la evidencia comienza a demostrar que este tema afecta y tiene diferentes aristas en su definición, expresión y consecuencias. Peña et al. ejemplifican el caso de la violencia en el noviazgo, punto de inflexión para posteriores avances en el progreso de la agresión de pareja en formatos más consolidados de unión emocional, física y económica.

Roberto López Core, del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, presenta una aproximación al desarrollo de la Especialidad en Psicología Clínica del convenio Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social; nos ejemplifica su historia y las posibilidades de este posgrado en el porvenir de la Psicología del Sistema Nacional de Salud, también sus posibles repercusiones en la Psicología de Costa Rica.

ISSN 0257-1439

Lucrecia Alfaro-Rojas, de la Universidad de Costa Rica, señala una condición valiosa y que de alguna forma ha sido minimizada en ciertos enfoques de abordaje sobre el tema de la discapacidad y es el referido a las variables contextuales (sociales, económicas, políticas; pero también social-individuales) que, al no ser tomadas adecuadamente en la balanza de este fenómeno, tienden a afectar las posibilidades de eficacia, efectividad y eficiencia terapéuticas, sin dejar de lado el coste emocional sobre la persona y su entorno social.

Francisco Javier Fernández Orrico, de la Universidad Miguel Hernández en España, realiza una recensión bibliográfica del libro *Protección a las personas en situación de dependencia*. Se destacan las condiciones legales y de jurisprudencia, con impacto psicológico, que contienen las leyes analizadas en el libro, en un universo de situaciones vinculadas a las personas en condición de dependencia (en el sentido más amplio del término). Se rescata cómo este análisis nos interroga a nosotros/as como actores vitales de una dimensión social como la dependencia, que tiene múltiples implicaciones en la cotidianidad de diferentes personas y grupos sociales afectadas o involucrados.

No quiero finalizar sin comentarles algunos avances que hemos tenido en la revista. En primer lugar, hemos incluido dentro de nuestro sistema electrónico de envío y recepción de manuscritos las facilidades del *Open Journal System* (OJS), que permiten automatizar estos procesos y eliminar el papel; además, la Revista se incorporó a *Creative Commons*, instancia internacional que facilita la cooperación y comunicación de conocimiento de diversas fuentes y certifica nuestra política de acceso abierto (*Open Journal*). En segundo lugar, hemos comenzado a darle continuidad a los volúmenes y números de la revista, situación que se había perdido desde hacía varios años. ¡Por fin estamos al día! Como tercer aspecto, la *Revista Costarricense de Psicología*, como parte de una expansión de su política editorial, cuenta con dos miembros internacionales en su Comité Editorial: El Dr. Wilson López López, de la Universidad Javeriana de Colombia y el Dr. Robert Feldman, de la Universidad de Maryland. El primero es un colega con amplia participación en las revistas científicas de Sudamérica y cabeza de

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

varias organizaciones internacionales de promoción de la Psicología científica. El Dr. Feldman ha sido un reconocido psicólogo en el campo de la Psicología de la salud, en particular en el estudio y desarrollo de programas de control de fumado en grupos minoritarios en EE.UU. Les damos la bienvenida y estamos seguros de que esto permitirá mejorar el nivel científico de nuestras publicaciones. Hemos actualizado una serie de procesos electrónicos de comunicación, nuestra editora lo comenta con mayor detalle en su sección, todo lo cual esperamos redunde en un mayor acercamiento al gremio de la Psicología costarricense.

Antes de despedirme, debo dar gracias a todas las personas y entes organizacionales que han colaborado con las diversas etapas que culminan el actual número, espero que disfruten y sean de utilidad para sus actuaciones cotidianas los trabajos contenidos en la presente entrega. Un sincero y especial agradecimiento a la editora Lcda. Christina Junge y al asistente editorial Alejandro Monge Salazar, porque sin ellos, este proyecto no llegaría a los puertos de destino.

Alfonso Villalobos Pérez, Director
Revista Costarricense de Psicología
San José, Costa Rica, 01 de julio de 2013

ISSN 0257-1439

Estimada comunidad científica:

Es un gran gusto presentar a ustedes la última edición de la *Revista Costarricense de Psicología*. Hemos llegado, por primera vez en muchos años, al momento de publicar nuestra actual edición en el periodo correspondiente. Así, se realizó un cierre con los atrasos con los cuales nos fue entregada la revista en el año 2009. Es para nosotros un éxito haber alcanzado esta meta: ¡Estamos al día y eso tiene implicaciones en relación con nuestra visibilidad en diferentes entes indexadores y, no tengo duda, nos va a realimentar en la cantidad de solicitudes y calidad de publicación!

La producción editorial significa retos a múltiples niveles: Para nosotros, además de contar con el apoyo editorial de nuestro nuevo asistente Alejandro Monge Salazar y de haber alcanzado buenas prácticas en las revisiones de los manuscritos entregados y las reestructuraciones solicitadas a nuestros autores y autoras, queda un sin fin de subprocesos que requieren de nuestra atención, desarrollo y seguimiento, tareas que nos mantienen ocupados.

Hemos celebrado este abril el I Encuentro de Revistas en Psicología de Costa Rica; en julio tenemos el gran honor de ser invitados a participar en el I Encuentro de Revistas Psicológicas de Latinoamérica en Brasil (pueden seguir el enlace *International Scientific Psychology Network* en nuestra página de web) y, por último, estamos en planeación y coparticipación organizacional de la Semana de Psicología del 4 al 10 de noviembre del año en curso, que se celebra en reconocimiento al 30.º Aniversario de la revista y está enfocada en la promoción de la investigación y de la publicación en diversos ejes. Además, se contará con invitados internacionales y actividades que se realizarán en coproducción con las universidades que más han producido investigación científica en el país.

Además de estas noticias y actualizaciones, seguimos en un arduo proceso de solicitud y cumplimiento de requisitos para ingresar en las bases de datos más importantes en el ámbito de las revistas científicas internacionales. Otros procesos implicaron ponernos al día y actualizarnos con la última tecnología, a ello pertenece la planeación de una nueva página de web con administración propia y un diseño que refleje la academia y publicación científica y que sea, a la vez, atractivo e interactivo.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Asociada a forjar nuestra nueva imagen, orientada en la publicación científica de alto nivel, ajustamos nuestro logo, al encontrarnos con una revista en Psicología que ha utilizado la abreviación RCP por muchos años más que nosotros. Por esta razón, encuentran el nombre de nuestra revista, de ahora en adelante, abreviada con las siglas "RCPs".

Los/as invitamos, nuevamente, con la presente edición a acompañarnos en un viaje virtual por una diversidad de temas que la Psicología latinoamericana y española nos proponen: La hipnosis como tratamiento para la fibromialgia, una mirada distinta a la violencia en el noviazgo, un recorrido histórico y nuevas perspectivas para la Psicología clínica en Costa Rica, un llamado de alerta sobre la temática de la discapacidad y, por ende, no tan lejos de esta temática, una reseña bibliográfica sobre personas en situaciones de dependencia, con autoras y autores costarricenses, mexicanos y españoles.

Por último, quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que han colaborado de una u otra manera en la realización de este número: autores, revisores, consejos y comités, apoyo institucional y técnico y, por supuesto no de olvidar, nuestros lectores y lectoras por medio de correos electrónicos, llamadas telefónicas y, últimamente, las redes sociales. ¡Muchas gracias por sus contactos, sugerencias, avisos y opiniones!

Para mantenerse al día con la revista, ¡Únase a la revista en Facebook, Twitter, LinkedIn y Academia.Edu y déjenos saber de sus ideas, preguntas, sugerencias y comentarios!

Lo/a invitamos que revisen nuestros lineamientos para la entrega de su manuscrito en las últimas páginas de esta edición y en nuestro sitio de web.

Los/as saluda afectuosamente,

Christina Junge, Editora
Revista Costarricense de Psicología

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

ISSN 0257-1439

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA ISSN 0257-1439
Ene-Jun 2013, Vol. 32, N.º 1, p. 1-24

Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia

Hypnosis as a Treatment of Pain in Patients with Fibromyalgia

Maribel Quirós Ramírez

Asociación Acción Cristiana para la Guácima, Costa Rica

Resumen

La fibromialgia es un conjunto de síntomas diversos de etiología aún incierta, sin embargo, su común denominador, el dolor crónico generalizado de los músculos, ataca de forma impredecible con una variable duración e intensidad, el cual llega muchas veces a ser discapacitante. Actualmente, la medicación resulta insuficiente, por lo que se requiere un abordaje interdisciplinario en el cual la hipnosis representa una opción prometedora. Esta investigación muestra los resultados obtenidos en un taller constituido por ocho sesiones en el que se utilizó la hipnosis en la disminución del dolor, bajo un enfoque cognitivo-conductual, a un grupo de seis personas diagnosticadas de fibromialgia de la ciudad de Heredia, Costa Rica. Cada sesión fue estructurada en dos partes: una didáctica y otra orientada a la práctica de la hipnosis y la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. Se entregaron dos discos compactos, uno con sugestiones de seguridad y autocontrol y otro de disociación y disminución en la percepción del dolor. Antes y después del programa, se aplicó el Cuestionario de Dolor de McGill, Escala Analógica Visual, la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de la Depresión de Beck. Los resultados develan una disminución significativa del dolor, así como un nivel muy bajo de ansiedad y la desaparición total de la depresión que presentaron cinco de las participantes al inicio del programa.

Palabras clave: fibromialgia, dolor crónico, hipnosis, enfoque cognitivo conductual

Abstract

Fibromyalgia is a diverse set of symptoms of still uncertain etiology, however, their common denominator is chronic widespread muscle pain, with unpredictable attacks of variable duration and intensity, which often become disabling. Currently, medication is inadequate, so an interdisciplinary approach is required in which hypnosis is a very promising option. This research shows the results of a workshop consisting of eight sessions in which hypnosis was used in pain reduction, under a cognitive behavioral approach, with a group of eight individuals diagnosed with fibromyalgia in the city of Heredia, Costa Rica. Each session was structured in two parts: the first, didactic, and the second, a practice-oriented application of hypnosis and cognitive behavioral techniques. Two CD's were delivered, one with suggestions for security and self-control and the other on dissociation and decreased pain perception. Before and after the program, the participants were given the McGill Pain Questionnaire, Visual Analogue Scale, the Hamilton Anxiety Scale and Beck's Depression Inventory. The results reveal a significant decrease in pain and a very low level of anxiety, as well as the complete disappearance of the depression that five of the participants were undergoing at the start of the program.

Keywords: Fibromyalgia, chronic pain, hypnosis, cognitive behavioral therapy

Maribel Quirós Ramírez, Asociación Acción Cristiana para la Guácima, Alajuela, Costa Rica.

Maribel Quirós Ramírez, se encuentra actualmente en los servicios de Psicología de la organización RENACE, Monterrey, México.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Maribel Quirós Ramírez, dirección electrónica: mquirosra@gmail.com

© 2013 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

La fibromialgia (FM) es un conjunto de síntomas diversos de etiología aún incierta, sin embargo, su común denominador es el dolor crónico generalizado de los músculos que emerge de manera impredecible y con una variable duración e intensidad. Este dolor afecta, principalmente, los hombros, el cuello, las caderas, las piernas y los brazos. El paciente con esta condición presenta agotamiento continuo y su dolor puede ser incapacitante (Martínez, González y Crespo, 2003).

Además del dolor y agotamiento, característico de esta condición, los pacientes pueden manifestar una diversidad de síntomas, tales como rigidez muscular (ante cambios de temperatura), dolores de cabeza o de cara, trastornos del sueño (sueño no reparador), falta de concentración, problemas de memoria, malestar estomacal, estreñimiento o diarrea, vejiga irritada (urgencia a orinar), parestesias, dolores de pecho, mareos, hipersensibilidad a la luz, al ruido y a los olores, manos y pies fríos, depresión y ansiedad (*National Fibromyalgia Partnerships, Inc*., 2001).

Por la multiplicidad de síntomas de este padecimiento, su diagnóstico puede confundirse con otras condiciones reumáticas como la artritis reumatoide o el síndrome de fatiga crónica. Además de un diagnóstico diferencial, se hace necesario aplicar la técnica de una presión de cuatro kilogramos sobre 18 puntos sensibles determinados (Harris et al., 2006). Según estos autores, se diagnostica la presencia del síndrome cuando el/la paciente reporta dolor en once o más de estos puntos por un periodo de, al menos, tres meses. Al mismo tiempo, enfatizan que el diagnóstico de otras enfermedades no excluye el de fibromialgia (Arnold, 2009).

Existen investigaciones que vinculan este padecimiento con alteraciones en el sistema nervioso central. Estas alteraciones pueden influir en el aumento de la sensibilidad de los nervios al dolor que provoca una disminución en el umbral. Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach y Pope (2004) compararon en su investigación 533 familiares de personas con fibromialgia con 272 familiares de pacientes con artritis reumatoidea; los hallazgos revelaron que el primer grupo presentó una mayor incidencia en el número de puntos sensibles y un umbral del dolor menor.

También, se ha comprobado que estos pacientes presentan un patrón de hiperactividad del sistema nervioso simpático durante las 24 horas que tiende a alterarse durante las horas del sueño (Martínez-Lavín, Hermosillo, Rosas & Soto, 1998). Otros estudios señalan la posibilidad de factores genéticos.

Cabe destacar que las personas con este padecimiento, en su mayoría, comparten historias de maltrato físico, psicológico y abuso sexual durante su niñez, concomitante con roles de adulto caracterizados por excesivas responsabilidades y trabajo desde edades muy tempranas (Barrera Villalpando, Cortés Sotres, Guerrero Menning & Aguirre González,

2005). La fibromialgia no es progresiva, ni conlleva algún daño orgánico a futuro, sin embargo, el entorno social de las personas con esta patología se ve afectado de tal forma que potencia sus síntomas (Rivera et al., 2006).

En Costa Rica, no se ha realizado un estudio epidemiológico que permita determinar la población general afectada por esta enfermedad, no obstante, esta condición se encuentra dentro de las patologías más frecuentes del país. Este síndrome se ha tornado un problema de salud pública importante, no solo por el alto costo en la atención médica y fármacos, sino también, porque afecta de manera significativa el ámbito familiar, laboral y social de la persona (Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social/Caja Costarricense del Seguro Social, 2010). En la actualidad, no existe un medicamento farmacológico para tratar directamente esta condición; lo que se prescribe son analgésicos (tramadol, paracetamol), ansiolíticos (fluoxetina, alprazolam), antidepresivos (amitriptilina, fluoxetina) y antiflamatorios para contrarrestar su diversa sintomatología (Rigg Brenes & Calvo Tenorio, 2010).

La fibromialgia y el enfoque cognitivo-conductual

Jara, Rivera y Zamora (2003), en su investigación realizada en Costa Rica, muestran el impacto de los estados emocionales en la conducta de las pacientes al darse tratamiento a su sintomatología afectiva desde un enfoque cognitivo-conductual. Ellos reportan resultados satisfactorios en mujeres con un rango de edades entre 35 a 65 años diagnosticadas con fibromialgia.

En la Universidad Católica de Costa Rica, Quesada (2006) realizó un tratamiento cognitivo-conductual dirigido al manejo del estrés en un grupo de mujeres con diagnóstico de fibromialgia, en el cual logró una disminución tanto en frecuencia como en intensidad de las crisis de dolor asociadas a la sintomatología. En la misma universidad, Durán (2006) elaboró un manual de tratamiento cognitivo-conductual para la atención a mujeres diagnosticadas con fibromialgia primaria dirigido a profesionales en Psicología. El manual enfatiza en los factores psicológicos básicos relacionados con esta patología y las principales necesidades de intervención psicológica.

En el año 2007, Valenciano y Garrido realizaron un estudio en la Universidad Católica de Costa Rica con mujeres diagnosticadas con fibromialgia que reveló que los niveles de estrés son mayores en comparación con los de depresión. Las autoras corroboraron el papel predominante del estrés en esta patología, por lo que entre las recomendaciones figuró la implementación de medidas terapéuticas como la terapia racional emotiva conductual.

Estos antecedentes muestran las diferentes intervenciones terapéuticas utilizadas y recomendaciones propuestas para tratar diversas sintomatologías de esta condición en Costa

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Rica, no obstante, hasta el momento no existe una propuesta terapéutica para el tratamiento de la percepción del dolor crónico.

Fibromialgia, percepción del dolor crónico e hipnosis

En España y México ya existen estudios de tratamiento para el dolor de pacientes con fibromialgia que aportan una esperanza para esta población. En el año 2009, el *American Journal of Clinical Hypnosis* publicó un reporte sobre la efectividad del tratamiento en la remisión total de los síntomas en cuatro mujeres diagnosticadas con FM y tratadas con hipnosis ericksoniana en España (Cuadros y Vargas, 2009). En México, se realizaron intervenciones con hipnosis ericksoniana para tratar el dolor en estos pacientes en que los hallazgos demostraron una reducción significativa en el número de puntos dolorosos (Álvarez-Nemegyei, Negreros-Castillo, Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Berzunza y Alcocer-Martínez, 2007).

La hipnosis constituye una de las áreas de aplicación que presenta mayor evidencia empírica de su eficacia en el manejo integral del dolor, ya sea crónico o agudo (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000). Tanto el reconocimiento del *National Institute of Technology Assessment Panel Report* (1996) como el meta-análisis de Montgomery, DuHamel y Redd (2000) revelan la efectividad de esta herramienta en el manejo del dolor y apoyan su consideración como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado.

Científicamente, se han llevado a cabo estudios para explicar el alcance de la hipnosis como herramienta en la terapia del dolor. En un intento de aclarar los mecanismos cerebrales que se encuentran detrás de la analgesia hipnótica, se midió y comparó el flujo de sangre cerebral regional con tomografía de emisión de positrones en pacientes con fibromialgia durante analgesia hipnótico-inducida y en estado relajado de pacientes (despiertos). De acuerdo con los resultados, los pacientes con hipnosis experimentaron menos dolor que el grupo de descanso y el fluido de la sangre del cerebro aumentó bilateralmente en las cortezas orbito-frontal y subcalloso cingular, el tálamo derecho y en la corteza parietal inferior izquierda y disminuyó bilateralmente en la corteza cingular. Entre los hallazgos destacaron la naturaleza multifactorial que se observa en la analgesia hipnótica en los fluidos de sangre con una interacción entre la dinámica cortical y subcortical del cerebro (Wik, Fischer, Bragée, Finer y Fredrikson, 1999).

En el año 2007, se realizaron investigaciones del efecto de la sugestión hipnótica sobre el dolor fibromiálgico en que indicaron que la analgesia hipnótica tuvo mayor efecto sobre la percepción de la intensidad del dolor y la dimensión sensorial del dolor que la hipnosis seguida de propuestas de relajación (Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull, 2007).

Fibromialgia, evaluación del dolor y terapia cognitiva-conductual

El efecto la terapia cognitiva-conductual en el manejo de pacientes con fibromialgia se ha visto igualmente beneficioso. Este enfoque se ha incluido en el listado de tratamientos psicológicos basados en la evidencia asociado a enfermedades reumatológicas por la Asociación Americana para el Dolor (Chambless et al., 1998).

La terapia cognitiva-conductual basa su fundamento en tres tesis: la primera se refiere a los esquemas de pensamiento desadaptativos que influyen de forma patológica en el procesamiento y elaboración de la información. La segunda alude a las distorsiones cognitivas que se manifiestan por medio de pensamientos automáticos e imaginación consciente. La última señala que estos esquemas distorsionados pueden analizarse de forma lógica, consciente para lograr una reestructuración más adaptativa (Semerari, 2002).

La teoría de la compuerta del dolor (Melzack y Wall, 1965) destaca que la experiencia del dolor obedece a la interrelación tanto de factores cognitivo-evaluativos como motivacional-afectivos con los procesos fisiológicos. Por lo tanto, la forma de pensar de una persona acerca del dolor puede influir en su magnitud, como también puede verse afectado por situaciones personales y aspectos ambientales.

La reestructuración cognitiva se basa en la premisa de controlar y desactivar determinados esquemas de pensamiento para restaurar funciones adaptativas al identificar distorsiones de pensamiento y reestructurarlas (Oblitas, 2009). Este método terapéutico tiene como objetivo principal modificar la forma en que los/las pacientes evalúan el dolor. Investigaciones al respecto comprobaron la asociación directa entre catastrofismo y discapacidad, es decir, entre mayor gama de ideas catastrofistas, mayor intensidad del dolor y, por ende, mayor discapacidad (Bishop, Ferraro y Borowiak, 2001; Buer y Linton, 2002).

Fibromialgia y hipnoterapia cognitiva-conductual

En un meta-análisis realizado sobre 18 estudios en los que se comparó la terapia cognitivo-conductual con la complementada con la hipnosis, los resultados indican que la adición de la hipnosis mejora sustancialmente el tratamiento. Según los resultados de esta investigación, el cliente promedio de recepción de la hipnoterapia cognitiva-conductual mostró una mejoría promedio del 70% sobre los clientes que recibieron terapia cognitivo-conductual no hipnótica (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995). En un estudio del Instituto de Reumatología de Barcelona, en el cual participaron 75 pacientes diagnosticados con fibromialgia, los resultados de esta terapia con hipnosis evidenciaron una mejoría del cuadro clínico de los participantes aunado a un mejor afrontamiento del estrés (Martínez Pintor et al., 2006).

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

En cuanto al tratamiento psicológico, en Costa Rica se han aplicado algunas terapias como la cognitiva-conductual, sin embargo, el tratamiento del dolor crónico ha sido escasamente explorado dentro de la terapia. Por esta razón, este trabajo se enfoca en mostrar la relación de la efectividad en la aplicación de la hipnosis en la disminución de la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia.

La intervención psicoterapéutica a través de la hipnosis permite cambios importantes a nivel cognitivo, físico y de conducta que convergen en una gran receptividad a la sugestión (Yapko, 2001). La hipnosis permite que la persona entre en una fase psico-fisiológico diferente del estado de vigilia normal caracterizado por un lapso de concentración interna y plena y profunda relajación bajo la guía de otra persona, en este caso el/la terapeuta.

La presente investigación busca demostrar la efectividad de la hipnosis, asociada a un enfoque cognitivo-conductual, en la disminución de la percepción del dolor de pacientes con fibromialgia.

Método

Para valorar la hipnosis como una posibilidad de tratamiento del dolor en pacientes diagnosticados con fibromialgia, la presente investigación emplea la propuesta de los métodos mixtos (*Mixed Methods Procedures,* Delgado y Gutiérrez, 1999; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2006) al utilizar instrumentos cualitativos para conocer y evaluar diversos aspectos implicados en la percepción del dolor (creencias, emociones, conductas de las pacientes) e instrumentos cuantitativos o de medición para identificar el grado de percepción del dolor ocasionado por el síndrome. Sin embargo, debido a factores de tiempo y espacio, una limitante del presente estudio fue que no incluyó un grupo control.

Participantes

La terapia se efectúo en la ciudad de Heredia, Costa Rica, bajo la modalidad de un taller de ocho sesiones grupales con un grupo de, inicialmente, ocho mujeres entre 50 y 72 años, quienes, como criterio de inclusión, habían sido diagnosticadas con fibromialgia. El grupo fue elegido de una lista de personas con diagnóstico de fibromialgia proporcionada por la clínica de atención primaria de la ciudad Los Lagos de Heredia en Costa Rica. En las primeras semanas, dos de las participantes tuvieron que ser excluidas debido a problemas particulares en su salud, por lo que la totalidad del programa se llevó a cabo con un grupo de seis mujeres. Estas seis mujeres pertenecieron, también, al Programa de Adulto Mayor de la Clínica CEDCAS de Los Lagos de Heredia, institución que otorgó el permiso para tratar a estas pacientes y prestó un espacio en sus instalaciones para llevarlo a cabo.

ISSN 0257-1439

Se les comunicó a las participantes en la convocatoria que el taller estaba enfocado al manejo del control del dolor con diferentes herramientas terapéuticas y, específicamente, la hipnosis y su efectividad, un espacio para desligarse de la rutina en un ambiente cálido y de confianza y que se les iba enseñar herramientas para enfrentar sus dolencias y un mayor conocimiento sobre su enfermedad. Las mujeres accedieron a participar de manera voluntaria.

Instrumentos

Cuantitativos

Se utilizaron tres instrumentos cuantitativos: el Cuestionario de Dolor de McGill en su versión corta, la Escala Analógica Visual y la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, que se describen a continuación.

El *Cuestionario de Dolor de McGill*, en su versión corta. El cuestionario en su versión original (*McGill Pain Questionnaire*, MPQ, Melzack y Torgerson, 1971) fue elaborado para el estudio del dolor y publicado por Melzack en el año 1975. El MPQ fue utilizado en más de 350 investigaciones de dolor y traducido en diferentes idiomas (Melzack y Katz, 1999). Actualmente, la versión abreviada del MPQ (*short form,* SF-MPQ) se ha mostrado, al igual que la versión original, sensible a los efectos de los tratamientos y ha demostrado validez factorial (Melzack, 1987). Se compone de dos factores con 15 descriptores verbales (11 sensoriales y 4 afectivos) que identifican los componentes sensoriales y afectivos del dolor y que son valorados por medio de la Escala Analógica Visual desarrollado por Melzack.

La *Escala Analógica Visual* (EVA, Melzack, 1975, adaptado al español por Lázaro, Bosch, Torrubia & Banos, 1994) originalmente de diez puntos, fue convertida para el presente estudio en una escala de cinco puntos (0 = *nada*, 1 = *levemente*, 2 = *moderadamente*, 3 = *muchísimo*, 4 = *demasiado* y 5 = *incapacitante*) que resultó más fácil para este grupo de mujeres al responder con mayor precisión a la puntuación reducida. Esta escala se utilizó como instrumento de valoración de presencia del dolor en las participantes.

La *Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton* (*Hamilton Anxiety Rating Scale*), elaborada y validada por Hamilton en 1959, contenía en su inicio 15 descriptores, que, posteriormente, cuatro de ellos fueron unificados en dos, quedando en 13 descriptores. En el año 1969, el descriptor *síntomas somáticos generales* fue segmentado en dos: *somáticos musculares* y *somáticos sensoriales*, de este modo la escala quedó en 14 descriptores. Cada uno de estos descriptores presenta una puntuación de 0 a 4 que explora el nivel de ansiedad, tensión y sintomatología somática. El instrumento fue validado por Lobo et al. (2002). Se aplicó la versión española realizada por Carrobles, Costa, Del Ser y Bartolomé (1986), la cual es la más utilizada en la actualidad.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Cualitativos

Se utilizaron cuatro instrumentos cualitativos: la entrevista para pacientes con fibromialgia, el Inventario de Depresión de Beck, un test de evaluación final y dos discos compactos para la relajación.

La *entrevista para pacientes con fibromialgia* semiestructurada enfocada a conocer aspectos clínicos y la historia relevante de cada paciente. Recopila información referente a datos personales (nombre, edad, estado civil, estudios, situación familiar), la historia médica (padecimientos, cirugías, alteraciones del sueño, inicio de la sintomatología de FM, diagnóstico, patrón de desarrollo de los episodios, antecedentes, uso de medicación), la historia personal relevante (acontecimientos estresantes previos al desencadenamiento del síndrome, desintegración familiar, duelos, accidentes, si hubo alguna historia de abuso o algún otro aspecto importante que dejó una huella en la historia de vida) y la historia psicológica referente a la presencia de antecedentes psicopatológicos (Getto, Heaton y Lehman, 1983; Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003).

El *Inventario de la Depresión de Beck* (*Beck Depression Inventory, BDI-II,* Beck, 1996) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel clínico para valorar la depresión, compuesto por 21 descriptores que evalúan los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. El contenido de esta prueba enfatiza en el componente cognitivo de la depresión, que son representados con 15 descriptores y siendo los síntomas de tipo somático constituyen el segundo bloque de mayor peso representado por seis rubros de sintomatología somática (Beck, 1996). Dentro de las escalas de depresión, esta escala es la que presenta mayor número de descriptores cognitivos, lo cual está fundamentado con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. El test fue adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (1975).

El *test de evaluación final* consistió en la formulación de tres preguntas a las participantes, en que se les solicitó su opinión respecto al impacto de la terapia (antes y después). Las preguntas recogieron información sobre la utilidad de las técnicas enseñadas y su impresión sobre el programa de tratamiento.

El *diario de control del dolor*, cuya aplicación data del año 1973 y se estima que Fordyce y colaboradores fueron los primeros en utilizarlo y que se ha convertido en una herramienta de evaluación ampliamente utilizada por los clínicos (Fordyce, 1976, citado en Miró, 2003). Este procedimiento recolecta información referente a las características del dolor (intensidad, hora del día), concatenado con acontecimientos específicos como el tipo de actividad realizada. El diario identifica pautas o patrones de intensidad y fluctuaciones del dolor y permite al paciente explorar su causa (Miró, 2003).

Dos *discos compactos*: el primer CD contenía una relajación y visualización de un lugar seguro y el segundo un ejercicio de hipnosis orientado en la sintomatología del dolor, con sugestiones de disminución en su forma, color y dimensión.

Para la validación de los instrumentos se contó con la asesoría de la Facultad de Psicología de la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica.

Procedimiento

La terapia inició el 29 de setiembre del 2010 y finalizó el 17 de noviembre de ese año. Se realizaron un total de ocho sesiones grupales con una duración promedio de dos horas y media. Cada sesión se estructuró en dos partes: una didáctica y una orientada a la práctica de los conocimientos adquiridos, acompañada con un ejercicio práctico de la hipnosis. Una semana antes de iniciar, se les pidió a las participantes el consentimiento firmado y se procedió a la entrevista individual. En esta ocasión y una vez más al terminar el taller, se aplicaron las pruebas cuantitativas (Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, Cuestionario de Dolor de McGill, Escala Analógica Visual) y el Inventario de la Depresión de Beck.

El diario de control del dolor se aplicó a partir de la segunda semana del taller. A cada participante se le entregó una hoja con una escala de 1 a 5 para registrar la percepción de la intensidad del dolor, la fecha, su localización, la hora del día y factores situacionales (lugar, pensamientos, sintomatología, tipo de actividad, si se encuentra sola o acompañada y si está acompañada, cómo reacciona la persona que está junto a ella). A cada participante se le asignó realizar diariamente al menos dos registros en el diario (mañana y tarde), tanto si tenía dolor como si no lo había experimentado.

Semanalmente, antes de iniciar la sesión, se tomaba nota del registro realizado por las participantes y se hacía retroalimentación. Para evaluar la percepción del dolor de cada participante en el registro del dolor para el presente trabajo, se tomó el valor de la escala registrada diariamente y se promedió entre el número de días reportado semanalmente. En la segunda y tercera sesión se entregaron los discos compactos con los ejercicios para facilitar hábitos rutinarios en el empleo de la hipnosis. La tabla 1 describe los contenidos trabajados en cada sesión.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Tabla 1

Cronograma de las sesiones terapéuticas

Sesión	Objetivo	Actividades
1	Encuadre. Propósito y metodología del taller.	Dinámica de presentación. Explicación sobre las herramientas del taller: hipnosis y enfoque cognitivo conductual, su propósito e importancia. Información sobre la estructura de las sesiones y su duración. Ejercicio práctico de relajación. Tarea para la casa.
2	Información sobre la enfermedad. Ejercicio de hipnosis.	Revisión de tarea. Exposición sobre fibromialgia. Explicación sobre la respiración vía diafragmática y su importancia. Ejercicio de hipnosis. Técnica de relajación y visualización a lugar seguro (primer CD), incorporar dentro de su rutina (escucharlo mín. 2 veces al día). Entrega fólder con hojas de diario de control del dolor (registro del control semanal).
3	Identificar potenciales estresores y su relación con el dolor. Técnicas de reestructuración cognitiva.	Revisión de la tarea. Explicación de los elementos que integran el dolor (nocicepción, dolor sensorial, sufrimiento y comportamiento del dolor) y su relación con los potenciales estresores que lo desencadenan (papel de las cogniciones y emociones). Se trabaja con la identificación de distorsiones cognitivas: hipergeneralización, pensamiento polarizado, catastrofismo, falacias de control, entre otros. Práctica de ejercicio de hipnosis orientado a la disminución del dolor (segundo CD). Tarea "Control diario del dolor".
4	Reforzar técnicas de reestructuración cognitiva.	Revisar la tarea. Fase educativa (cognitiva): identificación de pensamientos distorsionados y su restructuración y luego se complementa con práctica. Ejercicio práctico: Hipnosis enfocada en disminución del dolor. Designación de tarea para la casa.
5	Enseñar técnica de parada de pensamiento y explorar problemas de insomnio. Realizar ejercicio de hipnosis.	Revisión de la tarea. Práctica: técnica de parada de pensamiento por medio de actividades como la distracción y la sustitución a pensamientos positivos. Exploración sobre problemas de insomnio. Aplicación de hipnosis y sugestiones poshipnóticas. Tarea para la casa.
6	Enseñar estrategias de afrontamiento para contrarrestar el insomnio.	Revisión de la tarea. Estrategias de afrontamiento para contrarrestar el insomnio. Ejercicio de hipnosis. Tarea para la casa.

ISSN 0257-1439

7	Integración de herramientas aprendidas. Exposición sobre solución de problemas y ejercicio práctico. Tarea para la casa: Evaluación sobre el trabajo realizado en el taller y los logros alcanzados.	Revisión de la tarea. Dinámica de integración de las estrategias vistas durante las sesiones anteriores. Exposición sobre pasos por seguir para la solución de problemas y ejercicio práctico. Ejercicio de hipnosis. Se entrega hoja para evaluar el trabajo realizado.
8	Evaluar el proceso terapéutico. Retroalimentación de las pacientes. Consejos seguimiento del control del programa. Aplicar test de Depresión, Escala de percepción del dolor y cuestionario de ansiedad. Cierre del proceso terapéutico.	Comentarios sobre el proceso. Recomendaciones acerca del seguimiento en el control de la sintomatología. Se pasan los test de depresión, escala de percepción del dolor y cuestionario de ansiedad y un cuestionario de evaluación final, a fin de evaluar el proceso terapéutico.

Resultados

La tabla 2 presenta la información del grupo de participantes: el grupo consistió de seis mujeres entre 50-72 años, todas vivieron en el cantón de Heredia de Costa Rica y fueron personas de bajos recursos. Cuatro de las seis participantes no había terminado su educación secundaria y todas se dedicaron en el momento de la entrevista al trabajo doméstico del hogar. Una de las integrantes vivió sola. A continuación, las participantes del taller se identifican con sus iniciales seguido de una numeración para su mejor reconocimiento en el texto.

Tabla 2
Registro de las participantes

Iniciales (número)	Edad	Residencia, Cantón de	N.º de hijos/as	Ocupación	Educación	Personas con que habita	Asistencia a sesiones
O.C. (1)	50	Los Lagos	7	Ama de casa	Segundaria incompleta	4 hijos	8
M.C. (2)	60	Guararí	2	Ama de casa	Primaria incompleta	esposo e hijo	7
E.M. (3)	72	Guararí	7	Ama de casa	Primaria incompleta	nieta adulta	8
H.P. (4)	66	Los Lagos	3	Pensionada	Segundaria incompleta	esposo	7
F.V. (5)	69	Guararí	1	Pensionada	Bachillerato	ninguna	8
A.M. (5)	57	La Granada	4	Ama de casa	Bachillerato	esposo y 3 hijas	8

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Resultados del diario semanal de dolor

La tabla 3 muestra los resultados del diario semanal de la intensidad del dolor y sus porcentajes de disminución con respecto a los resultados de la aplicación inicial del Cuestionario de Dolor de McGill una semana antes de comenzar el taller. La tabla 3 muestra que, a partir de la tercera semana, se presentó una disminución general en la percepción del dolor en cinco participantes (entre 20-25%), a excepción de M.C. (2), quien reportó mejoría hasta la cuarta semana.

En la cuarta semana, todas las participantes reportaron mejoría entre un 20-50% respecto a la aplicación inicial. En la quinta semana, se observa una tendencia ascendente en la disminución general de la percepción del dolor respecto a la aplicación inicial en dos participantes (O.C., 1 y M.C., 2), ambas disminuyeron su dolor de un 20% a un 40%, tres participantes se mantuvieron estable respecto a la semana anterior entre un 20% y un 50%, mientras F.V. (5) retrocedió a su valor inicial (de un 20% a un 0%).

En la sexta semana, la tendencia en la disminución general de la percepción del dolor ascendió en todas las participantes entre un 40% hasta un 80% respecto a la aplicación inicial del Cuestionario de Dolor de McGill. Cuatro de las participantes mantuvieron su valor de disminucion en la percepción del dolor hasta el final del taller (sesión ocho): de ellas, dos (E.M., 3 y F.V., 5) disminuyeron en la percepción de su dolor en un 40%, A.M. (6) en un 75% y H.P. (4) en un 80%. Las otras dos participantes disminuyeron en su percepción del dolor de un 40% a un 60% y una de ellas, la participante O.C. (1) disminuyó en la sétima semana de un 60% a un 80% y se mantuvo estable en la octava semana, mientras la participante M.C. (2) bajó su valor de un 60% a un 40% en la semana siete y aumentó este valor nuevamente a un 60% en la octava semana. El resultado del diario semanal de dolor muestra valores finales de disminución de dolor durante las ocho sesiones del taller en todas las participantes entre un 40% hasta un 80%.

ISSN 0257-1439

Tabla 3

Diario semanal de la intensidad del dolor y sus porcentajes de disminución con respecto a los resultados de la aplicación inicial del Cuestionario McGill

Participante	Test inicial	Semana I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	UD	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%
O.C. (1)	5	5	0	5	0	4	20	4	20	3	40	2	60	1	80	1	80
H.P. (4)	5	5	0	5	0	4	20	3	40	3	40	1	80	1	80	1	80
A.M. (6)	4	4	0	4	0	3	25	2	50	2	50	1	75	1	75	1	75
M.C. (2)	5	5	0	5	0	5	0	4	20	3	40	2	60	3	40	2	60
E.M. (3)	5	5	0	5	0	4	20	4	20	4	20	3	40	3	40	3	40
F.V. (5)	5	5	0	5	0	4	20	4	20	5	-	3	40	3	40	3	40

Nota: UD = Umbral de dolor.

© 2013 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA

Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

En cuanto a los resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton, la tabla 4 muestra que los estados de ansiedad reportados por todas las seis participantes al inicio del programa fueron superiores a los 15 puntos (entre 23-38 puntos), lo cual la escala designa como un estado de ansiedad *mayor*. En la aplicación final de la escala, cuatro de las participantes presentaron un estado de ansiedad menor a 15 puntos (7-13), que se traduce a un porcentaje de disminución entre un 43-76% y se designa como un estado de ansiedad *menor* en la escala. Dos de las participantes (F.V., 5, y M.C., 2) reportaron en el segundo test todavía un nivel de ansiedad *mayor* (19 y 29 puntos), sin embargo, estos valores correspondieron a una disminución de la ansiedad de un 44% y un 24%, respectivamente, en relación con la medición inicial. Al finalizar el programa, todas las participantes reportaron un descenso significativo en los niveles de ansiedad entre un 24% hasta un 76%.

Tabla 4
Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton y sus porcentajes de disminución (primer y último día)

	Test I		Test II		
Participante	Valor	Nivel de ansiedad	Valor	Nivel de ansiedad	%
H.P. (4)	29	mayor	7	menor	76
O.C. (1)	34	mayor	8	menor	76
A.M. (6)	25	mayor	11	menor	56
E.M. (3)	23	mayor	13	menor	43
F.V. (5)	34	mayor	19	mayor	44
M.C. (2)	38	mayor	29	mayor	24

ISSN 0257-1439

La figura 1 muestra los resultados de los valores de ansiedad del primer test y del último test de la Escala de Ansiedad de Hamilton. La figura organiza las participantes en orden descendiente de menor a mayor ansiedad en la segunda aplicación del test.

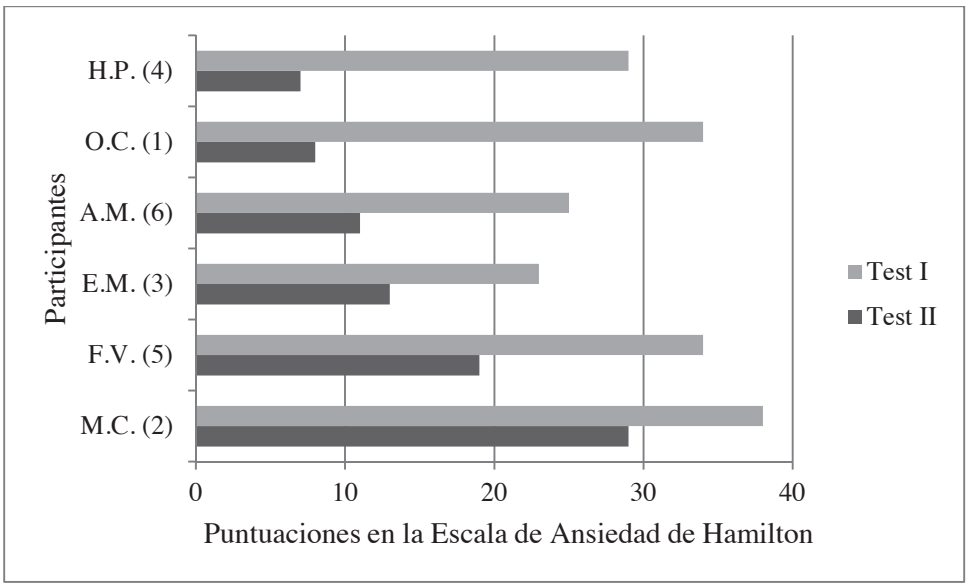

Figura 1. Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton: primera y última aplicación.

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

En cuanto a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, el primer test muestra que todas las participantes presentaron un grado de depresión de *leve* hasta *grave* con una puntuación entre 13-35 puntos. Al finalizar la terapia, cinco de las participantes habían superado su depresión con valores entre 0-7 puntos que indicó una mejora respecto al valor inicial de un 70%-100%. La sexta participante, al finalizar la terapia, registró todavía un valor de 11 puntos, calificada como depresión leve, sin embargo, esta participante tuvo una mejoría de un 35% respecto a su valor inicial. Conviene destacar que dos de las participantes (H.P., 4 y A.M., 6) superaron su nivel depresivo grave y moderado en un 100%.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Tabla 5
Resultados del Inventario de Depresión de Beck y sus porcentajes de disminución

	Test I		Test II		
Participante	Valor	Nivel depresivo	Valor	Nivel depresivo	%
H.P. (4)	35	grave	0	-	100
A.M. (6)	23	moderado	0	-	100
F.V. (5)	13	leve	2	-	85
O.C. (1)	14	leve	3	-	79
E.M. (3)	23	moderado	7	-	70
M.C. (2)	17	leve	11	leve	35

La figura 2 muestra los resultados de las aplicaciones, tanto inicial como última del Inventario de Depresión de Beck. El orden de las participantes se muestra según el valor del segundo test y descendiente en el grado de depresión.

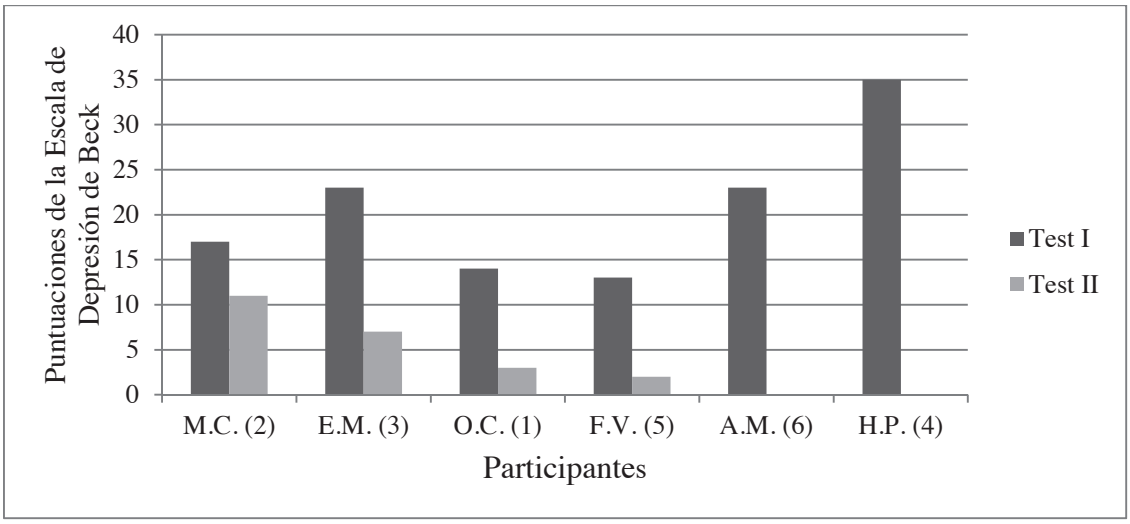

Figura 2. Resultados del Inventario de Depresión de Beck: primera y última aplicación.

ISSN 0257-1439

Resultados del Cuestionario de Dolor de McGill

De acuerdo con los resultados de la aplicación del Cuestionario de Dolor de McGill, la tabla 6 muestra que al inicio de la terapia, cinco de las participantes reportaron un umbral de dolor superior (5 puntos de la escala). Al finalizar el programa, se refleja una mejoría a nivel grupal en la disminución general del dolor que oscila entre un 40-80%.

Tabla 6
Resultados del Cuestionario de Dolor de McGill y porcentaje de disminución del dolor (primera y última aplicación)

Participante	Test I	Test II	%
O.C. (1)	5	1	80
A.M. (6)	4	1	75
E.M. (3)	5	2	60
H.P. (4)	5	2	60
F.V. (5)	5	3	40
M.C. (2)	5	3	40

La figura 3 visualiza los cambios entre la primera y la última aplicación del Cuestionario del Dolor de McGill. El orden de las participantes es presentado descendiente de menor a mayor dolor en el segundo test.

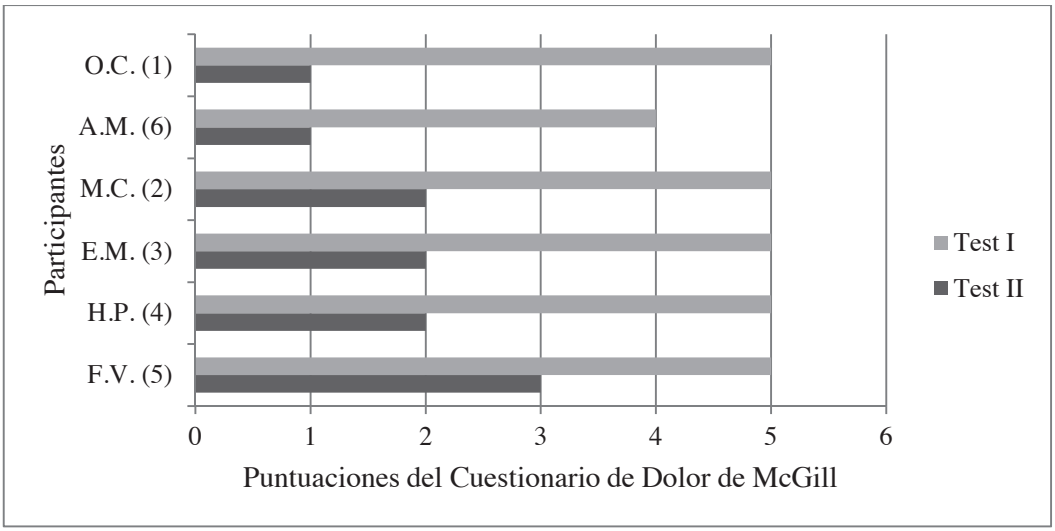

Figura 3. Resultados del Cuestionario del Dolor de McGill: primera y última aplicación.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Comentarios de las participantes

Cabe destacar que la participante A.M. (6) pasó en la escala de percepción del dolor de un inicial cuatro a uno. Esta participante comentó que había dejado su medicamento, ya que "me siento más tranquila y con mucho menos dolores". Sin embargo, desde el inicio de la terapia e, inclusive, en su sesión final, se les volvió a explicar a las participantes que la terapia no es un sustituto de la medicación, sino que es una parte integral del tratamiento. Se observó que, conforme las participantes iban experimentando mejoría, algunas decidieron disminuir la medicación y en el caso de A.M. (6), ella dispuso suspenderla. Asimismo, O.C. (1) comentó que el dolor que experimentaba había disminuido mucho y que ahora conocía más de la enfermedad y pudo identificar con mayor claridad lo que le causa dolor y controlarlo. H.P. (4) indicó "nunca me he sentido tan contenta, ahora he llegado a controlar mis dolores, paso a paso". En el caso de F.V. (5) cuyo umbral inicial estaba en cinco y disminuyó a tres, según palabras textuales de esta persona, con la aplicación de las herramientas adquiridas "el dolor es menos denso, lo siento menos intenso".

Análisis de resultados

Desde el inicio del taller, se enfatizó a las participantes en la efectividad de la hipnosis en una amplia variedad de problemas, tanto psicológicos como médicos. Este elemento fue de gran utilidad, pues, permitió asentar en ellas un nivel alto de expectativa de éxito del tratamiento por iniciar, aunado a una actitud positiva y de colaboración. De acuerdo con las investigaciones realizadas, las expectativas de respuesta son un importante mecanismo de los tratamientos para el dolor en los que se utiliza la hipnosis y el enfoque cognitivo conductual (Milling, Shores, Coursen, Menario y Farris, 2007).

De acuerdo con los resultados de la aplicación del Cuestionario de Dolor de McGill, en la tabla 6 se observa que, en relación con las demás participantes, dos reflejaron una disminución menor en la percepción del dolor (M.C., 2 y F.V., 5), lo cual podría sugerir que el contexto familiar influye de alguna forma, ya que, a mediados del año 2010, M.C. quedó viuda y F.V. tenía en ese periodo un hijo con problemas serios de salud, además del hecho de vivir sola. También, se puede apreciar en la tabla 4, cómo estas dos participantes, a pesar de haber logrado una disminución en su estado de ansiedad, todavía continuaron con su sintomatología considerada en la categoría de ansiedad *mayor*. Lo anterior corrobora la información revelada de investigaciones anteriores y se evidenciaron los factores psicosociales, en este caso, duelos y aspectos de salud, elementos vinculantes al dolor, aunado a estos, se desplegó la presencia de vínculos afectivos caracterizados por distanciamiento en los lazos familiares y un apoyo invisible de la familia hacia las dos participantes de este estudio.

ISSN 0257-1439

En el caso de las pacientes con fibromialgia, su sintomatología depresiva y ansiosa puede estar asociada a un sentimiento de impotencia o de incapacidad que se apodera de ellas al vivir con la creencia de no poder hacer nada para disminuir sus dolencias. Esta creencia y sentimientos negativos hacen que la persona se abrace a la frustración y desesperanza, lo cual empeora su sintomatología. Sin embargo, en esta terapia se pudo observar cómo la adquisición de la rutina en la práctica diaria de la hipnosis aunada a la enseñanza e implementación de técnicas cognitivo-conductuales devolvió a las participantes la confianza en el control de su enfermedad y en su capacidad de mejoría.

El conocer aspectos relevantes sobre la fibromialgia propició en las participantes un mayor conocimiento de su padecimiento, lo cual fue sustancial para un mejor afrontamiento y control de su sintomatología y como resultado, a partir de la tercera semana, se observó una disminución del dolor en cinco de seis participantes (tabla 3). Se puede inferir que esta disminución es parte del producto de la implementación diaria de los ejercicios de hipnosis como hábito rutinario fomentado en ellas.

Además, la tabla 3 muestra un aumento en el umbral del dolor experimentado en la quinta semana por F.V. (5). Fue observable cómo el surgimiento de problemas familiares desencadenó síntomas de ansiedad y preocupación en ella, lo cual provocó un ascenso del umbral de dolor. Esta información corrobora datos de investigaciones que vinculan la contribución de factores psicosociales en la experiencia de dolor (Pastor et al., 1994). Por ello, es necesario dar atención a las manifestaciones de ansiedad y preocupación que presentan estas personas, de forma tal que puedan ayudarse mediante la enseñanza de diversas estrategias de afrontamiento y entrenamiento en la resolución de problemas.

El tiempo no permitió establecer una correlación entre el insomnio y el umbral del dolor, no obstante, se observó que en algunas de las participantes, los despertares nocturnos disminuyeron y que la práctica del ejercicio de hipnosis permitió mermar sus dificultades para dormir. También, se encontró la práctica de hábitos poco saludables en el horario de sueño, tales como la ingesta de café y comidas pesadas o demasiado livianas cerca de la hora de acostarse. Asimismo, la costumbre de utilizar el dormitorio para realizar otras actividades distractoras del sueño como sacar cuentas, enlistar pendientes e invertir energía mental en situaciones familiares conflictivas y el hábito de siestas un poco extensas durante el día.

Al realizar una relación con otras investigaciones efectuadas en este campo, los datos obtenidos a través del historial de vida de las participantes confirmaron lo que la literatura señala de las pacientes con fibromialgia, quienes, por lo general, son personas que en su mayoría han sufrido los vejámenes de una infancia caracterizada por maltratos, exceso de trabajo, carencia de afecto y, a veces, hasta abuso sexual (Imbierowicz & Egle, 2003, citado por Torres y Troncoso, 2006). En otros casos, heredan la enfermedad debido al

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

enfrentamiento de situaciones adversas de la vida, situaciones de angustia o por mucho dolor como la muerte de un hijo o el nacimiento de un familiar con una enfermedad crónica, entre otros. Este es el mundo del que provienen las participantes de esta investigación, mundo de conflictos que se encontró concatenado a los patrones culturales de entrega y servicio de la mujer para el bien de los otros.

Conclusiones

Los resultados presentados en esta investigación responden de forma satisfactoria a la interrogante planteada al inicio de este trabajo, la implementación de la hipnosis, aunada a técnicas cognitivo-conductuales, confirman una incidencia directa y significativa en los factores atenuantes del dolor provocados por esta enfermedad.

En Costa Rica, este tipo de intervención no ha sido utilizado en pacientes con fibromialgia, se presenta el tratamiento desarrollado en esta investigación para ser considerado como una intervención clínica valiosa y esperanzadora que permite una mejoría efectiva en el/la paciente.

El conocer la enfermedad y su sintomatología, así como poder aplicar herramientas de control interior e identificar distorsiones cognitivas y su repercusión emocional, ha permitido a las participantes pasar de un estado de indefensión e impotencia a uno de control y poder sobre su sintomatología. El saber de técnicas que potencian su control sobre esta condición, así como manejar diferentes estrategias de afrontamiento, ha permitido a las participantes revaluar su autoestima y poder interior. Se torna necesario realizar más estudios con grupos control desde esta combinación de herramientas que permitan una mayor evidencia de la terapia y el mantenimiento a largo plazo de las mejorías en los/las pacientes.

ISSN 0257-1439

Referencias

Álvarez-Nemegyei, J., Negreros-Castillo, A., Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Berzunza, J. y Alcocer-Martínez, L. M. (2007). Eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres. *Revista Médica Instituto Mexicana del Seguro Social, 45*(4), 395-401. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im074l.pdf

Arnold, L. M. (dic, 2009). Strategies for managing fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, *122*(12 Suplement), S31-S43.

Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guerrero Menning, H. & Aguirre González, A. (dic, 2005). La fibromialgia: ¿Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? *Salud Mental, 28*(6), 41-51. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2806/sm280641.pdf

Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, 2ª ed. (Traducido y adaptado con el permiso de The Psychological Corporation). San Antonio, EE.UU.: Harcourt Brace.

Bishop, K. L., Ferraro, F. R. & Borowiak, D. (2001). Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist, 23*(1-2), 33-42.

Buer, N. & Linton, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: Occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain, 99*(3), 485-491.

Carrobles, J. A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta. Teoría y métodos de aplicación para la práctica clínica*. Valencia, España: Promolibro.

Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A. & Rull, M. (mayo, 2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hipnosis and relaxation. *European Journal of Pain, 11*(4), 463-468. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.06.006

Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social-Caja Costarricense del Seguro Social (CENDEISS-CCSS) (2010). Programa académico de la especialidad Reumatología. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/documentos/Programas/Reuma.pdf

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., …& Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3-16. Recuperado de http://iacp.asu.edu/~horan/ced522readings/div12/chambless98.pdf

Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 12, 217-236.

Cuadros, J. y Vargas, M. (2009). A new mind-body approach for a total healing of fibromyalgia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis, 52*(1), 3-12. Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00029157.2009.10401687

Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (Coor). (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Síntesis.

Durán, J. (2006). *Manual de tratamiento cognitivo conductual para la atención de mujeres diagnosticadas con fibromialgia primaria, dirigido a profesionales en Psicología*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad Católica de Costa Rica.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis, EE.UU.: Mosby

Getto, C. J., Heaton, R. K. & Lehman, R. A. W. (1983). PSPI: A standardized approach to the evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Advances in Pain Research & Therapy,* 5, 885-889.

Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. & Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la salud*. Madrid, España: Alianza.

Hamilton, M. (mar, 1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50-55. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

Harris, E., Budd, R., Firestein, G., Genovese, M., Sergent, J., Shaun, R. & Sledge, C. (2006). *Tratado de reumatología* (7ª ed.). España: Elsevier.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E., Auchenbach, M. B. y Pope, G. H. (dic, 2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, *56*(11), 884-891. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.009

Jara, M., Rivera, D. & Zamora, Y. (2003). *Efectividad de la terapia grupal desde un enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, en mujeres con edades de entre 35 a 65 años, diagnosticadas con fibromialgia que asisten a la Clínica de Fibromialgia del Hospital San Carlos*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad Católica de Costa Rica.

Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(63), 214-220.

Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Banos, J. E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment, 10*(2), 145-51.

Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*(2), 239-259. doi:10.1080/00207140008410050

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E.y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica (Barcelona)*, *118*(13), 493-499.

Martínez, E., González, O. & Crespo, J. M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global, 3*(4), 2-7.

Martínez-Lavín, M., Hermosillo, A. G., Rosas, M. y Soto, M. E. (1998). Circadian studies of automatic nervous balance in patients with fibromyalgia: A heart rate variability analysis. *Arthritis & Rheumatism*, *41*(11), 1966-1971. doi: 10.1002/1529-0131(199811)41:11<1966::AID-ART11>3.0.CO;2-O

Martínez Pintor, F., Pérez Hidalgo, I., Cuatrecasas Ardiz, J., Chamorro Álvarez, J., Martí Gazulla, N. y Reig Gourlot, A. (jul-sept, 2006). Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (79-80), 53-60.

ISSN 0257-1439

Melzack, R. & Torgerson, W. S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology, 43*(1), 50-59.

Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150, 971-979.

Melzack, R. (set, 1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, *1*(3), 277-299.

Melzack, R. (ago, 1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain, 30*(2), 191-197. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8

Melzack, R. & Katz, J. (abr, 1999). Measurement of pain. *The Surgical Clinics of North America*, *79*(2), 231-252.

Milling, L. S., Shores, J. S., Coursen, E. L., Menario, D. J. & Farris, C.D. (abril, 2007). Response, expectancies, treatment credibility, and hypnotic suggestibility: Mediator and moderator effects in hypnotic and cognitive - behavioral pain interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(2), 167-178.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. España: Desclée de Brouwer.

Montgomery, G. H., DuHamel, K. N. & Redd, W. H. (2000). Meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48*(2), 138-153.

National Fibromyalgia Partnerships, Inc. (2001). *Fibromialgia: Síntomas, diagnostico, tratamientos e investigación*. EE.UU.: Autor. Recuperado de http://www.fmpartnership.org/Files/Website2005/Learn%20About%20Fibromyalgia/FM%20Overview/Monograph--Spanish.pdf

Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud*. México: Cosegraf.

Pastor, M., López, S., Rodríguez, J., Salas, E., Sánchez, S. y Terol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. Un estudio empírico. *Revista de Psicología Social, 2*(9), 179-191.

Quesada, K. (2006). *Intervención psicoterapéutica en un grupo de mujeres con diagnóstico de fibromialgia*. (Tesis de graduación, Especialista en Psicología Clínica, inédita). Universidad de Costa Rica.

Rigg Brenes, J. & Calvo Tenorio, O. (2010). Fibromialgia. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXVII* (591), 93-96. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2010/rmc10591s.pdf

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A. & Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatología Clínica*, *2*(Supl 1), 55-66.

Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Madrid, España: Paidós.

Torres, L. & Troncoso, S. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología, 2*(38), 285-298.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Valenciano, V. & Garrido, V. (2007). *Niveles de depresión, estrés y patrón de conducta Tipo A presentes en las mujeres con fibromialgia que asisten a la clínica de fibromialgia del Hospital de San Carlos y a los grupos de fibromialgia del Hospital México y Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad Católica de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Wik, G., Fischer H., Bragée, B., Finer, B. & Fredrikson, M. (1999). Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain, 3*(1), 7-12. http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801(99)90183-0

Yapko, M. D. (2001). *Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and stategic approaches*. USA: Routledge Taylor & Francis. Recuperado de http://books.google.co.cr/books

Recibido 29 de febrero de 2012
Revisión recibida 25 de mayo de 2012
Aceptado 7 de marzo de 2013

Reseña de la autora

Maribel Quirós Ramírez obtuvo su licenciatura en Psicología de la Universidad de Iberoamérica, Costa Rica. Es diplomada en Programación Neurolingüística por el Instituto Obispado de Monterrey, reconocido por la Secretaría de Educación de Nuevo León, México. Se encuentra incorporada al Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica y forma parte como miembro de la Asociación Costarricense de Hipnosis Clínica. Actualmente, cursa su maestría en Terapia Breve Sistémica por el Instituto Milton Erickson de Monterrey, México y labora como psicóloga en RENACE, Monterrey, México, institución que brinda apoyo psicológico a personas en el proceso de reinserción social acusadas por un delito.

Primera publicación en línea: 01 de julio de 2013

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

ISSN 0257-1439

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA ISSN 0257-1439
Ene-jun 2013, Vol. 32, N.º 1, p. 27-40

Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos

Dating Violence in a Sample of Young Mexicans

Fabiola Peña Cárdenas, Benito Zamorano González, Gloria Hernández Rodríguez, María de la Luz Hernández González, José Ignacio Vargas Martínez, Víctor Parra Sierra

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Resumen

El estudio de la violencia en las relaciones de noviazgo es importante por tres razones: en primer lugar, se ha encontrado que una agresión física previa al matrimonio supone una probabilidad del 51% de que esa agresión se repita a lo largo del primer año y medio de convivencia. En segundo lugar, el estudio de la violencia puede ayudar en la comprensión general del fenómeno de la violencia en las relaciones íntimas. Finalmente, el conocimiento de este fenómeno puede ayudar a planear y fomentar su prevención. El estudio de la violencia en las parejas se ha centrado históricamente en la mujer, sin embargo, investigaciones recientes apuntan a que, por lo menos, en las parejas de novios, la diferencia entre géneros se está disminuyendo o incluso invirtiendo. En el presente estudio se presentan los datos obtenidos de una encuesta aplicada a un total de 140 jóvenes de uno y otro sexo en Tamaulipas, México, sobre violencia en el noviazgo. Los resultados indicaron que el 45.5 y el 46.8% de hombres y mujeres, respectivamente, es decir, el 46.2% del grupo total sufre de violencia en alguna medida. Eso significa que en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto al ejercicio de la violencia entre géneros.

Palabras clave: Violencia, noviazgo, género, mexicanos, jóvenes

Abstract

The study of violence in dating relationships is important for three reasons: first, it has been found that physical aggression before marriage is indicative of a 51% probability that this aggression will be repeated throughout the first year and a half of cohabitation. Second, the study of violence can aid in understanding the phenomenon of violence in intimate relationships. Finally, knowledge about this phenomenon may help to plan and promote prevention. Moreover, the study of dating violence has historically focused on women, yet, recent research suggests that, at least in dating couples, the gender gap is decreasing or even reversing. This study presents data about dating violence from a survey of 140 young men and women in Tamaulipas, Mexico. The results indicate that 45.5% of men and 46.8% of women, corresponding to 46.2% of the sample as a whole, suffer from violence to some degree, but there were no significant gender differences in this regard.

Keywords: Violence, dating violence, gender, Mexicans, youth

Fabiola Peña Cárdenas, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT, México.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Fabiola Peña Cárdenas, dirección electrónica: fcardenas@uat.edu.mx

© 2013 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

La violencia, cuyo significado etimológico se refiere al concepto de la "fuerza" y al ejercicio del poder por medio de la fuerza, que supone, a su vez, el deseo de doblegar la voluntad de la otra persona o de eliminar los obstáculos que se oponen al ejercicio de ese poder. Desde una perspectiva social para que exista violencia, debe existir un desequilibrio en el poder (Corsi, Dohmen y Sotés, 1999). Estos autores señalan que ese desequilibrio no siempre es visible para el observador externo, de tal forma que, basta con que uno de los integrantes de la diada crea en ese poder y fuerza del otro para que se produzca el desequilibrio, aun cuando esa fuerza y poder no tenga existencia real.

A través del tiempo, no solo el estudio científico de la violencia en la pareja ha ido cambiando de acuerdo con las condiciones sociales, políticas y económicas de la época y el lugar, sino también, los diferentes conceptos que se han utilizado para nombrarla. Los términos que aparentemente se superponen como "violencia marital", "violencia intrafamiliar", "violencia de género", "violencia del compañero íntimo", etc., han sido utilizados para adaptarse a las condiciones culturales y temporales del estudio, los cuales han tenido influencia en la visión del fenómeno.

La violencia en parejas de jóvenes y en las relaciones de noviazgo no ha recibido la misma atención en la literatura como la violencia íntima en parejas adultas. La violencia en las relaciones de pareja de jóvenes se lleva estudiando desde que Makepeace (1981) publicó el primer estudio centrado en jóvenes. Sin embargo, el tema es relevante. A pesar de que son datos poco conocidos, varios estudios han indicado que la incidencia de la violencia en la pareja es más frecuente entre parejas de novios que entre parejas casadas, aunque de menor intensidad (Sugarman y Hotaling, 1989, citado en Straus, 2004).

El Instituto Tlaxcalteca de la Juventud (2008) encontró que las conductas violentas en las relaciones de pareja no formales, no fueron percibidas como tales, ni por las víctimas ni por los agresores, sino que el maltrato y las ofensas se confundieron con el amor y el interés por la pareja.

En la actualidad, los estudios sobre la violencia ya no solo se centran en matrimonios o la violencia del hombre hacia la mujer, sino se incluye la violencia en cualquier relación de pareja, incluyendo el noviazgo y en los jóvenes.

Furman, Feiring y Brown (1999) afirmaron que las relaciones de pareja son uno de los principales recursos de apoyo social que contribuyen al bienestar psicosocial y al afrontamiento de situaciones estresantes en la adolescencia y la juventud, por lo que estos autores afirman que el establecimiento de relaciones íntimas juega un papel muy importante en el desarrollo socioemocional de las personas. Además, consideran que el ajuste de una persona adulta es en función de la capacidad de iniciar y mantener una relación amorosa con otra.

Rey-Anacona (2009) afirma que la violencia en las relaciones de noviazgo, conocida en el idioma inglés como *dating violence*, ha sido definida como cualquier intento por controlar o dominar a una persona, física, sexual o psicológicamente y genera algún tipo de daño sobre ella. El autor afirma que este tipo de violencia se presenta cuando ocurren actos que lastiman a la otra persona en el contexto de una relación en la que existe atracción y en la que los dos miembros de la pareja "salen". El autor considera que esta forma de violencia incluye actos de agresión física como cachetadas, puñetazos, patadas, empujones, sofocaciones, ataques con un arma, etc., que conforman la denominada *violencia física*. Se considera *violencia psicológica* a las agresiones verbales y emocionales, como intimidaciones, denigraciones, humillaciones y amenazas, entre otros. La *violencia sexual* es el tercer tipo e incluye actos que atentan contra sus derechos sexuales y reproductivos, como las relaciones sexuales forzadas, la exposición a actividades sexuales indeseadas, el uso del sexo como forma de presión y manipulación y las críticas por el desempeño o la apariencia sexual.

Otras conductas consideradas actos de violencia en la pareja son aquellas en donde se busca dominar a la otra persona, aislarla de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a fuentes de información o asistencia, así como aquellos comportamientos que afectan económicamente a la otra persona, como hacerla depender o explotarla económicamente (Rey-Anacona, 2009).

O'Leary y Smith Slep (2003) encontraron en cuanto a la secuencia de la presentación del tipo de violencia: el primero que se exhibe es la de tipo psicológico y afirman que si no se pone un alto esta se pasa a la agresión física. En su estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) con una muestra de 206 adolescentes, varones y mujeres, con una edad media de $M = 16.5$ años, que han tenido una relación de noviazgo de mínimo tres meses, encontraron que la agresión psicológica predecía la agresión física y que esta última tendía a ser estable durante la historia de la relación.

Con el paso del tiempo, las necesidades de estudio sobre el tema de la violencia en la pareja han cambiado, al hacerse presente no solo en personas adultas, sino cada vez más en jóvenes y fuera del vínculo matrimonial. Un tema relativamente nuevo y poco estudiado es la violencia hacia los varones. Los estudios realizados provienen principalmente de los Estados Unidos, en donde este fenómeno parece estar cambiando en el sentido del estudio histórico de la violencia de género en la pareja.

Un estudio realizado en los Estados Unidos en el año 2003 por los centros para la prevención y el control de la enfermedad (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2006) encontraron que en una muestra de más de 15,000 adolescentes de noveno a duodécimo grado, vinculados a escuelas públicas y privadas de 50 estados y el distrito de Columbia, el

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

8.9% de los varones y el 8.8% de las mujeres reportaron haber sido objeto de violencia física por parte de su pareja.

En un estudio similar realizado por Sears, Byers y Price (2007) con 663 adolescentes entre 12 y 18 años, de cuatro escuelas distintas de un condado canadiense, los autores evaluaron en autorreportes la coocurrencia de la violencia física, psicológica y sexual y factores asociados y encontraron que un 43% de los adolescentes y el 51% de las adolescentes reportaron haber ejercido alguna conducta de maltrato físico, psicológico o sexual hacia su pareja. En particular, encontraron que el 35%, 15% y 17% de los varones habían realizado actos de violencia psicológica, física y sexual, respectivamente, mientras un 47%, 28% y 5% de las mujeres habían ejecutado actos de la misma naturaleza, respectivamente. Estos resultados apuntan a que, en la población joven estadounidense y contrario a reportes anteriores, más mujeres que varones reportaron ejercer actos de violencia psicológica y física, mientras más varones reportaron ejercer actos de violencia sexual en sus relaciones de noviazgo.

A nivel internacional, en un estudio realizado por Straus (2004) con 8,666 estudiantes de 31 universidades de 16 países, encontraron resultados similares a los estudios estadounidenses, con que un 17-45% de los estudiantes en general había ejercido algún acto de violencia en contra de su pareja en los pasados 12 meses previo al estudio y que, con respecto al género, en 21 de las 31 universidades se encontró un porcentaje mayor de mujeres que hombres que reportaron haber agredido a sus parejas. Este autor utilizó la Escala de Tácticas de Conflictos (*Straus Conflict Tactic Scale*, CTS, Straus, 1979) desarrollado por él mismo para medir la frecuencia y severidad de la violencia familiar y que fue adaptada y traducida para cada país.

La prevalencia de la violencia en el noviazgo en México

En México, en el año 2005, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) publicó los datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2005 (ENJ), la cual obedecía a la necesidad de entender, cuál es el papel de las y los jóvenes en temas como el trabajo, la familia, la escuela, sus prácticas juveniles y valores, etc., con el objetivo de describir las diversas y las complejas situaciones en que se desarrolla el sector juvenil. Aunque implícitamente esta encuesta abordaba el tema de la violencia de las y los jóvenes entrevistados, la muestra no incluyó un estudio específico de la violencia ejercida en las relaciones de noviazgo. A partir de lo anterior y ante la necesidad de generar información estadística que permitiera medir y caracterizar el fenómeno, el IMJ solicitó al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática el levantamiento de la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007. Los resultados señalaron que un 15.5% de las y los mexicanos entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física, un 75.8% ha sufrido

agresiones psicológicas y un 16.5% ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual. Ramírez Rivera y Núñez Luna (2010) sugirieron que este estudio puso de manifiesto que la violencia en el noviazgo tiende a pasar desapercibida por las instituciones y por los propios jóvenes y que esto ocasiona una falta de apoyo institucional y familiar a las víctimas.

Straus (2004), en su estudio sobre *dating violence* en 31 universidades en 16 países, encontró que la situación de estudiantes universitarios de Ciudad Juárez, México, una universidad fronteriza con los EE.UU., mostró que un 42% de las y los estudiantes manifestaron haber agredido a su pareja en el último año previa a la encuesta. Con este porcentaje, México se ubicó en el segundo sitio del estudio, un rango por debajo de una universidad en Louisiana, EE.UU., con un 47%.

En México, Rivera-Rivera, Allen-Leigh, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala y Lazcano-Ponce (2007) estudiaron la prevalencia de la violencia física y psicológica en más de 7,000 estudiantes de escuelas públicas del Estado de Morelos, con edades de 12-24 años, quienes, como criterio de inclusión, habían tenido al menos una relación de pareja en su vida. Los datos se recolectaron con un cuestionario que evaluó información sociodemográfica, conductas de riesgo para la salud, violencia intrafamiliar y violencia en las relaciones de pareja en la adolescencia.

Los investigadores encontraron que un 4,2% de las mujeres y un 4,3% de los varones habían ejercido violencia psicológica, y que un 21% y un 19,5% de mujeres y varones, respectivamente, reportaron haber llevado a cabo actos de violencia física y que un 7,5% de las mujeres y un 5,5% de los varones había ejercido tanto violencia verbal como física. Además, encontraron que un 9,4% de las mujeres y un 8,6% de los varones reportaron haber sido víctimas de violencia psicológica, un 10% de las mujeres y un 23% de los varones acusaron haber sido víctima de violencia física, mientras un 8,6% y un 15% de las mujeres y los varones, respectivamente, manifestaron haber sido objeto de ambos tipos de violencia. Los autores concluyeron que las adolescentes (femeninas) reportaron (a) mayor índice de *solo perpetración* de violencia en el noviazgo que los varones, (b) un porcentaje menor de varones que de mujeres reportaron *solo ser víctimas* de violencia y (c) un porcentaje similar de varones y mujeres que reportaron *concurrentemente perpetrar y ser víctimas* de violencia en sus noviazgos. Estos datos no señalan diferencias sustanciales entre la prevalencia de victimarios de violencia física y psicológica e indican que los varones reportaron ser las principales víctimas de actos de violencia física entre las parejas de adolescentes y adultos jóvenes.

El estudio de la violencia en las relaciones de noviazgo es importante en la comprensión global del fenómeno de la violencia en las relaciones íntimas, no solamente porque produce lesiones y sufrimiento, tanto en jóvenes como en personas adultas, sino porque su conocimiento puede ayudar en la planeación de estrategias encaminadas a su prevención.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Aunque el estudio de la violencia en las parejas se ha centrado históricamente en la violencia hacia la mujer por parte del compañero (Smith, White y Holland, 2003; Ramírez Rivera y Núñez Luna, 2010; Vázquez García y Castro, 2008), algunas investigaciones recientes apuntan a que, por lo menos en las parejas de novios, la diferencia entre géneros se está disminuyendo o incluso invirtiendo (Straus, 2004; Rivera et al., 2007).

Una limitación de los estudios efectuados en México consiste en que fueron realizados exclusivamente con muestras de estudiantes, e incluso con estudiantes femeninas (Velázquez, 2004), lo que disminuye la posibilidad de generalizar estos resultados al resto de las y los jóvenes. Ante tal situación se hacen necesarios más estudios que ayuden a describir y explicar este problema, a fin de instrumentar programas de prevención de la violencia en la relación de pareja.

Con base en ese fin, el objetivo general de la presente investigación fue conocer la situación actual de la violencia en el noviazgo en las y los jóvenes de la ciudad de Heroica Matamoros, Tamaulipas, México con el objetivo secundario de realizar un comparativo entre géneros.

Metodología

Participantes

El presente estudio fue realizado en septiembre-octubre 2009 (prueba piloto) y la recolección de los datos en enero-abril 2010, con una muestra de 140 jóvenes (56 hombres y 84 mujeres entre 15 y 25 años), encontrados en lugares y plazas públicas de la ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas de México. Los investigadores estudiantes de Psicología invitaron a los participantes de manera verbal a participar en un estudio dirigido a conocer los estilos de noviazgo en la población joven (al ser una población abierta y no cautiva como los estudiantes, no se consideró pertinente dar el objetivo completo del estudio para evitar resultados sesgados o el rechazo de los participantes). El requisito de inclusión fue tener, al momento de aplicar la encuesta, una relación de noviazgo de mínimo un mes de duración. Se les aseguró a los sujetos su anonimidad.

Instrumento

El cuestionario inicial (prueba piloto) evaluaba tanto perpetración como victimización de violencia, con diez ítems dicotómicos cada uno, más los de identificación, sin embargo, los coeficientes de consistencia al realizar la prueba piloto fueron bajos y aún en la segunda aplicación se mantuvieron así en el apartado de perpetración (y en diferentes estudios se han encontrado dificultades para su evaluación), por lo que decidimos eliminarlos hasta hacer

una nueva adaptación. No existen instrumentos estandarizados y validados para la población mexicana y menos para una población abierta, porque el tema es relativamente poco estudiado en México. Como mencionan Shorey, Cornelius y Bell (2008), una de las grandes dificultades para la evaluación de la violencia en el noviazgo es en primer punto la conceptualización de la violencia y sus diferentes tipos, segundo, la construcción de instrumentos y tercero, la confianza en los autoinformes que es la forma más utilizada para evaluarla, al ser un hecho doloroso que suele ser permeado por los constructos y concepciones sociales de quienes están involucrados.

El instrumento utilizado para la recolección de la información para el presente estudio fue un cuestionario elaborado por las y los investigadores, que se evaluó en su validez de contenido mediante una prueba piloto con 40 sujetos con el procedimiento de Kuder-Richardson 20 (KR-20), que resultó de buena confiabilidad con un puntaje de KR-20 = 0.796. El cuestionario fue de nueve preguntas dicotómicas de respuesta cerrada, enfocadas a conocer los diferentes tipos de violencia, además de las variables sociodemográficas de edad, sexo y escolarización. En cuanto a las puntuaciones totales del cuestionario, se otorgó un punto por cada respuesta "sí" como indicador positivo de violencia y un cero para cada respuesta "no", a excepción del ítem 2, que se puntuó a la inversa (véase para los ítems tabla 1).

A pesar de que existen instrumentos estandarizados para evaluar la violencia en la pareja, estos, al ser enfocados al ámbito clínico o por haber sido estandarizados con muestras de estudiantes (en el caso de los enfocados a jóvenes), suelen ser instrumentos muy extensos (Rodríguez-Franco et al., 2010; Castro, García, Ruiz y Peek-Asa, 2006). En nuestro estudio, por realizarlo con una población abierta de sujetos voluntarios y no con una población "cautiva" (estudiantes), había menor probabilidad de que los sujetos participaran en el estudio, o en el caso de que las preguntas del cuestionario fueran demasiado directas o específicas optaran por no contestar o falsear sus respuestas, por lo que optamos a que el instrumento utilizado solo evaluara algunos aspectos indicadores de la violencia, sin pretender que sea un instrumento diagnóstico a profundidad o empleado para otras poblaciones, proceso que requeriría su estandarización para la población objetivo.

Procedimiento

El muestreo fue intencional para promover la heterogeneidad de la muestra. Una vez aplicada la encuesta, se analizaron los datos mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences,* versión 17.0) para descartar aquellas que tuvieran algún dato confuso.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Resultados

La población estudiada fue de $N = 140$ participantes, 56 hombres (40%) y 84 mujeres (60%) con un rango de edad entre 15-25 años ($M = 17.83$, $DE = 2.24$). El nivel educativo fue en un 53% de preparatorio, un 38% universitario y el restante 12% de otros.

En cuanto a los ítems más significativos de las respuestas emitidas por las y los jóvenes encuestados, la tabla 1 muestra que un 27% respondió afirmativamente a la pregunta 1 *¿Discutes con tu pareja más de dos veces por semana?* En el ítem 2 *¿Tu pareja acepta a tus amigos?* un 21% de los encuestados manifestó que "no", mientras en el ítem 3 *¿Siente que su pareja invade su privacidad?* un 17% declaró que "sí". Un 6% de las y los encuestados manifestaron en el ítem 9 que "sí" *existe algún tipo de violencia en su relación*.

Tabla 1
Frecuencias y porcentajes de respuestas obtenidas en los ítems de la escala de violencia.

	Respuesta			
	Sí		No	
Ítem	*n*	%	*n*	%
1. ¿Discutes con tu pareja más de dos veces por semana?	37	27	102	73
2. ¿Tu pareja acepta a tus amigos?[a]	110	79	29	21
3. ¿Tu pareja invade tu privacidad?	23	17	115	83
4. ¿Sientes que tu pareja te vigila?	15	11	122	89
5. Cuando tienes alguna diferencia con tu pareja ¿se autoagrede?	14	10	123	90
6. ¿Sientes que tu pareja te manipula?	12	9	125	91
7. ¿Tu pareja te ha obligado a hacer algo que no deseas?	11	8	127	92
8. ¿Has tenido relaciones sexuales con tu pareja porque te has sentido obligado/a?	8	6	129	94
9. ¿Existe algún tipo de violencia en tu relación?	8	6	130	94

Nota: [a] Puntuación a la inversa.

Para evaluar las diferencias entre los sexos en torno a la violencia en el noviazgo, se realizó un análisis de cada ítem mediante la prueba chi-cuadrado (X^2). La tabla 2 muestra que solo se encontraron diferencias significativas en los ítems 2 *¿Tu pareja acepta tus amigos?* (12.3% de los hombres vs. 26.8% de las mujeres contestaron que "no", $X^2 = 1.532$, $p = .216$) y en el ítem 8 *¿Has tenido relaciones sexuales con tu pareja porque te has sentido obligado/a?* en donde un 10.5% y un 2.5% de hombres y mujeres, respectivamente, contestaron que "sí" ($X^2 = 3.900$, $p = .048$).

Se evaluaron las puntuaciones totales de la escala de violencia entre los dos sexos, obteniendo para los hombres una media de $M = 0.98$, $DE = 1.40$ y para las mujeres $M = 1.22$, $DE = 1.74$. Para evaluar la diferencia entre los géneros en cuanto a la violencia total, se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes ($t = -.84$, $gl = 130$, $p = .401$), con

ISSN 0257-1439

varianzas homogéneas (F = 3.010, p = .085), con el resultado de que la presente muestra de jóvenes no reportó diferencias significativas entre hombres y mujeres en la violencia recibida en el noviazgo.

Tabla 2
Correlación entre respuestas a ítems de la escala de violencia y género

Ítem/ Respuesta		Género: Masculino %	Género: Femenino %	X^2	p
1. ¿Discutes con tu pareja más de dos veces por semana?	Sí	21.1	30.5		
	No	78.9	69.5	1.532	.216
2. ¿Tu pareja acepta a tus amigos?[a]	Sí	87.7	73.2		
	No	12.3	26.8	4.311*	.038
3. ¿Tu pareja invade tu privacidad?	Sí	12.5	19.5		
	No	87.5	80.5	1.178	.278
4. ¿Sientes que tu pareja te vigila?	Sí	10.7	11.1		
	No	89.3	88.9	.005	.942
5. Cuando tienes alguna diferencia con tu pareja ¿se autoagrede?	Sí	7.0	10.0		
	No	93.0	90.0	0.370	.543
6. ¿Sientes que tu pareja te manipula?	Sí	14.3	7.4		
	No	85.7	92.6	1.707	.191
7. ¿Tu pareja te ha obligado a hacer algo que no deseas?	Sí	10.5	6.2		
	No	89.5	93.8	0.864	.353
8. ¿Has tenido relaciones sexuales con tu pareja porque te has sentido obligado/a?	Sí	10.5	2.5		
	No	89.5	97.5	3.900*	.048
9. ¿Existe algún tipo de violencia en tu relación?	Sí	3.5	7.4		
	No	96.5	92.6	0.931	.335

Nota: [a] Puntuación a la inversa.
X^2 = chi-cuadrado; valor significativo para una tabla 2x2, gl = 138.
* $p < .05$.

Discusión

La violencia física, psicológica y sexual entre jóvenes, que no se encuentran casados ni conviven, ha sido objeto de un creciente número de investigaciones en las últimas dos décadas y muestran que su prevalencia es preocupantemente alta dentro de la población adolescente y juvenil. La mayoría de los estudios se ha realizado en poblaciones estadounidenses y europeas, mientras en México son escasos los estudios realizados con esta temática, conocida generalmente en inglés como *dating violence*.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Los resultados del presente estudio indican que más del 46% de los jóvenes experimentan algún tipo de violencia en el noviazgo. Estas cifras concuerdan relativamente con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud del año 2007, cuyos resultados señalan que 16.4% de los jóvenes que vivían en zonas urbanas de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física, mientras que la cifra se eleva hasta un 75.8% de aquellos que han sufrido agresiones psicológicas y disminuye a un 16.5% que ha vivido una experiencia de ataque sexual.

Un dato importante de la presente investigación consiste en que se ha realizado un comparativo entre géneros. En el pasado, el estudio de la violencia en la pareja se ha centrado, principalmente, en la que se ejerce del hombre hacia la mujer. Al revisar la bibliografía sobre la violencia en el noviazgo en jóvenes y su relación con el género, nos encontramos con un tema relativamente inexplorado en México.

En nuestro estudio, aunque no encontramos una mayor violencia por parte de las mujeres jóvenes hacia sus parejas, un hallazgo muy importante se trata de que tampoco encontramos diferencias significativas en cuanto al género; es decir, en la población estudiada, tanto los hombres como las mujeres reportaron ser víctimas de violencia en igual medida.

Los resultados del presente estudio parecen apoyar lo encontrado por Rivera-Rivera et al., en su investigación realizada en México en el año 2007, quienes encontraron una prevalencia similar de mujeres y de varones que habían sido víctimas de violencia psicológica (9%), mientras un 10% de mujeres y un 23% de varones reportaron haber sido víctima de violencia física y el 9% de las mujeres y el 15% de los varones se consideraron objeto de los dos tipos de violencia. Estos datos indican que los varones son las principales víctimas de actos de violencia física entre las parejas de adolescentes y adultos jóvenes. Sin embargo, a diferencia del presente estudio, Rivera-Rivera et al. realizaron su estudio exclusivamente con estudiantes y con un margen de edad que abarca desde la adolescencia hasta la juventud (12-24 años). Nuestro estudio, en cambio, fue realizado con jóvenes de población abierta y no exclusivamente estudiantes, que permite una mayor generalización de los resultados.

Es importante recalcar que las discrepancias en las estadísticas presentadas en los diversos estudios pueden verse influidos por el uso de diferentes instrumentos y formas de evaluar la violencia. En nuestro estudio, al realizarlo con población abierta de sujetos voluntarios y no con población "cautiva", como son los estudiantes, había menor probabilidad de que los sujetos aceptaran participar en el estudio, o en caso de que las preguntas contenidas en el cuestionario sean demasiado directas o específicas optaran por no contestar o falsear sus respuestas, por lo anterior, optamos por que el instrumento utilizado

solo evaluara algunos aspectos indicadores de la violencia, sin ser un instrumento diagnóstico a profundidad, por tanto habría que tomar los resultados con reserva, porque el instrumento construido no evalúa la totalidad del complejo abanico de manifestaciones de la violencia en la pareja y tampoco ha sido creado para evaluar a otras poblaciones, proceso que requeriría su estandarización para la población objetivo.

Otro hecho por recalcar se basa en que nuestra investigación fue realizada en H. Matamoros, Tamaulipas, un municipio ubicado en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, por lo que la ideología, conductas y hábitos pueden ser diferentes a otras regiones de la República Mexicana. Consideramos que el factor de la cercanía geográfica tiene una gran influencia en el proceso de mezcla e intercambio cultural de los jóvenes de esta ciudad, por lo que han adoptado una gran cantidad de usos y costumbres estadounidenses, algunas de las cuales pueden tener influencia en el estilo de las relaciones afectivas y de noviazgo, razón por la cual tenemos tasas de violencia similar (46%) y parecido a lo que presentó el estudio de Straus (2004) con estudiantes universitarios de México ciudad fronteriza con los Estados Unidos de Norteamérica, quienes encontraron una prevalencia total del 42% de los estudiantes que manifestaron haber agredido a su pareja en el último año.

Recomendaciones

A fin de consolidar los resultados de la presente investigación, recomendamos ampliar los estudios en torno a la violencia en el noviazgo en jóvenes, al aplicar otros instrumentos de evaluación, escoger poblaciones de diferentes estados de la República Mexicana, utilizar muestras más amplias y no exclusivamente de estudiantes o pacientes clínicos, pero, principalmente, permitir la apertura para que los dos sexos sean tratados por igual cuando de violencia en la pareja se trate, de incluir no solo las parejas estables o matrimonios, sino también las parejas "informales" o de novios y dejar de considerar únicamente la violencia ejercida hacia el género femenino.

Además, conviene realizar estudios longitudinales y considerar interrogantes como ¿qué va a pasar con estos jóvenes que ahora son violentos?, ¿qué sucederá si la relación se mantiene o se consolida?, ¿será igual si pasan del noviazgo al concubinato o al matrimonio?, etc., que son temas que se han estudiado en otros países y que en México y América Latina hay un gran campo de conocimiento por explorar (Cáceres Carrasco y Cáceres, 2006; Frías y Castro, 2011; Kaura y Lohman, 2009).

Estamos conscientes de que el estudio de violencia con sesgo de género es un proceso progresivo que se da acompañado por los ámbitos político, económico y social, pero debido a la magnitud de este fenómeno, vale la pena considerarlo como una necesidad a futuro.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Referencias

Castro, R., García, L., Ruiz, A. y Peek-Asa, C. (2006). Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and the United States. *Journal of Family Violence*, *21*(1), 95-104. doi: 10.1007/s10896-005-9005-z Recuperado de http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10896-005-9005-z?LI=true#page-1

Cáceres Carrasco, J. y Cáceres, A. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*(2) 271-284. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-177.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (may, 2006). Physical dating violence among high school students, United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *55*(19). Recuperado de http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5519a3.htm

Corsi, J., Dohmen, M. L. y Sotés, M. A. (1999). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Frías, S. M. y Castro, R. (2011). Socialización y violencia: desarrollo de un modelo de extensión de la violencia interpersonal a lo largo de la vida. *Estudios Sociológicos*, 29, 497-550. Recuperado de http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/EHE3FQ9DUL7CNH3SSRJGX7H6SAKEEN.pdf

Furman, W., Feiring, C. y Brown, B.B. (Eds.) (1999). *The development of romantic relationships in adolescence*. Londres, Reino Unido: Cambridge University Press. Recuperado de http://books.google.co.cr/books

Instituto Tlaxcalteca de la Juventud (2008, julio). *Recomienda ITJ evitar noviazgos violentos* [síntesis]. Recuperado del sitio Web del Observatorio de Violencia Social y de Género de Tlaxcala: http://www.observatoriodeviolenciatlax.org.mx/pdf/NOTAS%20PDF%202008/JULIO%202008/30-07-08-1.pdf

Kaura, S. A. y Lohman, B. J. (ago, 2009). Does acceptability of violence impact the relationship between satisfaction, victimization, and commitment levels in emerging adult dating relationships? *Journal of Family Violence*. *24*(6), 349-359. doi: 10.1007/s10896-009-9234-7

Makepeace, J. M. (ene, 1981). Courtship violence among college students. *Family Relations, 30*(1), 97-102. Recuperado de http://www.jstor.org/discover/10.2307/584242?uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101168954503

O'Leary, K. D. y Smith Slep, A. M. (2003). A dyadic longitudinal model of adolescent dating aggression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 314-327. doi: 10.1207/S15374424JCCP3203_01

Ramírez Rivera, C. A. y Núñez Luna, D. A. (jul-dic, 2010). Violencia en la relación de noviazgo en jóvenes universitarios: Un estudio exploratorio. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *15*(2), 273-283. Recuperado de http://cneip.org/documentos/revista/CNEIP_15_2/Carlos-Arturo-Ramirez-Rivera.pdf

Rey-Anacona, C.A. (2009). Maltrato de tipo físico, psicológico, emocional, sexual y económico en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(2), 27-36.

ISSN 0257-1439

Rivera-Rivera, L., Allen-Leigh, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. y Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalence and correlates of adolescent dating violence: Baseline study of a cohort of 7960 male and female Mexican public school students. *Preventive Medicine, 44*(6), 477-484. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.02.020

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero B., Rodríguez-Díaz, F. J., Bringas-Molleda, C., Antuña Bellerín, M. A. y Estrada Pineda, C. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, *6*, 45-52. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_45-52.pdf

Sears, H. A., Byers, E. S. y Price, E. L. (jun, 2007). The co-occurrence of adolescent boys' and girls' use of psychologically, physically, and sexually abusive behaviours in their dating relationships. *Journal of Adolescence, 30*(3), 487-504. http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.05.002

Shorey, R. C., Cornelius, T. L. y Bell, K. M. (jun-jul, 2008). A critical review of theoretical frameworks for dating violence: Comparing the dating and marital fields. *Aggression and Violent Behavior, 13*(3), 185-194. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.003

Straus, M. A. (jul, 2004). Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence against Women, 10*(7), 790-811. doi: 10.1177/1077801204265552

Sugarman, D. B. y Hotaling, G. T. (1989). Dating violence: Prevalence, context, and risk markers. En M. A. Pirog-Good y J. E. Stets (Eds.), *Violence in Dating Relationships: Emerging Social Issues* (pp. 2-31). New York, EEUU: Praeger.

Vázquez García, V. y Castro, R. (2008)."¿Mi novio sería capaz de matarme?" Violencia en el noviazgo entre adolescentes de la Universidad Autónoma Chapingo, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 6*(2), 709-738. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v6n2/v6n2a08.pdf

Velázquez, S. (2004). *Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Recibido 30 de marzo de 2012
Revisión recibida 17 de octubre de 2012
Aceptado 22 de enero de 2013

Reseña de las autoras y los autores

Fabiola Peña Cárdenas se formó como licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), México. Actualmente, es candidata a doctora en Aprendizaje y Cognición por la Universidad de Sevilla, España. Obtuvo el Diploma de Estudios Avanzados en el año 2009 con calificación de "sobresaliente por unanimidad" por su trabajo "Evaluación del DIF del TRVS entre población mexicana y española". Realizó dos estancias académicas en el Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (años 2006 y 2009). Se desempeña como profesora e investigadora de tiempo completo de la licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma de Tamaulipas adscrita en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros (UAMM-UAT), en donde fue coordinadora de la licenciatura en Psicología del año 2003 al 2010y tuvo, entre otros cargos, la coordinación del laboratorio de Psicología y de prácticas profesionales. Se encargó del rediseño curricular del actual plan de estudios Millenium III de la carrera. Fungió como vicepresidenta fundadora del Colegio de Psicólogos del Noreste, A.C. (años 2006-2009) afiliado a la Federación Nacional de Asociaciones de Psicólogos en México. Contacto: fcardenas@uat.edu.mx

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Benito Zamorano González es maestro en Ciencias con Especialidad en Salud Ocupacional por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Labora como profesor investigador de tiempo completo en la UAMM-UAT en la licenciatura en Seguridad, Salud y Medio Ambiente. Imparte materias de estadística e investigación, entre otras. Colabora con el cuerpo académico Salud y Comportamiento Humano y lidera varios proyectos de investigación actualmente en proceso. Tiene reconocimiento al perfil deseable Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP) otorgado por la Secretaría de Educación Pública (SEP). Cursa actualmente el doctorado en Educación de la Universidad Virtual Hispánica de México. Contacto: bzamorano@uat.edu.mx

Gloria Imelda Hernández Rodríguez es licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, con reconocida trayectoria laboral en el área de la orientación educativa y el trabajo con adolescentes. Desde el año 2002, se desempeña como profesora de horario libre en la carrera de licenciatura en Psicología en la UAMM-UAT y trabaja como asesora de prácticas profesionales. Fue miembro fundador del Colegio de Psicólogos del Noreste A.C. perteneciente a su mesa directiva del año 2006 al 2009.

María de la Luz Hernández González es licenciada en Psicología por el Centro Universitario del Noreste y obtuvo su maestría en Terapia Familiar por la Universidad Autónoma del Noreste, ambos en México. Actualmente, se desempeña como terapeuta familiar en consulta privada. Desde el año 1990, es la psicóloga de la institución en el Colegio Don Bosco, A.C. y desde el año 2007 es docente de horario libre en la licenciatura en Psicología y asesora de prácticas profesionales de la UAMM-UAT.

Víctor Parra Sierra es ingeniero en Sistemas Computacionales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y obtuvo su maestría en Comunicación Académica por la UAT, ambos en México. Desde el año 2000, labora como profesor investigador de tiempo completo en la UAMM-UAT, impartiendo asignaturas varias en las carreras de licenciatura en Psicología, Seguridad Salud y Medio Ambiente y Enfermería así como en la maestría en Docencia.Tiene reconocimiento al perfil deseable PROMEP otorgado por la SEP.

José Ignacio Vargas Martínez es licenciado en Enfermería por la UAT y obtuvo su maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, ambas en México. Trabaja como investigador de tiempo completo en la UAMM-UAT adscrito a la licenciatura en Enfermería y participa en la maestría en Docencia. Coordina el *Grupo de Estudiantes contra las Adicciones* y tiene reconocimiento al perfil deseable PROMEP otorgado por la SEP.

Primera publicación en línea: 01 de julio de 2013

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

ISSN 0257-1439

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA ISSN 0257-1439
Ene-jun 2013, Vol. 32, N.º 1, p. 43-60

Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica: perspectivas futuras

Development of the Specialization in Clinical Psychology in Costa Rica: Future Perspectives

Roberto López Core

Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica

Resumen

En este trabajo se describen los antecedentes históricos, evolución y desarrollo de la Especialidad en Psicología Clínica en Costa Rica. En el año 1957, se inició el ejercicio de esta disciplina y a partir del año 1979 se consolidó el programa de estudios adscrito al Convenio Marco firmado entre la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Desde entonces, ha mantenido una acción ininterrumpida en la formación de especialistas. Los y las residentes en el proceso formativo tienen una doble condición: son funcionarios/as del sistema de salud de la CCSS y estudiantes de posgrado de la UCR. Se mencionan las perspectivas futuras y la inserción de esta disciplina en la implementación de la Política Nacional de Salud Mental en Costa Rica (2012). Se menciona, además, la relación e interacción con disciplinas afines como la Psiquiatría, la Neuropsicología, las Neurociencias y la rehabilitación psicosocial. Se hace referencia a las perspectivas futuras de su participación en otras áreas, como la Psicogeriatría, Psicooncología, Psicología de enlace, cuidados paliativos y la salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Psicología clínica, programa de especialidad

Abstract

The history, evolution and development of the Specialization in Clinical Psychology in Costa Rica is described along with its interaction with other disciplines in the healthcare system. This discipline was recognized in 1957 with the completion of the program of studies ascribed to the Framework Agreement signed between the University of Costa Rica (*Universidad de Costa Rica,* UCR) and the Costa Rican social security system (*Caja Costarricense de Seguro Social,* CCSS). Since then there has been a valuable and uninterrupted formation of specialists. The residents, in their formation stages, have a double character: they are staff members of the CCSS national health care system and are also graduate students of the UCR. Future perspectives for this discipline and its integration into Costa Rican national mental health policy (2012) are described. Mention is also made of the relationship and interaction with affiliated disciplines such as Psychiatry, Neuropsychology, neurosciences, and psychosocial rehabilitation. Future perspectives are also mentioned for participation in other fields such as psychogeriatrics, psycho-oncology, Liaison Psychology, palliative care, as well as sexual and reproductive health.

Keywords: Clinical psychology, specialization program

Roberto López Core, Servicio de Psicología Clínica, Hospital Nacional Psiquiátrico/ Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Roberto López Core, Apartado postal 1363-1200, San José, Costa Rica, dirección electrónica: lopezcore@gmail.com

© 2013 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

En las últimas décadas, la Psicología clínica ha hecho aportes significativos, en particular a la sociedad costarricense. Es una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia. En esta línea, la Psicología clínica proporciona modelos conceptuales explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento, así como las estrategias complementarias o alternativas para la prevención, la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de esos trastornos (López, 2009). El reconocimiento de la persona psicóloga clínica especialista se debe a las sólidas relaciones entre la Psicología como disciplina académica y sus aplicaciones prácticas en la atención de los problemas de la salud mental en general.

Actualmente, se comparte la certeza de que la relación entre la Psicología clínica y los índices de salud de la población serán cada vez más estrechos y fructíferos: por una parte, se valora la capacidad operativa de la Psicología en el eje salud-enfermedad y, por otra, el constante incremento de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y emocionales, así como el creciente conocimiento y reconocimiento de los concomitantes psicológicos que presentan muchas enfermedades físicas (López, 2009).

Hoy, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen un papel primordial en las políticas sanitarias: La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) propuso un concepto de la salud mental que abarca, entre otro aspectos, el bienestar subjetivo, las percepciones de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales de las personas. Otro organismo internacional, la Organización Panamericana de la Salud (Saraceno y Fleischmann, 2009) promueve para América Latina la salud mental y su abordaje desde un modelo comunitario de servicios. En esta línea, el Ministerio de Salud en Costa Rica en su Política Nacional de Salud Mental (2012) ha elaborado un documento que impulsa el estudio, la programación y la evaluación de políticas de promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales.

La Psicología clínica, según Fuente de la y Salvador (2012), es una especialidad que forma parte de las ciencias de la salud, que puede aportar a las políticas de prevención de la salud mental sus conocimientos y habilidades específicas: la investigación, comprensión, explicación, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como conocimientos de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales y relacionales que inciden en la salud y enfermedad de las personas desde una concepción integral y multideterminada de la salud y enfermedad humanas.

Psicología clínica: definición

Duro Martínez (2003) propuso una definición amplia que abarca conceptos medulares de las diferentes funciones que desempeña el/ la especialista en su práctica profesional:

> La Psicología clínica es una de las áreas de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas para el estudio y comprensión de los trastornos mentales y del comportamiento. Esta disciplina, para llevar a cabo el estudio del comportamiento humano, realiza evaluaciones psicológicas para identificar los trastornos mentales, las condiciones psicopatológicas y los recursos de la persona y diseñar protocolos de tratamiento o acciones de tipo preventivo. Desde este punto de vista, la Psicología clínica posee métodos y procedimientos propios de evaluación psicológica para el diagnóstico de un trastorno mental específico (para determinar las características del funcionamiento mental, la personalidad, la inteligencia, las funciones neuropsicológicas, entre otras), utiliza y aplica la conceptualización de una amplia variedad de formas, tendencias y enfoques en los procedimientos de la intervención psicoterapéutica, la rehabilitación cognitiva y psicosocial. La investigación es un área importante en su formación para desarrollar proyectos en el ámbito de la salud mental (p. 2).

Antecedentes históricos de la Psicología clínica

La Psicología clínica comparte la historia con la Psicología. Los antecedentes se remontan hasta el período clásico de los filósofos Platón y Aristóteles, cuyos escritos contienen observaciones y conceptos acerca de la conducta humana que influenciaron a los pensadores más connotados de los tres últimos siglos. Algunos/as psicólogos/as interesados en estos temas mencionaron que las ciencias naturales y la filosofía de la mente aparecieron juntas a mediados del siglo XIX y, así, crearon lo que se llamó más tarde "la nueva Psicología", "la Psicología experimental" o "la Psicología científica".

El presente trabajo no se detiene en la descripción del desarrollo histórico de la Psicología, sino en el de la Psicología clínica y menciona datos de interés para establecer la conexión entre el desarrollo de esa disciplina en América y en Europa con el desarrollo de la especialidad en Costa Rica.

No existe consenso entre los autores sobre cuándo aparecieron los/ las primeros/as psicólogos/as clínicos/as, aunque, sí, existe coincidencia en los orígenes: Wundt (1832-1920) en Leipzig, Alemania; en 1879 inició con el desarrollo de actividades que se han relacionado con la Psicología clínica, al fundar el primer laboratorio experimental dedicado al estudio de las sensaciones y de la percepción.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Además, los fundamentos de la Psicología clínica se hallan estrechamente asociados con los nombres de Kraepelin (1856-1926) y Freud (1856-1939). El primero, a finales del siglo XIX e inicios del XX, trató de transferir a los trastornos mentales los enfoques experimentales de la Psicología. El proceder de Freud fue distinto, ya que este trataba de adquirir conocimiento por medio de la introspección y el diálogo con sus pacientes. Ambas maneras de proceder, la experimental, por un lado, y la comprensiva e interpretativa por otro, han influido hasta hoy en la Psicología clínica.

Es innegable el impulso que brindaron Kraepelin y Freud a la Psicología clínica; sin embargo, el verdadero fundador, ampliamente reconocido, fue el psicólogo Lightner Witmer (1867-1956), quien, después de graduarse con Wundt, con quien había hecho la tesis doctoral, instituyó la Psicología clínica en la Universidad de Pensilvania, Estados Unidos, en el año 1896 y fundó la primera clínica psicológica, similar a lo que hoy sería un centro de orientación psicopedagógico con carácter de servicio público y con un matiz de orientación conductual. Fue doblemente significativo por ser el año en el que Freud dio el nombre de psicoanálisis a su propio "método científico". Freud y el psicoanálisis, recién bautizado en esa época, supusieron una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un enfoque, que bien puede inscribirse como Psicología clínica (Duro Martínez, 2003). En 1907, Witmer fundó la primera revista de Psicología clínica con el título *The Psychological Clinic* y fue su editor y colaborador hasta que esta revista dejó de publicarse en 1935.

Al inicio del siglo XX, tanto en Europa como en los Estados Unidos, no existía una definición ampliamente aceptada acerca de las y los psicólogos clínicos. Los primeros en recibir ese nombre fueron psicólogos que aplicaban pruebas mentales, como por ejemplo, William James (1842-191), quien se interesó en la aplicación de pruebas perceptivas de las manchas de tinta, influenciado por psicólogos alemanes de la época. Lightner Witmer, en los Estados Unidos, estudió las diferencias individuales sensoriales y perceptivas en niñas y niños con déficit intelectual y desajustes conductuales. Francis Galton (1822-1911), en Inglaterra, investigó las diferencias individuales de las capacidades humanas desde la perspectiva adaptativa-biológica y Théodule Ribot (1839-1916), en Francia, realizó investigaciones de las perturbaciones mentales, los trastornos del lenguaje y de la atención.

En esa época, se reconocía como psicólogo clínico a quien se dedicaba a la aplicación de pruebas psicológicas o trabajaba con problemas de la infancia. La/ el psicólogo clínico tenía, entonces, un papel de colaborador del trabajo de los médicos y, en algunas ocasiones, el de los abogados, si se trataba de casos de tutoría legal o de deterioro mental.

Binet (1857-1911) y, posteriormente, Terman (1877-1956), Thorndike (1874-1949), Wechsler (1896-1981) y otros lograron que se le otorgara cierta jerarquía a los tests psicológicos, en gran medida, porque pusieron el acento en su carácter de instrumento para

la investigación. Esta relación del test con la investigación científica ha tenido especial relevancia en el desarrollo de la disciplina.

Las guerras mundiales de principios y mediados del siglo XX generaron una gran demanda de atención psicológica de todo tipo. El reclutamiento de soldados destinados a los puestos militares exigía un seleccionamiento con exactitud y rapidez y los tests psicológicos respondían a esa demanda. Si bien, en la época de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) se dio importancia e impulso a las pruebas de inteligencia y en la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) a las pruebas de la personalidad. Tanto las pruebas psicológicas como las y los psicólogos fueron alcanzando un gran prestigio, acompañado de mayores responsabilidades en sus funciones profesionales.

La demanda de profesionales después de la Segunda Guerra Mundial, para atender a las personas que presentaban trastornos emocionales de origen diverso, generó un éxodo al mundo de la Psicología aplicada de las y los psicólogos que estaban trabajando en los laboratorios experimentales de las universidades. En 1945, se reconoció en los Estados Unidos en el Estado de Connecticut, por medio de una certificación legal, la especialidad en Psicología clínica. Este notable avance fue muy significativo para el desarrollo posterior de la Psicología clínica, pues le otorgaron confiabilidad y prestigio. La necesidad de atención incrementó y se organizó un sistema de formación en Psicología clínica con las normas requeridas por la *American Psychological Association*, fundada en 1892 en la Universidad de Clark, Massachusetts, Estados Unidos, con su primer presidente G. Stanley Hall.

Esta formación en Psicología clínica se conoció posteriormente en 1949 como el método Boulder (denominado por su ciudad de origen en Colorado, Estados Unidos). Trull y Phares (2003) señalan que la Conferencia de Boulder resultó un acontecimiento significativo para la Psicología clínica, porque explicó el método del profesional científico para capacitar a las y los psicólogos clínicos y porque ha servido como la puesta principal para la capacitación. En términos breves, este método estableció que el/ la profesional, después de capacitarse como psicólogo/a se capacite como psicólogo clínico, preste servicios en internados clínicos, sea competente en diagnóstico, psicoterapia e investigación y culmine su capacitación con un trabajo de investigación. Posteriormente, se añadieron los programas comunitarios.

En esa época, después de la Segunda Guerra Mundial, muchos/as psicólogos/as comenzaron a dedicarse a la psicoterapia, la evaluación psicológica y el estudio de la psicopatología para poder hacer frente a la demanda de atención en salud mental, no sin encontrar obstáculos y controles provenientes de las asociaciones médicas, psiquiátricas y psicoanalíticas de los años cincuenta, quienes mostraron reticencias sobre el papel psicoterapéutico por parte del psicólogo clínico.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

A mediados del siglo XX, algunos/as psicólogos/as se inclinaron sustancialmente a la prestación de servicios psicológicos, dividieron su tiempo entre la clínica, la docencia y la investigación en instituciones de prestigio. Así fue como las y los psicólogos incorporaron a sus investigaciones clínicas o epidemiológicas a personas psicológicamente afectadas o que presentaron niveles importantes de Psicopatología. Su rol como clínicos, investigadores y docentes fue dando consistencia a su trabajo en el ámbito institucional y académico.

Orígenes de la Psicología clínica en Costa Rica

Con este escenario de fondo y como ramificación del proceso originado en los Estados Unidos, el Dr. Gonzalo Adis Castro, primer psicólogo clínico costarricense, graduado en la Universidad de Berkeley, Estados Unidos, y padre de la Psicología clínica en Costa Rica, regresó a Costa Rica. Por iniciativa de él, en 1957 se fundó el Departamento de Psicología en el antiguo Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica. González Murillo (1979) afirma que "con la creación del Departamento de Psicología en 1957, se iniciaron con rigor académico la psicoterapia, la investigación y las publicaciones científicas". Según reporta Adis C. (1991), a partir de 1962 llegaron a Costa Rica otros/as psicólogos/as clínicos/as formados en Alemania, New Jersey y México.

La formación académica de su fundador influyó en el diseño y organización asistencial de este Departamento de Psicología Clínica, es decir, en el desarrollo de funciones propias del/ de la psicólogo/a clínico/a (evaluación psicológica, tratamiento, investigación y participación en actividades comunitarias). El servicio de este departamento fungió como sede administrativa y formación teórico-práctica del programa de posgrado de la especialidad en Psicología clínica, avalado inicialmente por el Hospital Nacional Psiquiátrico y por la Junta de Protección Social de San José, Costa Rica, a la cual pertenecía el hospital hasta 1979. Coincidentemente, a partir de 1979, el programa fue respaldado académicamente por la Universidad de Costa Rica (UCR) y acogido en el plano laboral por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con el modelo de residencias universitarias, donde el/ la residente mantuvo una doble condición: ser funcionario de la CCSS y estudiante del Sistema de Estudios del Posgrado de la UCR.

Desarrollo de la Psicología clínica a nivel institucional

Siguiendo la tradición y el modelo de incorporación de las y los psicólogos clínicos norteamericanos al sistema de salud, la docencia y la investigación ocuparon un lugar relevante en las actividades asistenciales del Servicio de Psicología Clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica. Paralelamente, y para enfatizar en el área de la investigación, el Dr. Adis Castro fundó en 1963 el Centro de Investigaciones Psicológicas en

la Universidad de Costa Rica que, posteriormente y hasta hoy, se denomina Instituto de Investigaciones Psicológicas.

De esta manera, se estrechó un vínculo entre el Servicio de Psicología Clínica, que contó en todo momento con la asistencia y apoyo del Instituto de Investigaciones Psicológicas, particularmente en lo relacionado con la investigación epidemiológica y psicosocial, y el Hospital Nacional Psiquiátrico que constituyó el contexto donde surgían preguntas e inquietudes relacionadas con la clínica. Era en este instituto donde estas inquietudes se transformaban en proyectos de investigación (Adis Castro, 1991) y los primeros residentes fueron los más estrechos colaboradores del instituto.

Otro evento destacado fue en el año 1974, cuando la Caja Costarricense de Seguro Social creó el Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social, cuyas acciones estaban dirigidas a la capacitación y formación del personal en ciencias de la salud y, entre ellos, las y los especialistas en el área clínica y en el área quirúrgica para dotar a los hospitales y clínicas de profesionales especialistas en las distintas áreas de la medicina. Posteriormente, en 1978, la Universidad de Costa Rica creó el Sistema de Estudios de Posgrado. Con el fin de avalar los programas de estudios de las diferentes especialidades que pertenecían a la Escuela de Medicina y para poder otorgar los títulos de especialista en un área determinada, se firmó en el año 1979 el Convenio Marco entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica.

El programa de entrenamiento en la especialidad de Psicología clínica operaba desde el año 1965. Para formalizar académica y administrativamente el entrenamiento a nivel de posgrado, el Dr. Adis Castro se dirigió a la Escuela de Psicología de la UCR, fundada en el año 1966, donde presentó el Programa de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica con el fin de recibir el aval y soporte administrativo para elevarlo ante el Sistema de Estudios de Posgrado. Ante la negativa de la Escuela de Psicología en 1979, el Dr. Adis Castro se dirigió a la Escuela de Medicina, en la que -como profesor- impartía el curso Psicología médica. En esa escuela recibieron el programa favorablemente. En este año fue incluido en el grupo de programas de posgrado de las especialidades del área médica, al amparo del Convenio Marco.

En Costa Rica, el Programa de Posgrado de la Especialidad en Psicología Clínica sigue siendo único en su género. Algunas universidades privadas y públicas han intentado replicarlo con cursos y seminarios similares, pero con una escasa formación práctica y sin un vínculo laboral con una institución pública prestadora de servicios de salud, como es la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Consejo Nacional de Rectores de Costa Rica (2004) en su documento "Convenio para crear una nomenclatura de grados y títulos de educación superior universitaria estatal"

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

menciona tres títulos de posgrado como programas diferenciados: el doctorado, la especialidad profesional y la maestría. El Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica ha buscado impulsar la homologación de estos títulos con entes académicos superiores.

El programa de formación de especialistas en Psicología clínica en Costa Rica está estructurado con base en el modelo de adquisición de competencias clínicas por medio de cursos, atención clínica directa y con tutoría sistematizada. El/ la residente está inmerso/a en el ámbito clínico-laboral y el programa puede consultarse en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (2013). Además, el programa de entrenamiento en la modalidad de residencia es similar al de otros países europeos y estadounidenses y se diferencia de otros modelos de formación en esta disciplina:

> No se superpone, ni es equivalente a un programa de formación de posgrado con prácticas supervisadas en algunos cursos. Durante el programa de entrenamiento, el futuro especialista está inmerso como profesional -no como un alumno- en los servicios de salud públicos especializados (espacio primordial de intervención clínica de la especialidad) acreditados para ello, alcanzando cuotas progresivas de responsabilidad clínico-asistencial de manera autorizada y en el abanico de servicios en los tres niveles de atención de la salud, así como dirigidas a diferentes estratos de edad de la población y donde, por lo tanto, se realiza la parte más relevante de la recepción y atención de las necesidades y demandas de salud mental. En dichos servicios se desarrolla la formación de acuerdo con el Programa de Especialidad, integrándose los futuros especialistas en los equipos profesionales de los equipos interdisciplinarios de dichos servicios o Unidades Docentes Acreditadas. El programa de especialidad responde no solo a una necesidad científico profesional, sino también a una construcción epistemológica según la cual el cómo de la adquisición del conocimiento por el profesional resulta decisivo para un enfoque integrador de la Psicología clínica y su incorporación en el complejo ámbito de la salud pública, configurando campos complejos de la intervención que precisan de abordajes interdisciplinarios, para una atención integral, desde una visión holística de la salud biopsicosocial (p. 24, Olabarría, 2012).

Desde 1979 a la fecha, han pasado treinta y cuatro años de fecunda actividad académica y práctica profesional en los servicios asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social y, en algunos casos, con centros de reconocido prestigio fuera de Costa Rica. Se han graduado hasta la fecha un centenar de psicólogos clínicos, que desempeñan sus funciones profesionales en instituciones públicas, como la Caja Costarricense de Seguro Social, el sistema penitenciario, el Patronato Nacional de la Infancia, las universidades y la consulta privada. Las funciones que desempeñan están centradas en la evaluación y el tratamiento psicológico, la investigación y la promoción de la salud mental.

En este momento, se encuentran en el proceso de formación dieciocho residentes y hasta la fecha se mantiene un cien por cien de empleo. Una de las ventajas que ayudan a mantener este alto nivel de empleo se debe al sistema de reclutamiento y selección: La Caja Costarricense de Seguro Social, como institución empleadora, publica anualmente un concurso para seleccionar los candidatos que necesita formar para satisfacer la cobertura asistencial en el sistema de atención. Durante la etapa de formación, se firma un contrato entre el/ la profesional y la institución para asignarle la plaza de especialista en el centro que lo requiera.

Paralelamente a la consolidación de este programa formativo, uno de los logros de este grupo de profesionales fue su inscripción en 1982 en el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, año en la que se aprobó la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas (Ley N.º 6836, 1982), en la que fueron incluidos las y los psicólogos clínicos.

La relación de la Psicología clínica con otras disciplinas

En su desarrollo histórico, la Psicología clínica se ha relacionado con otras disciplinas, como la Psiquiatría, la Psicología de la salud, la Neuropsicología, el bloque de las Neurociencias y la rehabilitación psicosocial.

Los programas de especialidad de cada país presentan características propias. En Costa Rica, la relación más cercana, históricamente, ha sido con la Psiquiatría. Los programas de especialidad de ambas disciplinas se mantuvieron desde sus inicios y siguen relacionados a través de la cooperación interdisciplinaria en algunos cursos (unos impartidos por psiquiatras y otros por psicólogos/as clínicos/as) y por medio de la relación laboral y la práctica en los equipos interdisciplinarios de la salud mental organizados en los centros asistenciales, donde rotan durante su entrenamiento; interacción favorable para desarrollar la cooperación y el respeto mutuo entre los miembros de ambas disciplinas.

Estos vínculos profesionales se reflejan en hechos concretos observados históricamente: En setiembre de 1971 se constituyó la Asociación Costarricense de Psiquiatría y Psicología Clínica, donde, durante años, se mantuvo una estrecha cooperación y participación activa de ambas especialidades en la organización de eventos científicos. Las razones de la separación obedecieron a que un grupo de psiquiatras deseaba la homogenización de la asociación, como lo requerían las asociaciones internacionales de psiquiatría, según trascendió. En el año 2000 se separaron las dos especialidades. Ese año los psicólogos clínicos formaron su propia asociación, Asociación Costarricense de Psicología Clínica. La interacción de ambas disciplinas sigue siendo de cooperación, de

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

participación en los equipos interdisciplinarios para el abordaje de los trastornos mentales y de colaboración en la ejecución de los programas de salud mental.

La Psicología clínica es una disciplina científica-profesional que tiene su propia historia. Sus objetivos son la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos mentales y del comportamiento.

La Psiquiatría y la Psicología clínica comparten los objetivos de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos mentales y del comportamiento. Las alteraciones mentales que son objeto de ambas disciplinas se organizan en torno al concepto de trastorno mental y ya no en términos de enfermedad. Los conceptos de enfermedad y trastorno define el *Diccionario Mosby de Medicina, enfermería y ciencias de la salud* (2000) como "enfermedad (*disease*): Estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo" (pág. 423) y "trastorno (*disorder*): Interrupción o alteración de las funciones normales o los sistemas establecidos, como en el caso de un trastorno mental o nutrcional" (pág.1258).

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos emitió un informe a petición de la Sección N.º 4 de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de España, a propósito del recurso interpuesto contra el título de Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica por el Colegio de Médicos y distintas sociedades de Psiquiatría y que sirvió de base para que, Duro Martínez/ Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) publicaran el artículo "Psicología clínica y Psiquiatría":

> La definición del trastorno en términos de disfunción se ha establecido, en los sistemas de clasificación internacionalmente aceptados, con arreglo, exclusivamente, a criterios diagnósticos (signos y síntomas) de naturaleza psicológica y comportamental.
>
> Estos trastornos tampoco tienen la entidad nosológica que se supone de una enfermedad. La esquizofrenia es más un espectro de trastornos, de sintomatología y pronóstico variable que, ciertamente, una enfermedad, cuya etiqueta revelara una entidad neurológica como cuando se dice, por ejemplo, una ´enfermedad de Alzheimer´ (p. 4).

Los autores citan a Millon y Klerman (1986) al concluir, que un concepto común para ambas disciplinas es el de Psicopatología que contiene tres áreas importantes: (a) la descripción y clasificación de los comportamientos anormales, (b) la explicación de los procesos implicados en su desarrollo y mantenimiento y (c) la búsqueda de sus causas o factores etiológicos. Con base en lo anterior, la Psicopatología debe ser considerada como una disciplina básica que se conforma de modo interdisciplinario y que se nutre de información convergente de varias disciplinas científicas, como son la Psicología, la Psiquiatría, la Neurología, la Genética y la Fisiología, es decir, las Neurociencias en la

medida en que estas disciplinas aisladamente logran explicar satisfactoriamente la conducta anormal. La Psicopatología es, en consecuencia, la ciencia base para la Psicología clínica y para la Psiquiatría. Ambas disciplinas son ciencias aplicadas que utilizan sus propios recursos terapéuticos para el abordaje de los trastornos mentales y del comportamiento en función de la etiología relevante en cada caso y con la tecnología que cada una dispone. En la actualidad, estos postulados se mantienen en un punto medular, el formato del programa y el entrenamiento práctico de las y los profesionales.

De acuerdo con Duro Martínez/ Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), la utilización del concepto de enfermedad presenta una ambigüedad que no está exenta de intereses corporativos y que, desde luego, no obedece a la naturaleza de las cosas:

> La noción de enfermedad está perfectamente establecida por la Medicina, no se aviene, sin embargo, a concebir los trastornos que forman parte de la psicopatología. Ni siquiera trastornos psicopatológicos tan graves como la esquizofrenia o la depresión responden al concepto de enfermedad. Por lo pronto, no tienen una etiología biológica identificada y lo cierto es que, después de un mayor conocimiento del cerebro, no se sabe más que hace un siglo sobre los presuntos mecanismos cerebrales de la esquizofrenia y la depresión (al margen de la infinidad de hipótesis en circulación). Lo que en cambio sí se sabe más es acerca de la complejidad de factores implicados y de la importancia de los determinantes personales, familiares y sociales (p. 4).

Ambas disciplinas, la Psicología clínica y la Psiquiatría, tienen sus alcances y sus limitaciones como la mayoría de las disciplinas pertenecientes al campo de la salud. Los psicólogos clínicos no son médicos, pero se debe reconocer que los psiquiatras no son psicólogos clínicos. Para beneficio de las personas afectadas de un trastorno mental, se impone la cooperación de ambos profesionales en un plano de igualdad y colaboración, además del reconocimiento de las distintas competencias, como se recomienda en las guías de consenso de expertos aceptadas internacionalmente, en las que se recomienda la evaluación psicológica, con fines de diagnóstico y el tratamiento combinado, es decir, la prescripción psicofarmacológica y el tratamiento psicológico orientados a la rehabilitación.

En cuanto al tema de la relación de la Psicología clínica con otras disciplinas, las conclusiones a las que llegó el grupo de trabajo en Psicología de la salud de la *European Federation of Profesional Psychologists Association*, citado por Rodríguez-Marín (1998), quien enfatiza que la relación entre la Psicología de la salud y la Psicología clínica consiste en que la primera se relaciona con los aspectos cognitivos, emocionales y del comportamiento asociados a la salud/enfermedad físicas y que se preocupa primordialmente de la salud y enfermedad física y del cuidado de la salud física (aun reconociendo que la salud física y la salud mental están interrelacionadas), mientras que la Psicología clínica se

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

preocupa primordialmente de la evaluación, la predicción y el alivio de los trastornos de la salud mental (cognitivos, emocionales y del comportamiento). La propuesta es, dado que existen aspectos complementarios, suplementarios y asociaciones, de plantear la disolución de las diferencias y la consideración de un área común denominado "Psicología clínica y de la salud" como mera suma de ambos campos, con el fin de obtener beneficios pragmáticos y con el limitante de generar costos conceptuales y metodológicos.

Además, en el programa de formación de especialistas de Psicología clínica en Costa Rica destaca la importancia que tiene para el/ la profesional la adquisición de conocimientos en Neuropsicología como disciplina que estudia la relación entre el cerebro y los procesos cognitivos, emocionales y del comportamiento, que estudia, además, las alteraciones y modificaciones producidas por el daño o disfunción cerebral y que establece las pautas de la rehabilitación de las funciones y de los procesos psicológicos que comparte con la Psicología clínica (López, 2009).

Durante las últimas décadas se ha generado en el ámbito clínico-académico un marcado interés por las Neurociencias y, en Costa Rica, este tema ha tenido resonancia. Tirapu-Ustárroz & Muñoz-Céspedes (2004) señalan que este auge ha permitido plantear algunos aspectos epistemológicos de interés, como el modelo biopsicosocial de los trastornos mentales, la especialización en la clínica, la complejidad de la relación cerebro-mente, el aporte de las técnicas de neuroimagen, la búsqueda de nuevos marcos conceptuales y la necesidad de anclaje de la conducta humana en el funcionamiento cerebral. En cuanto a los aportes de las neurociencias y, concretamente, de la Neuropsicología a la Psicología clínica, Tirapu-Ustárroz & Muñoz-Céspedes plantean tres contenidos fundamentales:

> 1) Explicar los trastornos mentales en función de las alteraciones en la actividad cerebral, 2) dotar a la Psicología de un recurso más acorde con el conocimiento del cerebro y 3) ayudar a explicar las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en la actualidad, desde el conocimiento actual del funcionamiento cerebral (p. 4).

Estos contenidos constituyen retos ineludibles a futuro para esta especialidad.

Finalmente, observamos que en las últimas décadas ha surgido un nuevo paradigma en el modelo de atención de los trastornos mentales y del comportamiento en varios países de América Latina, posterior a la Declaración de Caracas en 1990, la cual suscribió Costa Rica con un grupo de países. Desde entonces, la Psiquiatría tradicional, acertadamente, ha cedido espacio a otras disciplinas afines a la salud mental para introducir un modelo de atención sustentado en el marco de los derechos humanos, la rehabilitación psicosocial y en el proceso de cambio que se orienta a la desinstitucionalización y a la descentralización, para superar el modelo asilar.

El programa de formación de especialistas en Psicología clínica contempla la rotación por las unidades de intervención en crisis, de recuperación, de enlace con servicios de medicina y de rehabilitación psicosocial. En América Latina y en otros países del mundo -y Costa Rica no es la excepción- aún quedan unidades que mantienen estructuras del modelo asilar, cuestionadas por prácticas que transgreden los principios y derechos humanos de las personas. Se reconocen, sin embargo, los esfuerzos que se están realizando para lograr la desinstitucionalización y la reinserción psicosocial de estas personas, pero también es cierto, se está haciendo larga la espera para aplicar las alternativas a la institucionalización prolongada por años.

Rodríguez (1997) fue uno de los primeros colegas que se refirió en sus publicaciones a que las y los psicólogos clínicos y psicólogos generales deben participar, desde las instancias donde se encuentren laborando -junto con otros/as profesionales de la salud mental- en la aplicación de programas de rehabilitación que incluyen: valoraciones del funcionamiento global, planes individualizados de rehabilitación, programas conductuales, programas de vida diaria básica e instrumental, programas sociolaborales y de integración familiar y comunitario con su correspondiente seguimiento.

Perspectivas futuras de intervención de la Psicología clínica

El programa de la especialidad en Psicología clínica ofrece durante sus dos años calendario un itinerario formativo por diferentes centros de salud. Mediante el trabajo práctico, la supervisión permanente y la asimilación de conceptos teóricos, el/ la profesional adquiere experiencia en las competencias técnicas que le enriquecen profesionalmente por medio de la atención directa a las personas usuarias en los centros asistenciales con tutorías sistemáticas y aplicando diferentes modalidades de intervención: evaluación psicológica, intervención terapéutica en diferentes modalidades y enfoques, intervención en crisis y seguimiento oportuno. El/ la profesional, desde su contexto de formación, participa activamente en los servicios y programas de los hospitales y, de esta manera, adquiere competencias clínicas en el sistema asistencial de la salud mental.

En este sentido, la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012) apunta hacia la integración de la atención de salud mental en el sistema de salud de Costa Rica y propone el desarrollo de una red de servicios comunitarios coordinados en torno a la unidad de salud mental (en lugar de hospitales psiquiátricos) con el lema que pone como subtítulo al documento "De la atención hospitalaria a la atención comunitaria". Se plantea una relación estrecha entre el nivel de atención primaria y el nivel especializado de salud mental que propone la actuación integral motivada por una conceptualización biopsicosocial de la salud mental de la población. Sus postulados apuestan por la rehabilitación y la reinserción social como alternativa al modelo de hospital psiquiátrico y al

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

modelo asilar tradicional. El objetivo de esta visión es reducir al máximo la necesidad de la hospitalización. Esta política se orienta, además, hacia una reestructuración significativa del modelo de atención a la salud mental en Costa Rica.

En este contexto, se recomienda, de acuerdo con los lineamientos de la OPS (2009), llevar a cabo la inclusión de recursos específicos de salud mental en los hospitales generales y la creación de unidades de hospitalización, como unidades especializadas, para el ingreso hospitalario de personas que presenten trastornos mentales y del comportamiento. Las características de estas unidades de hospitalización estarían orientadas a la atención de personas usuarias con patología mental en fase aguda o en crisis en el marco de un modelo de atención asistencial biopsicosocial a cargo de un equipo multiprofesional, que coordina sus acciones con los recursos de la red asistencial y que garantiza la continuidad de la atención.

Mencioné, anteriormente, la relación entre Psicología clínica y Psiquiatría, Neuropsicología, Neurociencias y rehabilitación psicosocial, además, en la práctica no menos importante es la integración de las y los especialistas en Psicología clínica en los servicios de emergencia para intervenir en la crisis en una doble condición: (a) la crisis como amenaza a la salud mental de la persona y (b) en una situación que marca el impacto emocional de las enfermedades físicas, de manera que les permita plantearse los cambios requeridos en el funcionamiento (Remor, Ulla Díez & Arranz, 2003). Relacionado con lo anterior, la atención psicológica a personas en las unidades médico-quirúrgicas mediante la interconsulta de enlace, directa o a través de sus profesionales de referencia, constituye un reto complejo de vinculación entre factores psicológicos y enfermedades físicas (García Fernández et al., 2008).

Además, Hodges (2010) considera importante la aplicación y la vinculación de la Psicología clínica con el campo de la Psicooncología, que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de las personas afectadas de cáncer y promocionar su adaptación emocional a una enfermedad que afecta todas las esferas de su funcionamiento. De igual manera, la participación de la Psicología clínica en el ámbito de los cuidados paliativos, donde se requiere un abordaje integral e individualizado de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, tanto de la persona como de su familia (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

En los países con elevados índices de salud, el envejecimiento de la población demanda de las disciplinas afines, como son la Psicogeriatría y la Psicogerontología, más recursos y especialización para atender el aumento de casos de patología asociada a la edad y al favorecimiento del envejecimiento activo (Millán Calenti, 2010). Para el/ la psicólogo/a clínico/a, eso se traduce en una necesidad de formación continua y de subespecialización

entre una población cada vez más diferenciada en sus necesidades, tanto por la ampliación de su rango de edad como por la amplitud de sus niveles de funcionalidad.

La atención psicológica de los trastornos por abuso de sustancias alcanza este momento una notable relevancia y un reto en la atención clínica. El *National Institute on Drug Abuse* de los Estados Unidos publicó en 1999 un conjunto de principios, citados por Becoña Iglesias & Cortés Tomás (2008), que forman parte de las ideas básicas de las guías clínicas de intervención de estos trastornos: el carácter central de los tratamientos psicológicos, el carácter crítico y necesario del tratamiento psicológico para abordar la motivación de la persona, la conexión fundamental existente entre la variabilidad psicológica y el tratamiento de las adicciones, es decir, no hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos y, por último, la importancia esencial del tratamiento psicológico en la prevención de las recaídas.

Los avances en tecnología informática están siendo utilizados por la Psicología clínica para la aplicación e interpretación de instrumentos de medición psicológica, el tratamiento terapéutico y la rehabilitación neuropsicológica. Los programas expertos en la evaluación psicológica, las ciberterapias basadas en la realidad virtual como herramienta para proporcionar, potenciar o facilitar la provisión de servicios terapéuticos y los programas de estimulación neurocognitiva son ejemplos de las aplicaciones tecnológicas, que cada vez están más presentes en el desempeño profesional del/ de la psicólogo/a clínico/a.

Conclusiones

La Psicología clínica en Costa Rica ha tenido una brillante trayectoria. El programa de formación en esta especialidad, desde sus inicios, fue reconocido y ampliamente aceptado en el ámbito profesional costarricense, como método de entrenamiento para psicólogos/as que se dediquen a brindar atención psicológica a la población que demanda servicios de la salud mental. Desde su inicio fue decisivo el apoyo de los entes académicos y de la salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica.

El programa de especialidad logró instalarse en el bloque de las disciplinas de las ciencias de la salud y ha mantenido, a nivel académico y profesional, un permanente y connotado interés por mantenerse actualizado en los contenidos de la disciplina. Es decir, la integración de los contenidos teóricos con la práctica clínica asistencial en las unidades donde se requiera la atención psicológica clínica especializada.

En lo sucesivo, esta disciplina sigue cumpliendo con el objetivo primordial de formar profesionales especialistas, para que, paulatinamente, se sitúen en la red nacional de atención en la salud mental y en los niveles donde es necesaria la conformación de equipos interdisciplinarios para dar respuesta a la demanda de la población en la atención de los

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

trastornos mentales y del comportamiento, de acuerdo con los postulados que promueve la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Costa Rica (2012).

El programa de especialidad admite, según las normas y los procedimientos del concurso de plazas promovido por la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica, a las y los profesionales que, independientemente de las universidades de procedencia, públicas o privadas, se hagan acreedores de una plaza.

La interacción con otras disciplinas afines a la salud mental adquiere una relevancia importante, porque, más que nunca, la atención debe ser integral, holística y desde el paradigma biopsicosocial que interactúa con los principios de la rehabilitación y la promoción de los hábitos saludables.

La investigación clínica y epidemiológica, el desarrollo de programas de intervención actualizados, la innovación de nuevos instrumentos tecnológicos y los protocolos de atención actualizados, así como el intercambio con otros programas de formación a nivel nacional e internacional son los elementos que dan soporte a los cursos y seminarios del programa de especialidad.

Los retos para superar las estructuras y los modelos asistenciales decadentes en salud mental exigen redoblar esfuerzos para que el trabajo profesional se oriente a la implementación de lineamientos que apunten hacia propuestas de la salud mental basadas en la comunidad.

Si se toma en consideración la evolución de la Psicología clínica en Costa Rica, se observan tendencias que introducen la tecnología informática en la evaluación psicológica y promueven la innovación de protocolos de atención actualizados para el tratamiento psicológico, producto de la investigación en la Psicopatología y la promoción de subespecializaciones en áreas clínicas concretas. Las áreas más sensibles para una subespecialización apuntan a la Neuropsicología, la Psicogeriatría, los cuidados paliativos, la salud sexual y reproductiva, la Psicología de enlace, las adicciones y la Psicooncología, entre otras.

El objetivo final de las instituciones que promueven la especialización -la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica- es que el psicólogo clínico está cada vez más solicitado a integrarse en los equipos multi profesionales de algunas especialidades médicas e intervenga en los aspectos emocionales concomitantes con las enfermedades físicas, además de insertarse en los centros asistenciales y en los programas de salud mental de todas las zonas del país.

Referencias

Adis C., G. (1991). Sobre la historia de la psicología clínica en Costa Rica. *Revista Cúpula,* 27, 30-34. Recuperado de http://hpcs.bvs.sa.cr/textos/doc6.pdf

Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona, España: Ariel Ciencias Médicas.

Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Madrid, España: Socidrogalcohol. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (2013). Posgrados, Programas de estudio, Programa de Posgrado Psicología Clínica. Recuperado de http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/documentos/Programas/Psicol_Clin.pdf

Consejo Nacional de Rectores de Costa Rica (marzo, 2004). *Convenio para crear una nomenclatura de grados y títulos de educación superior universitaria estatal*. San José, Costa Rica: Autor.

Diccionario MOSBY (2000). *Medicina, enfermería y ciencias de la salud* (5ª ed.). Madrid, España: Harcourt.

Duro Martínez, J. C. y Berdullas Temes, M. (2003). *Recursos desestimados, Especialidad reconocida*. Infocop, 17, 3-9.

Duro Martínez, J. C. (Ed.)/ Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (ago, 2003). Psicología clínica y Psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 85, 1-10. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1073

Fuente de la, L. y Salvador, I. (2012). Campo de acción de la especialidad. Competencias profesionales. En C. Escudero Álvaro y P. Balanza Martínez (Coords.), *Manual del residente en psicología clínica* (p. 38). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría/ Profesionales de Salud Mental.

García Fernández, P. G., Arzate Díaz, J., Bailón Martínez, C., Martínez Contreras, L. B., Torres González, T., Castro Martínez, M. G.,… & Padilla Neri, S. H. (may-jun, 2008). Psicología de enlace en medicina interna. *Medicina Interna de México, 24*(3), 186-192. Recuperado de http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/mayo-junio2008/mi186-92.pdf

González Murillo, G. (1979). Breve estudio histórico sobre el quehacer médico-psicológico en Costa Rica. En J. Acuña Sanabria, *La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica* (pp. 131-269). San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Hodges, L. J, Walker, J., Kleiboer, A. M., Ramirez, A. J., Richardson, A., Velikova, G. & Sharpe, M. (may, 2011). What is a psychological intervention? A metareview and practical proposal. *Psycho-Oncology, 20*(5), 470-478. doi: 10.1002/pon.1780

Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas (1982). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, Ley N.º 6836 (22 de diciembre del 1982).

López Core, R. (2009). *Programa de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica*. Universidad de Costa Rica (Sistema de Estudios de Posgrado de la Escuela de Medicina) / Caja Costarricense de Seguro Social / Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social, aprobado por el Consejo Nacional de Rectores de Costa Rica. Recuperado de http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/documentos/Programas/Psicol_Clin.pdf

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Millán Calenti, J. C. (2010). *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Millon, T. y Klerman, G. L (Eds.). (1986). *Contemporary Directions in Psychopathology*. Nueva York, EE.UU.: Guilford.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. De la atención hospitalaria a la atención comunitaria*. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/menu-superior-sobre-ministerio-ms/menu-superiores-sobre-ministerio-politicas-planes-salud-ms/cat_view/151-direccion-de-planificacion-estrategica/153-politicas

Olabarría, B. (2012). La creación y consolidación de la Psicología clínica como especialidad sanitaria de la Psicología. En C. Escudero Álvaro y P. Balanza Martínez (Coords.), *Manual del residente en Psicología clínica* (p. 24). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría/ Profesionales de Salud Mental.

Organización Mundial de Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/media_centre/es/index.html

Remor, E., Ulla Díez, S. M. & Arranz, P. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Rodríguez, A. (Ed.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de la persona con trastornos mentales*. Madrid, España: Pirámide.

Rodríguez-Marín, J. (febr, 1998). Relación entre Psicología clínica y la Psicología de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 69. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=772

Saraceno, B y Fleischmann, A. (2009). La Salud mental desde una perspectiva mundial. En J. J. Rodríguez (Ed.), *Salud mental en la comunidad* (2ª ed., Cap. 2., pp. 23-24). Washington D.C., EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.

Tirapu-Ustárroz J. & Muñoz-Céspedes J. M. (2004). Neurociencia, Neuropsicología y Psicología clínica: Necesidad de encuentro. *Psicologia.com, 8*(1). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/781/755/

Trull, T. J. & Phares, E. J. (2003). Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión (6ª ed.). México, D.F.: Cengage Learning. Recuperado de http://books.google.co.cr/books

Recibido 30 de agosto de 2012
Revisión recibida 04 de junio de 2013
Aceptado 23 de junio de 2013

Reseña del autor

Roberto López Core obtuvo su doctorado en Psicología de la Universidad Central de Barcelona, España, y se graduó como Especialista en Psicología Clínica en la Universidad de Costa Rica (UCR). Trabaja en el Hospital Nacional Psiquiátrico de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como jefe del Servicio de Psicología Clínica. Es exdirector del programa de posgrado de la Especialidad de Psicología Clínica (UCR/CCSS).

Primera publicación en línea: 01 de julio de 2013

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

ISSN 0257-1439

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA ISSN 0257-1439
Ene-jun 2013, Vol. 32, N.º 1, p. 63-74

Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social

Psychology and Disability: An Encounter from the Social Paradigm

Lucrecia Alfaro-Rojas

Universidad de Costa Rica

Resumen

El tema de la discapacidad ha sido abordado desde diversos paradigmas o modelos que han dictado el modo de brindar atención a personas con esta condición. Aunque en la literatura se encuentran diversas denominaciones para estos paradigmas, el presente artículo se refiere a los tres paradigmas que engloban las posturas más habituales hacia el tema de la discapacidad: el paradigma tradicional, el paradigma médico-biológico y el paradigma social. Es dentro de este último que se concibe a la persona con discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y se apunta hacia una integración real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida en la sociedad. Este nuevo paradigma social obliga a replantear los abordajes, que, hasta hace poco tiempo, eran bien vistos y promovidos por los profesionales que se relacionaban laboralmente con esta población. La Psicología no escapa a esta influencia y, por tanto, se ve en la necesidad de revisar algunas de sus prácticas tradicionales a la luz del nuevo paradigma, que propone trascender la atención centrada exclusivamente en la persona para incidir en el contexto social. Esto implica, por ejemplo, el surgimiento de nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los y las profesionales en Psicología y, por tanto, una nueva planificación y orientación de los sistemas de atención.

Palabras clave: discapacidad, paradigma social, paradigma médico-biológico, Psicología, subjetividad, exclusión, intervención

Abstract

The topic of disability has been approached from different paradigms or models that have dictated the way to provide care to people with this condition. Although the literature provides several names for these paradigms, in this article we refer to the three paradigms that encompass the most common stances in respect to the topic of disability: the Traditional Paradigm, the Medical-Biological Paradigm and the Social Paradigm. Within the latter, persons with disabilities are seen from a bio-psycho-social approach, aiming for their real and effective integration in all spheres of social life. This new Social Paradigm calls for rethinking the approaches that were, until recently, promoted by professionals who work in the area of disability. Psychology does not escape this influence and, therefore, now needs to review some of its traditional practices in the eye of the new paradigm, which proposes to transcend the exclusively person-centered focus, in order to influence the social context. This implies, for instance, the rise of new attitudes in the day-to-day work of professionals in Psychology and, therefore, new planning and orientation for care systems.

Keywords: Disability, Social paradigm, Medical-Biological Paradigm, Psychology, subjectivity, exclusion, intervention

Lucrecia Alfaro Rojas, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Lucrecia Alfaro Rojas, dirección electrónica: lucrecia.alfaro@ucr.ac.cr

© 2013 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA
http://www.revistacostarricensedepsicologia.com

Desde la antigüedad, el tema de la discapacidad, así como las estrategias de atención a las personas en esta condición, han sido abordados desde diversos paradigmas o modelos. Aunque en la literatura se pueden encontrar diversas clasificaciones y denominaciones, en el presente artículo se hace referencia a los tres paradigmas que engloban las posturas más habituales en el tema de la discapacidad: el paradigma tradicional, el paradigma médico-biológico y el paradigma social. Estos paradigmas son descritos, a continuación, con la finalidad de transmitir al lector/ la lectora las características esenciales de cada uno, así como señalar sus implicaciones particulares para el quehacer de los y las profesionales en Psicología.

Para comprender los alcances que tiene la transición de un saber disciplinar a través de diferentes paradigmas, retomo la noción de "paradigma" propuesta por Thomas Kuhn (Contreras, 2004), según la cual, en la evolución del conocimiento científico y de sus prácticas, un paradigma no desaparece ante el surgimiento y repunte de un nuevo paradigma, sino que sigue siendo aceptado por una parte de la comunidad científica, aunque con menor vigencia[1].

El paradigma tradicional

El primer paradigma es el más antiguo y difundido: el *paradigma tradicional*, también llamado modelo de prescindencia (Palacios, 2008) y su origen data hasta la antigüedad. Dentro de este paradigma se ubican prácticas que involucran, por un lado, el exterminio, la marginación y la segregación y, por otro, la caridad, la lástima y el proteccionismo hacia las personas que se consideran en este contexto como "anormales". Dentro de las prácticas propias de este enfoque se encuentra la exclusión de las personas con discapacidad de muchas actividades, tanto en la esfera pública como en la privada, así como la utilización de denominaciones peyorativas para referirse a ellas como "discapacitados", "lisiados" o "minusválidos", entre otros (Palacios, 2008).

El paradigma médico-biológico

El paradigma que siguió al tradicional es el *médico-biológico*, también conocido como paradigma rehabilitador, el cual surge después de la Primera Guerra Mundial (Palacios, 2008). Desde este paradigma, toda la atención ofrecida a las personas con discapacidad se enfoca en la "recuperación" de las deficiencias presentes en las personas que han adquirido o han nacido con algún tipo de discapacidad y conciben estas deficiencias como "obstáculos" para la inclusión efectiva en la vida social y laboral. En este sentido, la meta última de este

[1] Para efectos de este escrito, se hará uso de los términos "paradigma" y "modelo" como equivalentes, dado que en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad. Cada paradigma lleva implícito un modelo de atención específico y cada modelo se sigue de un paradigma determinado.

ISSN 0257-1439

paradigma es la eliminación de la deficiencia, de manera que las personas con discapacidad sean capaces de adaptarse a las demandas del entorno, sin que se contemple como necesaria la modificación del entorno para su inclusión efectiva en la sociedad (Padilla-Muñoz, 2010).

Las definiciones de discapacidad desde el paradigma médico-biológico se enfocan en la deficiencia como el factor que determina la condición de discapacidad, al subrayar las deficiencias, restricciones o pérdidas presentes en la persona. Un ejemplo es en Costa Rica la Ley n.º 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1996), que define discapacidad como "cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo" (Art. 2).

Hablar de discapacidad, desde la concepción de los paradigmas, tradicional y médico-biológico, implica, también, hablar de una construcción social que ubica a unas personas en condiciones de una supuesta superioridad sobre otras; así, de acuerdo con la presencia o ausencia de ciertos rasgos, la persona puede ser titular de derechos o dejar de serlo (Díaz Castillo y Muñoz Borja, 2005). Este proceso es producto de la dinámica social que ha asociado imágenes de incompetencia y descalificación a las personas con discapacidad, lo cual, al igual que con cualquier otro grupo víctima de discriminación, limita y configura la identidad personal, que, a su vez, restringe la interacción del individuo con su entorno y lleva a un ciclo caracterizado por la exclusión y la discriminación.

El paradigma social

Si bien, los paradigmas, tradicional y médico-biológico continúan siendo patentes en algunos entornos al guiar el modo en que se concibe y se aborda el tema de la discapacidad, desde hace más de dos décadas se han orientado esfuerzos por lograr que el llamado *paradigma social* sea incorporado en el quehacer de todas las disciplinas e instituciones que trabajan con y para las personas con discapacidad (Alba Pastor y Zubillaga del Río, 2012). Este paradigma, también conocido como modelo social (Palacios, 2008), modelo biopsicosocial (Padilla-Muñoz, 2010), paradigma ecológico o paradigma de la autonomía personal (Egea García y Sarabia Sánchez, 2004), ha sido de lenta penetración en Costa Rica y no fue incorporado en su legislación hasta el año 2008, en el que se ratificó como Ley n.º 8661, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008).

Desde el paradigma social, se concibe a la persona con discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, lo que apunta a mirar más allá de la deficiencia y aspira a una participación real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida en la sociedad. Dentro de este paradigma, se defiende el derecho de las personas con discapacidad a establecer relaciones interpersonales y de convertirse en personas social y económicamente activas (Padilla-Muñoz, 2010). Este abordaje sostiene que las desventajas, la segregación y la inaccesibilidad a recursos no están determinadas por la deficiencia

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

orgánica que puede presentar una persona, sino que obedecen a las consecuencias de tener que afrontar un entorno que no está diseñado para la diversidad (Strauss y Sales, 2010). Ante esto, los autores plantean que la sociedad tiene la tarea de organizarse para eliminar las barreras físicas y actitudinales, de manera que el efecto de las deficiencias no vaya más allá del ámbito fisiológico de la persona con discapacidad.

Esta visión toma en cuenta las barreras del entorno que limitan o impiden la participación real de las personas con discapacidad en diversos ámbitos, como el educativo, laboral, político, entre otros, y se refleja en la definición de la discapacidad en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) de la Organización de las Naciones Unidas, ratificado por Costa Rica el 30 de marzo de 2007, como

> Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Art. 1).

Así, las personas con discapacidad pasan en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) en Costa Rica de ser definidas por la mera portación de una limitación para concebirse como "aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Art.1).

La Psicología dentro del paradigma médico-biológico en discapacidad

En este sentido, el paradigma social obliga a replantear los abordajes, que, hasta hace poco tiempo eran bien vistos y promovidos por las y los profesionales que trabajaban relacionados laboralmente con la materia de la discapacidad. La Psicología no escapa a esta influencia y, por tanto, se ve en la necesidad de revisar algunas de sus prácticas tradicionales mediante el análisis de las limitaciones que el paradigma médico-biológico le ha impreso.

Para develar las premisas que deberían guiar el quehacer profesional en Psicología a la luz de este paradigma, se presenta, primero, un breve recuento de las características del quehacer psicológico desde el paradigma médico-biológico y se realiza, más adelante, una reflexión acerca del impacto al tema de la discapacidad en la construcción de la subjetividad para, finalmente, presentar una reseña de lo que el abordaje psicosocial implica en materia de discapacidad para la Psicología.

Desde hace más de dos décadas, Finkelstein (1990) recalcaba, cómo los abordajes de la Psicología hacia la discapacidad se realizaban de acuerdo con la visión de profesionales legitimados dentro de un esquema de corte íntegramente médico-biológico, quienes interpelaban y se pronunciaban con total propiedad acerca de la situación de las personas con

ISSN 0257-1439

discapacidad. Esto resultaba, según el autor, en una relación entre un profesional comprometido con aliviar un problema sufrido por un o una paciente y la "inhabilidad" de este o esta para resolver su propio problema.

Al centrar el quehacer de los y las profesionales en Psicología desde el paradigma médico-biológico, la Psicología tiene claramente limitados sus ámbitos de acción. La atención del profesional dentro de este modelo, se centra, exclusivamente, en lo que la persona consultante no puede o tiene dificultad de hacer y lleva a considerarla no como "alguien con discapacidad con un determinado nivel de funcionamiento" que se inserte en la sociedad, sino como una persona "sin funcionamiento" (en un sentido clínico) que no puede lograr su inclusión efectiva en la sociedad, a menos de que su deficiencia desaparezca (Finkelstein, 1990).

La atención psicológica a la persona con discapacidad y a su familia involucra, desde este paradigma, intervenciones de tipo meramente clínico y un ejemplo de esto consiste en la aplicación de técnicas con el objetivo de disminuir conductas o actitudes en personas con discapacidad mediante entrenamiento conductuales (Rodríguez, 2011; Carpena Méndez, 2012), sin tomar en cuenta el análisis de las limitaciones que la dinámica familiar y social les imprimen. El paradigma es, pues, un ámbito de acción individualizado que descarta la injerencia en el desarrollo de políticas y el trabajo para el cambio actitudinal en las comunidades, instituciones o en profesionales.

De acuerdo con el paradigma médico-biológico, las acciones que realizaron las personas proveedoras de servicios en materia de discapacidad, fueron, como explica Finkelstein (1990), basadas en tres asunciones principales: (a) la discapacidad significaba que la persona tiene problemas y no puede funcionar (por lo que su atención fue un asunto clínico), (b) la discapacidad fue algo propio de la persona y fue, por esto, que el personal que brindó servicios debía hacerlo desde un ámbito médico-biológico y (c) las reacciones psicológicas de la persona fueron vistas como reacciones únicamente relativas a una disfunción.

Dentro de esta concepción, se descartó (a) que las personas con discapacidad puedan alcanzar funcionalidad e independencia, (b) que la discapacidad esté asociada a factores ambientales y (c) que las reacciones que pueda presentar una persona con discapacidad, tales como la ansiedad, desordenes del humor o sentimientos de desesperanza, se deban a experiencias de vida relacionadas con la exclusión y el rechazo.

La investigación en Psicología acerca de la discapacidad, enmarcada dentro del paradigma médico-biológico, ha sido señalada por concentrarse en el estado individual de la persona con discapacidad y su respuesta a su deficiencia, y ha mostrado poca consideración de los factores sociales en la asociación entre factores psicológicos y la discapacidad.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Diversas investigaciones encontraron el impacto psicológico de una deficiencia en particular y cómo las variables personales determinaron el ajuste de la persona a esta situación (Alvarado, 2000; Beltrán y Calderón, 2011; Cascante y Fernández, 2000; Durán, 2006). Mientras este tipo de estudios se centraron en los factores cognitivos y conductuales, como las actitudes, percepciones y conductas adaptativas, la consideración de los factores sociales y culturales y sus implicaciones en la subjetividad no siempre se figuró (Craig, s.f.).

En el abordaje médico-biológico, el profesional se acercó a la situación de la discapacidad solamente en el momento en que recibió consultas de un "paciente" o de sus familiares, de modo que, la experiencia de la discapacidad solo apareció en virtud de una persona con discapacidad que consultó (Finkelstein, 1990). Es a través de la persona consultante, que el o la profesional experimentó y construyó su propia imagen de la discapacidad. Este tipo de abordaje, meramente clínico, no le permitió percibir la discapacidad como un fenómeno integral determinado por una serie de condiciones del entorno dentro del cual la persona con discapacidad se desenvuelve.

Un ejemplo de lo anterior constituye una persona que busque consulta psicológica para sobrellevar las implicaciones emocionales que conlleva una discapacidad adquirida. En esta situación concreta, la persona profesional en Psicología que brindó la atención se formó una imagen de la discapacidad ligada a consecuencias negativas, tales como crisis, incapacidad o depresión, al desconocer otras situaciones en las que, por ejemplo, la situación de discapacidad dio a paso a la resiliencia, el fortalecimiento de vínculos familiares, la adquisición de nuevas destrezas o la satisfacción por logros alcanzados, etc. Estos últimos son las situaciones de otras personas con discapacidad, que, justamente, no buscaban consulta.

Siguiendo la idea de este ejemplo, quiero afirmar que los y las profesionales "de consultorio" se ven en muchos casos privados de la oportunidad de conocer experiencias que les permitan construir representaciones positivas de la discapacidad y brindar a estas personas una atención integral, que apunte más allá de las implicaciones fisiológicas y que atienda a la importancia que las barreras del entorno tienen en la calidad de vida de sus clientes.

El cambio del enfoque médico-biológico hacia uno centrado en el cambio de actitudes de la comunidad y la modificación del entorno genera un abanico de ideas y saberes que contrarrestan la imagen tradicional de las personas con discapacidad y que impacta negativamente en la percepción de las personas de este colectivo.

Propuestas para la intervención psicológica en el campo de la discapacidad

Los seres humanos, vistos como entes complejos, producto de la interacción de un sinnúmero de factores biológicos, psicológicos y sociales y que en su existencia y estructura

ISSN 0257-1439

dependen del mundo exterior, en tanto, constituidos como sistemas abiertos que interactúan de forma permanente con el medio, les permite construir una visión del mundo y establecer vínculos afectivos, que, a su vez, consolidan la subjetividad a lo largo del proceso de desarrollo.

Si bien es cierto que la diversidad es una característica del género humano, para una persona en condición de discapacidad, esta implica una manera particular de vincularse con otras personas y desenvolverse en su entorno. Esto se relaciona con el hecho de que la autopercepción, así como la forma en que las personas con discapacidad son percibidas por los otros, se han visto impactadas por el énfasis que los paradigmas, tradicional y médico-biológico, han puesto en "la diferencia", producto de la deficiencia, que ignora de antemano sus capacidades y potencialidades.

Siguiendo a Arnau Ripollés (2009), las personas, como entes aptos para la construcción del conocimiento, toman conciencia y asignan sentido al mundo de acuerdo con la forma como lo experimentan. La identidad, así como la experiencia de la subjetividad, se enmarcan en la construcción que hace el sujeto de sí mismo a partir del reconocimiento de su cuerpo y de los significados elaborados alrededor del cuerpo por su entorno cultural (Díaz Castillo y Muñoz Borja, 2005). De este modo, quien nace con una discapacidad se ve interpelado a interiorizar los significados asociados a su discapacidad y a asumirlos para sí, al configurar su propia identidad desde el lugar del excluido.

Al cuestionarse, desde la nueva óptica del paradigma social, el papel del o de la profesional en Psicología, fácilmente se concluye que, por ningún motivo, puede continuarse el enfoque tradicional centrado en la rehabilitación, sino que las intervenciones deben realizarse tomando en cuenta aspectos sociales y comunitarios. Este enfoque conlleva, también, a una perspectiva transdisciplinar, en el sentido de integrar saberes y conocimientos de otros campos para una atención integral de las personas con discapacidad.

Este marco social trasciende la atención centrada exclusivamente en el sujeto, considerado "deficiente" o "patológico", e incide en la población en general, en la comunidad con el propósito de producir cambios positivos en las instituciones, como son los centros educativos, de atención a la salud, laborales y de legislación, entre otras, con el fin de modificar los factores que predisponen la discapacidad y para posibilitar mayor bienestar en esta población. Esta orientación representa algo más que un cambio de técnicas: implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los y las profesionales del área social y, por supuesto, una nueva planificación y orientación de los sistemas de atención, aspectos en los que profundizo más adelante.

Si bien, es importante el apoyo personalizado que los y las profesionales en Psicología pueden brindar mediante servicios de diagnóstico, tratamiento y asesoramiento, así como

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

capacitación en actividades de autocuidado y educativas, las personas profesionales en Psicología deben asumir, al igual que otras profesiones, la misión de combatir la exclusión de la persona en situación de discapacidad. Ello implica la asunción de un rol activo en la promoción de la representatividad de la persona con discapacidad en la esfera pública como agente que promueva el cambio de visión en servicios públicos y privados. En síntesis, no se trata de cambiar a la persona con una deficiencia, sino de enfocarse en la búsqueda de un cambio social.

Siguiendo esta línea, es impensable a la luz del nuevo paradigma, que, por ejemplo, una persona profesional en Psicología laboral excluya a una persona con discapacidad en el procesos de selección de personal, o que una persona profesional en Psicología educativa se oponga a la integración de estudiantes con discapacidad en instituciones educativas "regulares", o que una persona investigadora realice conclusiones que presentan a las personas con discapacidad como individuos desajustados o con manifestaciones patológicas, debido, exclusivamente, a su condición de discapacidad. Tampoco es aceptable que se utilicen en la práctica cotidiana términos extemporáneos para referirse a una persona con discapacidad como "lisiado/a", "discapacitado/a", "retardado/a mental" o "persona especial", lo cual atenta contra la dignidad de la persona y resalta a la discapacidad como la característica esencial que distingue a una persona en esta condición[2].

Sumado a lo expuesto, toda intervención que busque mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad debe tener como marco de referencia a la comunidad, con la intención de que el papel como sujeto activo y productivo de la persona con discapacidad se vea legitimado. En este sentido, la atención del profesional en Psicología debe procurar la intervención sobre el entorno, es decir, trabajar desde un modelo de salud integral y positiva, a través de la promoción y la capacitación de las personas con las que trabaja en temas de diversidad y de derechos humanos.

Al aplicar estas premisas, el trabajo de la persona profesional en Psicología en una comunidad u organización que brinde atención a personas con discapacidad, debe apuntar hacia el análisis de cómo se presenta y qué función cumple la discapacidad dentro de esa entidad y de detectar factores que promuevan ideas o actitudes adversas hacia esta población. Ello implica, entre otros aspectos, el análisis del discurso social del colectivo y la actuación de la persona profesional en Psicología como agente catalizador para la toma de conciencia de las actitudes que obstruyen las posibilidades de inclusión y desarrollo de este colectivo.

En el ámbito de la investigación desde el paradigma social, las personas profesionales en Psicología tienen la tarea de diseñar y ejecutar investigaciones tendientes a develar los mecanismos sociales que mantienen a las personas con discapacidad en una condición de

[2] Para más información sobre el uso de una terminología inclusiva, consulte a Global Infancia (2010).

ISSN 0257-1439

marginalidad y discriminación en comparación con otros colectivos. Lo anterior implica el desarrollo de trabajos de investigación que develen los factores ambientales y actitudinales que restringen sus condiciones de vida y deben integrar el uso de una terminología acorde con el paradigma social.

De lo anterior se desprende la urgencia de que la Psicología ejerza una meta-labor al constituirse en una psicología que (a) revise las actitudes de los y las profesionales que brindan servicios a las personas con discapacidad y que (b) trabaje por la eliminación de los prejuicios acerca de la discapacidad en las personas que prestan servicios.

Para diseñar e implementar servicios alternativos, acordes con el nuevo enfoque, es necesario introducir procesos de colaboración y aprendizaje con otras personas profesionales, que, también, den servicios a esta población en ámbitos como la salud, la educación, la legislación o la vivienda, entre otros, tanto a nivel regional como nacional, así como con las agrupaciones de personas con discapacidad.

Esta transdisciplinariedad no debe entenderse como un conjunto de personas que trabajan un mismo tema desde distintos discursos y saberes, se trata de un saber común sobre la dimensión social de la discapacidad y los derechos humanos, que apunta hacia un abordaje integral, que no parcializa a las personas como órganos sin cuerpo que deben ser "curados" por una persona especialista que trabaja de forma aislada.

Conclusiones

De acuerdo con el recorrido realizado por los párrafos iniciales del presente artículo, se puede señalar que la Psicología, basada en los modelos de atención dictados por paradigmas anteriores al paradigma social, ha ignorado aspectos relevantes de la vida cotidiana de las personas con discapacidad relacionados con las barreras impuestas por el entorno y se ha enfocado, de una forma exagerada, en los factores psicológicos individuales. Ello debido a la importancia que se ha dado a las implicaciones orgánicas de la discapacidad por encima de los efectos que tiene el entorno que no resulta apropiado a la vida de este colectivo.

Tomar en cuenta esta realidad que enfrentan cotidianamente las personas con algún tipo de discapacidad, posibilita un acercamiento integral a su problemática, en tanto, promueve la comprensión de las particularidades derivadas de la vivencia de la discapacidad y, a la vez, permite elaborar estrategias de intervención novedosas y en permanente revisión, acordes con el carácter cambiante de los conceptos y abordajes en discapacidad.

Lo expuesto en este artículo destaca cómo las prácticas para la atención de personas con discapacidad desde el ámbito de la Psicología deberían favorecer el desarrollo integral, la inclusión y la participación en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad,

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

a partir de un adecuado proceso de acompañamiento y la estimulación de las áreas fuertes y las potencialidades, en vez de centrarse en las alteraciones que caracterizan sus vidas. Ello implica rescatar la experiencia de vida y la cotidianidad de esta población, sin centrarse exclusivamente en la habilitación funcional, propia del modelo médico-biológico, que deja de lado los intereses, las percepciones y las necesidades específicas de la población. Lo anterior incluye la deconstrucción de algunos conocimientos, en el sentido de cuestionar los postulados que depositan la responsabilidad de cambio exclusivamente en estas personas, escindiéndolos del conglomerado social que les deposita una compleja carga de mandatos y prejuicios.

Para lograr un definitivo cambio de paradigma, además de las acciones enumeradas en el apartado anterior, se deben realizar cambios en la formación de las personas profesionales en Psicología. Por lo tanto, resulta necesario que las universidades que imparten esta carrera incluyan cursos específicos sobre el tema de la discapacidad en sus planes de estudio, tal como lo manda en Costa Rica la Ley n.º 7600 (Art. 63). La ausencia de formación en este tema se deja sospechar al revisar los planes de estudio actuales en las universidades de Costa Rica, tanto estatales como privadas. Asimismo, es necesario que las universidades promuevan la realización de investigaciones acordes con el nuevo paradigma, lo que contempla la participación de personas con discapacidad como parte del grupo de investigación, es decir, que participen de la investigación en lugar de ser objeto de ella.

Por último, las instituciones que atienden a personas con discapacidad deben dirigirse hacia el medio, de manera que, además de los servicios ofrecidos, realicen actividades dirigidas específicamente a la educación de las personas en las comunidades de donde provienen sus usuarios. Lo anterior sin dejar de lado su tarea de proveer a las personas con discapacidad de estrategias para su empoderamiento como sujetos de derechos.

Es esperable que, antes de que las diversas culturas y sociedades concedan un nuevo estatus a las personas con discapacidad, los abordajes tradicionales, desde disciplinas como la Psicología, persistan durante un tiempo indefinido junto con las nuevas ideas y prácticas provenientes del paradigma social. Esto, lejos de desanimar a las personas que trabajan cotidianamente por un cambio en este sentido, debe constituir una motivación para seguir trabajando por el entendimiento y la transformación social que, finalmente, dé paso al respeto por las personas con discapacidad y a sus condiciones de vida.

ISSN 0257-1439

Referencias

Alba Pastor, C. y Zubillaga del Río, A. (2012). La utilización de las TICs en la actividad académica de los estudiantes universitarios con discapacidad. *Revista Complutense de Educación*, *1*(23), 23-50. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/39100/37713

Alvarado, M. (2000). *Inteligencia emocional y resiliencia: recursos efectivos para los estudiantes universitarios con discapacidad visual* (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Arnau Ripollés, M. S. (2009). El "cuidado" y sus perversiones: la cultura de la violencia. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, *3*(2).

Beltrán, K. y Calderón, A. (2011). *Estrategias de afrontamiento empleadas por mujeres y hombres ante la discapacidad permanente adquirida por su cónyuge debido a un derrame cerebral: estudio comparativo de género en la provincia de Guanacaste* (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, Guanacaste, Costa Rica.

Carpena Méndez, A. (jul-dic, 2012). Intervención conductual positiva en trastornos generalizados del desarrollo: guía para docentes. *Polibea: Revista sobre Discapacidad e Iniciativas Sociales,* 104, 38-44.

Cascante, A. y Fernández, M. (2000). *La atención a la persona con discapacidad a causa de lesión medular traumática: un estudio psicosocial acerca de la perspectiva del usuario (a) y del personal especializado en los servicios de rehabilitación* (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Contreras, R. (dic, 2004). El paradigma científico según Kuhn. Desarrollo de las ciencias: Del conocimiento artesanal hasta la ciencia normal. *Revista VI Escuela Venezolana para la Enseñanza de la Química*, 43-51. Recuperado de http://soplaar.com/material_individual/pdf/790S641O557P918L956A23R29.pdf

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Asamblea General de Naciones Unidas (Resolución 61/106, de 13 de diciembre de 2006). Nueva York, EE.UU: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, Ley n.º 8661 (19 de agosto de 2008). Ratificada por el Decreto Ejecutivo N.° 34780, 29 de setiembre de 2008. Recuperado de http://www.cnree.go.cr/images/documentos/legislacion/Ley8661.pdf

Craig, A. (s.f.). *Disability and Psychology Studies: Growing into maturity?* (Department of Health Science, University of Technology, Sydney, Australia). Recuperado de http://www.docstoc.com/docs/33553330/The-current-scene-in-psychology-and-disability-studies-is-being-

Díaz Castillo, L. y Muñoz Borja, P. (jul-dic, 2005). Implicaciones del género y la Discapacidad en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revista Ciencias de la Salud, 3*(2), 156-167. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732005000200006&script=sci_arttext

Durán, G. (2006). *Estrategias que utilizan las personas jóvenes con discapacidad para afrontar las barreras físicas y sociales existentes en la enseñanza media y la relación con la construcción de su autonomía* (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea: Revista sobre Discapacidad e Iniciativas Sociales*, 73, 1-20. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART7589/VisionDis.pdf

Finkelstein, V. (marzo, 1990). *Experience and consciousness. Notes for Psychology of Disability Talk*. Liverpool Housing Authority. Recuperado de http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/finkelstein/expconsc.pdf

Global Infancia (marzo, 2010). *Medios de comunicación y discapacidad: Un aporte para la cobertura periodística sobre inclusión social*. Asunción, Paraguay: Agencia Global de Noticias. Recuperado de http://www.globalinfancia.org.py/agenciaglobal/pdfs/medios-discapacidad.pdf

Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1996). Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, Ley n.º 7600. Publicada en *La Gaceta* n.º 102 (29 de mayo de 1996). Recuperado de http://www.cnree.go.cr/acerca-del-cnree/transparencia/normativa-del-cnree/273-ley-7600.html

Padilla-Muñoz, A. (ene-jun, 2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381-414. Recuperado de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562010000100012&lng=es&nrm=

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: Cinca. Recuperado de http://books.google.co.cr/books

Rodríguez, M. (2011). *Guía cognitivo-conductual-emocional dirigida a padres y madres para el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas con Asperger* (Tesis de licenciatura en Psicología inédita). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Strauss, A. L. & Sales, A. (2010). Bridging the gap between disability studies and disability services in higher education: A model center on disability. *Journal of Postsecondary Education and Disability, 23*(1), 79-84. Recuperado de http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ888647.pdf

Recibido 20 de agosto de 2012
Revisión recibida 15 de febrero de 2013
Aceptado 06 de marzo de 2013

Reseña de la autora

Lucrecia Alfaro-Rojas es investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, donde también se desempeña como coordinadora del proceso de provisión de adecuaciones para la Prueba de Aptitud Académica. Es graduada de la licenciatura en Psicología y egresada de la maestría en Estudios Interdisciplinarios en Discapacidad de la Universidad de Costa Rica. Ha publicados artículos y presentado ponencias relacionados con los temas de diversidad, equidad y educación.

Primera publicación en línea: 01 de julio de 2013

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

ISSN 0257-1439

REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA ISSN 0257-1439
Ene-jun 2013, Vol. 32, N.º 1, p. 77-82

Recensión bibliográfica del libro *Protección a las personas en situación de dependencia*

Book Review of the Spanish Book Protección a las personas en situación de dependencia *(Protection of Individuals in Situations of Dependence)*

Francisco Javier Fernández Orrico

Universidad Miguel Hernández, España

Resumen

Este artículo es una recensión bibliográfica del libro *Protección a las personas en situación de dependencia* del autor Djamil Tony Kahale Carrillo, profesor titular acreditado en el área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad a Distancia de Madrid. La recensión ofrece una valoración personal y crítica del libro, obra de gran interés para aquellos profesionales que trabajan con personas en situación de dependencia y quieran adentrar en cómo se protegen en España. La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. El libro se estructura en ocho capítulos, anexos y bibliografía en el que aborda, respectivamente, la elección de un modelo de protección social de la dependencia; la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia; la dependencia, su valoración y los sujetos titulares de derechos; los servicios y las prestaciones económicas; la financiación; la calidad y eficacia; las infracciones y sanciones y las propuestas para mejorar la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Palabras clave: Dependencia, autonomía, protección, discapacidad, Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, España

Abstract

This article is a review of the book *Protection of Individuals in Situations of Dependence*, by the author Djamil Tony Kahale Carrillo, chaired professor of Labour Law and Social Security at the *Universidad a Distancia*, Madrid, Spain (Open University of Madrid). The review offers a personal and critical evaluation of the book, a work of great interest for those professionals working with dependent individuals and who wish to delve into how they are being protected in Spain. Dependence is a permanent state in which a person who, by virtue of his or her age, illness or disability, and linked to his or her lack or loss of physical, mental or intellectual autonomy or sensory impairment, requires the attention of another person or persons or significant aid for basic activities of daily living or, in the case of persons with intellectual disabilities or mental illness, other support for personal autonomy. The book is divided into eight chapters, appendices and a bibliography and addresses, respectively, the choice of a model for the social protection of dependence, the configuration of the Spanish system for autonomy and care for dependence (*Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*), dependence, its evaluation and the bearers of rights, services and economic benefits, funding, quality and efficacy, infringements and penalties, and proposals to improve the promotion of personal autonomy and care for persons in situations of dependence.

Keywords: Dependence, autonomy, protection, disability, System for Autonomy and Care for Dependence, Spain

---

Francisco Javier Fernández Orrico, Área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad Miguel Hernández, España.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Djamil Tony Kahale Carrillo, dirección electrónica: djamiltony.kahale@udima.es

Recensiones anteriores del libro se encuentran en http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/40368/38744 y en http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=2142

© 2013 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA

Djamil Tony Kahale Carrillo, profesor titular acreditado en el área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad a Distancia de Madrid, España, publicó en enero del 2012 el libro *Protección a las personas en situación de dependencia* en la editorial Formación Alcalá, Jaén, España.

La primera imagen que se encuentra el lector en la portada de la obra es la mano de una persona anciana, que es acogida con ternura por las dos manos de otra persona evidentemente más joven y que introduce de forma gráfica el contenido de la protección de las personas en situación de dependencia.

Definición de dependencia

La "Ley de dependencia" de España define *dependencia* como

> El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, España, 2006, Ley 39/2006, Art. 2.2).

El nuevo derecho subjetivo a las personas en situación de dependencia

El libro de Kahale Carrillo contiene un riguroso análisis a través de ocho capítulos del nuevo derecho subjetivo[1], que el ordenamiento jurídico español reconoce a las personas en situación de dependencia. Este derecho nace para atender a las necesidades de las personas, que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren de apoyos, como son (a) los servicios de atención a la dependencia (servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche, servicio de atención residencial) y (b) las prestaciones económicas (que integran la prestación económica vinculada al servicio, de asistencia personal y para cuidados en el entorno familiar y a cuidadores no profesionales), con el fin de desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

[1] El nuevo derecho subjetivo atribuye de facultades a un sujeto determinado para exigir de otras personas determinadas conductas y regula todo lo concerniente a la protección de las personas en situación de dependencia, a través de la Ley 39/2006.

ISSN 0257-1439

Ciertamente es materia delicada, porque su objeto se refiere al nuevo régimen normativo español -dentro del nuevo derecho subjetivo- de aspectos concretos de quienes no pueden valerse por sí mismos, en el que los psicólogos y las psicólogas juegan un papel importante al comprender su implantación y aplicarla a la población en situación de dependencia a quienes asistan y para así poder influir en las políticas públicas.

No es la primera vez que el autor Kahale Carrillo se adentra en este proceloso mundo de las situaciones de dependencia de los colectivos más vulnerables. Él dio muestra de su maestría en esta materia en sus estudios sobre las administraciones públicas y la obra que presenta es el fruto de su profunda investigación y de su acreditada experiencia en cuestiones relacionadas con la situación de dependencia de los colectivos afectados.

El autor desarrolla un estudio exhaustivo del nuevo derecho y, a su vez, plantea las posibles mejoras de las condiciones de vida de las personas en situación de dependencia a través de propuestas y soluciones que se reflejan en la obra. Debido a que la ley contiene vacíos, el libro ofrece en el último capítulo las propuestas para mejorar la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. Un ejemplo de su propuesta es el siguiente:

> El baremo se configura como un elemento esencial para generar derechos de ciudadanía, y debería contemplar la valoración de las actividades instrumentales para conocer la situación de dependencia de las personas. En este sentido, sería aconsejable que especificara o agrupara las situaciones de dependencia asociadas a la situación de salud de deficiencia intelectual y trastorno mental -personas con daño cerebral sobrevenido, personas con enfermedades raras o personas con trastornos del espectro del autismo, entre otras-, para que las personas que presenten una situación de dependencia grave no se vean discriminadas y marginadas, puesto que el instrumento de valoración tiene que ser neutro en relación a la situación de salud que genera dicha dependencia. Paralelamente, debería cubrir las necesidades de los colectivos con baja capacidad de motivación social (Kahale Carrillo, 2012, p. 270).

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España

El libro abarca el conjunto de instrumentos, como son, entre otros, la configuración, los servicios y las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que antes no existía en España, y que se ponen a disposición de las personas en situación de dependencia por parte de las administraciones públicas con competencias,

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

encargadas de llevar a cabo el cumplimiento de la Ley 39/2006, en donde asumen un papel importante la Administración General del Estado[2] y las diferentes comunidades autónomas[3].

Recuerda el autor que "el legislador sienta los cimientos para la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que pertenece al cuarto pilar del Estado de Bienestar, después del Sistema de Educación, Salud y Seguridad Social" (Kahale Carrillo, 2012, p. 31). Así, llega a la conclusión de la importancia del análisis del régimen jurídico de protección a las personas en situación de dependencia, con el fin de ofrecer las soluciones a los vacíos que el sistema adolece mediante la Ley 39/2006.

Ocho capítulos sobre la protección a las personas en situación de dependencia

La obra de Kahale Carrillo consta de ocho capítulos.

El primer capítulo aborda la elección de un modelo de protección social de la dependencia, que es el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en donde comenta su génesis y evolución. La cuestión fundamental de este capítulo es el estudio sobre la ubicación de este sistema y su encaje constitucional, sin olvidar el reincidente problema de la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas en lo que a protección social se refiere. Para este fin realiza una visión general sobre la asistencia social y los servicios sociales, también, en el marco constitucional.

El segundo capítulo analiza la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y estudia sistemáticamente desde sus principios inspiradores (a) los niveles de protección (mínimo, superior, adicional, estrictamente privado); (b) la articulación de las competencias entre las diferentes administraciones (Estado, comunidades autónomas, entidades locales) y (c) los organismos consultivos que forman parte del sistema (Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, Consejo Estatal de las Personas Mayores, Consejo Nacional de la Discapacidad, Real Patronato sobre Discapacidad, Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social, Consejos Autonómicos de Personas Mayores y Personas con Discapacidad).

El tercero capítulo entra en la materia, a través de (a) el examen del concepto de la dependencia; (b) los posibles titulares del derecho a la cobertura del sistema (españoles,

[2] La Administración General del Estado es una organización administrativa del Estado español, directamente dependiente del Gobierno de la Nación de España, que actúa con personalidad jurídica única y se compone de órganos jerárquicamente ordenados, sus órganos centrales extienden su competencia a todo el territorio nacional y los órganos periféricos.

[3] Comunidades autónomas son en España entidades territoriales, que, dentro del ordenamiento constitucional del Estado, está dotada de autonomía legislativa y competencias ejecutivas, así como de la facultad de administrarse mediante sus propios representantes.

emigrantes españoles retornados, españoles en el extranjero, extranjeros extracomunitarios residentes de forma legal y en situación irregular, menores extranjeros, refugiados, apátridas, extranjeros comunitarios); así como (c) el procedimiento para su reconocimiento (solicitud, documentación, subsanación de la solicitud y documentación complementaria, valoración de la situación de dependencia, dictamen técnico y propuesta de resolución, resolución, revisión del grado o nivel de dependencia, programa individual de atención, extinción y suspensión del derecho a la prestación).

El cuarto capítulo enumera los servicios concretos que presta el sistema (servicios de atención a la dependencia y prestaciones económicas). El quinto se refiere a la forma en que se financia el sistema, tanto público como privado. El sexto trata sobre cuestiones que afectan a la calidad y la eficacia del sistema con medidas para garantizarlas y sobre otros aspectos conexos como la formación, la información y la actuación contra el fraude.

El séptimo capítulo aborda las infracciones y las sanciones en los casos de obtención irregular de las prestaciones o servicios y, finalmente, el octavo capítulo contiene las propuestas concretas para la mejora de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, que se refieren a la mejora en la configuración del sistema, aspectos relacionados con el baremo, la valoración, el procedimiento, las prestaciones, su financiación y, en especial, sobre la calidad y la eficacia, en donde juegan un papel importante los servicios sociales.

Preguntas de autocomprobación

Tras la lectura de cada capítulo, el autor propone a los lectores, por medio de preguntas de autocomprobación, verificar los conocimientos adquiridos, lo que denota su inquietud de que no quede duda sobre lo asimilado, y se aúna de esta forma su labor investigadora con una eficaz metodología pedagógica.

En resumen

La obra es una monografía valiente y ambiciosa, que no se conforma con realizar un estudio sistemático de la normativa en vigor (estatal y autonómica) -eso sería ya más que suficiente por las dificultades que entraña la nueva norma y su aplicación-, sino el autor se adentra en los problemas que han surgido desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006 y ofrece soluciones concretas sobre la configuración del Sistema de la Autonomía y Atención a la Dependencia, la valoración, los sujetos titulares de derechos, las prestaciones, la financiación, la calidad y la eficacia, que bien podrían tenerse en cuenta en una eventual reforma de la ley.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

Se trata, sin dudas, de un libro de referencia a tener en cuenta la materia de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y cuya consulta resulta imprescindible para quienes decidan conocer de primera mano el peculiar régimen de los colectivos afectados por las diversas situaciones de dependencia, en este caso en España.

Sobre el autor Djamil Tony Kahale Carrillo

El autor Kahale Carrillo obtuvo su doctorado en Derecho en la Universidad de Salamanca, España, y ha publicado en diversas revistas académicas. Recibió la mención especial primera en el VII Premio para Trabajos de Estudio e Investigación sobre las Administraciones Públicas 2007 del Instituto Nacional de Administraciones Públicas de España por su estudio "La participación de las administraciones públicas en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia", así como la mención honorífica al IV Premio del Instituto Canario de Administración Pública 2007 para trabajos de estudio e investigación sobre las administraciones públicas canarias por su estudio "La participación de la administración pública de la Comunidad Autónoma de Canarias en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia". En el año 2012, su estudio titulado "La cobertura de la situación de dependencia" fue publicado por la Fundación Alternativas.

Referencias

Kahale Carrillo, D. T. (2012). *Protección a las personas en situación de dependencia*. Jaén, España: Formación Alcalá.

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006). Ley 39/2006, aprobado por las Cortes Generales de España, el 14 de diciembre 2006. Recuperado de http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf

Recibido 22 de enero de 2013
Revisión recibida 14 de febrero de 2013
Aceptado 13 de marzo de 2013

Reseña del autor

Francisco Javier Fernández Orrico obtuvo su doctorado en Derecho y su licenciatura en Ciencias de la Educación. Trabaja como profesor titular del área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social y es el secretario del Departamento de Ciencia Jurídica de la Universidad Miguel Hernández, España. Labora como subinspector de empleo y seguridad social (en excedencia) y gestor administrativo en esta universidad.

Primera publicación en línea: 01 de julio de 2013

ISSN 0257-1439

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

ISSN 0257-1439

Fe de erratas

En la última edición impresa de la *Revista Costarricense de Psicología* (Volumen 31, N.os 1-2, 30º Aniversario), en la página 118 (en la última referencia) dice "Francia":

Tapia, N. (2000). *La construction de l'identité personnelle dans le développement socio-moral et le discours religieux. Étude auprès d'adolescents du Costa Rica* (Thèse de doctorat en sciences psychologiques, Université Catholique de Louvain á Louvain-la-Neuve, Francia). Recuperado de http://www.ucl.be/317807.html

Debe decir "Belgique":

Tapia, N. (2000). *La construction de l'identité personnelle dans le développement socio-moral et le discours religieux. Étude auprès d'adolescents du Costa Rica* (Thèse de doctorat en sciences psychologiques, Université Catholique de Louvain á Louvain-la-Neuve, Belgique). Recuperado de http://www.ucl.be/317807.html

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

NORMAS EDITORIALES

Presentación de manuscritos

La *Revista Costarricense de Psicología* acepta para ser publicados trabajos originales, inéditos y que no han sido sometidos a consideración para su publicación en otros medios de publicación.

El manuscrito se entrega en formato *word* por correo electrónico a la editorial de la revista (revistacientifica@psicologiacr.com, con copia al director: avillalobos@psicologiacr.com).

Además, se entrega a la *Revista Costarricense de Psicología*, Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, Tres Ríos, Pinares de Curridabat, o al Apartado Postal 8238-1000, San José, Costa Rica un currículo de no más de dos páginas, una carta de motivos firmada y dirigida al director de la revista y la Declaración jurada, que la editorial le proporciona, para dar fe pública de que el trabajo es original e inédito, que cumple con las normas internacionales de ética y que sigue el formato de recomendaciones del *Manual de publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <http://www.apa.org>). En la carta, el autor/ la autora principal transfiere los derechos de autor (*copyright*) a la revista, eso en el caso de la aceptación del manuscrito.

La editorial otorga un número de identificación del manuscrito (ID) en cuanto su entrega esté completa de acuerdo con los requisitos de la editorial.

Evaluación de manuscritos

El Consejo Editorial somete el manuscrito a revisión por dos árbitros externos (*peer review*) que ayudan a determinar la idoneidad del artículo para los fines de la revista. En el caso de dictámenes contradictorios, el consejo puede solicitar el criterio de un tercer árbitro externo.

Todos los evaluadores y autores se mantienen anónimos (doble ciego).

En el caso de que los dictámenes de los pares externos indiquen una aceptación parcial con reestructuración del manuscrito, se le pide a la autoría entregar las reestructuraciones dentro de un plazo de 30 días. La editorial revisa el manuscrito reestructurado y transcurrido un plazo no superior a los tres meses, el Consejo Editorial comunica su aceptación o rechazo. La autoría tiene derecho a la apelación. Si el Consejo Editorial lo considera necesario lo envía a revisión con otros árbitros.

Independientemente de su aceptación o rechazo, la documentación entregada no se devuelve.

NORMAS EDITORIALES

Formato de manuscritos

Todo trabajo debe seguir estrictamente el formato del *Manual de Publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <http://www.apa.org>).

El orden de la presentación de la información es el siguiente: Portadilla (cornisa, título, pie de autor, fecha y nota de autor), resumen, corpus de trabajo, referencias, apéndices, tablas, figuras, en páginas separadas y en este orden (con solo una tabla o figura por página), y enumeradas secuencialmente.

Se aceptan trabajos con un máximo de 30 páginas a doble espacio incluyendo referencias, tablas, imágenes, anexos, etc., digitados en hojas tamaño carta con márgenes de por lo menos 2,54 cm, alienados a la izquierda, letra *Times New Roman*, 12-pts.

El título y el resumen del artículo deben de presentarse en español y en inglés. El título se incluye con un máximo de 12 palabras y el resumen entre 150 y 250 palabras redactado en un solo párrafo, seguido de cinco a ocho palabras clave.

El manuscrito debe estar preparado con cuidado y limpieza y aferrarse a los lineamientos de la APA para encabezados, párrafos, enumeraciones, tablas, abreviaturas, ortografía, matemáticas y estadísticas o unidades de medición, etc.

Se hace especial énfasis en que los manuscritos sigan estrictamente el formato APA de citación textual, citas de referencias en el texto y lista de referencias.

En el caso de investigaciones empíricas (cuantitativas o cualitativas), la revista sigue el formato genérico de la APA: título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, método, resultados, discusión, reconocimientos, referencias, apéndices.

En el caso de artículos teóricos, la revista se rige por el formato recomendado por la Sociedad Alemana de Psicología (Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., DGPs, <http://www.dgps.de/en/dgps/>): título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, prefacio, corpus del trabajo, tópico 1, tópico 2, tópico n…, discusión (opcional), referencias, apéndices.

Las reglas y las construcciones gramaticales propias del idioma español deben respetarse mediante un formato de español universal. Puede consultarse el libro: Real Academia Española & Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). *Nueva gramática de la lengua española*. Recuperado de <http://www.asale.org/ASALE/pdf/folletonvagramatica.pdf>.

© 2013 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

ISSN 0257-1439