



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Taller Psicocorporal Dirigido a
Terapeutas que Atienden Violencia Sexual”**

Tesina que para obtener el título de Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Rocío Arredondo Romero

Directora: Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez

Dictaminadores: Lic. Juana Olvera Méndez y

Dr. David Jiménez Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al terminar este proyecto quiero agradecer a Dios por la vida y la oportunidad para lograrlo.

GRACIAS maestra Juana Olvera, por aceptar mi trabajo y hacerlo suyo con su dedicación.

GRACIAS Dr. David Jiménez, por su tiempo dedicado para la revisión y elaboración de este trabajo.

María, sabes que eres parte muy importante de este trabajo y de mi vida estudiantil y profesional. Solo me resta agradecerte el tiempo dedicado durante toda mi vida universitaria. Eres una gran psicóloga y una gran amiga. ¡MUCHAS GRACIAS!

Agradezco al PIAV, a PATY, NORMA y todas las que me dieron la oportunidad de aprender y crecer en mi vida personal y profesional.

DEDICO ESTE TRABAJO A:

Mis padres José y Guadalupe por su esfuerzo y dedicación. Y les agradezco enormemente su confianza, tiempo y empeño para culminar este proyecto. ¡LOS AMO!

A mi hermano Misael por estar siempre conmigo y por su apoyo. ¡NUNCA CAMBIES!

A mis abuelitas Coca y Cristi por su apoyo incondicional. ¡GRACIAS!

A mis padrinos Julia y Alfonso porque siempre han estado cuando los he necesitado. ¡GRACIAS!

A mi compañero y esposo Francisco por su confianza, apoyo y amor incondicional. ¡TE AMO!

A mi princesa Abi, gracias por ser la fuente de alegría de mi vida. ¡TE AMO!

Al pequeñin que esta por llegar, sabes que te esperamos. ¡TE AMO!

Al angel que siempre me cuida. ¡SIEMPRE PIENSO EN TI!

A mis queridos zombies, gracias por los buenos momentos escolares.

A la UNAM por tener siempre las puertas abiertas para el aprendizaje.

A todas las personas que de manera directa o indirecta colaboraron para la realización de este proyecto.

GRACIAS.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Cap. I VIOLENCIA SEXUAL

1.1 Violencia.....	9
1.2 Hostigamiento sexual.....	10
1.3 Acoso sexual.....	11
1.4 Abuso sexual.....	12
1.5 Incesto.....	15
1.6 Violación sexual.....	16
1.7 Violencia conyugal.....	19
1.8 Violencia intrafamiliar.....	21
1.9 Prostitución forzada.....	21
1.10 Prácticas tradicionales.....	22

Cap. II PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 Definición de psicología.....	24
2.2 Psicología de la salud.....	25
2.3 ¿Por qué es necesario el campo de psicología de la salud?.....	28
2.3.1 Factores.....	28
2.4 El modelo biopsicosocial en la psicología de la salud.....	35

Cap. III PSICOLOGIA HUMANISTA Y TERAPIA PSICOCORPORAL

3.1 Contexto histórico cultural.....	37
3.2 Marco conceptual de la psicología humanista.....	38
3.3 Supuestos básicos.....	40
3.4 Medicina psicosomática.....	43
3.5 Definición de la terapia psicocorporal.....	45
3.6 Algunos tipos de terapia psicocorporal.....	47

Cap. IV SINDROME DE BURNOUT

4.1 Diferentes Perspectivas de burnout.....	51
4.2 Concepto de burnout.....	54
4.3 Las causas del burnout.....	61
4.4 Síntomas y prototipos de burnout.....	62

Cap. V PROPUESTA DEL TALLER PSICOCORPORAL

“ESCUCHANDO A MI CUERPO”	65
---------------------------------------	-----------

CONCLUSIONES.....	70
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	74
--------------------------	-----------

RESUMEN

Sabemos que la violencia sexual es cualquier manifestación de contenido sexual, donde se utiliza la intimidación, que implica desde agresiones físicas y/o verbales en donde el cuerpo resulta involucrado de forma negativa. El daño emocional que sufren las personas que son agredidas sexualmente es demasiado y para poder comprenderlo y sanarlo acuden a los psicólogos, los cuales a través de diferentes técnicas ayudan a que las personas logren superar lo que les sucedió. Los psicólogos al recibir esta carga emocional lo único que hacen es almacenarla para poder lograr que el paciente supere este evento, sin embargo no es lo más adecuado para los psicólogos pues en ello se empieza a ver mermada su calidad de vida, presentando malestares físicos y emocionales. Debido a esto es necesario que los psicólogos busquen técnicas que les permitan manejar su estado físico y emocional. Por psicoterapia corporal se entienden la generalidad de todas aquellas técnicas y teorías psicoterapéuticas que contemplan al individuo como una unidad indivisible cuerpo-mente. Existen líneas de trabajo diferentes. La psicoterapia corporal (enfoque biológico, psicológico y social) busca una respuesta profunda a los conflictos del ser humano, tanto en su dimensión individual como social. Por esta razón es necesario plantear un taller psicocorporal dirigido a terapeutas para que puedan manejar los malestares que tienen su cuerpo. Este taller consta de 10 sesiones con una duración de 2 horas para cada una, esperando como resultado que los terapeutas puedan identificar sus malestares físicos y emocionales para poder disminuirlos e incluso desaparecerlos.

INTRODUCCIÓN

El abuso y la violencia sexual son realidades presentes desde hace mucho tiempo y de las cuales hemos comenzado a tener conciencia social más recientemente. La violencia sexual es constitutiva de una violencia que se vive desde tiempos inmemorables (Brownmiller, 1987), esta ha sido tomada por los agresores como un instrumento efectivo para humillar y someter a su o sus víctimas, no como medio para obtener satisfacciones sexuales.

Estas agresiones pueden presentarse como insinuaciones, tocamientos de distintos tipos, el acoso sexual, obligar a la persona agredida por estas conductas a mirar, tocar o entrar en contacto con materiales de contenido pornográfico. Este tipo de agresiones pueden surgir del padre hacia la hija, del esposo a la esposa, del novio a la novia, de adultos hacia adolescentes, de adultos hacia niños e incluso de hombres desconocidos hacia mujeres desconocidas. Todo esto da como resultado la violencia sexual, por ello es importante revisar que es la violencia y cuales son los tipos de violencia sexual que existen.

Roldan (2001) define la violencia sexual como cualquier manifestación de contenido sexual, donde se utiliza la intimidación, que implica desde agresiones físicas y/o verbales, hasta el hostigamiento sexual y la violación. Por lo que se puede decir que la violencia sexual conlleva la total desconsideración de la intimidad corporal de la mujer. Lo cual incluye a toda la serie de conductas, actos u omisiones tendientes a generar ofensa en la sexualidad de la víctima, en este tipo de violencia no existe consideración alguna de la voluntad de la víctima y de su intimidad corporal, en la violación se le obliga a efectuar el acto sexual infligiéndole daño y dolor (Mata, 2000).

Esta definición es aceptada por gran parte de los estudiosos del problema, por lo que consideran a la violencia sexual como un hecho de violencia y poder, asociado más al uso de la fuerza y de la coerción que a la sexualidad, para lo cual se señalan como posibles causas, factores como la

aceptación exagerada de roles sexuales asignados culturalmente, siendo estos diametralmente entre sí, lo que conlleva a relaciones inadecuadas de poder y género entre hombres y mujeres.

Por eso se puede considerar que las situaciones en que la mujer, niños, ancianos y discapacitados pueden verse involucrados en los diferentes tipos de violencia sexual, son de alta frecuencia, ya que culturalmente le han sido asignadas características de sumisión, fragilidad, debilidad, docilidad, su complexión física, etc., lo que la hace vulnerable de recibir este tipo de ataques a su sexualidad (Vázquez, 1994).

Tomando en cuenta lo anterior es importante resaltar que todos los tipos de violencia sexual son atendidos por un grupo multidisciplinario de profesionales, en este grupo se encuentran los psicólogos, los cuales ayudan o guían a sus pacientes para poder superar cualquier situación de violencia sexual, lo cual en ocasiones los terapeutas no saben como asimilarlo y es necesario comentarlo con otros colegas.

Psicología se define como una ciencia compleja y con muchas diferentes maneras de observar la mente y el comportamiento humano y de aplicar los conocimientos adquiridos. El campo es tan variado que ofrece una rica selección de oportunidades profesionales para individuos de intereses, personalidades y habilidades muy dispares, (Papalia, 2003)

La psicología clínica constituye una parte firme de la Psicología en la que se integran métodos científicos y servicios profesionales para desarrollar nuevos y eficaces patrones teóricos, de evaluación y de intervención cuya finalidad es la comprensión de las reacciones y la conducta de los seres humanos y, asimismo, el alivio de los trastornos psicológicos.

Los practicantes de la psicología clínica (psicoterapeutas, expertos en evaluación, consultores) necesitan experiencia en la investigación científica a fin de probar las ventajas que ofrecen a quienes recurren a sus servicios. De igual forma, los investigadores clínicos necesitan mantener su pericia en la práctica de la evaluación y de la intervención a fin de desarrollar

investigaciones que reflejen la complejidad de la práctica clínica y poder proporcionar datos útiles a quienes ejercen la profesión, (Vaquero, 2006)

La psicología clínica subraya la importancia de considerar las necesidades y estado de cada individuo con una metodología científica aplicada en la observación y en la experimentación. De acuerdo con la opinión de Woodworth (1937) en el futuro el psicólogo clínico sería capaz de proporcionar ayuda al individuo para resolver problemas de educación y de aptitudes vocacionales, de adaptación social y familiar, de condiciones laborales y otros aspectos vitales.

Durante la década de los 30 aparecieron definiciones más restringidas para limitar la acción de la psicología clínica:

1. Pruebas de inteligencia y de personalidad: la enseñanza debería por tanto reservarse para los maestros, el tratamiento para los psiquiatras y el asesoramiento de carácter social para los trabajadores sociales.
2. La investigación acerca de los individuos anormales o subnormales; lo que a su vez, reservaba el estudio de personas normales a otros campos de la psicología y la medicina, (Kendal, 1988).

La psicología clínica es una especialización que existe en el campo de la psicología y la salud mental. En muchos casos las funciones y entrenamiento profesionales de los psicólogos clínicos coinciden en parte con las funciones y entrenamiento profesionales que ofrecen disciplinas afines en el campo de la psicología y de la salud mental. Cada una de esas áreas tiende a tener un enfoque y una perspectiva diferentes acerca de la salud mental y del funcionamiento humano, pero las diferencias disminuyen con frecuencia cuando existe un trabajo conjunto de profesionales en instituciones multidisciplinarias como son los centros de salud mental de la comunidad, hospitales o universidades.

La cooperación entre las diferentes disciplinas da lugar a un mayor conocimiento y pericia en cada profesional. Los psicólogos son personas que han recibido una formación profesional para observar y analizar los patrones

conductuales, para formular teorías acerca del comportamiento e influir en él aplicando sus conocimientos, (Garrison, 2003). En cuanto a los psicólogos clínicos vemos que su función es diagnosticar y tratar problemas emocionales y conductuales que han fluctuado de leves a muy graves. Los psicólogos difieren entre ellos acerca de las causas de muchos de estos problemas y sobre la mejor manera de tratarlos. En la práctica trabajando una manera similar a los psiquiatras, que también se dedican al tratamiento de individuos perturbados, pero estos tienen una licenciatura en medicina. Los psiquiatras pueden recetar medicamentos en cambio los psicólogos no (Papalia, 2003).

Por ello es importante mencionar que los psicólogos clínicos juegan un papel fundamental en el tratamiento terapéutico de personas que han sufrido violencia sexual pues ellos cuentan con las herramientas necesarias para que estas personas puedan trabajar las emociones y sentimientos que genera el vivir una situación así.

Una forma de abordar los problemas humanos desde la psicología clínica es la terapia psicocorporal que según Ortiz (2005) la define como cualquier forma de psicoterapia que utilice sistemáticamente el movimiento, la respiración, la postura o el contacto físico, en el contexto de una relación profesional, con el fin de propiciar la expresión de emociones, la ampliación de la conciencia, alivio al sufrimiento, mayor capacidad de sentir placer y en general crecimiento y desarrollo personal, así como aspectos del Síndrome de Burnout.

En la actualidad, el término burnout se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios a personas (sanidad, enseñanza, administración pública, policía, servicios sociales, etc.) debido a unas condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales, (Gil-Monte, 2002).

Estamos viviendo en una era de especialización terapéutica. Se da énfasis a la creatividad individual y a la innovación, quizá aun a la improvisación, donde un tipo de eclecticismo popular nace de los esfuerzos de cada terapeuta por acomodar tanto su propia necesidad de supervivencia en el

consultorio como el deseo de responder a las necesidades de los clientes. Pero, ¿y donde quedan los terapeutas?

Los psicólogos clínicos se involucran de manera directa con las personas que han vivido violencia sexual, ya que los pacientes les platican cómo vivieron esa desagradable experiencia y en ocasiones los psicólogos no saben como manejar las emociones que los relatos les provocan pues ellos no cuentan con las herramientas necesarias para poder manejarlas dando como resultado padecimientos físicos que difícilmente se pueden curar con medicamentos y sensaciones de malestar generalizado.

El objetivo de la presente investigación es a partir de la investigación teórica hacer un propuesta de un taller psicocorporal dirigido a los terapeutas que trabajan casos de violencia sexual, a fin de que puedan canalizar las emociones que les producen el escuchar los relatos de sus pacientes y con esto evitar que a la larga desarrollen enfermedades físicas.

Hay un punto muy importante y que fue el principal en este trabajo, el papel de los terapeutas: los psicólogos clínicos que realizan su labor científica y profesional en diversas instituciones por lo que fue importante voltear a ver que ocurre con los terapeutas, pues ellos son los que escuchan a las personas que tienen problemas y no saben como resolverlos, lo cual tiene consecuencias físicas como son: dolores de cabeza, cansancio y dolor de estómago, por mencionar algunas. Además también tienen consecuencias emocionales como son: pesadillas, inseguridad, delirio de persecución, entre otras.

En conclusión los terapeutas manifiestan un malestar generalizado, el cual no sólo se puede curar con medicina, sino que resulta importante aprender a canalizar emociones y sentimientos.

Por estas razones resultó importante proponer un taller psicocorporal dirigido a los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual para que ellos aprendan diferentes técnicas para manejar sus emociones, el cual estará comprendido por 10 sesiones con una duración de 2 horas por sesión. Dichas

sesiones serán diarias, con el fin de que los terapeutas tomen un taller corto, que les sea útil y de fácil manejo personal.

Cap. I VIOLENCIA SEXUAL

El abuso y la violencia sexual son realidades presentes desde hace mucho tiempo y de las cuales hemos comenzado a tener conciencia social más recientemente. La violencia sexual es constitutiva de una violencia que se vive desde tiempos inmemorables (Brownmiller, 1987), esta ha sido tomada por los agresores como un instrumento efectivo para humillar y someter a su o sus víctimas, no como medio para obtener satisfacciones sexuales.

La CONMUJER (2000) señala que la violencia sexual es la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la elación de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tienen la incapacidad de consentir. Garrido, Vargas, Maceira, Martínez y Moreno (2000) coinciden al señalar que la violencia sexual se presenta cuando se le obliga a la persona a realizar actos con connotaciones sexuales sin consentimiento, vulnerando la libertad, generando inseguridad, sometimiento y frustración. Este tipo de violencia se refiere a cuando una persona induce a otra a realizar prácticas sexuales que las lastiman o que no desean tener, así como los celos exagerados que buscan controlar, manipular o dominar a la pareja.

En base a lo anterior Roldan (2001) define la violencia sexual como cualquier manifestación de contenido sexual, donde se utiliza la intimidación, que implica desde agresiones físicas y/o verbales, hasta el hostigamiento sexual y la violación. Por lo que se puede decir que la violencia sexual es la total desconsideración de la intimidad corporal de la mujer.

Lo cual incluye a toda la serie de conductas, actos u omisiones tendientes a generar ofensa en la sexualidad de la víctima, en este tipo de violencia no existe consideración alguna de la voluntad de la víctima y de su intimidad corporal, en la violación se le obliga a efectuar el acto sexual infligiéndole daño y dolor, Mata (2000).

Estas agresiones pueden presentarse como insinuaciones, tocamientos de distintos tipos, el asedio sexual, obligar a la persona agredida por estas conductas a mirar, tocar o entrar en contacto con materiales de contenido pornográfico. Este tipo de agresiones pueden surgir del padre hacia la hija, del esposo a la esposa, del novio a la novia, de adultos hacia adolescentes, de adultos hacia niños e incluso de hombres desconocidos hacia mujeres desconocidas. Todo esto da como resultado la violencia sexual, por ello es importante revisar que es la violencia y cuales son los tipos de violencia sexual que existen.

1.1 Violencia

En cada persona se encuentran impulsos que la dotan de un potencial que le puede llevar a desarrollar conductas barbáricas, de violencia total y búsqueda de someter a toda costa el medio y personas que lo rodean; o por el contrario, desarrollar conductas humanizantes propias de los aspectos más elevados del hombre como el amor, el respeto, la confianza y la búsqueda del bien común; ambos potenciales están presentes y coexistiendo en cada individuo predominando uno u otro eventualmente según las circunstancias.

Contreras (2001) define la violencia como la acción contra el natural modo de proceder que se dirige de una persona a otra, a un animal o un objeto: esta acción no es característica de los tiempos modernos, ya que ha existido desde los inicios de la humanidad. La violencia manifestada ante situaciones de amenaza responde a un contexto histórico y social, de lo cual se desprende que la violencia no es una conducta inherente al ser humano, sino que fue una primer forma de defenderse al medio.

La violencia es y ha sido manifestada por el ser humano mediante un sinnúmero de formas, que es la manifestación violenta más devastadora, en donde el individuo penetra en la más preciada pertenencia de cualquier humano: su libertad, Valladares (1993).

Actualmente se puede decir que la violencia es generada por las presiones que ofrece el entorno de determinados individuos, los cuales acuden a esta con el objeto de vencer al medio que los obliga adaptarse en una sociedad cruel y despiadada. Siendo así las mujeres y los niños las principales víctimas de violencia de nuestra sociedad, ya que culturalmente son considerados individuos débiles. De ahí la importancia de hablar de los tipos de violencia sexual a los que son sometidos mujeres y niños en sus diversos contextos culturales. Los tipos de violencia sexual son: hostigamiento sexual, acoso sexual, abuso sexual infantil, incesto, violencia doméstica, violencia conyugal, violencia intrafamiliar, prostitución forzada, prácticas tradicionales y violación.

1.2 Hostigamiento sexual

La palabra hostigamiento viene del latín “fustigare u hostigare” que significa “perseguir o molestar” a otro. Se describe como la imposición no deseada de conductas físicas y/o verbales de naturaleza sexual, en el contexto de una relación desigual de poder (Bedolla, 1998, en Roldan 2001).

El hostigamiento sexual es una imposición no deseada de requerimientos sexuales en el contexto de una relación desigual de poder; este último derivado de la posibilidad de dar beneficios e imponer privaciones, además de la carencia de reciprocidad de quien recibe los acercamientos sexuales (Acosta, 1997). Además de que es una conducta que se da en cualquier autoridad, funcionario o empleado que proponga relaciones sexuales a una mujer que esta bajo su autoridad, que sea arrestada, se encuentre presa, cumpliendo alguna pena bajo custodia; a la esposa, hija, madre, hermana o pariente similar a una persona bajo una situación tal y en relación con mujeres que tienen una demanda en proceso.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que el acoso u hostigamiento sexual, se refiere a relaciones de poder donde el dominante aprovecha su

dominio con la finalidad de obtener “recompensas sexuales”, en el o los contextos en que se desarrolle.

1.3 Acoso sexual

Este tipo de violencia se manifiesta principalmente de hombres hacia mujeres, ocurre en la calle, transporte público, escuela, centro laboral y el hogar, lo cual ha sido un problema no percibido por muchos ya que los medios de comunicación han reforzado este tipo de manifestaciones que denigran la imagen femenina; donde el arma de ataque se encuentra basada en agresiones verbales y físicas con contenido sexual:

- 1) Las agresiones verbales incluyen piropos obscenos, bromas y comentarios sexuales, insinuaciones o proposiciones de tener relaciones sexuales, sarcasmos, insultos y gritos de contenido sexual no deseados.
- 2) Las agresiones físicas son las señas, gestos miradas lascivas, rozamientos, frotamiento, nalgadas, pellizcos, manoseo y besos no deseados (Contreras, 1990).
- 3) Esto sucede en encuentros casuales y comunes como la calle, que solo duran segundos o minutos, sin embargo ocurren a diario y la mujeres se tienen que enfrentar a su o sus agresores cotidianamente.

Como resultado a este tipo de violencia tenemos las siguientes consecuencias (ver tabla1):

CONSECUENCIAS	PSICOLÓGICAS	CONDUCTUALES	INTERPERSONALES
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> → Conducta de alerta. → Sensación de inseguridad. → Baja autoestima. → Auto devaluación. → Sentimientos de rabia y humillación. 	<ul style="list-style-type: none"> → Culpa → Aislamiento → Deseos de venganza → Rechazo al sexo masculino → Temor a salir a la calle. 	<ul style="list-style-type: none"> → Problemas legales → Problemas familiares → Problemas sociales → Renuncia al empleo → Bajo rendimiento escolar → Sentimientos de rechazo social.

Tabla 1. Consecuencias provocadas por el hostigamiento sexual (Roldan, 2001)

1.4 Abuso Sexual Infantil

El abuso sexual es todo acto ejecutado por una adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente. Es el contacto sexual del un adulto con un menor que incluye la masturbación mutua, el contacto manual u oral genital, la manipulación genital y área genital del abusador y/o victima. También tendrá carácter de abuso si la relación que se establece implica una coerción de tipo sentimental más que de fuerza física (Alcantara, 1989 citado en: Contreras, 2001). Existen diversos comportamientos que pueden ser considerados sexualmente abusivos hacia

los menores, dichos comportamientos pueden ser demasiado sutiles y por tanto difíciles de percibir, entre ellos encontramos:

- 👁 Gestos
- 👁 Palabras
- 👁 Formas de mirar
- 👁 Formas de tocar
- 👁 Aquellas que involucran diversas formas de contacto sexual.

Esta conducta puede realizarse con o sin el consentimiento infantil, pues son actos para los que en la infancia se carece de madurez y el desarrollo cognitivo necesario para evaluar su contenido y consecuencias (Islas, 2000). Esta agresión se presenta de diversas formas, como manoseos en diversas partes del cuerpo, besos característicos del mundo adulto, acto sexual sin penetración y violación, ya sea anal, oral y vaginal. Todas estas conductas pueden ser efectuadas por el adulto u obligarlo que sea el quien las efectúe en el cuerpo adulto.

Valladares (1993) indica que existen diferentes fases dentro del abuso sexual, las cuales se dividen en:

- ▷ Fase de seducción: el agresor convence al niño (a) de que sus propuestas son divertidas y aceptadas, ofreciendo recompensas a cambio. Cuando el niño se niega, suele utilizarse la venganza.
- ▷ Fase de interacción sexual: por lo general se da de forma progresiva desde la exposición semidesnuda, hasta la penetración, ya sea anal o vaginal.
- ▷ Fase del secreto: el ofensor requiere que la situación continúe para satisfacer sus necesidades y lo consigue persuadiendo al niño a través de amenazas o dándole un secreto atractivo al secreto.
- ▷ Fase del descubrimiento: este puede ser accidental, cuando nadie se lo espera, puede originar una crisis familiar.
- ▷ Fase de negación: la reacción de la familia, consiste en negar lo que sucede, obligando al pequeño a olvidar lo sucedido.

Autores como Brownmiller (1985), Finkelhor (1980), Kenward (1990), Valladares (1993), Ferreira (1996) coinciden al señalar las siguientes alteraciones ocasionada por el abuso sexual (ver tabla 2):

DAÑO	A CORTO PLAZO	A LARGO PLAZO
FISICO	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza • Enfermedades venéreas • Afasia temporal • Lesiones físicas • Muerte por rompimiento de órganos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción cutánea • Dermatitis • Prurito • Urticaria
CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Trastornos de sueño • Trastornos intestinales • Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuga del hogar • Vagancia • Alcoholismo • Drogadicción • Bajo rendimiento escolar • Suicidio • Promiscuidad • Prostitución
PSICOLÒGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Vergüenza • Miedo • Depresión • Confusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión crónica • Sentimientos de culpa • Sentimientos de rabia y humillación • Bloqueo emocional

SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores del aparato genital • Erotización excesiva • Masturbación • Repulsión a las relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibición del deseo • Anorgasmia • Frigidez • Dispareunía • Vaginismo • Dolor crónico en la pelvis • Homosexualidad
---------------	--	--

Tabla 2. Muestra las alteraciones ocasionadas por el abuso sexual infantil.

1.5 Incesto

Con frecuencia se suele confundir el abuso sexual con el incesto, a pesar de no ser lo mismo. El abuso sexual se refiere a relaciones sexuales entre un adulto y un niño, mientras que el incesto se refiere a la relación sexual entre miembros de una misma familia cuyo casamiento estaría prohibido por las leyes y las costumbres (Roldan, 2001). De ahí podemos deducir que el incesto se encuentra dentro del abuso sexual, ya que puede ser de un adulto a un niño.

El tabú del incesto en nuestra cultura se aplica a todo contacto sexual entre dos personas para quienes esta prohibido, no solamente se refiere al coito, por ello en nuestra sociedad suelen crearse expectativas o creencias equivocadas, de ahí que Masters, Johnson y Kolodny (1995) enumeren los siguientes mitos respecto a este tema:

- ✓ El incesto se presenta en familias enfermas y disfuncionales.
- ✓ El incesto se da fundamentalmente en las familias indígenas y de bajo nivel cultural.
- ✓ Cuando un niño afirma que ha sido objeto de abuso incestuoso suele ser una invención.
- ✓ Por regla general, el incesto lo comete un padre degenerado sexual.

Así mismo Finkelhor (1980) y Masters, Johnson y Kolodny (1995) señalan los siguientes factores como predictores del abuso sexual:

- La presencia de un padrastro.
- Presencia de una madre punitiva o negativa ante temas sexuales.
- Tener una madre que no haya estudiado el bachillerato.
- No tener buena relación con la madre.
- No recibir afecto físico del padre.
- Tener unos ingresos familiares escasos.
- Tener dos o menos amigos durante la infancia.

En este tipo de agresión existe el rompimiento de las relaciones familiares o en el peor de los casos se protege al agresor quedando en el niño la sensación de que no paso nada debido a que no le creen. Debido a que este hecho se trata de familiares adultos, es difícil formarse la idea de esa clase de relación y por ende el abuso es inconcebible, creándose conflictos a favor o en contra del niño y cambiando la dinámica familiar ya que se pueden romper o crear lazos dentro de la familia.

1.6 Violación Sexual

La palabra violación proviene del latín “violare” y eso a su vez de *vis* que significa “fuerza” “quebrantar o infringir”, es el acto por medio del cual una persona dispone sexualmente de otra sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza física, la intimidación o el engaño, así como el uso de coerción o amenazas (Masters, Johnson y Kolodny 1995).

17

Para el COVAC (Colectivo de Lucha Contra la Violencia hacia la Mujer, citado en Contreras 1990) la violación es la coerción al efectuar y/o tolerar acciones sexuales que van acompañadas por amenaza con medios violentos como son el asalto físico, el uso de armas y el secuestro personal, dentro del cual se viola la autonomía y la integridad corporal de la persona.

La violación es la imposición de la cópula sin consentimiento, por medios violentos. Este delito se caracteriza por la ausencia total del consentimiento del pasivo (víctima) y la utilización de fuerza física o moral por parte del agresor (Martínez, 1998).

Por lo tanto se puede definir la violación como un acto de imposición y sometimiento, donde se utiliza la fuerza física o agresiones verbales para la introducción del miembro viril en la vagina, el ano o la boca, así como la introducción de objetos o elementos distintos al miembro viril.

La violación es la máxima expresión de violencia sexual, es un fenómeno que no conoce límites, momentos históricos, ni fronteras geográficas, no distingue edades, etnias, credos, etc. (Trujano y Raich 1998). Los actos de violación pueden ocurrir en espacios públicos y privados, como en la calle, el trabajo, la escuela, una institución médica, la casa y las víctimas pueden ser de diversas edades, posición social, ocurre de día o en la noche a casadas o solteras.

De Torres y Espada (1998) señalan que existen tres diferentes formas de violaciones sexuales las cuales son: vaginales, anales y bucales. Los tocamientos y vejaciones son muy diversos, pueden incluso llegar a la penetración anal o vaginal con el puño u objetos como botellas o palos. Masters, Johnson y Kolodny (1995) señalan que existen diversos tipos de violación, los cuales son clasificados de la siguiente forma:

- *Violación por fuerza o intimidación:* consiste en la penetración vaginal, anal u oral por medios violentos o amenaza de usarlos y se puede dividir en: 18 violación individual o en solitario, violación tumultuaria o en grupo, violación por un amigo, conocido o novio y violación marital.
- *Violación no forzada:* esta ocurre cuando se obtienen el consentimiento de una relación sexual sin el uso de la violencia.

Por otra parte los efectos de la violación son muy variables, ya que influyen el estado de ánimo, la conducta, el auto concepto y la sintomatología física de la víctima; las distintas variables pueden ejercer influjo sobre el

funcionamiento tras una violación incluyen la historia previa de la mujer, su nivel de funcionamiento y las habilidades de afrontamiento, diversos aspectos de la agresión, distintos sucesos ambientales, la reacción de las personas significativas de sus entorno y su acceso a las estructuras de apoyo social.

Algunos autores como Veronen y Kilpatrick (1987), Contreras (1990), Masters, Johnson y Kolodny (1995), Valladares (1993), De Torres y Espada (1996), Martínez (1998) y Larrain (1998) coinciden en señalar las siguientes consecuencias:

DAÑO	A CORTO PLAZO	A LARGO PLAZO
FISICO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Lesiones físicas ⇒ Embarazos no deseados ⇒ Trastornos intestinales ⇒ Trastornos genitourinarios 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Traumas físicos ⇒ Dermatitis ⇒ Urticaria ⇒ Prurito ⇒ Reacción cutánea
PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Tensión ⇒ Depresión ⇒ Ideas de persecución ⇒ Desconcierto ⇒ Miedo, pánico, terror ⇒ Apatía ⇒ Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Deterioro de la sensación de seguridad ⇒ Auto devaluación ⇒ Sentimientos de rabia y humillación ⇒ Baja autoestima.
CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aislamiento ⇒ Conducta de evitación ⇒ Trastornos de sueño ⇒ Cambio en los patrones de alimentación ⇒ Cambios de humor 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Deseos de venganza ⇒ Suicidio ⇒ Irritabilidad ⇒ Alcoholismo ⇒ Drogadicción ⇒ Prostitución
SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Contagio de enfermedades de transmisión sexual ⇒ Problemas sexuales, 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Vaginismo ⇒ Anorgasmia ⇒ Frigidez

	vaginitis o cistitis ⇒ Trastornos genitourinario	⇒ Inhibición de deseo ⇒ Miedo y repulsión a las relaciones sexuales
INTERPERSONAL	⇒ Rechazo al sexo masculino ⇒ Sentimientos de rechazo social	⇒ Problemas familiares, sociales y legales ⇒ Miedo a relacionarse

Tabla 3. Muestra las consecuencias de la violación sexual. (Arredondo, 2010)

1.7 Violencia Conyugal.

La violencia conyugal es uno de los problemas sociales más graves que existen ya que dentro de ésta se encuentran los diversos tipos de violencia antes mencionados, los cuales se encuentran claramente relacionados entre sí y esto hace que se vuelva un problema muy complejo, pues este tipo de problema se da dentro de los hogares violentos, lo cual tiene por consecuencias lesiones físicas, psicológicas y sociales que afectan principalmente a los hijos y a la madre.

Contreras (2001) señala que la violencia conyugal es el conjunto de agresiones físicas que recibe una persona por parte de su cónyuge dentro del hogar. Ferreira (1995) se refiere al abuso que generalmente ocurre entre ²⁰ miembros de la familia, ya sea la pareja o alguna persona con la que en algún momento de su vida han vivido conjuntamente y consiste en la agresión física, abuso sexual, psicológico y/o emocional. Corsi (1998) denomina violencia doméstica a toda conducta abusiva que se da en el marco de una relación heterosexual adulta, que habitualmente y en la mayoría de los casos incluye la convivencia.

Roldan (2001) define violencia conyugal a todas las conductas que tienen como objetivo causar daño, físico, psicológico, sexual, económico y social a una mujer por parte de su pareja o quien se mantienen o mantuvo un vínculo íntimo (estén o no casados).

A continuación se presentan una serie de factores que pueden favorecer y mantener la aparición de la violencia en el hogar (Valladares, 2003) ver tabla 4:

<ul style="list-style-type: none"> • La variable principal es la situación desigual en la que se encuentre la mujer. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ser económicamente dependiente. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de roles en la familia, donde la mujer es subordinada. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Rol femenino tradicional (pasividad, abnegación, sacrificio, limitación a actividades domésticas, solo la crianza de hijos, etc). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Niñas que fueron maltratadas física y emocionalmente por sus padres. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La idealización del amor romántico puede generar sometimiento absoluto a la pareja. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas económicos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Situación de desempleo. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a la cultura. 	21
<ul style="list-style-type: none"> • Historia personal de rechazo afectivo. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psico-patológicos. 	

Tabla 4. Muestra los factores que pueden favorecer la violencia en el hogar.

1.8 Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar son los actos violentos cometidos en el hogar entre miembros de una familia; Aunque es considerada como un fenómeno exclusivamente masculino en contra de las mujeres. La violencia intrafamiliar

también está relacionada con los niños maltratados muchas veces por abuso sexual y con acciones verbales y psicológicas que pueden ser cometidas tanto por mujeres como por hombres.

Aunque no puede afirmarse que toda la violencia sea cometida por hombres, sí ocurre así en la mayoría de los casos. A veces son el padre y la madre juntos quienes cometen las agresiones, como en el caso de malos tratos a los hijos. Los casos de maltrato infantil, desgraciadamente, no tiene fin. El fratricidio, asesinato de un hermano, también ha sido un hecho frecuente en las sociedades y es considerado parte de la violencia familiar.

1.9 Prostitución forzada

Hacer que una o más personas realicen uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza, o mediante la amenaza del uso de la fuerza, o mediante coacción, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder, o aprovechando un entorno de coacción o la incapacidad de esa(s) persona(s) de dar su lll ²² consentimiento. Lo anterior con el propósito de obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.

1.10 Prácticas tradicionales

Se entienden como Prácticas Tradicionales Perjudiciales (PTP) aquellas realizadas a una persona mediante el uso de la fuerza (violencia o presión) y en nombre de la tradición. No tienen una finalidad terapéutica sino que responden generalmente a razones culturales o convenciones sociales, y resultan en perjuicio de la salud, principalmente la reproductiva, y los derechos humanos de la víctima. La mutilación genital femenina, también conocida como la "circuncisión femenina", consiste en extirpar total o parcialmente el clítoris y otros órganos genitales. Su forma extrema, la infibulación, consiste en extirpar el clítoris y ambos labios y la sutura de la vulva, dejando solamente un pequeño

orificio para permitir el paso de la orina y el flujo menstrual. Esa mutilación de las niñas tiene importantes consecuencias a corto y largo plazos. Es extremadamente dolorosa y puede provocar infecciones y la muerte, así como dificultades en el parto y una mayor vulnerabilidad al VIH/SIDA. Esa práctica refleja el consenso social imperante de que es preciso preservar la virginidad de la niña y la mujer hasta el matrimonio y controlar su sexualidad. Los hombres en esas culturas suelen no casarse con niñas o mujeres que no hayan sido sometidas a la circuncisión, ya que las consideran "sucias" y "sexualmente indulgentes".

A menudo las mujeres que permanecen con su pareja violenta es porque consideran que no tienen otra opción para enfrentar la situación actual, se ve así misma como tontas, poco atractivas y por eso es merecen que las maltraten. Algunas cogniciones que tienen las mujeres maltratadas que continúan con sus parejas son:

- * No tengo otra alternativa mejor.
- * En toda apareja ocurre lo mismo.
- * Es normal lo que sucede.
- * La próxima vez lo evitaremos callándome.
- * Soy yo la que provoqué el escándalo.
- * Soy poco atractiva para mi pareja.
- * Me merezco lo que ocurrió.

23

Muchos de estos pensamientos provocan que la mujer tenga una actitud de inferioridad, desigualdad, así como frustración y adaptación a circunstancias de maltrato hacia su persona. Esta conducta de la mujer es la que sigue permitiendo que el hombre continúe con su conducta agresiva y con la desigualdad social, justificando sus acciones en las ideologías patriarcales que ven estos hechos como algo común y natural.

Debido a estas circunstancias es que se ha hecho mayor difusión acerca de la violencia que vive la mujer día a día para que las que son víctimas busquen ayuda y puedan salir de esta violencia. La ayuda que se ofrece a estas mujeres es de manera multidisciplinaria, es decir, es brindada por un

equipo de diferentes profesionales: médicos, abogados, trabajadores sociales y psicólogos, estos últimos son los que se encargan de hacer la intervención emocional de estas personas. Por esta razón resulta de gran importancia saber cómo se encuentran los psicólogos en su vida emocional.

CAP. II PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En cierto sentido la historia de la psicología data de la antigüedad, cuando filósofos y líderes religiosos se preguntaban sobre la naturaleza humana e intentaban explicar el comportamiento humano. Sin embargo, la psicología como ciencia es una disciplina mucho más joven, poco más de cien años. Es hija de dos padres: la filosofía (buscar razonamiento a través del razonamiento lógico) y la fisiología (estudio de los procesos vitales de un organismo, como la respiración, la digestión y la producción). Durante los siglos XVIII y XIX los investigadores fisiológicos emplearon el microscopio recientemente inventado, para examinar animales y cadáveres humanos, obteniendo importantes descubrimientos sobre la función de la medula espinal, la naturaleza eléctrica del impulso nervioso y otros mecanismos biológicos. Casi todos los pioneros de la psicología experimental en Alemania estudiaron medicina o fisiología. La búsqueda de la psicología para saber como piensan, sienten y actúan las personas sigue basándose en el conocimiento de la biología humana (Papalia, 2009).

2.1 Definición de psicología.

La psicología es una ciencia que estudia el comportamiento de los seres vivos y los procesos mentales por los que los sujetos conocen en su entorno y aprenden de la experiencia. La conducta es la actividad de un organismo vivo dirigida a conseguir la supervivencia; busca la adaptación al medio o su modificación. La conducta cambia debido a la experiencia y el aprendizaje, a los cambios fisiológicos y a las variaciones del ambiente. Lo psicológico constituye un nivel intermedio entre lo puramente biológico y el ambiente y la cultura en la que la conducta se desarrolla (García, 2007).

Otra definición que ha sido muy utilizada en las aproximaciones psicológicas que no quieren utilizar la palabra conducta, es que se trata del

estudio bio-psico-social del ser humano (García, 2007). Con esto se enfai 25 de manera integral los aspectos fundamentales que influyen en el desarrollo del ser humano: su cuerpo biológico (bio), su ambiente social e histórico (social), la manera como el individuo reacciona a estos con todos sus procesos psicológicos, y la interrelación e interdependencia entre todos estos factores.

Con estos antecedentes podemos definir cual es la función de los psicólogos, los cuales son personas que han recibido una formación profesional para observar y analizar los patrones conductuales, para formular teorías acerca del comportamiento e influir en él aplicando sus conocimientos. Del mismo modo que la medicina tienen muchas ramas, también la psicología cuenta con numerosas especialidades. A menudo la gente confunde los términos “psicólogo” y “psiquiatra”. Se trata de profesiones diferentes. La psiquiatría es una especialidad de la medicina. Una vez que un estudiante termina sus estudios de medicina podrá proseguir su profesión en medicina psiquiátrica y aprender a tratar a los que sufren trastornos de la conducta. Los psiquiatras trabajan sobre todo en hospitales y tienen también sus consultorios particulares; a diferencia de los psicólogos, la mayor parte de los psiquiatras no se dedican mucho a la investigación; se centran primordialmente en ayudar a los pacientes a resolver sus problemas emocionales (Garrison, 2003).

2.2 Psicología de la salud.

La psicología de la salud esta dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de la personas, por qué se enferman y como responden cuando se enferman. La psicología de la salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo de ciclo vital (Maddux, Roberts y Wright, 1986). Los psicólogos de la salud se enfocan en la promoción y mantenimiento de la salud, la cual incluye aspectos como que hacer para que los niños desarrollen buenos hábitos de salud, promoción de la práctica regular de algún tipo de ejercicio o deporte y de cómo desarrollar campañas publicitarias para lograr una alimentación balanceada en las personas.

Los psicólogos de la salud también estudian los aspectos psicológicos en la prevención y tratamiento de enfermedades. Un psicólogo de la salud puede enseñar a las personas que desempeñan actividades que involucran un alto grado de estrés, cómo desarrollar campañas publicitarias para erradicar la violencia sexual, así como la atención a víctimas. También se enfocan en la etiología y las correlaciones entre enfermedad, padecimiento y disfuncionalidad. La etiología se refiere a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están interesados en los componentes conductuales y sociales que contribuyen a la salud o a la enfermedad y la disfuncionalidad. Estos factores pueden incluir hábitos referentes a la salud tales como ingesta de alcohol, fumar, si se realiza algún tipo de ejercicio si se utiliza el cinturón de seguridad y las formas en que se manejan y se enfrentan el estrés.

Los psicólogos de la salud analizan y tratan de mejorar el sistema de salud y sus políticas. Ellos estudian el impacto de las instituciones y los profesionales de la salud en el comportamiento de las personas y desarrollan recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

La psicología de la salud en su conjunto representa las contribuciones a la educación, ciencia y al trabajo profesional de la psicología en general para la promoción y el mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de las causas y sus correlaciones con la salud, enfermedad y disfuncionalidad relacionada a estas; el mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas al respecto (Matarazzo, 1980).

El psicólogo al realizar investigaciones en el área de la salud ha encontrado relaciones entre una serie de conductas cotidianas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades (lo que llamamos estilo de vida) y la posterior aparición de enfermedad. Hammond y Sherirer (1994) afirmaban que el estilo de vida es el factor más importante en la promoción de la salud y en la prevención e la enfermedad.

Los expertos en salud definen al estilo de vida como uno de los factores más importantes que influyen a la salud. Las enfermedades se han ligado al

estilo de vida del individuo. El modo de vida personal determinará el modo en que uno muera.

El interés en el estudio del papel de la conducta en la enfermedad y en la muerte se ha incrementado. Consecuentemente, existe un incremento de estudios epidemiológicos que se enfocan en la relación entre conducta y enfermedad. El nivel de riesgo de morbilidad y mortalidad de las mismas está relacionado con el estilo de vida.

De acuerdo al punto de vista de Morales (2002), se pueden reconocer tres antecedentes de la psicología de la salud:

- La clínica tradicional, centrada en los individuos con enfermedades mentales.
- La psicología médica (término muy infeliz que adjetivizó con el nombre de una disciplina a otra muy diferente), que no deja de ser clínica, aunque se extiende a las enfermedades del cuerpo y a la relación médico-paciente.
- La psicología comunitaria, una notable formulación basada en la psicología social que al poner el acento en la familia, los grupos y la comunidad creó las bases para abordar los problemas de la salud colectiva, no contemplada en los dos casos anteriores.

La salud y la enfermedad de las personas están determinadas por factores económicos, sociales y naturales, entre estos últimos se encuentran los factores genéticos, nutricionales, del ambiente natural, así como del creado por el hombre y de la exposición a los riesgos presentes en estos ambientes.

La psicología de la salud debe de ser considerada como a rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento de proceso salud enfermedad y de la atención de la salud. Debe de ser considerada como un modelo que integra los enfoques y tecnologías orientados a la promoción de la salud y a la prevención en una perspectiva poblacional. Ningún problema de salud es ajeno a la psicología de la salud. Debe verse de una manera muy amplia; por un lado, como práctica

profesional de los psicólogos en cualquier tipo de servicio de salud, ya sea de nivel poblacional o clínico individual, y por otro, como sistema de conocimientos y tecnologías como posibilidades de ser compartidos con otros, de manera que lo incorporen en el desarrollo de sus respectivas prácticas, tanto en las profesiones centrales y tradicionales de los servicios de salud como público en general. Esto nos conduce a la necesidad de que también los psicólogos incorporemos conocimiento y prácticas originadas en otras disciplinas, entre las que pueden estar la epidemiología, la teoría y gerencia de sistemas y de servicios de salud, y las disciplinas clínicas tradicionales y emergentes.

2.3 ¿Por qué es necesario el campo de psicología de la salud?

Varias de las tendencias dentro de la medicina, psicología y los sistemas de salud se han combinado inevitablemente para dar surgimiento a la psicología de la salud. Es seguro decir que la psicología de la salud es uno de los más importantes desarrollos dentro del campo de la psicología general en los últimos 50 años.

2.3.1 Factores.

Los factores de mayor importancia para que surgiera la psicología de la salud han sido los cambios que han ocurrido en los patrones de enfermedad debido a los avances tecnológicos. Hasta el siglo XX las mayores causas de enfermedad y muerte eran las enfermedades agudas, específicamente tuberculosis, neumonía y otras enfermedades infecciosas. Los padecimientos severos eran enfermedades médicas de duración breve, generalmente resultado de invasiones bacterianas o virales y usualmente fáciles de ocultar.

29

En contraposición las enfermedades crónicas son padecimientos que se desarrollan lentamente en los cuales las personas viven por largos periodos. Por lo regular, las enfermedades crónicas son incurables, por tanto tratadas por el paciente y el médico en forma conjunta. Las enfermedades crónicas han permitido el crecimiento de la psicología de la salud debido a los siguientes factores:

1. Estas son enfermedades en las cuales los factores psicológicos y sociales están relacionados como las causas. Por ejemplo, los hábitos de salud personal como la alimentación y el fumar, están relacionados en el desarrollo de padecimientos cardiacos y el cáncer, así como la actividad sexual es fundamental en la posibilidad de desarrollar SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Como consecuencia la psicología de la salud ha evolucionado como parte para explorar las causas y el desarrollo de intervenciones para modificar dichas causas.
2. Porque si la gente puede vivir por muchos años con enfermedades crónicas, los aspectos emocionales emergerán a partir de esto. Los psicólogos de la salud ayudan al enfermo crónico a ajustarse psicológica y socialmente a su cambiante estado de salud. Ellos ayudan a aquellos con enfermedades crónicas a desarrollar regimenes de tratamiento la mayoría de los cuales involucran auto cuidado.
3. Las enfermedades crónicas afectan el funcionamiento de las familias, incluyendo en esto la relación de pareja y con lo hijos; los psicólogos de la salud exploran y ayudan por tanto al manejo de dichos cambios y de los problemas que puedan surgir del funcionamiento familiar.

El campo de la psicología de la salud esta prácticamente cambiando a diario porque nuevos temas emergen y requieren del análisis de psicólogos. Por ejemplo, las nuevas tecnologías ahora permiten identificar los genes que favorecen el desarrollo de muchas enfermedades. Apenas en los últimos años, los genes que contribuyen a muchos padecimientos, incluyendo el cáncer de mama, han sido descubiertos.

30

Los psicólogos de la salud realizan investigaciones que permiten identificar factores de riesgo en las enfermedades, como una alimentación alta en grasas y ayudan a las personas al enseñarles los cambios que deben realizar en su alimentación y a apegarse a sus resoluciones. Ayudar a las personas a tener la información adecuada para la posterior toma de decisiones respecto de su salud es una tarea fundamentalmente psicológica.

Otro conjunto de factores que han contribuido al surgimiento de la psicología de la salud se refieren a aquellos en la expansión de los servicios

del sistema de salud. En años recientes, la industria del cuidado de la salud ha sido sometida a un riguroso escrutinio al darnos cuenta que los aumentos masivos en los costos de salud no han brindado la mismas mejoras en los indicadores básicos de salud.

La psicología de la salud representa una importante perspectiva en estos aspectos por muy diversas razones:

☞ Debido a que los costos dentro del sistema de salud son tan importantes, los psicólogos de la salud ponen especial énfasis en la prevención.

☞ Los psicólogos de la salud han hecho investigaciones sustanciales en aquello que hace que la gente se sienta satisfecha o insatisfecha en cuanto al sistema de salud. Con esto ellos pueden diseñar un sistema de salud amigable para el usuario.

☞ La industria de la salud emplea a varios millones de individuos en una gran variedad de trabajos. Casi todos los individuos de un país tiene contacto directo con el sistema de salud como receptores de servicios. Por tanto el impacto de este en la población es enorme.

Por todas estas razones, la salud tiene un sustancial impacto tanto social como psicológico en las personas, un impacto que involucra a los psicólogos de la salud.

31

Otra razón para el desarrollo de la psicología de la salud es el aumento de la aceptación de psicólogos de la salud dentro de la comunidad médica. A pesar de que los psicólogos de la salud han sido contratados dentro de los contextos médicos por muchos años, el valor y reconocimiento dado por los médicos y otros profesionales de la salud a su labor ha ido en aumento.

En algún momento, el rol de los psicólogos de la salud dentro del sistema de salud fue largamente confinado a la tarea de realizar pruebas y de interpretar los resultados de las mismas a aquellos individuos de los cuales se sospechara tuvieran algún problema o desorden psicológico. Como los psiquiatras dentro de los ambientes médicos, los psicólogos usualmente solo

veían a los “pacientes problema” que eran difíciles de tratar por parte del personal médico o aquellos cuyas quejas o dolores físicos se creía eran enteramente causados por problemas emocionales. Pacientes cuyas quejas o dolores pudiesen ser atribuidas a problemas médicos y que eran fáciles de tratar por parte del personal médico, se consideraban sin ningún problema psicológico y por tanto se encontraban fuera de la atención y tratamiento de los expertos en psicología.

Los psicólogos de la salud han desarrollado una variedad de intervenciones a corto plazo en el comportamiento de las personas para atacar una gran variedad de problemas relacionados con la salud, incluyendo la forma para manejar el dolor, modificar malos hábitos de salud como el fumar y manejar los efectos secundarios o de tratamiento relacionados con una gran variedad de enfermedades crónicas. Técnicas que frecuentemente toman un par de horas para ser aprendidas, generalmente producen años de beneficios. Tales intervenciones, particularmente aquellas que tienen como blanco los factores de riesgo tales como alimentación o el fumar, han contribuido a la actual disminución de incidencias sobre algunos padecimientos, especialmente coronarios (Mc Ginnis, 1992)

Así mismo los psicólogos de la salud pueden ser miembros invaluable dentro del equipo de investigación al proveer los conocimientos de estadística 32 y metodología en los cuales son expertos ya que dentro de su preparación psicológica, estos temas son ampliamente estudiados.

Este sistema tiene por objetivo dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Otro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios, así como a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas, para lo cual los servicios de salud los define como atención médica, salud pública y asistencia social (Secretaría de Salud, 2001).

Para desarrollar las acciones asistenciales, el modelo de atención a la salud en nuestro país ofrece una cobertura en tres niveles:

1. Centros de salud: los cuales no cubre a la mayoría de la población ni resuelve la mayoría de los problemas.
2. Hospitales Generales: se encuentran atestados de pacientes que solicitan atención.
3. Superespecialidades: representa una cobertura mínima con altos costos.

El panorama de salud parece poco optimista. Si a ello se agrega que las actividades de planeación y organización de servicios de salud se encuentran dirigidas casi exclusivamente por médicos, puede entenderse por qué los programas operativos las más de las veces se desarrollan unidisciplinariamente. Debe establecerse claramente que, en el sector salud, al psicólogo se le ha relegado en términos generales a un segundo plano por la existencia tanto de los psiquiatras como de los servicios de salud mental. Las acciones de atención médica son definidas en la Ley General de Salud son preventivas, curativas y de rehabilitación.

Por lo general, el primer nivel de prevención es trabajado fundamentalmente a través de la aplicación de vacunas y la difusión ³³ mensajes breves que intentan promocionar la salud; la medición del impacto en este nivel se reporta de acuerdo al número de vacunas aplicadas y se descuida de manera importante la educación para la salud, con lo que lograrían cambios importantes en los sujetos.

En el segundo nivel de prevención se encuentra manejado principalmente por lo médicos, quienes a través de las acciones de diagnóstico y terapéutica farmacológica enfrentan a las enfermedades, mientras que, en el tercer nivel, lo cirujanos a través de intervenciones quirúrgicas limitan el daño o reparan el órgano enfermo y rehabilitadores tratan de entrenar a sus pacientes para enfrentarse a un ambiente hostil hacia los sujetos con limitaciones físicas.

Lamentablemente la visión de los niveles de prevención por parte de los trabajadores de la salud ha sido y es en ocasiones muy estrecha, muchos suponen que la realización de acciones de prevención secundaria llevara directamente a la curación y por ende a la salud; sin embargo, mientras el

individuo retorne al contexto social de donde ha surgido, el problema de salud-enfermedad se tornara cíclico. Similar comentario debe hacerse respecto del trabajo en el tercer nivel de prevención, ya que a rehabilitación física requiere algo más que cambios en el estilo de vida de los sujetos, es decir, de acciones educativas de prevención primaria.

Medicina y Psicología encontraron sustento científico en el siglo XIX ; “al revisar la historia encontramos entre otros a Weber, Fechner, Helmholtz, Wundt, Breuer, Freud, etc., quienes a partir del saber médico realizaban investigaciones en el área de fisiología de los receptores. Los estudios sobre las sensaciones (táctiles, de presión, temperatura, dolor, visión, audición, gusto y olfato), que suponían de magnitud creciente dependiendo de la intensidad de estimulación, derivaron en los primeros estudios psicológicos sobre percepción ya que descubrieron que el ser humano reacciona ante los estímulos no en forma directamente proporcional a estos sino de acuerdo a la valoración que hace de ellos.

34

Así, la psicología de la salud debe verse de una manera muy amplia; por un lado, como práctica profesional de los psicólogos en cualquier tipo de servicio de salud, ya sea de nivel poblacional o clínico individual, y por otro, como sistema de conocimientos y tecnologías como posibilidades de ser compartidos con otros, de manera que lo incorporen en el desarrollo de sus respectivas prácticas, tanto en las profesiones centrales y tradicionales de los servicios de salud como público en general. Esto nos conduce a la necesidad de que también los psicólogos incorporemos conocimiento y prácticas originadas en otras disciplinas, entre las que pueden estar la epidemiología, la teoría y gerencia de sistemas y de servicios de salud, y las disciplinas clínicas tradicionales y emergentes.

Los espacios de actuación de los psicólogos de la salud pueden ser por tanto muy diversos: entidades nacionales de servicios de salud, centros encargados de la conducción de programas específicos, institutos de investigación y de servicios de excelencia, centros dedicados a estudios sobre el estado de salud de la población, centros de formación de recursos humanos

para la salud; en particular, facultades del campo de las ciencias médicas, hospitales y centros de salud de atención primaria.

Estos últimos, que deben ser la base de cualquier sistema de salud, constituyen uno de los espacios de actuación que puede tener los mayores impactos sobre el estado de salud de poblaciones específicas, por la oportunidad que brindan de contribuir al mejoramiento de los ambientes sociales, escolares, laborales y familiares, a la identificación de factores psicosociales de riesgo para la salud de diferentes grupos de la población y a la intervención sobre los mismos, así como para la promoción de la participación de aquellos hacia quienes van dirigidos los servicios en las decisiones sobre las acciones a ser emprendidas y en su ejecución.

2.4 El Modelo biopsicosocial en la psicología de la salud.

La idea de que la mente y el cuerpo en forma conjunta determinan la salud y la enfermedad lógicamente implica un modelo para el estudio de estos ámbitos. Este modelo es llamado modelo biopsicosocial, el cual asume que la enfermedad y la salud son la consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Schwartz, 1998).

La mejor forma para entender el modelo biopsicosocial es el contrastarlo con el modelo biomédico. Este modelo, el cual gobernó el pensamiento de la mayoría de los médicos a lo largo de 300 años, sostiene que la enfermedad puede ser explicada en las bases de procesos somáticos aberrantes, tales como desbalances bioquímicos o anormalidades neurofisiológicas. El modelo biomédico asume que los procesos psicológicos y sociales son francamente independientes de los procesos de padecimientos físicos. Además de que ha aportado innegables beneficios al estudio de algunos padecimientos, tiene grandes limitaciones:

a) Es un modelo reduccionista. Esto significa que reduce a la enfermedad a un proceso de bajo nivel, tal como serían células desorganizadas o desbalances químicos, en lugar de reconocer el rol de procesos sociales y psicológicos generales.

b) Es un modelo unitario de enfermedad. Explica que la enfermedad en términos de mal funcionamiento biológico en lugar de reconocer una variedad de factores, de los cuales solamente algunos son biológicos y probablemente responsables del desarrollo de la enfermedad. Asume un dualismo mente-cuerpo, manteniendo al cuerpo y a la mente como entidades separadas.

c) Enfatiza esta la enfermedad sobre la salud. Lo que significa que se centra en las aberraciones que llevan a la enfermedad en lugar de centrarse en las condiciones que podrían promover la salud.

Existen factores psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo de enfermedades y estos son ignorados por el modelo biomédico. Un tratamiento que puede curar una enfermedad está influenciado por factores psicológicos y

sociales y este hecho no puede ser explicado por el modelo biomédico. 36 consecuencia, cada vez mas investigadores y médicos han adoptado el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales son en sus conjunto importantes en la determinación de la salud y la enfermedad. Como tal, tanto los procesos de macro nivel (como son la existencia de apoyo social, la presencia de depresión, etc.) y los procesos de micro nivel (como son los desordenes celulares o los desbalances químicos) interactúan para producir un estado de salud o enfermedad.

Sostienen que la salud y la enfermedad son causados por múltiples factores y producen múltiples efectos, además que la mente y el cuerpo no pueden ser distinguidos en asuntos de salud y enfermedad porque ambos son claras influencias sobre el estado de salud individual.

El modelo biopsicosocial claramente implica que el practicante debe entender los factores sociales y psicológicos que contribuyen a una enfermedad para tratarle de forma apropiada. En el caso de un individuo saludable, el modelo biopsicosocial sugiere que se pueden entender los ámbitos de salud pobre o, con las modificaciones apropiadas, pueden facilitar el desarrollo de hábitos saludables. En el caso de un individuo enfermo, los factores biológicos, psicológicos y sociales en conjunto contribuyen a su recuperación.

CAP. III PSICOLOGIA HUMANISTA Y TERAPIA PSICOCORPORAL

Para dar inicio a este capítulo es importante mencionar que la psicoterapia es una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional, en la cual una persona entrenada deliberadamente establece una relación profesional con otra, con el objeto de remover, modificar o retardar los síntomas existentes, intervenir en los patrones trastornados de conducta y promover su crecimiento y desarrollo profesional.

Es importante mencionar que la psicología humanista se relaciona con la terapia psicocorporal debido a que se relaciona en que ven al ser humano de manera integral y no desfragmentado como lo habían visto otras corrientes.

3.1 Contexto histórico y cultural

Para comprender de mejor forma la psicología humanista debemos introducirla en el contexto adecuado, donde al parecer los antecedentes históricos y culturales se entremezclan.

Históricamente podemos señalar que ésta perspectiva, en sus albores surgió como un movimiento social que se inspiró hacia 1890 por William James, quien escribió el libro Principios de la Psicología, en el cual se hace referencia

al método de introspección, al análisis de estados mentales y al libre albedrío (Más tarde éstos tres contenidos forman parte de esta escuela). Sin embargo, la psicología humanista nace en EE.UU. desarrollándose paralela a la Revolución de las Flores, suceso que surgió en reacción a la Segunda Guerra Mundial. Entonces su auge radica principalmente ante tales devastadores litigios; pues la sociedad se postró en una atmósfera de desilusión y protesta que se magnificó en distintos creencias y corrientes

filosóficas, tales como el Existencialismo y la orientación de drogas de "hippies" proveniente de la Revolución de las Flores

Además, a principios del siglo XX se basó en las necesidades de psicoterapias de la sociedad, debido a su imposibilidad de libre expresión, al vacío interno que sentían en sí mismos y a la enajenación con lo que los rodeaba (debido a la Segunda Guerra Mundial). Es decir, sus vidas carecían de valor y sentido.

A causa de estos fenómenos sociales, culturalmente se identificaron los siguientes temas o características que son resonantes en esta perspectiva. No referimos al individualismo en la perfección humana, al énfasis sobre el auto-descubrimiento y lo que ocurre en el presente, al hedonismo, y al irracionalismo. Además, la psicología humanista se caracterizó por apoyarse en el punto de vista del escritor francés Juan Jacobo Rosseau, quien califica a los individuos como "nobles salvajes", desarrollados como seres humanos productivos, alegres, buenos y bondadosos, a menos que la sociedad o experiencias desfavorables interfirieran o corrompieran el manifiesto de su naturaleza más elevada.

Los teóricos más representativos de ésta escuela son Abraham Maslow y Carl Rogers, quienes establecieron la esencia inicial de esta perspectiva e hicieron gran aporte con sus teorías de la motivación y el empleo de la psicoterapia humanística que explicaremos más adelante. Ambos presentan tradiciones culturales similares; ambos nacieron en EE.UU. y se titularon como psicólogos en universidades prestigiosas como la de Columbia y Wisconsin.

3.2 Marco conceptual de la psicología humanista.

A través de la Psicología Humanista se trata de individualizar y no esterilizar a la persona, intentando llegar a tener una visión completa del sujeto a través de los aspectos positivos del ser humano. Para poder llegar

a la comprensión de esta teoría se deben conocer primero los conceptos en la cual están sujetos los argumentos de la existencia de esta escuela. La auto-actualización en términos generales corresponde al empleo y la explotación total de los talentos, capacidades, posibilidades, etc. Este concepto fue integrado a la psicología por Abraham Maslow el cual propuso que las investigaciones se debían realizar con personas saludables y creativas, con hombres y mujeres sobresalientes y no promedio. Ésta consiste en la búsqueda del conocimiento, apreciación de la belleza, jovialidad, autosuficiencia, la penetración en la verdad (se pueden observar claramente en la teoría de las motivaciones de la pirámide de Maslow). Hizo una investigación (Abraham Lincoln, Tomas Jefferson, Albert Eintein, Eleonor Roosevelt, etc) y con determinadas características logró definir condiciones para desarrollar el potencial humano. Es encontrado cuando el individuo se siente, sano, seguro, amado y competente.

La empatía corresponde a la serie de conceptos base para la Psicología Humanista; ésta es la capacidad de situarse en el lugar de la otra persona, compartiendo sentimientos basándose en percepción de las expresiones de esta, o por haber experimentado conjuntamente con otras personas la misma situación o por conocer su estado Psíquico. La comprensión empática es cuando el terapeuta se dedica por entero a escuchar, comprender los problemas del cliente (incluso aquellos de los que éste puede no ser consciente), clasificarlos y comunicarle este conocimiento para que luego se pueda escuchar a si mismo y expresar sentimientos y pensamientos bloqueados anteriormente.

La congruencia es otro enunciado importantísimo debido a que esa lo que el terapeuta trata de llegar. Es decir, a un individuo consecuente, el cual no trata de aparentar ser algo que no es. Es alguien que acabara sintiéndose a gusto con su persona, percibiéndose a si mismo de manera diferente, con sus sentimientos, pensamientos y emociones, y no la que alguna vez se les halla sido impuesto por otras personas (ya se directa como indirectamente).

La psicología humanista se basa en conceptos y supuestos de otras perspectivas, aunque no las acepta en su totalidad (Odriozola, 1992).

Si bien la escuela humanista y el Existencialismo se ubican cronológicamente paralelas -ya que ambas reaccionan contra las Guerras Mundiales esta perspectiva se basa en la mirada individual del hombre existencial; en el enfoque de "qué significa existir como ser humano". Asimismo los dos usan el método fenomenológico, es decir, creen en el fenómeno y lo describen tal como lo ven. De la Gestalt toma la idea de que la experiencia total del observador es distinta a la simple suma de sensaciones, para decir que ésta no puede ser analizada sin sacrificar una parte de ella. A pesar de que esta escuela contradice en varios aspectos al Psicoanálisis, coinciden en el uso del método de la introspección y en la importancia concedida a los motivadores internos de la conciencia.

De los conceptos ya explicados, muy pocos han sido probados empíricamente, debido a que esta perspectiva no usa el método científico. Sin embargo algunos fueron evidenciados otorgando información válida mediante variadas herramientas de investigación, como son: técnicas científicas (objetivas y subjetivas), método de la introspección y análisis literario. En efecto, los conceptos probados fueron pocos, entre ellos la valoración de soledad y privacía, los sentimientos de solidaridad, y la congruencia, explicados más adelante en la teoría de la motivación de Maslow y la de la personalidad de Rogers.

3.3 Supuestos básicos

Para el desenvolvimiento de la Psicología Humanista se necesitan ciertos principios básicos o supuestos básicos, los cuales, en este caso serán los pilares de la escuela. Los supuestos corresponden a que "la persona se debe estudiar como un todo", que el "centro de atención es la experiencia subjetiva del sujeto" y sobre todo se enfatiza en que hay que "estudiar al individuo como

tal y no como promedio" para que así se pueda sacar lo mejor de éste y se podrá sentir a la par consigo mismo.

La psicología humanista señala que en el hombre su instinto básico y la esencia de su dignidad radican en la confianza que se tienen en si mismos, cuando el resto duda de ellos. Para explicar la concepción de la naturaleza del ser humano, Abraham Maslow y Carl Rogers emplearon distintas teorías. Éste último propuso la teoría de la personalidad, donde la describe y la constituye de un organismo y un yo. El organismo es la totalidad de una persona que lucha por alcanzar la perfección y ser más completo. Es capaz de realizar todas sus potencialidades. El "yo" o el "sí mismo" es el núcleo de la personalidad, y el encuentro de un individuo con su propio "yo" permitirá la valoración, apreciación y aceptación de ellos mismos. Son las conductas y experiencias que permiten la aceptación positiva. Cuanto mayor sea la brecha entre el "yo" y el organismo, más limitado y defensivo se volverá el individuo; Su personalidad será negativa. Y por el contrario, mientras mayor sea la unión o intersección entre ambos, su personalidad será positiva y podrá llegar a la auto-actualización.

Maslow, en cambio, planteó la teoría de la motivación basada la jerarquía de necesidades; el individuo se preocupa de sus necesidades básicas de supervivencia, como son las fisiológicas (alimentación, hambre, sueño), Nos referimos a las necesidades D que corrigen deficiencias y carencias en la vida y personalidad del individuo. Luego cuando éstas son consumadas se complementan con las necesidades de orden superior; de seguridad (estabilidad y orden), de amor y pertinencia (familia y amistad), de estimación (respeto por si mismo y reconocimiento), autoactualización (desarrollo de las capacidades). Éstas son las necesidades B y consiguen un más alto nivel de la existencia. Vale recalcar que sin las D, no se realizan las B y que con el logro de ambas el individuo alcanza la auto actualización, o bien, la autorrealización.

El Existencialismo influyó en esta perspectiva en la forma de concebir al hombre como un ser bueno, individualizado, capaz de percibir, sentir,

auto-realizarse, y por sobretodo por ser libre; entonces la perspectiva no se caracteriza por predisponer un determinado comportamiento, aunque trate de cambiar uno negativo por uno positivo.

Las terapias humanistas destacan en el individuo, sus cualidades únicas de la visión de su propio "yo" e intenta cambiar la imagen que tiene de sí mismo. El objetivo del terapeuta es liberar la personalidad que se encuentra enterrada debido a una serie de actitudes que la constriñen. Además los terapeutas humanistas ayudan a las personas para que supriman las coacciones sobre su propia auto-actualización.

Para la psicología humanista, el individuo logrará un cambio en su conducta estableciendo, antes que nada, una buena relación entre el médico y el enfermo. Sin embargo, en el caso de esta perspectiva al enfermo se le llama cliente y es considerado el principal responsable del éxito de la terapia. Pues si desea cambiar alcanzará la auto-realización; en conclusión el cliente es un compañero en la terapia.

Asi mismo, para llevar a práctica esta terapia y el cambio de conducta se necesitan tres condiciones, que son los siguientes:

- Aceptación: el terapeuta debe aceptar al cliente totalmente, aun así cuando exprese sentimientos negativos. Puesto que para el cliente el ser aceptado por otra persona crea en el la fuerza necesaria para cambiar y desarrollarse.
- Comprensión Empática: Con la escucha sensible y activa, el terapeuta logra comprender el problema. Clasificando y luego comunicando los sentimientos observados al cliente. Con esto, el cliente eventualmente vería los que incluso no ha visto debido a su inconsciencia. Por consiguiente, esta comprensión es importante y útil para que el cliente se escuche a sí mismo con más exactitud, y para encontrar emociones bloqueadas.

- Congruencia: Sucede cuando el cliente se comprende y enorgullece de sí mismo, a medida que acepta sus experiencias como reales y es así más auténtico. Son capaces de percibirse a su manera, y por el contrario no reconoce los sentimientos y actitudes impuestos por otras personas.

Después de haber visto lo referente a la psicología humanista ahora vamos a revisar lo que concierne a la terapia psicósomática para así poder dar pie a la propuesta de un taller.

3.4 Medicina psicósomática.

Los trabajos de Dunbar y Alexander permitieron dar forma al surgimiento del campo de la medicina psicósomática al ofrecer perfiles de padecimientos particulares los cuales se cree que son de origen psicósomático –eso es, padecimientos físicos causados por conflictos emocionales: úlceras, hipertiroidismo, artritis reumatoide, hipertensión, neurodermatitis (padecimiento cutáneo), colitis y asma bronquial-. Algunas de las ideas generadas por la perspectiva de la medicina psicósomática persisten en la actualidad (Engel, 1986).

Sin embargo, varias e importante críticas de este movimiento han sido generadas. La primera es que la mayoría de las formulaciones en las que se han basado son metodológicamente problemáticas. Segundo y más importante, los investigadores ahora creen que un conflicto particular o un tipo específico de personalidad no es suficiente para producir un padecimiento o enfermedad. En cambio, la generación de una enfermedad requiere de la interacción de varios factores; estos incluyen posibles debilidades genéticas en el organismo (predisposición genética), la presencia de estresores ambientales, experiencias y conflictos actuales junto con cogniciones y reforzadores del pensamiento. Una tercera crítica del movimiento psicósomático es que descarta una variedad de padecimientos causados por factores psicológicos, la cual restringe los parámetros de los problemas médicos donde es importante evaluar factores sociales y psicológicos.

A pesar de las críticas en los inicios del movimiento psicosomático, este sentó las bases para un profundo cambio en las creencias acerca de las relaciones entre la mente y el cuerpo. Ahora se sabe que la salud física este intrínsecamente ligada con los ambientes psicológico y social: toda condición de salud y enfermedad, no solo los padecimientos identificados por los primeros teóricos psicosomáticos, están influidos por factores psicológicos y sociales. El tratamiento de la enfermedad y el pronóstico para la recuperación son afectados sustancialmente por factores como la relación entre el paciente y su médico tratante, así como las expectativas acerca del dolor y la falta de confort.

Mantenerse sano esta fuertemente determinado por hábitos saludables, todos los cuales se encuentran bajo el control personal, y por algunos factores socialmente determinados como el estrés y el apoyo social. La mente y el cuerpo no pueden ser separados de los asuntos de la salud y la enfermedad.

Un adecuado entendimiento de aquello que mantiene sanas a las personas o que facilita su recuperación es imposible sin el conocimiento del contexto psicológico y social dentro de los cuales la salud o la enfermedad se experimentan. Esta concepción en la interacción mente-cuerpo es uno de los muchos factores que han permitido el rápido crecimiento y desarrollo del campo de la psicología de la salud.

En México como en muchos otros países, hay una gran cantidad de hacer psicoterapia. Tanto el consumidor que busca alivia sus males, conocerse a sí mismo y desarrollar su potencial como el interesado en convertirse en psicoterapeuta profesional se encuentra ante una gran cantidad de opciones entre las cuales esta la terapia psicocorporal.

45

Según Bergson, podemos seguir dos caminos disyuntivos para conocer lo que es en realidad el ser humano: el análisis y la intuición. El primer conocimiento se detiene en lo relativo, mientras que el segundo, cuando puede darse, alcanza lo absoluto. La inteligencia analiza, multiplica indefinidamente los puntos de vista y separa: de un lado coloca al alma y del otro al cuerpo. Por eso estamos acostumbrados a distinguir varios elementos en cualquier individuo, como su inteligencia, sus conductas o los rasgos de su personalidad.

Por el contrario solamente por el camino de la intuición alcanzamos a percibir la unidad conjunta e integrada del ser humano. Utilizando la empatía podemos trasladarnos al interior (propio y de los demás) para coincidir en lo que cada individuo tiene de único e inexpresable. También así comprendemos que no existe una frontera definida entre lo corporal y lo mental, por más que lo busquemos.

3.5 Definición de la terapia psicocorporal.

Ahora bien ¿Qué es la psicoterapia corporal? Ortiz (2005) la define como cualquier forma de psicoterapia que utilice sistemáticamente el movimiento, la respiración, la postura o el contacto físico, en el contexto de una relación profesional, con el fin de propiciar la expresión de emociones, la ampliación de la conciencia, alivio al sufrimiento, mayor capacidad de sentir placer, y en general crecimiento y desarrollo personal. Lo anterior es una forma muy general de definir a la psicoterapia corporal, ahora veamos los diferentes tipos de esta psicoterapia.

Muchas formas de terapia psicocorporal se han inspirado en el trabajo de William Reich. Él mismo se formó como psicoanalista en la década de 1920, y destacó, desde 1924, la importancia del análisis del carácter. En los años 30, en Escandinavia, se convenció de que al desbloquear el cuerpo liberaba energía que tenía que ver con el sistema nervioso vegetativo, por lo que llamo a su trabajo *Vegetoterapia Caracteroanalítica* (Boadella, 1973). Finalmente en Estados Unidos llamo a su método *Orgónterapia*.

46

En Norteamérica, en cambio Lowen (1958), quien fuera discípulo y paciente de Reich llamo a su trabajo Bioenergética o Análisis Bioenergético. John Pierrakos (1987) al separarse de Lowen para hacer su propia escuela, la llamo Core-energetics (algo así como energética del núcleo o del corazón en sentido figurado). El Radix, de Charles Nelly, es una variante del análisis bioenergético que parte de un modelo educativo, en lugar del clínico. Stanley Keleman (1987), fue discípulo de Lowen desarrollo su propia forma de

trabajar: La Educación somática. La Integración estructural de Ida Rolf (1977) mas conocida como Rolfing, la integración postural y el Masaje biodinámico de Gerda Boyenssen.

En México, Roberto Navarro (1984) integró los modelos y técnicas de la Bioenergética, la Gestalt y la terapia racional-emotiva entre otras, para plantear las bases de la Psicoenergética. Por su parte, José Luis Poli creo el Análisis psicocorporal, síntesis del trabajo de Reich y la Psicología analítica de C. G. Jung, al cual define como una posición integrativa de orientación psicocorporal con dimensión transpersonal, que trabaja con la postura, el movimiento, la respiración, la sugestión y los sueños.

Podemos buscar el origen de la terapia psicocorporal en las diferentes formas de danza sagrada, masaje, técnicas de respiración y otras practicas que todas las culturas han utilizado para promover el bienestar, tanto físico como espiritual y para alcanzar estados alterados de conciencia. Muchos psicocorporales han tenido experiencias con chamanes y curanderos, yoguis y maestros espirituales de las más diversas tradiciones en busca de métodos y técnicas de intervención en el enfoque cuerpo-mente.

En la década de los 60, la práctica de la psicoterapia en México estaba dominada por dos escuelas: la freudiana y la frommiana. Erich Fromm pasaba largas temporadas en nuestro país con sus doce discípulos mexicanos. De éstos, tal vez el más abierto a otras formas de crecimiento personal era el doctor Jorge Derbez. Uno de sus pacientes, Andres Leites, visitó Esalen alrededor de 1966. fue tal su entusiasmo que, ante la imposibilidad de tomar todos los talleres que ahí se ofrecían, propuso al Doctor Derbez la creación ⁴⁷ un centro de Desarrollo en México. Este último, por su parte, insatisfecho con las escuelas existentes en su tiempo, buscaba una alternativa de educación para sus propios hijos.

Uno de los pioneros de la terapia psicocorporal en México fue el Doctor Héctor Kuri. Según él, Stanley Keleman fue el primer analista bioenergético que trabajo en México, invitado por él mismo. Posteriormente organizo grupos intensivos con Bob Zimmerman, John Pierrakos y Alexander Lowen. Kuri

empezó su entrenamiento en el Instituto de Análisis Bioenergético, en Nueva York, a mediados de la década de los 70's, y una vez concluida su formación empezó a formar terapeutas en 1977. Desde entonces, se dedicó a conducir grupos en diferentes partes de México y Estados Unidos, con lo cual contribuyo a dar a conocer la bioenergética primero y, eventualmente, la forma de trabajo psicocorporal que él desarrolló.

3.6 Algunos tipos de terapia psicocorporal

Ortiz (op.cit.) encontró 37 “terapias” psicocorporales al revisar la currícula de los profesionales que presentaron trabajos en el Tercer Congreso Internacional de esta especialidad. Hoy hay 63 diferentes nombres de terapias psicocorporales, mismos que se han recopilado de documentos de otros congresos, pláticas con colegas, libros, folletos explicativos y publicitarios, y hasta en publicaciones populares como *Cuerpamente*; a continuación se presenta la lista de nombres que reciben las distintas formas de terapia psicocorporal:

Análisis bioenergético	Proceso de la energía vital	
Análisis psicocorporal	Psicodrama	
Análisis psico-orgánico	Psicoenergética	
Análisis regenerativo	Psicología biodinámica	48
Análisis reichiano	Psicoperistalsis	
Aston patterning	Psicoterapia corporal integral	
Audiopsicofonología	Psicoterapia corporal y funcional	
Core-energética	Psicoterapia corporal unificadora	
Biosíntesis	Psicoterapia funcional	

Bodydynamic psychotherapy	Psicoterapia integradora humanista
Danzoterapia	Psicoterapia kinestésica humanista
Danza psicofísica maya	Psicoterapia reichiana
Diafreoterapia	Quiromasaje
Educación somática	Radix
Feldenkrais	Reiki
Focusing	Reducción corporal de orientación mezierista
Gestalt	Reeducación postural global
Masaje sensitivo gestáltico	Reintegración emocional
Masaje tibetano	Respiración holotrópica
Método Pathwork	Rolfing
Método Rosen	Sexología

Tabla 5. Tipos de terapia psicocorporal.

La lista es necesariamente incompleta. Muchas de estas formas de trabajo no son propiamente psicoterapias, sino disciplinas que trabajan con el cuerpo y más allá de los objetivos de cualquier simple ejercicio o deporte buscan alguna forma de bienestar “emocional” o “psicológico”. La lista de variantes de trabajo psicocorporal es necesariamente incompleta. Algunas son derivadas del trabajo de Reich; otras han surgido de la fisioterapia, de formas alternativas de gimnasia o de las disciplinas tradicionales practicadas en sociedades no industrializadas.

La terapia psicocorporal ha sido asociada a todo tipo de practicas poco ortodoxas, cuando no a excesos entre los cuales podemos citar la catarsis sin elaboración, la desnudez, el abuso sexual de los terapeutas hacia sus pacientes, regocijarse en el dolor, uso de drogas o los brotes psicóticos en grupos, entre otros. También se ha relacionado a la terapia psicocorporal con disciplinas como la acupuntura, la medicina naturista, la homeopatía, diferentes formas de yoga, el Taiji Quan (Tai Chi Chuan) y el zen, entre otras por el estilo. Muchos terapeutas psicocorporales entrena o están en alguna de estas disciplinas.

Es posible ser terapeuta psicocorporal sin ser adepto a alguna de las corrientes de medicina alternativa y las prácticas místico-religiosas originadas en oriente. Las medicinas alternativas y las técnicas desarrolladas en el seno de diferentes disciplinas orientales, pueden ser muy útiles para los objetivos de la terapia psicocorporal. Lo que puede resultar peligroso es que muchas personas se hacen creyentes poco críticas de una serie de ideas exóticas e idealizan de un modo burdo a swamis y gurús. Las ideas por si solas no son malas y los maestros espirituales pueden ser excelentes personas. Lo peligroso es que de alguna manera fomentan la aceptación incondicional de un sistema de creencias, muchas veces acompañado por la idealización grosera de su persona como figura paterna o materna. Esto puede producir una sensación de pertenencias y arraigo a las personas desamparadas, pero al mismo tiempo impedirles un verdadero crecimiento.

La terapia psicocorporal tiene un problema de imagen porque se le asocia a:

- a) Prácticas poco éticas.
- b) Doctrinas esotéricas.
- c) Practicas poco profesionales, en el sentido de carecer de fundamento teórico y de metodología.

Dentro de la terapia psicocorporal, tanto en México como en otros países donde se practica, existe una diversidad en cuanto a nombres sustentos teóricos, técnicas y estilos de trabajar y enseñar. Todavía tiene características del movimiento de los grupos de encuentro mediados en la década de los 60's, algunas de las cuales impiden la profesionalización del gremio.

En nuestro país, la práctica y la enseñanza no pueden sustraerse de las influencias de un “mercado de las psicoterapias”, de naturaleza cada vez mas global y debe encontrar caminos propios en estrecha comunicación con los desarrollos prácticos y teóricos de otros países, pero sin limitarse a abrir franquicias de los institutos fundados por éstos. Los métodos y las técnicas psicocorporal son vistos con escepticismos y desconfianza por aquellos que solo los conocen superficialmente, porque los han oído mencionar, han leído algún libro sin despojarse de prejuicios o se han enterado de las fechorías de terapeutas mal preparados.

En el siguiente capitulo revisaremos el síndrome de burnout o síndrome del quemado para así poder ligarlo a la terapia psicocorporal y plantear un taller psicocorporal que se una alternativa para los terapeutas que trabajan casos de violencia sexual.

CAP. IV SINDROME DE BURNOUT

La etiqueta de Burnout se debe a Herbert Freudenberger, un psicólogo clínico neoyorkino, que la empleó para describir un conjunto de síntomas físicos y psíquicos sufridos por personal sanitario (estado de hundimiento físico y emocional como resultado de las condiciones de trabajo). Se caracteriza por un estado de agotamiento, como consecuencia de trabajar intensamente y sin tomar en consideración las propias necesidades; serían personas <<quemadas>> por su abnegada dedicación al trabajo. Según esta orientación, el burnout aparecería en los profesionales más comprometidos, y que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, que intentan satisfacer con desprendimiento y desinterés, poniendo en segundo término sus propios intereses. La presión sobre el profesional provendría de tres sitios: de dentro de ellos mismos, de las necesidades de los clientes que perciben como muy agudas, y de los compañeros y superiores en el trabajo.

El burnout se refiere a un conjunto de sentimientos, síntomas y conductas desarrollados como consecuencia de las condiciones especiales de lo trabajo de servicio, asistencia y ayuda a otras personas (docencia, enfermería, servicio psicológico, ayuda social, consejeros, medicina).

4.1 Diferentes perspectivas de burnout.

Desde una **perspectiva psicológica** estrictamente individual, el burnout es una consecuencia de la interacción inadecuada entre profesionales excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados: como respuesta a la frustración y el estrés, el profesional responde realizando un esfuerzo cada vez mayor. Esta imagen del profesional como un héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, tuvo la virtud de ser la primera aproximación a este problema, pero hoy día no se ajustaría al modelo aceptado de burnout que se

ha venido configurando con nueva aportaciones. Hoy día, la perspectiva sobre el burnout que se ha venido configurando con nuevas aportaciones. Hoy día, la perspectiva sobre el burnout es considerablemente más amplia, tanto en su conceptualización como en la generalización de su incidencia.

En cuanto a una **perspectiva psicosocial** en contraste con el enfoque anterior, Maslach y Pines (1993) plantean la investigación del burnout, mediante aplicación de cuestionarios y entrevistas, partiendo de la deshumanización, despersonalización y la sobrecarga en el trabajo relacionadas con el estrés y la frustración en el trabajo. Pretenden identificar las condiciones ambientales que originan el burnout, los factores que ayudan a mitigarlo (especialmente el apoyo social), y los síntomas específicos que caracterizan el síndrome (especialmente los de tipo emocional), a través de distintas profesiones. El síndrome de burnout conceptualizado por estas autoras se caracteriza por tres dimensiones fundamentales: agotamiento emocional (el profesional se siente vaciado, consumido, gastado), despersonalización (experiencia de sentimientos de endurecimiento emocional, desapego, desarraigo, pérdida de la capacidad de contacto, insensibilidad y empatía hacia los clientes y sus necesidades) y alta de realización profesional (aparecen sentimientos negativos de inadecuación, ineffectividad e incapacidad para el trabajo). Asimismo, han desarrollado el instrumento de medida más ampliamente usado para evaluar burnout en las personas, el Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide las tres dimensiones citadas como centrales en el modelo.

Ahora veamos un poco acerca de la **perspectiva organizacional**. El trabajo de Cherniss (1980) se ha centrado en el análisis de las causas que generan burnout en tres niveles: individual, organizacional y social:

- Los cambios sociales, que definen los papeles de los profesionales en los servicios de ayuda, y permiten que estos papeles se desempeñen de manera más o menos confortable, satisfaciendo las expectativas puestas en ellos, etc.
- La estructura burocrática, dentro de la cual se desarrolla la prestación del servicio, que es inevitable y actúa limitando y constriñendo el trabajo;

se considera esencial aprender a manipular esta estructura para que el servicio funcione de una manera eficaz.

- La percepción de expectativas no realistas en los rasgos emanados de ambos factores por los individuos que presentan el servicio originan la aparición de desilusión y burnout. Algunas de las expectativas no realistas sobre la profesión serían las que configuran la denominada mística profesional:

Constantemente interesante

- Estar bien preparado para ella
- Realizada por gente simpática y compasiva
- Flexible y autónoma
- Favorecedora de un sentido de equipo
- Ofrece sentimientos de aprecio y gratitud

El burnout induce en los profesionales tres patrones de respuesta al trabajo estresante, frustrante o monótono, que no tienen por qué aparecer ni siempre ni juntos: pérdida del sentido de idealismo y optimismo respecto al cambio, pérdida de simpatía y tolerancia para los clientes (se tienden a objetivarlos y culparlos de las dificultades propias) y la búsqueda creciente de realización personal fuera del trabajo.

Por último veremos la **perspectiva histórica** en donde las consecuencias relacionadas con el trabajo de los rápidos cambios sociales de la II guerra mundial (en U.S.A.). Así, las profesiones de servicio antes de la guerra constituían grupos reducidos de gente que compartían un profundo celo y un sentido de misión, mientras que después de la guerra se cambió por un sentido de profesionalismo, que condujo a la burocratización, el aislamiento y el distanciamiento respecto a los receptores del servicio, con menores expectativas personales, pero con menor autonomía y personalización; se disminuyeron las posibilidades de realización personal en el servicio. Por otro lado, cambios paralelos en las estructuras sociales y familiares (el auge del consumismo, la movilidad de las familias por la industrialización, las migraciones a los suburbios de las ciudades, la tasa creciente de divorcios, el

auge del individualismo alienante y las relaciones sociales impersonales y transitorias) hace que el trabajo excite extraordinarias expectativas de realización, mientras los individuos están relativamente desprotegidos ante la frustración, con lo cual aparecen el estrés y el burnout. Por tanto las condiciones sociales y económicas determinan una fuerte influencia sobre la percepción del trabajo y la propensión al burnout por los trabajadores.

4.2 Concepto de burnout

El burnout se refiere a un conjunto de sentimientos, síntomas y conductas desarrollados como consecuencia de las condiciones especiales de los trabajos de servicio, asistencia y ayuda a otras personas (docencia, enfermería, psicología, ayuda social, consejeros, medicina, profesionales clínicos, etc.) así como aquellas otras profesiones que implican una relación cara a cara con el usuario o cliente aunque más recientemente se ha extendido a cualquier contexto ocupacional donde las relaciones que las personas tienen con su trabajo suponen que estas dan demasiado poco a cambio. Es el resultado a largo plazo de un desequilibrio entre las aportaciones y los resultados que una persona hace y recibe. El burnout se caracteriza por una pérdida de interés en las personas para quienes se trabaja y un distanciamiento psicológico respecto al trabajo: bajones significativos en el cumplimiento profesional, aumento del absentismo (incluso por enfermedades) y temprano retiro, desprecio por la preparación de las clases, tendencia a exagerar la rigidez e inflexibilidad, desesperanza de encontrar interés, frustración y pérdida del compromiso profesional.

Desde el punto de vista psicológico, resulta evidente que los síntomas de la depresión y el burnout son parcialmente coincidentes, como a experiencia de sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza, indefensión, angustia y alteraciones psicosomáticas, que afectan al sueño, a alimentación, las relaciones sexuales, falta de energía, etc. Debe considerarse como un síndrome relacionado con el trabajo que está caracterizado por síntomas disfóricos que pueden ser similares a los de la depresión. Por otra parte, desde

un punto de vista empírico, la investigación sobre la validez discriminante de ambos constructos muestra que la dimensión de agotamiento emocional del burnout está relacionada con la depresión, ambas comparten un 25% de su varianza. Las otras dos dimensiones, despersonalización y realización personal, solo comparten un 10% de su varianza con la depresión. Sin embargo, la fuerte relación que existe, desde un punto de vista empírico, entre la dimensión de agotamiento emocional del burnout y la depresión no indica que entre ambas exista un isomorfismo completo (Glass y McKnight, 1996).

Otro error frecuente considera estrés y burnout implicados mutuamente, dado que siempre se han encontrado correlaciones significativas entre las variables de estrés y de burnout. Interpretar esta implicación como una necesidad lógica, en un sentido –el burnout necesita como paso previo la experiencia de estrés-, o el contrario –el estrés necesariamente conduce al burnout- resulta excesivo, pero en un sentido probabilístico ambas afirmaciones pueden ser verdad en muchos en muchos casos, aunque no siempre con un carácter lógico y universal (Koeske y Koeske, 1991) encuentran a través de un path-análisis que la mediación del burnout entre el estrés y los síntomas y el abandono en estudiantes que la mediación es baja y poco significativa.

El estrés por sí mismo no causa burnout, sino cuando la erosión estresante del trabajo (presiones, demandas, conflictos...) no va acompañada de éxito recompensas y reconocimiento, de modo que el trabajo diario deja de tener significado; el burnout es una de las consecuencias del estrés a largo plazo (Capel, 1991). En este sentido, el burnout puede considerarse como un tipo particular de estrés laboral prolongado. La perspectiva a largo plazo se introduce para establecer la distinción entre estrés y burnout. El estrés se refiere a un proceso de adaptación temporal que va acompañado por síntomas mentales y físicos, es decir, un individuo puede experimentar y volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez; mientras que el burnout se refiere a una ruptura en la adaptación que va acompañada por un mal funcionamiento crónico en el trabajo, es decir, la persona va deteriorándose colapsa y acaba en un nivel estable de mal funcionamiento en el trabajo. Según esta perspectiva la distinción entre estrés y burnout solo

puede establecerse de forma retrospectiva cuando la adaptación ha tenido lugar.

Otra perspectiva, mucho más básica, desde la cual puede establecerse una distinción entre estrés laboral y burnout, es la de definir al burnout como un síndrome multidimensional que incluye, además del debilitamiento personal y profesional, el desarrollo de actitudes y conductas negativas y disfuncionales en el trabajo que son típicas y características del mismo y que no se incluyen en el concepto tradicional de estrés laboral (Shaufeli y Enzmann, 1998).

El concepto de burnout también ha recibido críticas que podríamos agrupar en dos niveles:

1. Aquellas críticas que rechazan la existencia misma del síndrome, bien porque lo consideran una excusa para justificar los fallos, escapar a la presión del trabajo o encubrir estados de descontento, e incluso, se rechaza su valor diagnóstico, predictivo o terapéutico.
2. Desde el punto de vista científico se han criticado sobre todo las metodologías empleadas en su estudio, considerando que están excesivamente basadas en cuestionarios, sobre cuya interpretación siempre está la crítica de la llamada <<falacia de la percepción inmaculada>>, aplicable por lo demás a cualquier metodología basada en un cuestionario y que insiste en que no todos los que contesten el cuestionario tienen la misma percepción o comprensión de los ítems que lo forman y en el caso extremo, que pueden no tener el mismo significado que el investigador que los construyó; se reclama una ⁵⁷ comprobación de los síntomas que caracterizan el burnout mediante medidas fisiológicas.

El burnout no es algo que aparece repentinamente como respuesta a un hecho concreto, sino más bien es un estado que emerge gradualmente en un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos incluso de baja intensidad (Leiter, 1993).

El modelo de Farber (1991) sugiere una serie de estadios, cada una de los cuales desencadena el siguiente, en una sucesión que sería:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Frustración e ira, como respuesta del trabajador a los estresores del trabajo que coartan su entusiasmo.
3. Inconsecuencialidad o falta de correspondencia entre la energía invertida y los efectos y recompensas conseguidos.
4. Abandono de compromiso e implicación en el trabajo.
5. Vulnerabilidad personal, apareciendo múltiples problemas físicos (hipertensión, problemas digestivos, dolores), cognitivos (echar la culpa a otros, atención egoísta a las propias necesidades) y emocionales (irritabilidad, tristeza, falta de paciencia).
6. Agotamiento y descuido (deseo de dejar el trabajo, ausencias frecuentes, abuso de drogas, etc.), que sería el estadio final de la escala de los problemas anteriores sino reciben un tratamiento adecuado.

El síndrome del estrés se define como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida. Casi todas las personas que padecen dolor emocional tratan de averiguar su causa. Normalmente el culpable es el ambiente. La relación de sucesos positivos y negativos parecen determinar el clima emocional. A menudo pueden recordar lo que pasó o como empezó. Los sucesos del mundo son el primer paso del síndrome del estrés. También son 58 los pensamientos que clasifican e interpretan aquellos sucesos y una respuesta física que se interpreta como una emoción particular.

La ansiedad nos lleva a la angustia. Los sucesos, los pensamientos y la activación del cuerpo constituyen el síndrome del estrés. El resultado es la angustia: una emoción dolorosa.

Existen dos formulas básicas para explicar el síndrome del estrés:

1. Estimulo ambiental → activación fisiológica → pensamientos negativos = emoción dolorosa.
2. Estimulo ambiental → pensamientos negativos → activación fisiológica = emoción dolorosa.

En la primera formula, un estímulo ambiental produce una activación fisiológica seguida de una interpretación negativa de la activación y finalmente una emoción dolorosa. La emoción dolorosa depende de la cantidad de la cantidad de activación sentida por cada persona.

La emoción no es meramente un suceso fisiológico, una reacción química en el organismo que crea sentimientos automáticamente. La activación fisiológica, por si misma, no produce emociones. Un estado de activación fisiológico para el que no existe una explicación inmediata lleva a la persona que lo padece a evaluarlo y comprenderlo. Esto le lleva a buscar activamente en su ambiente una explicación apropiada o etiquetaje de la activación. La elección de etiqueta determina la respuesta emocional. La emoción se debe, pues, a las evaluaciones de los sucesos internos y externos.

En la segunda formula un estimulo ambiental da paso a pensamientos negativos, seguido de activación fisiológica y una emoción dolorosa. Recordemos que en la primera formula la activación fisiológica presidida a los pensamientos negativos. En la segunda formula se invierte la decencia: los pensamientos preceden a la activación fisiológica.

59

De acuerdo con Faber (1991) el concepto de burnout sería el siguiente: el burnout es un síndrome relacionado con el trabajo que surge de la percepción de una discrepancia significativa entre el esfuerzo (entrada) y la recompensa (salida), estando influida esta percepción por factores individuales, organizacionales y sociales. Se da en aquellos que trabajan cara a cara con clientes problemáticos o necesitados y se caracteriza típicamente por el abandono y cinismo hacia los clientes, agotamiento físico y emocional y diversos síntomas psicológicos, como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.

Según Pines y Aronson (1990) el burnout se define formalmente y se experimenta subjetivamente como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por una implicación a largo plazo en situaciones de estrés crónicas. El burnout va acompañado por un conjunto de síntomas que incluye vaciamiento físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y el desarrollo de un autoconcepto y unas actitudes negativas sobre el trabajo y la vida misma. En su forma más extrema el burnout presenta un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida.

Schaufeli y Enzmann (1998), consideran que el síndrome de burnout es algo especial, debido fundamentalmente a dos razones. La primera, se refiere al hecho de que aparece un patrón típico de procesamiento emocional y cognitivo en el que intervienen o juegan un papel típico, por lo menos, cuatro principios psicológicos: a) sentido, b) reciprocidad; c) Procesos inconscientes y d) personalidad.

Sentido. Los empleados se queman cuando sus motivaciones más arraigadas, tanto de índole personal como profesional son puestas en entredicho. Esto supone que solo aquellos resultados altamente valorados y que son considerados esenciales para la propia identidad profesional pueden producir burnout, debido a que están conectados con expectativas existenciales de trascendencia, propósito y sentido.

60

Reciprocidad. No es a simple sobrecarga de trabajo la que produce burnout, sino a falta de reciprocidad percibida, es decir, la percepción de un desequilibrio entre el esfuerzo y/o las aportaciones que uno hace y las recompensas o resultados que recibe.

Procesos inconscientes. Parece que determinados procesos inconscientes, tales como los mecanismos narcisistas, la negación y la supresión, pueden contribuir al burnout. Estos procesos podrían explicar porque el proceso de quemarse puede permanecer latente o desconocido por el individuo durante mucho tiempo. Al fin y al cabo, muchos de estos mecanismos tienen una función de protección de la integridad psicológica de la persona.

Personalidad. El desarrollo parece que esta modulado por características relativamente estables del individuo, tales como la necesidad de comparación social, los tipos de sentimiento, etc., en el sentido en que dichas en que muchas características influyen en el pensamiento de la información social que recibe el individuo.

La segunda razón, hace referencia a que el burnout emerge en un contexto social, que incluye tres niveles interdependientes, que son:

Nivel interpersonal: el burnout debe entenderse, en primer lugar en este nivel trabajo, que no incluye solo las relaciones con los usuarios sino que también las que se establecen con los compañeros y supervisores. Aquí los procesos de comparación social y de inducción social, incluyendo el contagio emocional, probablemente jueguen un papel importante en el desarrollo del burnout.

Nivel organizacional: además de las relaciones interpersonales, las relaciones con la organización son importantes para entender el proceso de burnout y su desarrollo, ya que la organización impone demandas de trabajo específicas, proporcionan recursos y conjuntos de reglas para relacionarse y expresar emociones. Las relaciones entre el individuo y la empresa se manifiestan en el contrato psicológico, el cual, probablemente tiene un papel crucial en el desarrollo del burnout.

Nivel social: el burnout no es exclusivamente un fenómeno subjetivo, ya que debe ser entendido en un contexto cultural y social amplio. En este sentido, los desarrollos que se dan en este nivel y que se encuentra fuera del control individual, también influyen en el desarrollo del burnout.

4.3 Las causas del burnout

En general, el burnout en las profesiones de servicios surge de la falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión (ayudar a los demás) y las recompensas recibidas (principalmente, comprobar la autoeficacia para lograr este objetivo, percibir el progreso de los estudiantes, el reconocimiento

de los demás, etc.). Estas profesiones comparten tres características básicas suponen un trabajo emocionalmente muy gravoso, tienen una orientación centrada en el cliente (el objetivo es dar ayuda o asistencia a los clientes) y los trabajadores que las eligen tienen algunos rasgos de personalidad comunes.

Un trabajo en el cual una persona ayuda a otra implica siempre un cierto grado de estrés psicológico y emocional, porque los profesionales están expuestos a los problemas físicos, psicológicos y sociales de los clientes durante largos periodos de tiempo, con la responsabilidad de solucionarlos y que les obliga a una entrega emocional continua con su trabajo.

La orientación centrada exclusivamente en el cliente, que caracteriza las profesiones de servicio, conduce a considerar solamente las necesidades de quienes reciben el servicio y se olvidan de necesidades de desarrollo profesional, ayuda, apoyo y atención que tienen también los trabajadores⁶² aunque solo sea para poder continuar realizando mejor su trabajo. Esta orientación centrada en el cliente define una relación absolutamente asimétrica y perjudicial para los trabajadores que es fuente de burnout.

La mayoría de las veces, los profesionales que eligen un trabajo de servicio humano comparten una característica común: son personas especialmente sensibles a las necesidades de los demás que suponen un cierto nivel de realización o significación en sus vidas, y en este sentimiento absolutamente ejemplar esta escondida la trampa del burnout. Los profesionales guiados por esta voluntad de servicio al prójimo, tienen un mayor nivel de empatía hacia los demás y sufren más con los problemas que su profesión les obliga a tomar contacto, y en consecuencia, experimentan un mayor desgaste emocional y sufrimiento en el ejercicio de la profesión (Yela, 1996). Este sentido vocacional de servicio amplifica en estas personas efectos de la orientación centrada en el cliente, ya que son personalmente asumidos con mayor intensidad.

4.4 Síntomas y prototipos de burnout.

En el modelo de Maslach (2001) las tres componentes que proponen (agotamiento, despersonalización y falta de realización personal) constituyen otros tantos síntomas prioritarios y dominantes del burnout y muy especialmente el agotamiento físico, mental y emocional, la sensación de estar vacío de no tener nada que aportar a los demás es uno de los rasgos más característico y universales.

El **agotamiento físico** se caracteriza por una baja energía, cansancio crónico y debilidad general. Se incrementa la propensión a los accidentes y la vulnerabilidad a las enfermedades (catarros, gripes o virosis, dolores de muelas, náuseas, dolores de espalda y musculares y alteraciones psicósomáticas); se cambian los hábitos alimentarios y pueden aparecer el insomnio y las pesadillas.

63

El **agotamiento emocional** comprende sentimientos de desamparo, desesperanza y entrapamiento, que puede llegar al hundimiento emocional. Es común la sensación de vacío y que se necesita toda la energía emocional para desarrollar las más elementales tareas de la vida cotidiana; la depresión, puede ser una de sus consecuencias extremas.

El **agotamiento mental** se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, el trabajo y la vida en general. El pesimismo es la nota característica de cómo se ven a sí mismos: bajo autoconcepto, insatisfacción, incompetencia y complejo de inferioridad.

El **agotamiento** es la cualidad central del burnout y la manifestación más evidente de este complejo síndrome. Cuando las personas se consideran a sí mismas o a otros experimentando burnout, lo que suele explicar es su experiencia de agotamiento. De hecho, el agotamiento es la dimensión más referida y analizada de las tres que componen el síndrome de burnout. Esto, en algunos casos, ha llevado a identificar al agotamiento con el burnout y a considerar que las otras dos dimensiones del síndrome son incidentales o innecesarias. El agotamiento no solo refleja la dimensión de estrés del burnout sino que también impulsa acciones por parte del individuo para distanciarse

emocional y cognitivamente de su trabajo, probablemente como una forma de afrontar a sobrecarga profesional.

La despersonalización hace que se reaccione hacia los demás, especialmente en el trabajo, con deshumanización, inflexibilidad y cinismo; el trabajo se convierte en mera vigilancia, y se trata a los clientes como personas objetos, despersonalizadas, desprovistas de individualidad propia, derechos y emociones, y con frecuencia se desarrollan también hacia los colegas actitudes negativas similares.

La falta de realización personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo; se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, ⁶⁴ esfuerzo o conocimientos), de falta de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia, la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el absentismo y el abandono de la profesión son circunstancias habituales de esta problemática.

Otros síntomas son la ansiedad, perturbaciones de tipo físico: jaquecas, cervicales, dolores de muelas, precordiales y de espalda, náuseas, dificultades respiratorias, taquicardias, pitidos aurales, pérdida de apetito, accidentes laborales, úlceras, hipertensión problemas gastrointestinales, tendencia a llorar, pesadillas, problemas sexuales, pérdida de la voz y abuso de drogas, problemas de relación interpersonal, carácter irritable e insoportable, insensibilidad notable y abandonista y hasta sus obligaciones familiares y sociales, desentenderse de los demás, cortar la comunicación con otras personas y escaquearse en el trabajo (Aluja, 1997).

Las relaciones entre el burnout y el autoconcepto profesional, formado por las dimensiones de competencia y satisfacción profesionales, competencia personal y la forma como los otros ven al psicólogo examinadas por Friedman y Farber (1992), encontrando que la satisfacción profesional y la discrepancia entre la competencia profesional y la satisfacción profesional obtienen las correlaciones más altas con el burnout. Para el burnout, resulta más importante como los psicólogos se perciben a sí mismos que como los perciben a sí

mismos que como los perciben los demás, y los psicólogos piensan que sus pacientes tienen una perspectiva más exacta sobre ellos que los acompañantes de sus pacientes.

Otro factor que se ha relacionado con el burnout es la percepción de la imagen profesional; cuando coinciden la imagen real con la imagen ideal o la exigida socialmente, es frecuente que aparezca satisfacción profesional, y por el contrario, si no existe coincidencia entre ambas la realización personal se transforma en rigidez, agotamiento, apatía y abandono frecuente de la profesión. Por lo tanto Pedrabissi y Santinello (1991) concluyen que la aparición del burnout está asociada a estrés e insatisfacción con el rol y el desarrollo profesional.

CAP. V PROPUESTA DEL TALLER PSICOCORPORAL “ESCUCHANDO A MI CUERPO”

La psicología humanista es, además de una corriente de la Psicología y de la Psicoterapia, una filosofía de la vida. Parte de una visión integradora del ser humano y abarca tanto el área intelectual, como la emocional, corporal y espiritual. La psicología humanista concibe a la persona como una totalidad, en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales, ideológicos y espirituales; formando al ser real integralmente, y no como una mera suma de sus partes. El ser humano es un ser completo en el que hay que tener en cuenta cada aspecto y su influencia en el resto. Considera al ser humano dotado de todas las potencialidades necesarias para su completo desarrollo. De acuerdo a lo anterior el objetivo de este taller fue que los participantes reconozcan la relación que existe entre sus malestares corporales y su profesión.

Sesión 1. Rompiendo el hielo.

Objetivo. Que los integrantes del grupo se conocieran y supieran las reglas del taller.

Desarrollo: Mediante diversas dinámicas y materiales.

Duración: 2 horas.

Sesión 2. Violencia Sexual.

Objetivo. Revisar cómo ha afectado la violencia sexual en sus vidas.

Desarrollo: Mediante equipos de trabajo.

Duración: 2 horas.

Sesión 3. ¿Qué es el Bornaut?

Objetivo. Explicar a los participantes que es el Síndrome de Bornaut.

Desarrollo: Presentación de power point y dinámica.

Duración: 2 horas.

Sesión 4. Escuchando a mi cuerpo.

Objetivo. Que los participantes reconozcan sus malestares corporales.

Desarrollo: Dinámicas y explicación con diapositivas.

Duración: 2 horas.

Sesión 5. Hablar sana.

Objetivo. Reconocer y saber que es lo que les afecta de su trabajo o profesión.

Desarrollo: Equipos de trabajo.

Duración: 2 horas.

Sesión 6. Los dolores musculares.

Objetivo. Reconocer en que situaciones se presentan los dolores de espalda.

Desarrollo: Dinámica y explicación.

Duración: 2 horas.

Sesión 7. Estomago.

Objetivo. Reconocer en que situaciones se presentan dolores y cansancio en las piernas.

Desarrollo: Dinámicas y retroalimentación.

Duración: 2 horas.

Sesión 8. Piernas.

Objetivo. Reconocer en que situaciones se presentan dolores o cansancio en las piernas.

Desarrollo: Dinámicas.

Duración: 2 horas.

Sesión 9. Relaciones Interpersonales.

Objetivo. De que forma ha afectado el trabajo en la relación que tiene con los demás.

Desarrollo: Dinámicas.

Duración: 2 horas.

Sesión 10. Proyecto de vida.

Objetivo. Reconocer de qué forma influye la profesión en el proyecto de vida.

Desarrollo: Dinámicas.

Duración: 2 horas.

La visión del síntoma y de la enfermedad se considera como la manifestación externa de un conflicto interno (potencialidades no desarrolladas). A diferencia de otras posiciones de la psicoterapia, el trabajo con el síntoma no es eliminarlo, sino escucharlo para comprender su significado y mensaje más profundo. El síntoma es una ayuda, una señal que nos está hablando de cuál es el problema: expresa aquello que no somos capaces de expresar conscientemente. No se trata de intentar acallar ese mensaje, sino de descifrarlo para que nos conduzca a la verdadera enfermedad, al auténtico bloqueo, que puede ser emocional. El síntoma es la voz del cuerpo, la alarma que nos indica que algo no está en orden.

Desde el enfoque de la psicología humanista, no existen personas enfermas o personas sanas. Todos estamos necesitados en una u otra medida de encontrar la identidad perdida. La psicoterapia humanista no trata con locos o enfermos mentales. Todas las personas sufren una u otra vez crisis de crecimiento, situaciones de emergencia espiritual, situaciones de choque que desestabilizan nuestro equilibrio, y que requieren ser abordadas para alcanzar una vida más feliz. Todos andamos en la búsqueda.

La psicoterapia es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional que afectan básicamente al comportamiento, la adaptación al entorno, las relaciones interpersonales, la salud y el bienestar físico o psíquico, etc.

Las dinámicas de grupo son herramientas empleadas en estos para tratar determinados temas, de forma que los miembros puedan trabajar y sacar conclusiones de forma práctica y amena, en la mayor parte de los casos. Se emplean para aspectos muy diversos, pero son de gran utilidad en temas que sean engorrosos de tratar. Por tanto, son medios, pero no fines en sí mismos.

Su empleo es más sencillo en ambientes cordiales, en los que predomine las ganas de aprender del compañero. Las dinámicas se basan en el trabajo voluntario (nunca forzar la participación) y la conciencia de grupo. Con las dinámicas de grupo de busca simplicidad y entretenimiento a la hora de trabajar un tema. Esta claridad ha de mantenerse durante toda la actividad para evitar que el tema principal se desvíe, perdiendo el sentido la dinámica empleada. Para ello, el coordinador, o en otro caso quien conduzca la dinámica, ha de conocerla muy bien (así como posibles variantes, a emp 69 según se desarrollo), así como saberla utilizar y desarrollar oportunamente. Siempre deben dirigirse al logro de un objetivo concreto.

Por todo lo anterior es de suma importancia que los terapeutas que atienden casos de violencia sexual sean también atendidos. Sin embargo no es tan fácil para todos los terapeutas debido a que reciben una formación para atender o escuchar a alguien más, pero jamás se preocupa por ver que es lo que esta pasando en su vida y en su cuerpo. La concepción que tiene la

sociedad de los psicólogos es que como ayudan a las personas a resolver sus problemas, ellos no necesitan ayuda porque tienen la fórmula. Esta idea es tan común que los propios psicólogos llegan a compartirla y por eso se rehúsan a dedicarse un tiempo y someterse a psicoterapia o asistir a talleres de crecimiento o autoayuda.

CONCLUSIONES

La violencia sexual es un problema global. Aproximadamente una de cada cuatro mujeres sufre la violencia sexual a manos de un ser querido y para casi un tercio de niñas y adolescentes la primera experiencia sexual es forzada. Cada año cientos de miles de mujeres son forzadas a la prostitución y miles de niñas sufren la mutilación genital. En conflictos armados cantidades incontables de mujeres y niñas son ultrajadas y abusadas sexualmente en actos de guerra por las fuerzas de seguridad y grupos opositores, y frecuentemente sufren más violencia en campamentos de refugiados. La violencia de este tipo promovida por los gobiernos también existe en tiempos de paz cuando las mujeres bajo custodia policial son atacadas en prisiones por miembros de los departamentos estatales (OMS, 2002).

Los psicólogos son los especialistas que se encargan de atender a las personas que sufren violencia sexual, dichos especialistas al escuchar los relatos y recibir las emociones que las personas manejan van almacenando toda esta información, la cual se ve reflejada en malestares físicos y emocionales.

Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. Todavía no se conocen todos los mecanismos por los que se produce esta

influencia, pero se conocen algunos datos importantes relacionados con la respuesta del ser humano ante el estrés.

La respuesta ante el estrés se refiere al modo como afrontamos aquello que consideramos peligroso o que supone una amenaza para nosotros (estresor). Aunque algunos estresores son comunes y producen reacciones similares en todas las personas (por ejemplo, el ataque de un oso), la mayoría de los estresores de nuestra vida diaria son, en gran parte, subjetivos, de modo que lo que resulta estresante para una persona puede no serlo para otra. Esta diferencia depende del modo en que las personas interpretan los acontecimientos; es decir, de lo que piensan respecto a ellos. Por ejemplo, la posibilidad de perder a su pareja puede hacer que una persona esté continuamente ansiosa porque piensa que sería terrible que su pareja lo dejara, que no podría vivir sin él o ella y que el abandono significaría que no es digno/a de amor y que no va a encontrar a nadie más. En cambio, otra persona puede pensar que el abandono sería doloroso, pero no una catástrofe, que podría ser feliz sólo/a, como lo era antes y que con el tiempo puede formar otra relación y volver a enamorarse. Esta persona puede estar preocupada por la posibilidad de perder a su pareja, pero al tener un pensamiento más racional, no llegará a sentirse ansiosa.

La terapia psicocorporal implica la prescripción y análisis del movimiento y la postura. Hablar de algo no es lo mismo que hacerlo, esto sería la representación o dramatización de aquello que me está pasando, esto hace que el cuerpo reciba una información que queda archivada de una manera o de un "darse cuenta" diferente que hablándolo. La Gestalt, como todas las terapias humanistas y corporales, pero sobretodo el trabajo basado en Reich, trabaja con la realidad de que mente y cuerpo son un todo indivisible. La palabra pertenece a la mente. Al trabajar el cuerpo, trabajamos el hacer, el hecho de sentir ya lleva una acción en sí porque está en contacto con el cuerpo. Es importante tener en cuenta que, muchas veces, las palabras desvían del contenido real, difícilmente el cuerpo pueda hacer lo mismo, el cuerpo habla sin que la persona quiera y el cuerpo le habla a la persona. Las palabras muchísimas veces inhiben la acción, toda información necesita una

corporización, está contenida en ella, (“¿qué haces con lo que sabes?”, “¿dónde lo sabes?”, “¿lo has integrado o no?”, etc.), porque verbalmente nos podemos engañar (por ejemplo, aprender taichí a través de un libro: éstos normalmente son pequeños y delgados, y suele repetirse a lo largo de él “ponte en contacto con el maestro”, sin fotos ni dibujos, porque ¿quién puede corregirte el movimiento?, solamente el que puede percibirlo, lo conoce, sabe corregirlo y cómo hacerlo)

Este es el movimiento y la postura, una cosa tiene que ver con lo verbal y otra con lo corporal; no es lo mismo pensarlo que hacerlo, o hablarlo que hacerlo. Fíjate como al abrirnos a las sensaciones dentro de la Gestalt el cuerpo se va despertando y se va creando una necesidad de trabajar más lo corporal, y esto es importante para seguir incorporando, para seguir integrando, incluso se hace habitualmente necesario, importante, para quien está en un proceso de formación gestáltico potenciar el trabajo corporal. La sensibilidad corporal ayuda mucho a que el cuerpo esté como antena de cual es mi necesidad real y no mi necesidad mental (y esto sólo se consigue con práctica).

De acuerdo a lo anterior se planteo un taller psicocorporal dirigido a terapeutas que atienden casos de violencia sexual donde los terapeutas que asistan logren hacer conciencia de los malestares físicos o emocionales que presentan debido a su trabajo. Como ya lo vimos en la literatura una de las formas más óptimas de lograra corregir estos padecimientos es a través de diversas dinámicas o ejercicios donde se encuentre involucrado el cuerpo y la mente.

La idea de hacer esta propuesta surge de la necesidad de las personas que hemos trabajado casos de violencia sexual y los padecimientos que en determinado momento hemos presentado. De la mano de estos padecimientos físicos y emocionales van las consecuencias en las relaciones personales y familiares de cada uno de los terapeutas. Estas consecuencias pueden ser: divorcios, conflictos con los padres, termino de relaciones sentimentales, termino de relaciones sociales, agotamiento en el trabajo. Ya que el hecho de trabajar con casos de violencia sexual no es solo dar una sesión terapéutica de 50 min, sino que en la mayoría de las ocasiones se debe de acompañar al

paciente a realizar la demanda a ministerio público lo cual implica tiempo fuera de la terapia y por lo tanto no es tan fácil cumplir con las cuestiones personales.

Además de que también los terapeutas y sus familias se exponen a recibir amenazas de los agresores, por lo que no tan fácil pueden estar en las redes sociales de internet dar con tanta facilidad números telefónicos.

Es muy cierto que lo psicólogos somos personas preparadas para poder manejar los conflictos emocionales de los pacientes, pero realmente el entrenamiento que recibimos dentro de la licenciatura para poder manejar nuestra emociones no es tanto. Somos personas que constantemente estamos leyendo y actualizándonos en cuanto a cuestiones terapéuticas pero somos contados los que nos preocupamos por saber que es lo que esta sucediendo con nosotros, por lo que difícilmente nos dedicamos un tiempo para tomar un taller que nos sirva de manera personal.

Espero que con este trabajo se logre hacer conciencia a los terapeutas y vean que en ocasiones es importante comenzar por uno mismo para poder brindar mejor calidad en el servicio que nosotros impartimos.

BIBLIOGRAFIA

Acosta, V.G. (1997) **“Los derechos humanos de las mujeres y el código penal en América Latina”**. En: Las mujeres contra la violencia rompiendo el silencio. New York: UNIFEM. p.p. 31-54.

Brownmiller, S. (1987) **Contra nuestra voluntad. Hombres, mujeres y violación**. España: Planeta.

CONMUJER, *COMISION NACIONAL DE LA MUJER* (2000) **Víctimas de violencia. Análisis sobre la condición de las mujeres que viven violencia en sus hogares**. México.

Contreras, G. N. (1990) **Análisis teórico de la violación sexual en México**. México: Tesis de Licenciatura en Psicología: UNAM Iztacala.

Corsi, J. (1998) **Abuso y Victimización de la mujer en el contexto conyugal**. En: Violencia doméstica. México: CIDHAL Centro para mujeres, Cuernavaca.

De Torres, P. y Espada, F.J. (1996) **Violencia en casa**. España: Aguilar.

Ferreira, B. G. (1996) **La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica**. México: Hermes.

Fietz, C. (2001) **Terapia Corporal**. Chile: Cuatro Vientos.

Finkelhor, D. (1980) **Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual**. México: PAX

Flores, M. F. (2001) **Delitos Sexuales**. México: Folleto Informativo, CIAM Tlalpan.

Garrido, G. R.; Vargas, G. V.; Maceira, O. L.; Martínez, L. y Moreno, P. (2000) **25 de noviembre, día internacional de la no violencia hacia las mujeres**.

Yo establezco y genero relaciones sin violencia. México: Folleto Informativo de Kayahumi, A.C. Dios Venado.

Hyde, J. S. (1995) **Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana.** España: Morata.

Kenward, H. (1990) El abuso sexual contra los niños. En: Maher, P. **El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores.** México: Grijalbo.

Lagarde, M. (1997) **Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas.** México: UNAM.

Larrain, S. (1998) **Violencia psicológica. El deterioro cotidiano.** *Instituto social y político de la mujer.* En: [http://www.ispm.org.ar/violencia/images/respuestas/r-salud, html](http://www.ispm.org.ar/violencia/images/respuestas/r-salud.html)

Martínez, G. Ma. E. (1998) **La violación sexual: una de las manifestaciones más graves de la violencia sexual.** Revista de Psicología y Ciencia social, 2 suplemento. México.

Masters, W; Johnson, E. V. y Kolody, R. (1995) **La sexualidad humana. Vol. II.** España: Grijalbo.

Mata, V.E. (2000) **Percepción y aceptación de la violencia de un grupo de mujeres en su relación de noviazgo.** México: Reporte de investigación para obtener la Licenciatura en Psicología. UNAM ENEP Iztacala.

OMS. (2002) **Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud,** Disponible en línea: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf

Odriozola, C.(1992) Las Facultades de San Sebastián y Málaga.

Roldan, M. S. (2001) **Violencia contra las mujeres.** México: Tesina para obtener la Licenciatura en Psicología. UNAM FES Iztacala.

Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996) Psicología anormal. **El problema de la conducta inadaptada.** México: Prince Hall.

Seligson, I., Reynoso, L. y Nava, C. (1993) **La Psicología de la Salud y sus diferentes campos de aplicación.** *Salud y Sociedad*, 2, 37-48.

Trujano, R. P. y Raich, I. E. R. Ma. (1998) **Rebatiendo el mito del placer en las víctimas de violencia sexual: estudio transcultural desde la perspectiva de género.** Revista de psicología y ciencia social, 2 suplemento. México.

Valladares, de la c. P. (1993) **Estudio epidemiológico de la violencia sexual.** México: tesis de maestría en Psicología. UNAM Iztacala.

Veronen, L. J. y Kilpatrick D. G. (1987) control del estrés en victimas de violación. En: Meinchibaum, D. Jaremko, M. E. **Prevención y Reducción del estrés.** España: Desclée de Brouwer.