
REVISTA FOYE®

“La sombra donde se discute la verdad”



ISSN 2452-560X. Volumen 3, Número 4-5. Noviembre 2021

La Revista

El Foye o Canelo, es el árbol sagrado de la cultura mapuche. Simboliza el eje cósmico, y el punto de intersección de este con el plano horizontal de la tierra (mapu) es el centro del mundo. Bajo el canelo, el pueblo mapuche sólo hablaba la verdad, desprovistos de armas y diferencias¹.

Ese es el espíritu de la Revista Foye, ser un espacio de búsqueda de la verdad, abierto y pluralista, respetuosa de la madre tierra y de los seres que la habitan.

Está destinada a ser una revista electrónica de carácter científico destinada a promover las humanidades y ciencias sociales sin exclusión (Filosofía, arte, historia, sociología, educación, antropología, economía, política, psicología y psiquiatría en su arista social y otras afines).

Su periodicidad es de carácter semestral, siendo publicados en los meses de Noviembre y Junio.

Como revista es de acceso abierto u Open Access pudiendo descargarse libremente sus artículos, aunque se solicita que si son utilizados se cite la fuente de origen.

La revista está bajo una licencia de Creative Commons reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional.



Edita:

Instituto de Neurociencias y Psicología Aplicada-Inepsa EIRL

2 Sur 772 Oficina 210. Talca Chile. Mail: editores@foye.cl

¹ Arellano, M. (2015) El canelo: árbol sagrado mapuche. Disponible en <https://laderasur.com/articulo/el-canelo-arbol-sagrado-mapuche/>. Consultado el 30 de julio de 2019

Editorial

Chile con el alma dividida.

Según muchos analistas, Chile, enfrenta las elecciones presidenciales más importantes desde el año 1970, haciendo analogía con el enfrentamiento de dos visiones de país muy diferentes ocurridas en esa época. Hoy ocurre algo similar, aunque con muchas diferencias. Hay dos visiones: Una que pretende conservar el proyecto económico-social que impulsó el Gobierno Militar de Augusto Pinochet y otra que postula el hacerse eco de las demandas económicas y sociales que se plantearon tras el estallido social del año 2019.

Independiente del análisis que pueda hacerse de una u otra posición, cuyo análisis serio excede la brevedad de estas líneas, es importante entender que el escenario político muestra signos importantes de agotamiento del sistema de partidos y de la democracia que se inició en marzo de 1990. La desconfianza hacia los actores políticos tradicionales es máxima y existe un amplio rechazo hacia las instituciones políticas, lo que es caldo de cultivo para la intolerancia y el extremismo político, de cualquier signo.

Por eso, es que el mayor desafío que enfrentan las autoridades políticas es generar un clima de tolerancia y de respeto, ajeno a la descalificación, en el cual se puedan discutir con sabiduría las bases sobre las cuales debe refundarse la convivencia del país. Reconocer la amplitud de la crisis, obliga a entender que debe actuarse con honestidad y de cara a la ciudadanía, escuchando lo que esta tiene que decir o solicitar y sin pretender hacer un manejo ideologizado de sus planteamientos. Eso significa, necesariamente, que los acuerdos políticos deben buscarse incorporando no sólo a los representantes, sino que también a los representados, sin los cuales todo proyecto político carecerá de la legitimidad necesaria para sustentar una nueva sociedad.

Chile busca una sociedad inclusiva, respetuosa y que de oportunidades a todos y cada uno de los chilenos, y donde la participación en las decisiones políticas no sea una excepción de momentos de crisis, sino que sea la norma que rijan el devenir político.

Eso exige, que los legítimos intereses de las elites económicas y políticas no sean el determinante final que condicione el actuar político, sino que éste debe estar imbuido de la necesaria y sabio reconocimiento de que el bienestar de la mayoría es el bienestar de la sociedad en su conjunto.

Ningún actor político o técnico puede siquiera creer que su visión de algún aspecto de la sociedad está por sobre el bienestar común, hecho que se volvió demasiado común en la sociedad que actualmente vivimos, perdiéndose el respeto a las grandes mayorías de chilenos y sus intereses y necesidades.

Gestar un nuevo Chile, es tarea de todos y sólo la tolerancia, el diálogo y el respeto permitirá que esa labor triunfe.

Revista Foye ®

Índice

- [La Revista](#). Página 1
- [Editorial](#). Página 2-3
- [Índice](#). Página 4
- **Artículo de Revisión:** [La ansiedad de separación materna](#). Por Claudio Filippi Peredo. Páginas 6-34
- **Artículo de Investigación:** [Análisis cualitativo con entrevistas semiestructuradas a pacientes para conocer qué elementos posibilitan el buen término del proceso psicoterapéutico](#). Por Macarena Sandoval Amaro. Páginas 35-51
- **Reflexión Masónica:** [Los siete deberes del maestro](#). Por Jorge Venegas de la Paz. Páginas 52-54
- [Normas Editoriales](#). Página 55
- [Comité Editorial](#). Página 56

LA ANSIEDAD DE SEPARACIÓN MATERNA

Dr. Claudio Filippi Peredo
Médico Psiquiatra
Magister en Psicología Clínica- Doctor © en Psicología

RESUMEN

En este artículo se realiza una revisión general de la entidad denominada ansiedad de separación materna, vinculándola tanto con el tema de la ansiedad en general como del estrés y la conducta del apego. Su objetivo es entregar al lector los conceptos más destacados que se han descrito en la literatura especializada, para comenzar a delimitar una entidad de gran significación, que aunque es una respuesta normal de la madre frente a la separación con respecto al hijo, no deja de implicar graves consecuencias clínicas, frecuentemente mal diagnosticadas y tratadas.

ABSTRACT

In this article, a general review of the entity called maternal separation anxiety is carried out, linking it both with the issue of anxiety in general and with stress and attachment behavior. Its objective is to provide the reader with the most outstanding concepts that have been described in the specialized literature, to begin to define an entity of great significance, which although it is a normal response of the mother to the separation from the child, does not stop involve serious clinical consequences, frequently misdiagnosed and treated.

Palabras clave

Ansiedad- Estrés- Apego- Ansiedad Materna

1. INTRODUCCIÓN:

La maternidad es una etapa de la vida de la mujer, que se inicia frecuentemente con sensaciones únicas de felicidad, serenidad y realización personal, aunque no es infrecuente que en sus primeros meses las madres sufren tanto manifestaciones ansiosas o depresivas, que pueden llegar a constituirse en un problema clínico si comprometen la funcionalidad o la vida diaria de la madre o generan consecuencias negativas e indeseadas en el hijo o el resto de la familia.

En este trabajo se abordará un tópico que está relativamente poco explorado en la literatura científica y es el de la Ansiedad Materna por Separación. Para tal fin se abordará secuencialmente la descripción de la ansiedad como concepto y su vinculación con el concepto de estrés. Con posterioridad se analizará la ansiedad materna y sus consecuencias clínicas, para describir el concepto de ansiedad de separación materna y su inclusión dentro de las dos principales categorías nosológicas CIE 11 y DSM V, para terminar, explicando el sistema de apego, así como la neurobiología que subyace al sistema de apego materno, que es el que explica el desarrollo de la ansiedad de separación materna.

2. LA ANSIEDAD: EMOCIÓN UNIVERSAL

Etimológicamente, el término ansiedad deriva del sustantivo latino *angor* y se relaciona con el verbo *ango* que significa presionar, apretar (Crocq, 2015). Se plantea que es una emoción universal y normal, considerándose que los niveles de activación se refieren a la capacidad del organismo, para responder a las tareas que enfrenta (Oyebode, 2015). No obstante autores como Lader y Marks (1971) distinguen entre ansiedad normal y patológica.

Es así como el autor Ricardo Capponi (2006) define la ansiedad en términos patológicos, como un *“trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto*

intrapsíquico”.

Con respecto a las manifestaciones de la ansiedad, para Lang, citado por Martínez-Monteagudo y colaboradores (2012) la respuesta de la ansiedad se manifiesta por un triple sistema de respuesta, con componentes cognitivos, fisiológicos y motores:

- *En el caso de la respuesta cognitiva, esta se clasificaría en aquella que se observa en la ansiedad normal y que se manifiesta con pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; y en segundo lugar en la ansiedad psicopatológica, la que se vive como una catástrofe inminente (amenaza magnificada), experimentándose como “desórdenes de pánico” generalizados. Involucraría pensamientos o imágenes muy específicos, como anticipaciones catastrofistas de un problema.*
- En el caso de la respuesta fisiológica, habría un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Somático, así como una activación neuroendocrina. Esto ya fue descrito anteriormente e involucraría *aumentos en la actividad cardiovascular, la actividad electrodérmica, el tono músculo-esquelético y/o la frecuencia respiratoria.*
- Por último, las anteriores respuestas provocan cambios en la respuesta motora, cambios que pueden ser divididos en directas e indirectas. En el caso de las directas estas son los tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, etc. Y pueden involucrar una disminución de la precisión motora y del tiempo de reacción, de aprendizaje y ejecución de tareas complejas; la destreza para la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo. Por su parte, las respuestas indirectas se refieren a las conductas de escape o evitación producto de la ansiedad y que, son de tipo involuntario. no están bajo un total control voluntario por parte de la persona.

Desde lo clínico, la ansiedad presentaría una serie de síntomas y signos (Véase

Cuadro 2) (Oyebode, 2015).

Somáticas y autonómicas • Palpitaciones • Dificultad para respirar • Boca seca • Nauseas • Aumento de la diuresis • Mareos • Tensión muscular • Sudoración • Retortijones • Temblor • Piel fría
Psíquicas o psicológicas • Sentimientos de temor y amenaza. • Irritabilidad • Pánico • Anticipación ansiosa • Terror • Preocupación por cosas triviales • Dificultad en concentración • Insomnio inicial • Incapacidad para relajarse

Cuadro 2
Síntomas y signos de ansiedad

3. EL ESTRÉS: BASE DE LA ANSIEDAD- EL CONCEPTO DE ESTRÉS

El sistema del estrés es la base de la ansiedad y por eso es necesario entenderlo para poder comprender cabalmente qué es la ansiedad. Por eso lo analizaremos brevemente:

El concepto de estrés es relativamente antiguo, aunque inicialmente tiene un origen diferente al mundo de la medicina y la psicología. En efecto, inicialmente fue el físico inglés Robert Hooke, quien lo utiliza por primera vez en 1769, al describir las propiedades elásticas de la materia, definiendo al estrés como *la situación en la que una exigencia externa actúa sobre un cuerpo y éste se expone a un desgaste*, el que aparece cuando se superan los límites de la elasticidad del material (Spangenberg,

2015).

Sería posteriormente Walter Cannon (1929) quien, estudiando la respuesta del organismo frente a diferentes agentes, plantea que el organismo presenta respuestas de lucha o huida, frente a amenazas potenciales y que estas cesan al finalizar el estímulo que las origina. Esta respuesta tiene por finalidad garantizar la supervivencia del organismo. Cannon utiliza el concepto de homeostasis, planteado inicialmente por el fisiólogo francés Claude Bernard. Este concepto alude a un *conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de mantener la constancia del medio interno a través de la regulación entre las influencias del ambiente y las respuestas del organismo*. (Spangenberg, 2015).

Sin embargo, fue Hans Selye (1946) quien lo define como la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda de cambio, vinculando el concepto de estrés al de homeostasis (Murison, 2016). Él describe lo que denomina el Síndrome General de Adaptación, como una suma de todas las reacciones sistémicas inespecíficas del cuerpo que se produce tras una exposición prolongada a esa demanda de cambio (Selye; 1946).

Para Oyebode (2015), la respuesta al estrés es un aspecto integral de la existencia humana, distinguiendo bajo ese concepto al menos tres: el estrés como estímulo; el estrés como respuesta; y el estrés como Interacción:

- El estrés como estímulo se considera que éste es un factor externo, que afecta al organismo;
- El estrés como respuesta considera el conjunto de manifestaciones fisiológicas y conductuales que permiten al organismo enfrentar los cambios del medio. Esta respuesta concuerda con la definición de Selye.
- En el caso del estrés como interacción, considera que éste es una forma de relación entre la persona y el entorno, en la que la persona evalúa que

las demandas del entorno exceden sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984)

El estrés, considera tres fases (Selye, 1973) (Duval, González, Rabia; 2010) (Spangenberg, 2015), cada una de las cuales se corresponde con determinados fenómenos fisiológicos (Véase Cuadro 1).

La respuesta a los agentes estresores es de carácter neuroinmunoendocrinológica, es decir involucra la acción coordinada y conjunta de dos instancias, el eje hipotálamo-hipofisiario suprarrenal y el sistema simpáticoadrenomedular con múltiples efectos en la movilización de la energía corporal, modulación de la respuesta inmune o dolorosa, redistribución de flujo sanguíneo, efectos sobre el estado de alerta, etc. Las estructuras cerebrales involucradas son los núcleos de la amígdala, el hipotálamo, el núcleo de la estría terminal y la hipófisis anterior (Duval, González, Rabia; 2010).

La comprensión de esta respuesta permite aproximarse a la comprensión del miedo y la ansiedad (Oyebode, 2015) (Shackman y fox, 2016) (Barker y Barasi, 2010). en cuanto respuestas psicológico-conductuales de los procesos de estrés.

En ese sentido, para Le Doux y Pine (2016), el miedo se refiere a la sensación subjetiva a las sensaciones que ocurren cuando la amenaza es inminente o inmediata y ansiedad cuando las sensaciones son producto de una amenaza es incierta o está lejos en el espacio o en el tiempo.

Fase	Descripción	Fenómenos fisiológicos
Alerta	Al existir un agente estresor, el organismo responde con un incremento generalizado de las fuerzas defensivas del organismo. Esto es producto de la estimulación del sistema nervioso que prepara al organismo para una reacción de lucha o huida	El hipotálamo estimula las suprarrenales (en su parte medular) para secretar la adrenalina. Sus efectos: • Aumento de la frecuencia cardíaca, • Vasodilatación. • Aumento de la vigilancia (acción sinérgica con la noradrenalina [NA]).
Fase defensa (o resistencia)	Si continúa el estímulo del agente estresor, se produce una adaptación tisular en el organismo, los que deben intensificar su actividad funcional característica para que el cuerpo pueda operar en función de las exigencias del estresor	Se produce un aumento de la secreción de cortisol a nivel suprarrenal (en la zona fasciculada). Esto mantiene el nivel de glucosa a nivel sanguíneo, para nutrir los músculos, el corazón, el cerebro. El cortisol asegura la renovación de las reservas.
La fase de agotamiento (o de relajamiento)	Al continuar la exposición al agente estresor, se pierde la capacidad de adaptación adquirida y el organismo entra en una tercera fase de agotamiento, que se prolonga en tanto el estresor sea lo suficientemente severo y aplicado por el tiempo necesario	Esta fase se acompaña de una alteración hormonal crónica lo que produce consecuencias orgánicas y psiquiátricas. Al persistir esta situación, se produce el desborde del organismo o incluso su agotamiento. Se pierde la eficacia de la acción hormonal y estas se acumulan a nivel circulatorio. El resultado final es negativo para la salud del organismo.

Cuadro 1
Fases del Estrés

4. ANSIEDAD MATERNA EN GENERAL.

La ansiedad materna en general ha recibido poca atención en la literatura especializada. En uno de los estudios disponibles, Ross y Mc Lean (2006) plantean que los trastornos de ansiedad son comunes durante el periodo perinatal, siendo las tasas de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada más altas en las mujeres posparto que en la población general, señalando que en sí, los trastornos de ansiedad en el período perinatal presentan problemas únicos para la detección y el tratamiento, requiriéndose investigaciones futuras para estimar la magnitud de los de los trastornos de ansiedad perinatal así como sus consecuencias en la calidad de vida materna como en el desarrollo infantil, tanto como tratamientos seguros y efectivos.

Por su parte, Britton (2008) realiza un estudio para determinar el curso y antecedentes de la ansiedad materna durante el primer mes posparto y desarrollar un modelo para predecir la ansiedad al mes utilizando información obtenible antes del alta hospitalaria perinatal. Para tal efecto, evaluó a 296 madres antes del alta con las Escalas de estado (SS) y Rasgo (TS) del Inventario de ansiedad de rasgo estado (STAI), además de obtener las características demográficas. El autor al mes de postparto repite la aplicación de la Escala de estado (SS), descubriendo que las puntuaciones en la SS fueron significativamente más altas al mes que en el posparto inmediato, pero solo el 58.6% de las madres con alta ansiedad previa al alta tenían ansiedad alta al mes. La ansiedad de un mes se correlacionó con las puntuaciones de SS y TS antes del alta, y con una serie de antecedentes como son la existencia de problemas psiquiátricos: estado de ánimo depresivo, eventos médicos y sociales negativos, falta de planificación del embarazo y asistencia a clases prenatales, estrés periparto percibido y duración de la estancia hospitalaria posparto. En el estudio hubo una correlación inversa con la educación, los ingresos del hogar y los factores de resiliencia.

Desde otra perspectiva, en un estudio Australiano, Grant, McMahon y Austin (2008) utilizaron el autoinforme mediante la Escala de Ansiedad rasgo-estado (STAI) y la entrevista de diagnóstico clínico (MINI-Plus) para examinar el curso de la ansiedad materna durante la transición a la maternidad, para lo cual evaluó a 100 mujeres reclutadas durante la evaluación prenatal de rutina en un hospital obstétrico en Sydney. Se les aplicó un instrumento de detección prenatal (ANRQ), el cual identificó a la mitad de la muestra como de "alto riesgo" de desarrollar ansiedad y / o depresión posparto. Las madres completaron el STAI durante el tercer trimestre del embarazo y el MINI-Plus se administró durante el embarazo y durante el séptimo mes posnatal para evaluar la ansiedad y la depresión que cumplían con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV). Los investigadores encontraron que los datos indicaban una estabilidad considerable en la ansiedad y la depresión desde el embarazo hasta el período posnatal, de acuerdo a lo evaluado tanto por la entrevista de diagnóstico como por el autoinforme materno Así

mismo, encontraron que la ansiedad prenatal que cumple con los criterios de diagnóstico y la ansiedad por rasgos prenatales que superan una puntuación de corte de 40 en el STAI son predictores significativos de ansiedad posnatal y trastornos del estado de ánimo (valores de $p < 0,05$). Concluyeron que la ansiedad prenatal, determinada mediante cualquiera de los dos instrumentos utilizados (entrevista clínica o un autoinforme materno), es un predictor importante de la ansiedad posnatal y los trastornos del estado de ánimo.

Por último, Romero, Rocha y Ruiz (2013) en un estudio ya citado, encuentran que un porcentaje significativo de mujeres sufre ansiedad, lo que se relaciona con mayor morbilidad materno-fetal, recomendando la identificación oportuna de estos trastornos para evitar su repercusión en el cuidado del neonato

5. CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD MATERNA

Para comenzar a entender el tema de las consecuencias de la ansiedad materna, es interesante analizar la perspectiva de Oandasan, Primeau y Berenson (2003) quienes señalan que, a lo largo de su vida, las mujeres en un 30% presentan síntomas de ansiedad, los que podrían cambiar profundamente con la ansiedad y el puerperio, atribuyendo explícitamente a la sintomatología ansiosa a sintomatología pre-existente. Señalan que los trastornos de ansiedad pueden afectar los resultados del embarazo. En esta misma línea Ding, Wu, Xu; Zhu, Jia y Zhang (2014) encuentran que la ansiedad materna se asocia con mayor frecuencia de nacimientos de pre-término y bajo peso al nacer.

En otro estudio, Petzoldt, Wittchen, Einsle, y Martini (2016) realizaron un estudio, en el cual investigaron las asociaciones de ansiedad materna y trastornos depresivos antes, durante y después del embarazo correlacionándolos con los problemas de llanto, alimentación y sueño de los bebés en el contexto de la paridad materna. 306 mujeres primíparas multíparas fueron entrevistadas repetidamente desde el inicio del embarazo, hasta los 16 meses, aplicándose la Entrevista de diagnóstico internacional compuesta para mujeres (CIDI - V) para evaluar el DSM - IV ansiedad y trastornos depresivos. Por

su parte, se obtuvo la información sobre el llanto excesivo del lactante, los problemas de alimentación y sueño durante el período posparto mediante un cuestionario y una entrevista (Baby - DIPS). Los investigadores encontraron la existencia de lo que denominaron constelaciones de riesgo específicas del síndrome para la ansiedad materna y los trastornos depresivos ya antes del embarazo: el llanto excesivo del bebé (10,1%) se asoció específicamente con los trastornos de ansiedad materna, especialmente en los bebés de madres primerizas más jóvenes y con menor nivel educativo. Los problemas de alimentación (36,4%) fueron predichos por trastornos de ansiedad materna (y depresivos comórbidos) en madres primíparas y niños con bajo peso al nacer. Los problemas de sueño de los bebés (12,2%) se relacionaron con trastornos depresivos maternos (y ansiedad comórbida) independientemente de la paridad materna. Se concluyó del estudio que las madres primíparas con trastornos de ansiedad pueden ser más propensas a malas interpretaciones ansiosas de situaciones de llanto y alimentación que conducen a una intensificación de las interacciones madre-hijo.

Por su parte, Feldman, Granat, Pariente, Kanety, Kuint, y Gilboa-Schechtman, (2009) se plantearon estudiar los efectos de la depresión de la madre sobre el compromiso social, la regulación del miedo y la reactividad del cortisol en comparación con los controles y los trastornos de ansiedad materna y evaluar el papel de la sensibilidad materna en la moderación de las relaciones entre la depresión materna y el resultado del lactante. Los investigadores descubrieron que los bebés de madres deprimidas obtuvieron a los 9 meses resultados más bajos (participación social más baja, comportamientos regulatorios menos maduros y más emocionalidad negativa y mayor reactividad al cortisol) con las díadas madre-hijo ansiosas con puntajes más bajos que los controles en sensibilidad materna y participación social infantil. La regulación del miedo entre los hijos de madres ansiosas fue similar a la de los controles y su reactividad al estrés frente a los hijos de madres deprimidas.

De igual manera, en otra investigación Müller, Tronick, Zietlow, Nonnenmacher, Verschoor y Traeuble, (2016) estudiaron los vínculos entre el vínculo materno, los trastornos de ansiedad materna y las conductas de autoconfort del bebe, analizando

también los roles moderadores del género y la edad de los bebés. Si bien la muestra fue pequeña (n=69), esta estaba compuesta por 28 madres con trastorno de ansiedad (según los criterios del DSM-IV) y 41 controles, cada una con su bebé de 2,5 a 8 meses (41 mujeres y 28 hombres). Los comportamientos de los bebés se registraron durante el paradigma Cara a Cara inmóvil. El vínculo materno se evaluó mediante el Cuestionario de vínculo posparto. Se observó en general que un menor vínculo materno mediaba parcialmente entre los trastornos de ansiedad materna y el aumento de las conductas de autoconfort, pero solo en las niñas mayores (mayores de 5,5 meses de edad). No obstante, considerando los trastornos de ansiedad materna sin la influencia del vínculo afectivo, las niñas mayores (mayores de 5,5 meses de edad) mostraron menores tasas de conductas de autoconfort, mientras que los varones más jóvenes (menores de 3 meses de edad) mostraron mayores tasas en el caso de las madres con trastorno de ansiedad. Los investigadores concluyeron que las niñas mayores (más de 5,5 meses de edad) son más sensibles a un menor vínculo materno en el contexto de los trastornos de ansiedad materna. Así mismo sostuvieron que los resultados sugieren un uso diferente de estrategias de regulación autodirigida para niños y niñas de madres con trastornos de ansiedad y bajo vínculo, dependiendo de la edad del bebé. Una gran limitante del estudio es lo pequeño de la muestra estudiada.

6. ANSIEDAD MATERNA POR SEPARACIÓN:

En el caso de la ansiedad por separación materna, esta fue definida por Hock, McBride y Gnezda (1989) como *estado emocional desagradable evidenciado por expresiones de preocupación, tristeza o culpa, y está vinculada a la experiencia de separación madre-hijo*. Los autores atribuyen esta respuesta a fuerzas psicológicas arraigadas en experiencias tempranas, sesgos determinados genéticamente que fomentan la supervivencia física y la seguridad emocional del niño y mandatos socioculturales sobre el rol materno. Plantean que lo central del concepto es la interpretación y experiencia de la madre de los eventos de separación a corto plazo de su hijo.

La anterior definición, puede ser complementada desde la psicopatología y

nosología psiquiátricas con otras dos definiciones importantes, las que, si bien no son dadas exclusivamente para la ansiedad de separación materna, deben ser consideradas al momento de analizar la temática:

La primera de ellas es la de la Clasificación Internacional de enfermedades- CIE 11, para la cual, el Trastorno de Ansiedad de Separación está descrito de la siguiente manera (WHO, 2018):

*“El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por ansiedad y miedo marcados y excesivos por la separación de figuras de apego específicas. En los niños, las figuras de apego normalmente son los padres, cuidadores u otros miembros de familia; **en los adultos normalmente son las parejas amorosas o los hijos**. Las manifestaciones de ansiedad por separación pueden incluir pensamientos persistentes de peligro u otro evento adversos que le podrían ocurrir a la figura de apego, reticencia a ir a la escuela o a trabajar, exceso de ansiedad recurrente relacionada con la separación, reticencia o negación de ir a dormir lejos de la figura de apego, y pesadillas recurrentes sobre la separación. Los síntomas persisten por al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para ocasionar un malestar o deterioro significativos en las relaciones personales, familiares, sociales, laborales, educativas y ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento”.*

Por su parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) el Trastorno por Ansiedad de Separación está definido por los siguientes criterios:

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño,

calamidades o muerte.

3. *Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser rapta- do, tener un accidente, enfermarse) cause la separación de una figura de gran apego.*

4. *Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.*

5. *Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.*

6. *Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.*

7. *Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.*

8. *Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.*

C. *El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.*

D. *La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*

E. *La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.*

Desde el punto de vista epidemiológicos, en la literatura en español son pocos los estudios que han abordado el tema de la ansiedad materna en general y menos los de ansiedad de separación materna. Uno de estos estudios, es el de Romero, Rocha, y Ruiz (2013) quienes se plantean como objetivo el determinar el grado de ansiedad

materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales, que un 35 % (n:135) de las mujeres puérperas presentaban cifras significativas de ansiedad al aplicarse la escala de ansiedad de Hamilton. En las cifras provenientes de países anglosajones y europeos la ansiedad postparto se establece entre un 8-12% de incidencia en mujeres que cursan su puerperio (Fairbrother y colaboradores, 2016) (Reck y colaboradores, 2008).

Estas cifras pueden dar una falsa imagen de tranquilidad, pues los problemas o dificultades en la separación madre- hijo se consideran muy importantes y se cree que reflejan problemas con la diferenciación interpersonal, el distanciamiento y la formación de límites tanto para la madre como para el niño (Hock y Schirtzinger, 1989). De esto se deduce que el grado en que la madre experimenta ansiedad por la separación de su hijo tiene implicancias tanto para el desarrollo emocional del niño como para la salud mental de la madre. De igual manera, se plantea que el fortalecimiento del vínculo madre-hijo disminuye la ansiedad postparto, aunque se reconoce que es un tópico poco estudiado en general (Matthies, y Colaboradores, 2020).

De igual manera, se plantea, que las madres que experimentan altos niveles de ansiedad por separación, así como aquellas madres que desearían trabajar, pero, tal vez debido a su ansiedad por separación, se quedan en casa, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Rock y DeMeis, 1990).

Desde lo psicológico, la ansiedad de separación materna tendría su origen según Hock y Schirtzinger (1992) en fuerzas psicológicas arraigadas en experiencias tempranas, sesgos determinados genéticamente que fomentan la supervivencia física y la seguridad emocional del niño, y mandatos socioculturales sobre el rol materno. Así mismo, la ansiedad materna estaría correlacionada con una variedad de comportamientos y atributos maternos.

Complementariamente, desde la neurociencia, se plantea que la neurobiología que subyace a los cuadros de ansiedad y depresión tiene una reconocida interacción con los sistemas de cuidado materno o apego (Pawluski, Lonstein y Fleming, 2017).

Uno de los problemas que puede plantearse al estudiar la Ansiedad Materna y la Ansiedad de separación materna es el hecho de que la perspectiva con la que habitualmente se enfrenta la temática de la Ansiedad Materna es la psicopatología, que tiende a clasificarla como Trastornos de Ansiedad en cualesquiera de sus variantes, y que probablemente la ansiedad de Separación Materna requiere un enfoque más fisiológico y normal. Otro aspecto, es que existe un frecuente solapamiento entre el reconocimiento de los cuadros de ansiedad y la depresión postparto (Pawluski, Lonstein y Fleming, 2017).

Desde esta perspectiva Hock y Schirtzinger (1992) estudiaron la ansiedad por separación materna examinando las diferencias en los correlatos psicológicos entre madres con niveles altos y bajos de ansiedad cuando sus hijos tenían 8 meses, 3 años y medio y 6 años, determinando que los altos niveles de ansiedad por separación materna tenían diferentes correlaciones psicológicas dependiendo de la edad del niño. Es así como encuentran que la sintomatología depresiva y la ansiedad por separación no estaban relacionadas a los 8 meses y 3 años, pero sí los niños tenían 6 años. Así mismo, encuentran que las madres que tenían los niveles más altos de ansiedad tendían a tener más sintomatología depresiva, menos habilidades de afrontamiento, una representación más negativa de sí mismas y abrazados valores más tradicionales de roles sexuales.

Los autores encontraron que los hallazgos realizados a los 8 meses y 3 años validan las teorías del apego y de las relaciones objetales, entendiendo que conforme con los componentes evolutivos y etológicos de la teoría del apego a la teoría, los niveles elevados de ansiedad por separación en la fantasía pueden estar asociados con una tendencia inherente en la especie hacia el cuidado el que se considera como adaptativo y no asociado con la psicopatología. Así mismo, interpretan los hallazgos a los 6 años, en función de esta misma teoría, en cuanto, Bowlby también sugirió que, a medida que el niño crece, alrededor de los 3 años (Bowlby, 1986), la relación de apego se desplaza hacia una que se basa en la representación mental: la “asociación con meta corregida”. De esta manera, el significado y el papel de la ansiedad por

separación “saludable” en las madres cambia de una cercanía física y vigilancia constante del bebé a uno de reconocimiento de las necesidades de autonomía apropiadas para la edad de un niño pequeño, atenuándose las necesidades de proximidad del niño deberían continuar atenuándose durante algunos años, aunque la activación de la conducta de apego nunca desaparezca por completo. De esa forma, los hallazgos a los 6 años son interpretados como un aspecto no adaptativo o disfuncional de la personalidad materna.

La ansiedad materna por separación tendría influencia en el futuro desarrollo psicosocial del niño o niña. Es así como, Wuyts, Soenens, Vansteenkiste, Van Petegem, y Brenning (2017) realizaron un estudio en el cual se examinó la asociación entre la ansiedad por separación materna y el estilo de conversación que apoya la autonomía de las madres, en relación con el control, como se observa en las interacciones madre-adolescente sobre las amistades de los adolescentes, y, a la vez, se investigó el vínculo entre la ansiedad por separación materna y experiencias personales de las madres durante la conversación. Para tal fin, se estudiaron diadas madres-adolescentes (madres $M = 44$ años, adolescentes $M = 14$ años; $n=62$). Las madres fueron evaluadas mediante una escala de ansiedad por separación, observándose y codificándose las prácticas de control y apoyo a la autonomía de las madres durante una conversación de 10 minutos. Así mismo, las madres informaron sobre sus experiencias emocionales y motivacionales durante la conversación. Los investigadores observaron que las madres con mucha ansiedad por separación apoyaban menos la autonomía y experimentaban la conversación como más estresante.

7. LA CONDUCTA DE APEGO.

El apego está definido como una relación entre individuos basada en cualidades esencialmente apetitivas (Doron y Parot, 2004). Si bien la mayoría de los autores se centra en el apego infantil y el vínculo entre el infante y su madre, por obra del trabajo fundacional de Bowlby (Bowlby, 1986) este se manifiesta en también adultos (Anaya, 2010) y posee claras connotaciones de carácter etológicas y evolutivas (Carranza,

1994).

Desde lo etológico y ontogénico, la teoría de BOWLBY (1984) sobre el apego, considera que este es un *sistema de comportamiento inferido cuya función sería controlar y regular tanto la relación de proximidad entre el bebé y la figura de apego (normalmente la madre) como la conducta exploratoria del bebé en relación con las características del contexto inmediato*. (Carranza, 1994).

Para Feeney y Noller (2001), el apego es parte de los sistemas conductuales de vinculación, el cual está conformado por:

- Apego
- Exploración
- Cuidado
- Apareamiento sexual

Estos sistemas tendrían una función adaptativa, en cuanto promueven la supervivencia y procreación. La conducta de apego, involucra la mantención de la proximidad, a la vez que permitiría la exploración y dominación segura del entorno inmediato. Esto explica el por qué la separación, real o imaginaria, es percibida como amenazante.

La neurobiología que subyace la conducta de apego muestra la complejidad propia de un proceso en el que la biología individual se enfrenta a la interacción con otros seres humanos significativos y la sociedad misma y la cultura propia en la que se desarrolla ese individuo. En términos generales, se puede plantear que la conducta de apego en el ser humano posee una serie de características (Feldman, 2017):

- El apego humano debe ser estudiado dentro de una perspectiva evolutiva, por cuanto los sistemas neurobiológicos son moldeados por la relación madre-hijo durante los primeros períodos sensibles.

- Sobre la base de esos mecanismos básicos establecidos en el vínculo madre-hijo se construyen o forman otros apegos a lo largo de la vida, como el apego romántico o las amistades cercanas.
- Los vínculos humanos son selectivos y duraderos.
- La vinculación humana es un comportamiento expresado en términos específicos tanto de la especie, la persona, como de los patrones específicos de la cultura, los cuales se sustentan en desarrollos cerebrales y neuroendocrinos activados por el comportamiento relacionado con el apego.
- La sincronía bioconductual es una característica clave de los apegos humanos, lo que significa que existe un acoplamiento del comportamiento no verbal coordinado con la respuesta fisiológica entre las personas vinculadas durante el contacto social.
- El sistema de apego se basa en la acción de Oxitocina, integrándose a la acción de Dopamina a nivel del estriado, dando cuenta de la maternidad humana, la paternidad, coparentalidad, apego romántico y la amistad cercana.
- La formación del apego implica una mayor actividad y funcionamiento coordinado y estrecho entre diferentes sistemas neurobiológicos: la afiliación, la recompensa y del estrés.
- Existe una clara vinculación entre el apego humano y la salud y el bienestar a lo largo de la vida, mejorando la salud y la felicidad, mientras que el aislamiento social aumenta el estrés, el deterioro de la salud y la muerte.
- Los patrones de apego se transfieren de generación en generación configurando la capacidad de criar a la próxima generación.

- El cerebro humano es moldeado por el vínculo con su madre, situándolo en línea para funcionar en el mundo social, lo que se habla o da cuenta de la naturaleza dialógica del cerebro humano y su constante necesidad de afiliaciones sociales.
- El vínculo de apego anómalo o deficiente puede ser reparado, mediante vínculos de mayor calidad, lo que se basa en los mecanismos de plasticidad cerebral.

8. CIRCUITOS CEREBRALES QUE EXPLICAN EL COMPORTAMIENTO MATERNO DE APEGO

El comportamiento parental es definido por Numan e Insel (2003) como cualquier comportamiento mostrado por un miembro de una especie hacia un miembro inmaduro de la misma especie (un conoespecífico inmaduro) que aumenta la probabilidad de que el bebé sobreviva. Este comportamiento puede ser de tipo materno, paternos o aloparentales.

Estos comportamientos son los siguientes (Numan, 2016):

- En el 95% de los mamíferos el comportamiento es de tipo materno, lo que involucra que la hembra y el macho se separan después del apareamiento, siendo la hembra la que cuida a su descendencia (comportamiento materno).
- El 5 % restante de los mamíferos es la pareja macho-la que cuida a su descendencia (comportamiento materno y paterno).
- El comportamiento aloparental ocurre en ciertas especies de mamíferos cuando los hermanos mayores permanecen en el grupo familiar, en lugar de emigrar, y ayudan a su madre y a su padre a cuidar de las crías recién nacidas.

Es importante destacar que el tipo de comportamiento que evidencian los

mamíferos está determinado por la madurez de las crías al nacer, existiendo especies en las que las crías nacen inmaduros (altriciales) e inmóviles, otras en las que nacen precoces y móviles o en condiciones intermedias entre estas (Numan e Insel, 2003).

El vínculo madre-hijo puede ser no selectivo o selectivo, lo que depende de la posibilidad de mezcla y confusión de crías en condiciones naturales (Numan, 2016).

El sistema neurobiológico en el cual se sustenta este comportamiento es el Sistema de Atención Materna, el cual involucra diferentes estructuras del sistema nervioso central, los cuales no sólo explican este tipo de comportamiento, sino que han proporcionado una base neuronal para otros tipos de conductas de cuidado y sus estados emocionales asociados. Este sistema está sustentado en regiones cerebrales que controlan la motivación materna o el interés y atracción de una madre hacia sus crías, en vez de las regiones que regulan respuestas maternas específicas (Numan, 2016).

Este sistema se comporta de manera diferente en el caso de las hembras núlparas, que evitan o rechazan a los bebés, a diferencia de las hembras parturientas que muestran un comportamiento materno apropiado hacia cualquier bebé conespecífico al nacer. En aquellas especies que desarrollan apegos selectivos, esto ocurre cuando la madre interactúa con sus crías durante el período posparto temprano y aprende sus características particulares de estímulo.

El sistema estaría bajo control de tres hormonas que son fundamentales para el inicio de la conducta materna en el parto, pero no son necesarios para su mantenimiento durante el resto del período posparto. Estas hormonas son:

- Estradiol
- Prolactina
- Oxitocina.

Estas hormonas actuarían sobre una serie de circuitos neurales subcorticales que regulan la motivación materna, siendo el área preóptica medial (MPOA), ubicada en

el hipotálamo, la que tendría un rol fundamental. Así mismo, actuarían el área tegmental ventral (VTA), el Sistema de recompensa mesolímbico dopaminérgico (DA), el núcleo Accumbens (NA), el pallidum ventral (VP), la Amígdala (Amyg) y los circuitos antisociales.

La forma en que este sistema actuaría sería el siguiente (Véase figura 1):

Las hembras nulíparas suelen evitar los estímulos infantiles porque activan las neuronas de la amígdala (Amyg) de valencia negativa. El comportamiento materno se produce porque estas respuestas de evitación se inhiben, mientras que se estimula la atracción hacia los bebés. Los eventos fisiológicos al final del embarazo hacen que el área preóptica medial (MPOA) sea activada por estímulos infantiles. Las proyecciones de MPOA luego inhiben los circuitos de evitación antisocial y activan el sistema de recompensa mesolímbico dopaminérgico (DA). El sistema de oxitocina (OT) del cerebro también está involucrado, con acciones en varios sitios. En la amígdala, la oxitocina estimula las neuronas con valencia positiva, mientras que inhibe las neuronas con valencia negativa. Cuando la oxitocina coactúa con la dopamina en el núcleo accumbens (NA), potencia los efectos inhibidores de la dopamina, que libera el pallidum ventral de la inhibición del núcleo accumbens. Este proceso permite que el pálido ventral (VP) responda a los estímulos infantiles que llegan de las neuronas amígdalas de valencia positiva. La salida del pálido ventral promueve la motivación materna. Estos eventos también pueden fortalecer las sinapsis entre la amígdala y el pálido ventral (que se muestra en la Figura 1 con un círculo punteado), causando una atracción duradera entre la madre y sus bebés.

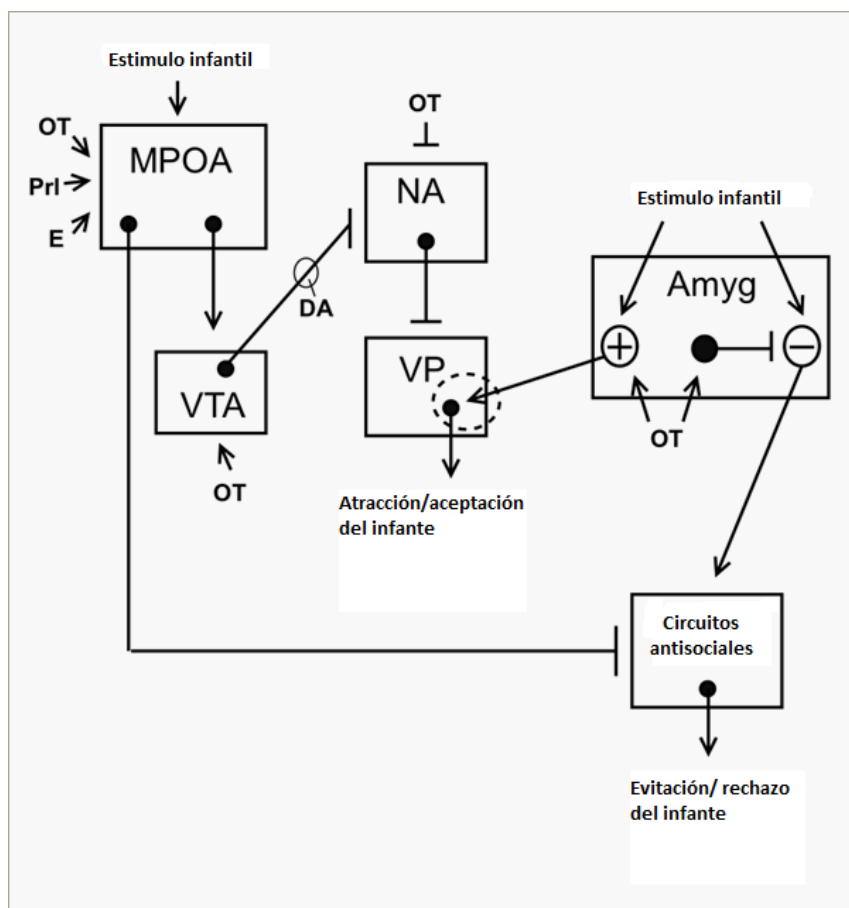


Figura 1

Un modelo neuronal del comportamiento materno en animales

(Adaptado de Numan, 2016)

. E = estradiol; Prl = prolactina; OT: Oxitocina, VTA = área tegmental ventral, VP: Pallidum Ventral

Los efectos neuronales, hormonales y de oxitocina que terminan en una flecha denotan estimulación. Los efectos que terminan en una barra indican inhibición.

Un área crítica del sistema lo representa los estímulos de salida del pallidum ventral, que desencadena atracción /aceptación hacia las crías por parte de su madre.

Otra área crítica, es la amígdala, la que responde tanto a estímulos agradables o aversivos (neuronas positivamente valentes o negativas). Cuando los estímulos infantiles se procesan a través de neuronas de amígdala con valencia negativa que se proyectan a circuitos antisociales, se producen las respuestas de evitación y rechazo que suelen mostrar las vírgenes. Al final del embarazo, Como se muestra en la Figura 1, cuando el MPOA se prepara adecuadamente al final del embarazo, no solo estimula

los circuitos de recompensa prosocial (sistema de dopamina mesolímbico), sino que también inhibe los circuitos antisociales.

En el caso del comportamiento alomaterno, donde las hembras vírgenes adultas cuidan de crías conespecíficas, ocurre en ciertas especies el cual se explica por la actividad de MPOA junto con la acción de la dopamina y la oxitocina en el núcleo accumbens. Este comportamiento habría sido esencial fue crucial para la supervivencia infantil durante la evolución humana temprana, y esto puede explicar por qué la motivación materna humana está relativamente emancipada de las hormonas, lo que permitiría la adopción de bebés por mujeres nulíparas (Hrdy, 1999).

La participación cortical de éste tipo de comportamiento, se detalla en la Figura 2. En ella, la parte del comportamiento materno del modelo, que involucra la activación del área preóptica medial (MPOA) del sistema mesolímbico de dopamina (DA), se deriva de la Figura 1. En el modelo, las neuronas de la amígdala (Amyg) positivamente valentes que responden a los estímulos infantiles no solo se proyectan al pálido ventral (VP: parte del circuito conductual), sino que también se proyectan a la corteza orbitofrontal y la corteza insular (OF / IC), y se propone la actividad en estos últimos sitios para dar lugar a sentimientos de amor maternal. Para que tales sentimientos se traduzcan en comportamientos de cuidado, la corteza orbitofrontal / insular se proyecta hacia la corteza prefrontal medial (MPFC), que luego activa la MPOA y la conducta materna. La oxitocina (OT) actúa sobre la amígdala para estimular la salida de neuronas con valencia positiva y, sin duda, también actúa en otros sitios (véase la figura 1).

La explicación de la participación de las emociones en este comportamiento se puede encontrar en las vías nerviosas que conectan la amígdala con las regiones orbitofrontal e insular pueden ser una ruta por la que se experimentan subjetivamente diversas emociones (Numan, 2016).

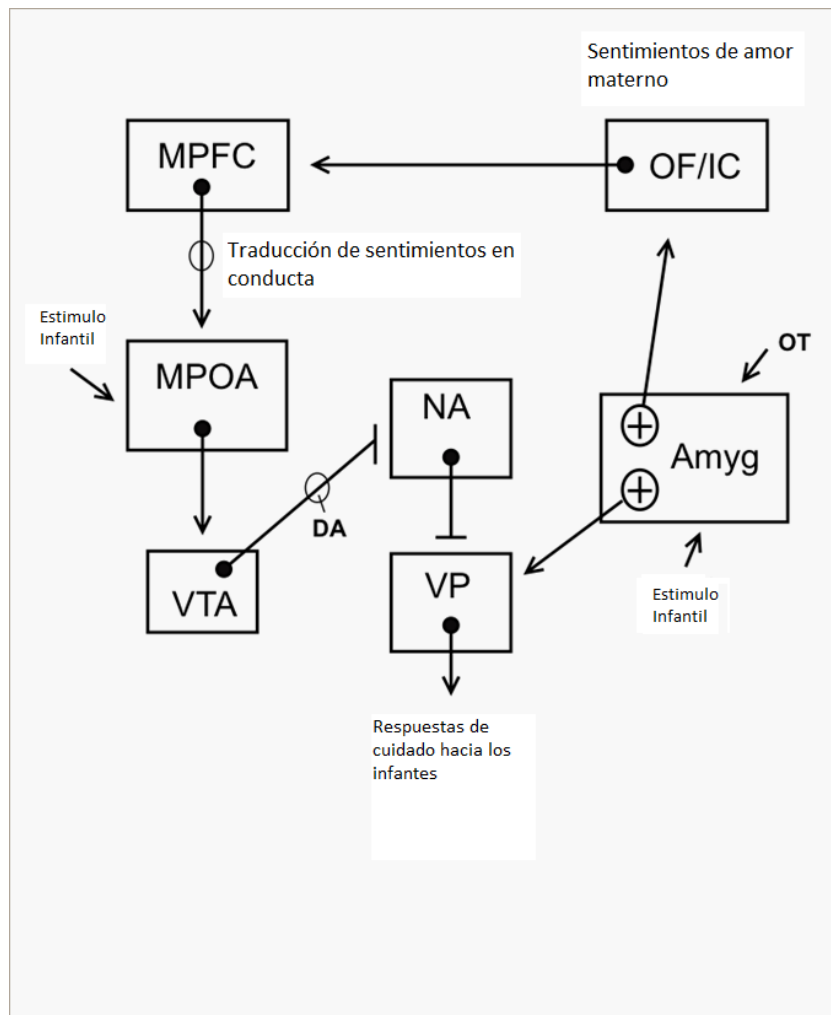


Figura 2:

Un modelo neuronal que muestra cómo los sentimientos de amor materno se traducen en respuestas abiertas de cuidado en las madres humanas.

Las neuronas que terminan en una flecha son excitadoras y las que terminan en una barra son inhibitorias. E = estradiol; Prl = prolactina; OT: Oxitocina, VTA = área tegmental ventral, VP: Pallidum Ventral, MPFC: Corteza Prefrontal medial (Adaptado de Numan, 2016)

Los efectos neuronales, hormonales y de oxitocina que terminan en una flecha denotan estimulación. Los efectos que terminan en una barra indican inhibición.

9. REFLEXIONES FINALES A MODO DE CONCLUSIONES

La ansiedad es un fenómeno universal e íntimamente vinculado a la supervivencia del ser humano en un ambiente que le es hostil. Representa una consecuencia visible de la activación de los mecanismos neurobiológicos que dan cuenta del fenómeno del estrés y puede presentar niveles normales o francamente patológicos, de significación clínica.

Son variadas las situaciones vitales en las cuales se presenta un aumento del nivel de ansiedad y el inicio de la maternidad representa una condición propicia para que esto ocurra, pues la madre es expuesta a un estado en el cual se ve sobrecargada de responsabilidad por un bebé, al que debe alimentar y cuidar, evitando su enfermedad, interpretando los diferentes signos que él emite, para determinar su estado. Es así como la madre frecuentemente desarrolla niveles clínicos de ansiedad que son claramente visibles para ella y el entorno cercano.

No obstante, además de lo anterior, la madre está expuesta a un fenómeno diferente de ansiedad, el cual deriva de la existencia de un mecanismo neurobiológico particular que evita el abandono del hijo o hija, y que es el Sistema del Apego. Este sistema es el que explica el que la madre presente ansiedad frente al desapego frente al hijo o hija, fenómeno que siendo normal es frecuentemente confundido en la clínica con los cuadros de naturaleza depresiva y con los fenómenos de ansiedad general que afectan a la madre.

Este fenómeno de naturaleza normal puede adquirir ribetes patológicos cuando la madre no es preparada adecuadamente para el desapego, preparación que se inicia con la psicoeducación de la madre frente al fenómeno que vive, permitiéndole comprender y tomar conciencia integral de éste.

Por la importancia y elevada prevalencia se requiere mayor investigación sobre el fenómeno de ansiedad de separación y las mejores estrategias de abordaje clínico.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
2. Anaya, N. (2010) Diccionario de Psicología. 2a. edición. Bogotá: Ecoe Ediciones.
3. Barker, R; Barasi, S. (2010). Neurociencia en Esquemas. 3ª Edición. Buenos Aires: Editorial Akadia
4. Bobes, J.; Portilla, M.; Bascarán, M.; Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Ars Medica.
5. Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos, formación, desarrollo y pérdida. 5ª Edición. Madrid: Ediciones Morata.
6. Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and anxiety*, 25(9), 793-800.
7. Cannon, W. (1929). "Organization for Physiological Homeostasis". *Physiological Reviews*, IX (3), 399–431
8. Capponi, R. (2006). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
9. Carranza, J. (1994). Etología. Introducción a las ciencias del comportamiento. Cáceres: Universidad de Extremadura.
10. Crocq M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319–325.
11. Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., ... & Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of affective disorders*, 159, 103-110.
12. Doron, R.; Parot. F. (2004). Diccionario Akal de Psicología. Madrid: Ediciones Akal
13. Duval, F., González, F. y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>
14. Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148-155.
15. Feeney, J., Noller, P. (2001). Apego adulto. Bilbao: Desclée de Brouwer.

16. Feldman, R. (2017) The Neurobiology of Human Attachments. Trends in Cognitive Sciences, February, Vol. 21, No. 2 <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
17. Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.
18. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*; 32: 50-55.
19. Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*; 23: 56-62.
20. Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A. L., Nonnenmacher, N., Verschoor, S., & Traeuble, B. (2016). Effects of maternal anxiety disorders on infant self-comforting behaviors: the role of maternal bonding, infant gender and age. *Psychopathology*, 49(4), 295-304.
21. Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1-2), 101-111.
22. Hrdy, S.B. (1999). *Mother nature*. New York: Pantheon. Hrdy, S.B. (2009). *Mothers and others*. Cambridge: Belknap.
23. Hock, E.; McBride, S.; Gnezda, M. (1989) Maternal Separation Anxiety: Mother-Infant Separation from the Maternal Perspective. *Child Development*, Vol. 60, No. 4 (Aug., 1989), pp. 793-802
24. Hock, E., & Schirtzinger, M. B. (1992). Maternal separation anxiety: Its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Development*, 63(1), 93-102.
25. Hock, E., Schirtzinger, M. B. (1989). Maternal separation anxiety: Implications for family functioning. *Family Science Review*, 2, 267-276.
26. Hock, E.; Schirtzinger, M. (1992) Maternal Separation Anxiety: Its Developmental Course and Relation to Maternal Mental Health. *Child Development*, 1992, 63, 93-10
27. Lazarus, R., Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
28. Lader, M.; Marks I. (1971) *Clinical Anxiety*. London: Heinemann.
29. Levine, R. E., Oandasan, A. P., Primeau, L. A., & Berenson, A. B. (2003). Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *American journal of perinatology*, 20(05), 239-248.

30. LeDoux, J.; Pine, D. (2016) Using Neuroscience to Help Understand Fear and anxiety: A Two-System Framework. *American Journal of Psychiatry*. 173(11):1083-1093.
31. López, A. (2000). *Metodología de la Investigación*. Valparaíso: Universidad de Playa Ancha.
32. Martínez-Monteagudo, M; Inglés, C; Cano-Vindel, A y García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*. 18(2-3), 201-219
33. Matthies, L. M., Müller, M., Doster, A., Sohn, C., Wallwiener, M., Reck, C., & Wallwiener, S. (2020). Maternal–fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 107-117.
34. Mendoza, C., Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894.
35. Murison, R. (2016). The Neurobiology of Stress, en al'Absi, M.; Arve Flaten, M. *Neuroscience of Pain, Stress, and Emotion, Psychological and Clinical Implications*. Washington: Academic Press. Páginas 29-49. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800538-5.00002-9>
36. Numan, M., Insel, T. (2003). *The neurobiology of parental behavior* . New York: Springer.
37. Numan, M. (2016) Brain Circuits for Parental Behavior and Love, with Implications for Other Social Bonds. *Research* · <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4357.6408>
38. Oyeboode, F. (2015). *Sims' Symptoms in the Mind*. Londres: Saunders Elsevier.
39. Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The neurobiology of postpartum anxiety and depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2), 106-120.
40. Petzoldt, J., Wittchen, H. U., Einsle, F., & Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: care, health and development*, 42(2), 231-245.
41. Rock, E., DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants: The role of maternal employment. *Developmental Psychology*, 26, 285-291.
42. Romero-Gutiérrez, G., Rocha-Morales, D., & Ruiz-Treviño, A. S. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(4).

43. Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1285–1298. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0818>
44. Shackman, A.; Fox, A. (2016). Contributions of the Central Extended Amygdala to Fear and Anxiety. *The Journal of Neuroscience*, August 3, 2016 36(31):8050–8063
45. Spangenberg, A. (2015). *Neurobiología del estrés Trabajo Final de Grado*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad La República
46. Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Volume 17, Issue 4, Pages 231–247
47. Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61(6), 692-699.
48. WHO-World Health Organization. (2018). Clasificación internacional de enfermedades-CIE 11. Revisado en el world wide web: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/830200631> el 6 de octubre de 2020.
49. Wuyts, D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Van Petegem, S., & Brenning, K. (2017). The role of separation anxiety in mothers' use of autonomy support: An observational study. *Journal of Child and Family studies*, 26(7), 1949-1957.

Artículo de Investigación

ANÁLISIS CUALITATIVO CON ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A PACIENTES PARA CONOCER QUÉ ELEMENTOS POSIBILITAN EL BUEN TÉRMINO DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Ps. Macarena. Sandoval Amaro
Psicóloga Clínica
Especialista en Psicoterapia Integrativa

Resumen

Investigación de corte cualitativo, se llevó a cabo con entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de determinar la importancia que posee el paciente al momento de iniciar un proceso psicoterapéutico en lo que respecta a la mantención de su proceso o la deserción de dicho proceso. Los factores mantenedores de dicho proceso psicoterapéutico van a estar mediados por las expectativas que posee el paciente, la motivación por la misma, si consulta por derivación o decisión propia y como eje central del terapeuta la empatía con la que cuenta dentro del espacio terapéutico.

Palabras claves: psicoterapia, deserción, paciente, empatía, motivación.

Abstract

Qualitative research, which was carried out with semi-structured interviews, with the objective of determining the importance that the patient has at the moment of initiating a psychotherapeutic process in regard to the maintenance of their process or the desertion of that process. The maintenance factors of that psychotherapeutic process will be mediated by the expectations of the patient, the motivation itself, if he or she consults for derivation or assists by their own decision and, as the central axis of the therapist, the empathy with which he or she counts within the therapeutic space.

Keywords: psychotherapy, desertion, patient, empathy, motivation.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo sobre los procesos de cambio en la psicoterapia han puesto el acento en los efectos que las intervenciones del profesional producen en el consultante, vale decir, han subrayado de preferencia la actividad de aquél en la producción de los logros terapéuticos. (Greenson, 1967; Etehegoyen, 1986), y se echan en falta estudios que apunten a la actitud del paciente, a sus motivaciones intrínsecas y como todo ello en conjunto con lo anterior contribuye

al éxito del proceso terapéutico.

Existen múltiples definiciones de abandono y adherencia en psicoterapia, lo cual constituye un primer problema a la hora de realizar un estudio. Sin embargo, hay coincidencia respecto de la comprensión del abandono como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos (Gavino & Godoy, 1993). Como contraparte, la adherencia correspondería a la continuación del tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos. En algunos estudios se ha definido abandono terapéutico como la terminación unilateral del tratamiento, mientras que la adherencia ha sido entendida como el seguimiento del tratamiento hasta una terminación acordada entre terapeuta y paciente (Pina, Silverman, Weems, Kurtines & Goldman, 2003).

Cuando nos referimos a las motivaciones del paciente para iniciar un proceso terapéutico. En primera instancia el primer indicador que prevalece en el paciente al iniciar este proceso psicoterapéutico es la de búsqueda de ayuda, es decir, una etapa previa al inicio de la psicoterapia. Estos primeros cambios se pueden sintetizar como: la aceptación de los propios límites, y la conciencia de la necesidad de ayuda (Krause, 1993; Krause et al., 1994). Según Frank (1971, 1982), uno de los precursores de la investigación del cambio psicoterapéutico general, señala que todo cliente llega a la terapia en un estado de “desmoralización”, la cual estaría conformada por sentimientos de desamparo, pérdida del control, baja autoestima, dificultad para encontrar sentido a su vida cotidiana. De acuerdo con Frank, un primer cambio en cualquier terapia exitosa, es justamente la disminución de esta desmoralización, vivenciada a través de la esperanza o las expectativas de ser ayudado.

Santibáñez et al. (2008), plantean que tanto las creencias como las expectativas que el paciente tenga sobre la terapia al iniciar el tratamiento, pueden influir tanto en los resultados como en la mejoría percibida por estos. Varios autores reconocen que las expectativas del paciente no sólo se relacionan con el tratamiento y sus técnicas, duración, etc., sino que también las expectativas sobre el terapeuta y las creencias en relación a los logros o beneficios que pueda obtener de ésta son fundamentales

(Navarro, Schindler & Silva, 1987; Stiles, Shapiro&Elliot, 1986).

Se ha observado también que aquellos pacientes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se muestran intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, tienen pobres resultados del proceso terapéutico, al contrario de lo que ocurre con los que si tienen una disposición positiva (Frances et al., 1985, en Santibáñez et al., 2008).

Respecto de la motivación al cambio de parte del paciente, es posible encontrar diferenciaciones entre clientes visitantes y los clientes demandantes, donde los primeros, son aquellos que inician la terapia sin percibir un problema, o considerarse como parte de la solución, y los segundos, que si bien son capaces de percibir un problema, no se consideran parte de la solución (Shazer, 1988, en Herrera et al., 2009). Algo similar es lo que plantean Proshaska&DiClemente (1983), sobre las etapas del cambio en que llegan a consultar los pacientes (pre-contemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento, recaída), siendo relevante que el terapeuta sepa en qué etapa llega el paciente para dirigir sus intervenciones en pro de movilizarlo a la etapa siguiente. También se ha evidenciado que cuando las personas son obligadas o forzadas a consultar, ya sea explícita o implícitamente, muy pocas veces se benefician de la experiencia (Trull& Jerry, 2003) o terminan abandonando la terapia (González &Sierralta, 1997, en Santibáñez et al., 2008). Krause (1992), por su parte identifica cinco condiciones del paciente como fundamentales en el cambio terapéutico (en Santibáñez et al., 2008. p.4):

- (a) Experiencia de los propios límites
- (b) Aceptación de la necesidad de ayuda
- (c) Cuestionamiento de los modelos explicativos personales
- (d) Transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia
- (e) Expectativas del consultante en torno al rol o función del terapeuta, del propio rol y sobre la estructura (del setting) de la relación de ayuda.

En la revisión realizada por Winkler et al. (1989), se da cuenta de la importancia del involucramiento del paciente en la terapia, para poder predecir los resultados de ésta. Donde por ejemplo, la percepción que tiene el paciente del significado de la conducta del terapeuta determinaría la eficacia de la terapia (Bejarano, 1999, en Santibáñez, et al., 2008).

Es posible observar que en el contexto de una buena relación terapéutica, las potencialidades del paciente se activan, las cualidades del terapeuta son valoradas, y por ende, el proceso de cambio se fortalece (Opazo, 2001).

1.1. Justificación

La presente investigación, pretende develar la importancia personal que posee para él paciente el culminar con éxito sus procesos terapéuticos. Interesa conocer la visión de la figura del terapeuta y la relación con la continuidad y finalización de su proceso psicoterapéutico.

Viéndose al paciente, como poseedor de características individuales propias, tanto a nivel físico como psicológico, con la necesidad incipiente de buscar una solución real a sus conflictos interpersonales. Observándose también el grado de “Awareness” que posee el paciente, en relación al propio malestar que le aqueja en determinados momentos de su vida y a la iniciativa o no del paciente de dar inicio a un proceso psicoterapéutico. A lo anterior se suma la formación clínica y/o enfoque con el que cuenta el terapeuta. Viéndose a la persona del terapeuta a través del grado de empatía y calidez, y a sus técnicas de intervención o modo de abordar las diferencias individuales de cada paciente, en aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y ambientales.

De acuerdo con J. D. Frank (1982): La psicoterapia es una interacción confiada, planeada y emocionalmente cargada entre un psicoterapeuta capacitado aprobado por la sociedad y un enfermo. Durante esta interacción el psicoterapeuta busca aliviar la angustia e incapacidad del enfermo por medio de comunicaciones simbólicas, sobre

todo palabras, pero también en ocasiones actividades corporales. El psicoterapeuta puede hacer intervenir o no a los parientes del paciente y a otros en los rituales de curación. La psicoterapia también incluye a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que puede utilizarse como una oportunidad para el crecimiento personal. (Trull&Phares, 2003, p. 294).

En términos generales, el hecho de abordar esta problemática, es visualizar el “Awareness” personal alcanzado por el paciente y a los motivos que según él, contribuyeron a culminar de manera satisfactoria su proceso terapéutico.

Pregunta de Investigación

En consideración a lo anteriormente expuesto es que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿A que atribuyen aquellos pacientes que culminan con éxito sus procesos terapéuticos, el éxito de los mismos?

2- Objetivos

2.1. Objetivo General

- Conocer a que atribuyen aquellos pacientes que culminan con éxito sus procesos terapéuticos, el éxito de los mismos.

2.2. Objetivos Específicos

- Registrar las expectativas que tenían los pacientes antes de comenzar su proceso de psicoterapia.
- Conocer el concepto que posee el paciente del psicoterapeuta y del proceso de psicoterapia.

Marco Teórico

I. Antecedentes históricos de la psicoterapia

López Piñero (2002) y Feixas (1993) ubican los antecedentes históricos de la psicoterapia mucho antes del nacimiento de la Psicología como ciencia y de la psicología clínica como campo de aplicación psicológico, específicamente de la mano de otras disciplinas como la religión, la magia, la medicina y la filosofía; afirmación sostenida en la concepción de la psicoterapia como un tratamiento de lo psíquico o del alma. Por su parte Feixas (1993) asevera que la psicoterapia se desarrolló al margen de la medicina oficial. Un siglo más tarde, en este mismo marco, sería retomada por Liébault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919) en la Escuela de Nancy, y por Charcot (1825-1893) en la Salpêtrière. Siendo el primer paso para el reconocimiento de la psicoterapia como tratamiento de lo psíquico en el ámbito médico, pero antes dos situaciones debían presentarse: “primero, que la enfermedad mental se desvinculara totalmente de las concepciones sobrenaturales, y segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general” (Feixas, 1995, p.36).

Continuando con Feixas (1993), éste afirma que en la Escuela de Nancy a finales del siglo XIX el término psicoterapia hacía referencia a la “sugestión”. Añade este mismo autor junto a Jurgen (1990), que la fecha inaugural de la psicoterapia es el año 1900, que coincide con el nacimiento del psicoanálisis considerado por Feixas (1993) como el primer sistema integrado de psicoterapia.

Durante la primera mitad del siglo XX, el psicoanálisis tiene su mayor desarrollo y expansión, configurándose como el abordaje psicoterapéutico hegemónico. Esta situación comienza a cambiar a partir de 1943, cuando Carl Rogers crea la terapia centrada en la persona como una alternativa nueva de psicoterapia e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica.

Luego, con el desarrollo de los modelos conductuales, sistémicos y cognitivos se acentúa la competencia y hoy en día el psicoanálisis ya no es, por lejos, el único modelo de intervención disponible. Actualmente, existen más de 400 dispositivos de

psicoterapia (Garfield y Bergin, 1994) y, dentro del mismo psicoanálisis, se han reconocido alrededor de 200 variantes. Este escenario plantea el terreno de las psicoterapias como un campo heterogéneo que ha ido creciendo y diversificándose ampliamente.

II. Definición Psicoterapia

Etimológicamente, psicoterapia significa “cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona” (Kleinke, 1995, p.21).

Según Jerome Frank (1982 en Kleinke, op. cit. p.21) plantea que “la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre”. En ella, el sanador intentaría aliviar el sufrimiento de quien consulta a través de comunicaciones simbólicas, pudiendo o no incluir a la familia u otras personas significativas del paciente en el proceso.

La psicoterapia ha sido considerada también, un proceso de “reeducción emocional” que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1965 en Ruiz, 2002). En “Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos”, Feixas y Miró (1995) plantean que contemporáneamente, se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia.. Estos autores describen cuatro elementos que serían esenciales en toda psicoterapia: el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico.

- 1- El cliente: Es quien acude a los servicios psicoterapéuticos, generalmente por experimentar alguna dificultad o trastorno, lo suficientemente importante en su vida como para provocar un deseo consciente de cambio. De este modo, se considera paciente cualquier persona que siente la necesidad de realizar

cambios que no puede realizar por si mismo y que requiere la ayuda de una persona especialmente preparada.

- 2- El psicoterapeuta: Es quien posee una formación profesional y ciertas características personales. Una de las características más relevantes del papel del terapeuta es que intenta ayudar al paciente.
- 3- La relación terapéutica: Es el elemento considerado esencial en toda psicoterapia. Se caracteriza por ser una relación de carácter profesional, donde el psicoterapeuta se interesa genuinamente por el paciente pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. Dado que este es un punto considerado central en la psicoterapia tanto teórica como clínicamente, existen distintas visiones de lo que debiera ser esta relación según los diferentes modelos terapéuticos.
- 4- El proceso terapéutico: Se refiere al conjunto de procesos psicosociales que se dan desde el inicio al fin de la psicoterapia. La manera de concebir este proceso dependerá, en gran parte, del modelo psicoterapéutico que se adopte. Si bien actualmente existen diversas concepciones acerca de lo que es la psicoterapia, en todas se describe como una instancia en la cual participa un sistema consultante que trae algún problema y un sistema terapéutico que intenta ayudarlo a encontrar soluciones de acuerdo a su propia formación profesional, cuyo objetivo es suprimir o aliviar el dolor que trae el que consulta (Berrios, 1999).

III. Modelos teóricos psicoterapéuticos

3.1 Modelo psicoanalítico

“El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna” (op. cit., p.88). Fue creado y desarrollado por Freud y se compone de una teoría de la estructura y desarrollo de la personalidad, de la psicopatología, de la relación terapéutica y del proceso psicoterapéutico.

Según Freud (1912; 1976) el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta, señalando la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia.

En la obra de Freud se pueden distinguir dos conceptualizaciones levemente diferentes sobre la relación entre paciente y terapeuta. En sus primeros escritos Freud describió el vínculo entre terapeuta y paciente como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que otorga, al mismo tiempo, autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía en el paciente la aceptación de las interpretaciones y explicaciones del terapeuta (Freud, 1913 en Horvath y Luborsky, 1993). Posteriormente, consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos, y en sus últimos escritos parece haber modificado este concepto, pasando a la posibilidad de la existencia de un vínculo beneficioso entre terapeuta y paciente basado en la realidad. Según Horvath y Luborsky (op. cit.), las implicancias de esta última perspectiva es que, aunque la interpretación de las proyecciones o experiencias previas no resueltas del cliente eran centrales en la terapia, la capacidad de la porción intacta de la conciencia del cliente, basada en la realidad, para establecer un acuerdo con el terapeuta real, permite emprender la tarea de lograr los objetivos del tratamiento.

3.2 Modelo Humanista

Según Feixas y Miró (1993), lo más relevante de los modelos humanistas, desde el punto de vista psicoterapéutico, radica en el énfasis otorgado a la experiencia inmediata como fenómeno primario. Esto implica que tanto las explicaciones teóricas como la conducta manifiesta, se consideran subordinadas a la experiencia misma y a su significado para la persona. Estos modelos se caracterizan también por el énfasis que le otorgan a los aspectos volitivos, creativos y valorativos de la conducta humana. Estos mismos autores señalan que son varios los enfoques que componen este modelo, entre los cuales se incluyen: el análisis existencial, el enfoque centrado en la persona, el enfoque gestáltico, el análisis transaccional, el psicodrama y la

bioenergética, entre otros. Por lo tanto, resulta difícil hablar de un método terapéutico común. Los terapeutas de estos enfoques utilizan una gran cantidad de procedimientos, dándose importantes diferencias entre un enfoque y otro. Cabe señalar que la mayoría de los terapeutas conocen más de un enfoque y utilizan técnicas y actitudes procedentes de varios de ellos (Feixas y Miró, op. cit.).

3.3 Modelo Cognitivo

A partir de Albert Ellis en 1956 inicio una nueva corriente en psicoterapia que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual. Algunos años después, Aaron T. Beck (1962) inicia una nueva propuesta en psicoterapia que la denomina Terapia Cognitiva. Ambas corrientes, junto con nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, actualmente están comprendidas en la Corriente Cognitivo Conductual que adopta el modelo de la psicología cognitiva.

La psicología cognitiva recurre a la utilización de constructos teóricos en tanto conceptos infebriles, indirectamente, de la conducta externa, para poder explicar el funcionamiento mental. Así y de acuerdo con Rivière (1991, p.129), la psicología cognitiva supone la recuperación de una vieja tradición epistemológica en Psicología. Sin embargo, implica un enfoque nuevo del supuesto de que gran parte de la conducta puede explicarse en virtud de representaciones internas e intencionales.

Otro de los conceptos fundamentales en la psicología cognitiva es el de solución de problemas enfatizando en tres aspectos básicos: la comprensión y representación de los problemas, los procedimientos de solución (estrategias) y la generación y decisión de la solución adecuada (Puente, 1995).

Una de las vertientes mas importantes de la psicoterapia cognitiva de Ellis y practica de la RET, es su famosa teoría de los ABC del pensamiento irracional y del trastorno emocional, (Ellis,1984). Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos.

La teoría y práctica de la RET también mantiene que la mejor forma de discutir las creencias irracionales de las personas y de ayudarlas a cambiar sus sentimientos y conductas en la dirección que considere más deseable son, frecuentemente, las técnicas emotivas y conductuales. En el área emotiva emplea una serie de métodos experienciales determinados, entre ellos la imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1974).

3.4 Modelo sistémico

Los estudios de las familias desde la orientación sistémica comienzan a articularse con la práctica clínica y las investigaciones recién en la década del 50', si bien hubo estudios anteriores que pueden señalarse como precursores, el movimiento cobra fuerza recién en esos años. Comienza a pensarse que las conductas sintomáticas del individuo son el reflejo de una patología familiar más amplia. Se empiezan a formar diferentes tendencias y escuelas, entre los autores ingleses más reconocidos podemos mencionar a Cooper, Laing y Schatzman, y en EE.UU. a autores como Ackerman, Bateson, Boszormenyi Nagy, Erikson, Framo, Haley, Jackson, Satir, Sluzki y Watzlawick entre otros (Feixas& Miró, 1993).

Recién en las décadas del 60' surge la Terapia Familiar de óptica claramente sistémica, con cierta sistematización de los conceptos fundamentales, y allí podemos ver las tres grandes escuelas tradicionales dentro de la Terapia Sistémica, que son la Escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre los más reconocidos, la Escuela Estructural cuyo principal representante es Minuchin y la Escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su máxima figura (Feixas& Miró, 1993).

Actualmente además de las escuelas sistémicas clásicas se pueden mencionar a los movimientos constructivistas y narrativas, quienes en general plantean una actitud menos directiva e intervencionista por parte del terapeuta y una actitud más constructivista, generativista y narrativista (Anderson & Goolishian, 1988; Gergen, 1992; White & Epston, 1993; Schnitman, 1994).

En el modelo sistémico, en general, los síntomas son entendidos como

expresiones disfuncionales del sistema familiar. En los primeros momentos se trabajaba fundamentalmente con toda la familia o el sistema implicado, pero en la actualidad existen modalidades individuales, de pareja y grupales. El enfoque está centrado en el presente fundamentalmente y existió una tradición de no utilizar diagnósticos psiquiátricos clásicos, ya que estos tendían a transformarse en profecías autocumplidoras (Watzlawick, Weakland&Fisch, 1974).

3.5 modelo integrativo

Es propuesto por el psicólogo Don Roberto Opazo, quien propone el modelo integrativo Supraparadigmático, desarrollado por el instituto chileno de psicoterapia integrativa ICPSI (Opazo, 1992;1997).

Basado en la investigación científica para rescatar los seis paradigmas que han demostrado ser mas relevantes y validados hasta la fecha, los cuales son: Biológico, Ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. (Citado en Maturana 1990, Skinner 1953, Ellis1977, Greenberg y Safran 1984, Freud 1948 y Bateson 1972). Estos se organizan en torno al sistema self, que seria el punto integrador del sistema psicológico.

A esto también se suma una ficha clínica integral: FECl, es una ficha de auto reporte que permite evaluar en cada sujeto los diferentes subsistemas anteriormente mencionados.

IV. Análisis de resultados

El análisis de resultados se realizó de la siguiente manera: en primer lugar se procedió a realizar la **Codificación** y con ello la elección de una unidad de análisis; en este caso fue la línea. A continuación se sometió a las respuestas de las entrevistadas a una interpelación para obtener de ellas las principales ideas o categorías principales, en la fase de la **Categorización Abierta**, y de ese análisis se obtuvieron las siguientes categorías:

1. Expectativas
2. Awereness
3. Derivación
4. Motivación cognitiva
5. Trasfondo eficaz
6. Empatía

4.1 categorización axial

En esta fase se analizó cada una de las categorías principales, para conocer los atributos internos de cada una, sus características intrínsecas, o atributos internos, los cuales dotan de contenido y significancia el análisis y las conclusiones, finales, además de permitir obtener así las subcategorías pertinentes.

Categoría	Sub categoría	Frases codificadas
Expectativas	Bajas expectativas	"No tenia muchas expectativas, ya que no conocía anteriormente la psicoterapia...". Entrevista n°2 pregunta 2. "...la expectativa no era mucha, al principio no sabia que tan importante seria para el cambio de visión..." entrevista n°3, pregunta 2.
Awareness	Awareness integral	"...Darme cuenta que de lo que uno cree que es malo, siempre existe lo positivo..." entrevista n°1, pregunta 6.
Derivación	Derivación medica	"por derivación del psiquiatra, me sentía ahogada..." entrevista n°4 pregunta 1.
Motivación cognitiva	Despliegue de conductas	"encontrar un espacio de análisis objetivo y de confianza..." entrevista n°2 pregunta 6.
Trasfondo eficaz	Estado cognitivo, afectivo y identidad.	"...aprendí que tenia que crecer que yo era capaz de salir adelante sola..." entrevista n° 7 pregunta 6.
Empatía	Empatía terapéutica	"...gentil y empática, lo que me facilito como paciente..." entrevista n°1, pregunta 8. "...empática ya que sabe como abordar a la persona..." entrevista n°3, pregunta 8.

V. Conclusiones

A través de la historia se han realizado múltiples estudios en relación a la comprensión teórica y práctica del rol que posee el paciente y/o cliente dentro del espacio psicoterapéutico. Viéndose dicho rol de un modo subjetivo a la hora de exponer sus problemas y/o quejas desde la mirada de un observador y evaluador, como es en este caso su psicoterapeuta. Continuando con lo anterior y interpelando los estudios realizados en cuestión, es pertinente decir que este estudio logra diferenciar la actitud que posee el/a paciente en relación a la Motivación, Awereness y Expectativas preexistentes al dar el paso de iniciar un proceso psicoterapéutico, incidiendo claramente en la culminación de dicho proceso. Por otra parte tenemos la baja comprensión que posee el paciente en relación al conflicto intrapsíquico consigo mismo y con el entorno en el que se desenvuelve.

Con respecto a los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación podríamos decir que dichos objetivos se cumplieron cabalmente.

El objetivo específico nº1, planteaba: Registrar las expectativas que tenían los pacientes antes de comenzar su proceso de psicoterapia. De esto podemos inferir que se pudieron consignar las expectativas que poseían los pacientes en relación al proceso de psicoterapia en sí, ya que las mismas afloraron nítidamente en las respuestas a las entrevistas.

En relación al objetivo nº2 se señalaba: Conocer el concepto que posee el paciente del psicoterapeuta y del proceso de psicoterapia. A esto hay que decir que fue posible conocer en profundidad el concepto de la psicoterapia que poseía cada uno de los entrevistado/a, ya que el tipo de entrevista semiestructurada permitió profundizar en el mismo objetivo.

Teorizando en base a las principales categorías encontradas, podemos decir que a nuestro entender hay dos elementos fundamentales que pueden dar respuesta a la pregunta de investigación. En primer lugar, la **Experiencia del terapeuta** en donde señala la importancia de la **Empatía** como elemento principal para llevar a cabo un

buen término del proceso psicoterapéutico. La inexistencia de la misma imposibilitaría la consecución integral de dicho proceso.

Otro elemento de vital importancia sería 'el estar ahí', 'el darse cuenta', ello permite que el paciente adquiera conciencia de su propia problemática psicológica, logrando replantearse la extinción de la misma, adquiriendo una conducta más optimista consigo mismo al sentirse más seguro del camino que se decida recorrer en conjunto con su terapeuta.

En relación con lo anteriormente expuesto es necesario considerar también, que dentro del proceso psicoterapéutico los pacientes consultaran previa **Derivación** de un médico de salud mental "Psiquiatra". Hay que decir que ello no garantiza la adherencia del paciente a dicho proceso.

En otro ámbito, debe decirse, que hay que considerar la **Motivación Cognitiva** que poseen los pacientes al inicio o en el transcurso del proceso de psicoterapia, permitiendo identificar y fortalecer aquellas debilidades que se observan en el paciente o que él mismo exprese, esto propiciaría un adecuado proceso de psicoterapia, y contribuye bastante a finalizar con éxito dicho proceso, es decir que el paciente culmine su proceso de psicoterapia. Continuando por la misma línea y con respecto al **Trasfondo Eficaz** que presenta el paciente, éste adquirirá conciencia de la de la importancia de su rol dentro del proceso psicoterapéutico lo que propiciará que el paciente confíe en sí mismo para provocar el cambio necesario para sí mismo y propiciar su propio bienestar físico y psicológico.

Bibliografía

1. Carla Carvajal Fuentes, 2012. "Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde la mirada de los experimentados". Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica de adultos.

2. Catalina Hidalgo Cossio. Influencia de las características del terapeuta y del paciente en la constitución de la relación terapéutica. Revista electrónica. Medellín, Colombia. Volumen, 5 N°7. 2013. ISSN2145-437X.
3. Froján Parga, María Xesús, Montañó Fidalgo, Montserrat, Calero Elvira, Ana, García Soler, Álvaro, Garzón Fernández, Álvaro, Ruiz Sancho, Elena María, Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. Psicothema [en línea] 2008, 20 [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720415>> ISSN 0214-9915
4. Krause, Mariane, de la Parra, Guillermo, Arístegui, Roberto, Dagnino, Paula, Tomicic, Alemka, Valdés, Nelson, Vilches, Oriana, Echávarri, Orietta, Ben-Dov, Perla, Reyes, Lucía, Altimir, Carolina, Ramírez, Ivonne, Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2006, 38 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>> ISSN 0120-0534
5. .- Maria Winkler, Claudia Caceres, Ignacio Fernandez, Jorge Sanhueza. Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. Revista terapia psicológica. Año VIII, nº 11, (34 a 40), 1989.
6. Maricelly Gómez Vargas. Concepto de psicoterapia en psicología clínica The Concept of Psychotherapyon ClinicalPsychology. <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/download/10290/9589>.
7. Opazo, R. (2004). Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. En la integración en psicoterapia: manual practico. Fernández – Álvarez, H. Y Opazo Castro R. (Eds.). Paidós, Barcelona.

8. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2006, 38 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 17 de junio de 2018]. Disponible:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>> ISSN 0120-0534.
9. Ramón Riera. La conexión emocional. Formación y transformación de la nostra manera de reaccionar emocionalment. Barcelona: editorial octaedro. Col·lecció recursos. 1^a edición, febrero 2010.
10. Rondón Benítez, Ángela Patricia, Otálora Bastidas, Iván Leonardo, Salamanca Camargo, Yenny, Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. International Journal of Psychological Research [en línea] 2009, 2 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 3 de junio de 2018] Disponible:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023513007>> ISSN 2011-2084
11. Lanza Castelli. La escritura en psicoterapia, regulación emocional y funcionamiento reflexivo. Revista Internacional de Psicoanálisis en internet. número 025, 2007. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071822282012000200011&script=sci_arttext&tlng=pt

LOS SIETE DEBERES DEL MAESTRO

Jorge Venegas de la Paz

Introducción

Maestro, proviene del latín: es aquel, que es Magis; es decir, el más sabio, justo, más grande, tanto en la parte moral, como intelectual y espiritual, son un hombre y una mujer en todos los sentidos.

En la masonería, ser maestro es más que conocer las palabras y los signos de este grado. Al maestro, primero se lo exalta, para luego darle las herramientas del grado, y luego que el mismo, en el transcurso del tiempo, internalice que se lo distinguió como masón y camine por la senda del permanente aprendizaje y perfeccionamiento.

Desarrollo

El primer deber, es para con nosotros mismos. Como maestros es el de la vida, su propio templo interior en el cual tomamos posesión de nuestro cuerpo y nuestros órganos, en general ,en general rememorando nuestro tiempo como aprendiz , poniéndonos al orden en escuadra bajo el mentón que significa que preservamos a la cabeza , que suba desde el pecho donde hierven las pasiones, el maestro por sí mismo concluye por someter todo lo que debe acatar, su maestría se extiende hasta los instintos, que domina a la bestia humana. No los suprime pero los subyuga, como lo es la característica del tercer grado, de la garganta se lleva al corazón y de ahí finalmente sobre el vientre en escuadra.

El segundo deber es profundizar. Nadie puede ser maestro sino posee el arte real a fondo, el aprendiz solo puede contentarse con los conocimientos rápidos, generales y superficiales, el compañero observa con cuidado y va adquiriendo la enseñanza teórica en donde va internalizando y perfeccionando y logrando la experiencia, que lo conducirá hacia la maestría. Ahora bien, el arte va evolucionando y

se adapta a las necesidades, destinado que está progresando, el progreso en si es la obra de los maestros, que renuevan en las tradiciones apartándolos de las rutinas, lejos del servilismo. Animados, por el puro espíritu, hacia el arte e ir al fondo de las cosas. Es el objeto de la filosofía, la tarea esencial del maestro pensador es ir al interior de la tierra y de nosotros mismos, donde debemos buscar la piedra oculta de los sabios, en profundizar en donde revelaran al maestro masón la palabra perdida. Al descender penetraremos en la cámara del medio donde resplandece la luz únicamente. La claridad de las profundidades permite al maestro iluminar a sus venerables hermanos y así prevenir todo acontecimiento.

El tercer deber es escuchar a los otros al recordar nuestra iniciación en donde están las columnas fundamentales B y J. Podemos hacer un símil a una balanza que se mantiene sin cesar en el equilibrio.

Ahora bien, el maestro se limita a meditar no solo apelando a la iluminación interior, la meditación silenciosa tiene su complemento a veces su corrección. Es así como el maestro se elevará más y más en el dominio de la comprensión, recogerá el pensamiento de su otro venerable hermano, y retendrá en conjunto con lo suyo, en la búsqueda incesante de la verdad, cualquiera sea su procedencia, por otra parte en el sentimiento, de la tolerancia, virtud esencial del francmasón y del maestro en sí.

El cuarto deber es el de perder toda la ilusión en este sentido. El maestro de hacer abstracción de lo sensible, que se disface de una vida interior triste, el no ilusionarse por nada y dictar un fallo implacable aun sobre lo que más ame. El maestro en si tiene que juzgarse a sí mismo con sus virtudes y defectos tiene que ser equilibrado frente a sus demás venerables hermanos, su misión es predicar con el ejemplo y ser un espejo para los demás queridos hermanos tanto aprendices como compañeros.

El quinto deber es mantener el simbolismo del grado con sigilo y discreción respecto de los profanos y los demás queridos hermanos que no tengan derecho a saber los signos toques y palabras de nuestro grado.

El sexto deber, es conocer y respetar los reglamentos, estatutos y constitución de nuestra orden. También debemos tener en claro, que en los deberes antes mencionados debe primar la fraternidad con todos los queridos hermanos de nuestra logia y mantener la discreción de lo que se trate en nuestro grado no debiendo hablar mal de ningún querido hermano. Al contrario, defenderlo y no debiendo atentar contra el querido hermano y su familia y socorrerlo y ampararlo, cuando todo maestro masón este necesitado o perseguido.

El ultimo y séptimo deber es ejercer, la maestría, instruido y animado con el puro sentimiento masónico de la búsqueda de la verdad y de lograr la perfección. Nosotros los masones no debemos contentarnos con morir simbólicamente, sino que es preciso que esto no sea así. Nosotros en lo sucesivo tenemos que revivir la palabra perdida y concebir en este puro ideal masónico erigiéndole un altar a nuestra inteligencia, resucitando la sabiduría de las edades evocando nuestro espíritu que le da un sentido viviente a las formas incomprendidas.

Conclusión

Como maestros, debemos pedir se nos ilumine, en nuestras capacidades de comprensión y en poder traspasar a otros, nuestros conocimientos internalizados y profundizados. y, también, para que podamos construir efectivamente, nuestro templo interior y tener la gracia de poder transmutar la ignorancia en saber y el mal en el bien.

Bibliografía.

- Wirth, O. (2019) El Libro Del Maestro Masón: Manual de Instrucción Iniciática para el uso de Los Francmasones Del Tercer Grado. Editorial Masonica.es.
- Lavagnini, A. (2019) El Manual del Maestro. La masonería develada Editorial Kier

Normas editoriales

- 1) La revista acepta trabajos del amplio campo de las humanidades y ciencias sociales sin exclusión (Filosofía, arte, historia, sociología, educación, antropología, economía, política, psicología y psiquiatría en su arista social y otras disciplinas afines).
- 2) La Revista Foye acepta todo tipo de trabajos, reportes de investigación, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros.
- 3) Los trabajos deben ser escritos en español, deben ser inéditos. El formato debe ser en tamaño carta, letra arial No 12 con 1,5 espacios de interlineado, con uso de cursiva y sin negrita en el cuerpo del trabajo. La extensión es libre, aunque se aconseja un máximo de 20 páginas.
- 4) Los trabajos deben ser enviados a editores@foye.cl
- 5) Si bien se aconseja la Norma APA en su última edición, la forma de citar las referencias es libre, pero debe ser la misma a lo largo de todo el trabajo y fácilmente comprensible para los lectores.
- 6) El trabajo debe ser iniciado con un resumen en español que de una breve cuenta de lo tratado en el texto, motivando la lectura del mismo.
- 7) Los editores se reserva el derecho de rechazar o sugerir la modificación de trabajos. Tanto la aceptación como el rechazo será comunicado a los autores via correo electrónico.
- 8) La revista está bajo una licencia de Creative Commons reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional.

- 9) Los trabajos recibidos podrán ser publicados en los números regulares de la revista, en suplementos y/o en separatas, así como en cualquier otro medio electrónico o escrito.

Comité Editorial

Editor General:

Dr. Claudio Filippi Peredo

Médico Psiquiatra. Licenciado en Filosofía y Educación. Magister en Psicología Clínica-Magister en Docencia e Investigación Universitarias.

Miembros:

- **Profesor Álvaro Labra Labra**
Profesor de Castellano y literatura
Magíster en Política y Gestión Educacional. Historiador, autor de varios libros de la historia de la Región del Maule, Chile
- **Ps. Martha Elizabeth Carranza Umaña**
Licenciada en Psicología. Magister Artium en dinámica humana. Académica Escuela de Psicología, Universidad Da Vinci de Guatemala. Poetisa
- **Dr. Angel Valaer Rubio**
Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Especialista en Psiquiatría. Doctor en Farmacia. Doctor en Ciencias Biológicas. Doctor en Arte y Humanidades. Profesor Externo de Bioquímica del Envejecimiento, en la Facultad de Farmacia (Universidad de Sevilla). Honorario de la Facultad de Farmacia (Universidad de Sevilla).