

El Encuentro

La Revista Estudiantil

Nº 4
Año 2013
DUC IN ALTUM



Primer Coloquio Carrera de
Psicología

Envejecimiento Cerebral

Psicología Comunitaria

Mi primer año de Psicología,
un descubrimiento

Psicología y la
Familia



Aprender, Aplicar y Desarrollar



EDITORIAL

Tenemos el agrado de poder brindar una cuarta edición de la revista on-line “El Encuentro”, cuyos objetivos apuntan a generar conocimientos y establecer vinculación con diferentes actores relacionados con el área de la psicología.

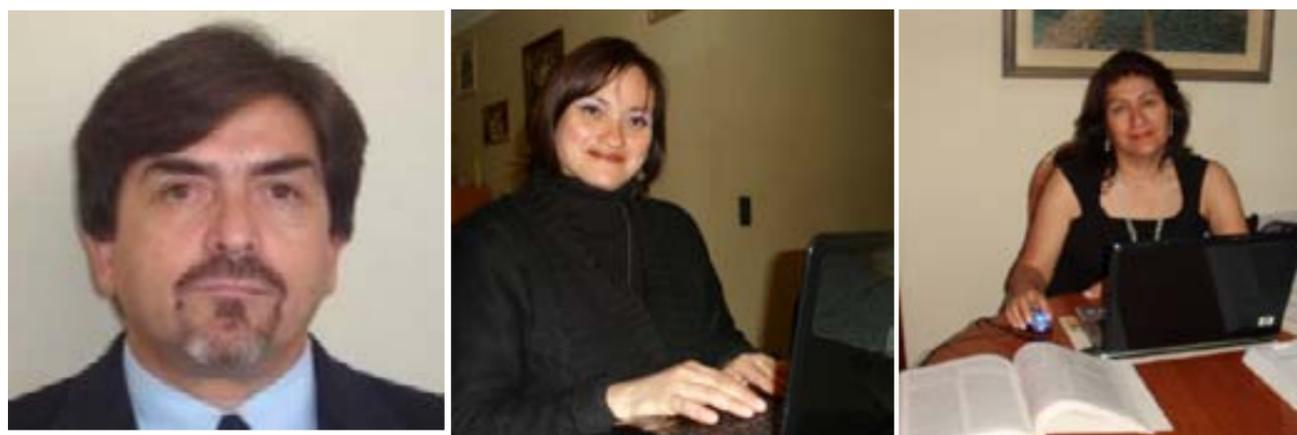
Originalmente, los artículos eran realizados por el alumnado de la Universidad Autónoma de Chile. Sin embargo, a lo largo de las ediciones lanzadas por la revista se han sumado estudiantes correspondientes a diferentes instituciones universitarias, cumpliendo así, uno de los objetivos que da origen a la creación del proyecto “El Encuentro”. Además, a fin de potenciar densidad teórica y experiencial de la revista, han colaborado diferentes profesionales relacionados con la psicología, los cuales ejercen cargos con implicancia social, como docencia universitaria, dirección pública, coordinadores de clínicas psicológicas, directores de carrera; entre otros.

Concretar el proyecto de una revista inicialmente estudiantil, nos ha desafiado como alumnos y como equipo de trabajo ya que, constantemente nos esforzamos por lanzar una edición de interés tanto para alumnado inter-institucional, como para profesionales relacionados con el área, así como también, para personas que presenten interés por la psicología.

Para la existencia de nuestra revista, hay un gran equipo que permanentemente busca estrategias para mejorar y perfeccionar los lineamientos de ésta. Se recaban colaboradores para la realización de artículos, se investigan sobre orientaciones técnicas para su ejecución, se crean redes con diferentes instituciones con las cuales se realizan colaboraciones e intercambios de conocimientos, habilidades, talentos, trabajo, etc. Todo ello en pos de un crecimiento sustancial, que esperamos sea notorio y reconocible a lo largo de las diferentes ediciones realizadas.

Scarlett Isamit

EL EQUIPO EDITOR



| | |
|---|-------|
| Editorial..... | 01 |
| Fotos Equipo Editorial..... | 02 |
| *Adulto Mayor y Psicología | |
| Envejecimiento Cerebral..... | 04-05 |
| Maltrato hacia el Adulto Mayor..... | 07-09 |
| Desde que se nace, se comienza a envejecer..... | 11-12 |
| *Psicología y la Familia | |
| Nuevas Formas de Familias..... | 13-14 |
| Modelo de Salud Familiar: Su historia como un modelo de acercamiento..... | 15-17 |
| Repercusión de la Separación y el Divorcio en el Desarrollo de los Hijos..... | 18-19 |
| *Testimonio | |
| Mi primer año de Psicología un descubrimiento..... | 21-22 |
| Experiencia Personal en la Clínica Psicológica de la Universidad Autónoma de Chile..... | 23 |
| TESIS: más que un Documento..... | 25-26 |
| *Contingencias Universitarias | |
| Primer Coloquio Carrera de Psicología ¿En qué estás tú en la carrera?..... | 27-28 |
| *Psicología y sus Áreas de Intervención | |
| El Test de Luscher y la selección de personal..... | 29-30 |
| ¿Qué es CREAD y que relación posee con Servicio Nacional de Menores (SENAME)?..... | 31-33 |
| La pérdida o cambio del sentido de vida en la Adicción a las Drogas..... | 35-36 |
| Epidemiología del trastorno de pánico..... | 37-39 |
| Implicaciones de la sordera en el desarrollo cognitivo..... | 41-43 |
| *La Ruta del Psicólogo | |
| Entrevista al Docente Pablo Livasic..... | 45-46 |
| *Psicología y Trabajo Social | |
| Psicología: Íntima Colaboradora del Trabajo Social..... | 47-49 |
| Agradecimientos..... | 51-52 |

Envejecimiento cerebral.

En el ciclo de la vida individual, nuestro cerebro pasa por una serie de cambios, que tienden, en general, a una involución cognitiva asociada a la vejez. En este sentido, llega un momento en que en la cotidianidad los olvidos comienzan a ser más recurrentes y las pequeñas lagunas mentales van apareciendo con cada vez mayor frecuencia. La preocupación emerge y la pregunta que sobresale es ¿Qué sucede con nuestras facultades cognitivas?, ¿Qué sucede con nuestro cerebro cuando envejece?

Es intrigante cómo nuestra sociedad se encuentra en una carrera frenética por paliar los efectos de la vejez, pese a que el ocaso es también parte de la vida.

Desde la antigüedad, la inmortalidad se considera como un bien preciado, como una característica solo perteneciente a los dioses. Pero así como la humanidad, en ese entonces, buscaba la inmortalidad como un bien preciado perteneciente a los dioses, amparándose en mitos; en la actualidad se le persigue mediante la ciencia.

¿Qué es envejecer? A lo largo de nuestras vidas, millones de células se dividen una y otra vez, renovando aquellas que mueren, que cesan sus funciones. ¿Por qué una célula muere? Ya en 1962, Leonard Hayflick descubrió que las células después de unas 40 o 50 divisiones, ya no se dividían más y eventualmente morían.

(Behl, 2008). A este punto de inflexión en la fracción celular se le denomina el “Límite de Hayflick”. Pero esta situación solo plantea una nueva pregunta, ¿Qué es lo que determina este límite? La respuesta la podríamos encontrar en las terminaciones de los cromosomas de una célula. Antes de dividirse, la célula debe dividir su material hereditario, esto lo hace mediante la enzima ADN polimerasa, pero para poder realizarlo debe colgarse de la punta del cromosoma o telómero. Esta está formada por genes que no llevan información y son los que se recortan cada vez más con cada división. Cuando el telómero se consume la célula ha alcanzado su límite. Pero no es sólo la división lo que atenta con la vida de la célula, sino también los radicales.

Un radical es una partícula inestable que posee un electrón no neutralizado muy activo. Los ROS (Oxígeno reactivo), por ejemplo, atacan a los ácidos grasos poliinsaturados que tienen algunos electrones libres. Estas moléculas se encuentran en gran medida en las neuronas. Al oxidarse la membrana lipídica ya pueden mantener la integridad de la célula causando así su destrucción (Behl, 2008).

Pero la genética también tiene algo que decir, específicamente con la catecoloximetiltransferasa (COMT), la cual se encarga de la degradación de dopamina. A mayor cantidad de COMT, menor cantidad de dopamina en el cerebro. Cada gen contiene la codificación para la síntesis de COMT. Estos pueden presentar diversas variantes, particularmente la

variante Val y la variante Met. Al combinarlos en los pares cromosómicos, la variante Met/Met, es la que produce en menor intensidad COMT, por lo que en sus cerebros existe mayor cantidad de dopamina, mientras que la combinación Val/Val, aumenta la síntesis de COMT, por lo que disminuye la cantidad de dopamina en el cerebro. (Nagel, 2011).

El autor recién señalado, en el 2008, sometió a diversos sujetos, tanto jóvenes como ancianos, a pruebas cognitivas, y determinó mediante una prueba de ADN a que genotipo COMT pertenecían. Aquellos ancianos con un genotipo que determinaba menor síntesis de COMT presentaban mayor cantidad de dopamina, y mayores resultados en las pruebas de habilidad cognitiva. En cambio los jóvenes no presentaron diferencias significativas. A medida que cerebro envejece, estas diferencias comienzan a acentuarse debido a una disminución de dopamina en el cerebro.

La disminución de las capacidades cognitivas, en particular de la memoria, es una amenaza palpable en ciertas enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Esta enfermedad se caracteriza por la formación de placas de Beta amiloide que producen una alta toxicidad en el espacio extracelular, además por la formación de ovillos al interior de las células producto de la alteración de la proteína Tau. Esta conjugación de factores, destruyen las neuronas principalmente del hipocampo (no la única) afectando a la memoria, progresiva pero indeteniblemente.

Independiente del simbolismo cultural, principalmente occidental, sobre que significa la vejez, ésta sigue siendo parte del ciclo de la vida. Mejor es intentar llegar de buena manera a esta etapa tan importante de nuestras vidas, en las cuales podemos elegir entre la melancolía o integrar nuestra vida en una bella historia. Una buena alimentación, el ejercicio físico y mantenerse activo, siguen

siendo el mejor secreto para una buena vejez y principalmente para una buena vida.

Referencias

- Behl, C. (2008) Cerebro senescente. *Mente y cerebro*. 29(02). 12 – 17.
Nagel, E. (2011) Vejez personal. *Mente y cerebro*. 51 (06).40 – 46.

Claudio Artigas. 5° año de psicología Universidad Autónoma de Chile



Adulto Mayor y Psicología

Maltrato hacia el Adulto Mayor Prevención y Rol del Psicólogo

De acuerdo a las nuevas políticas gubernamentales, que abordan la violencia desde un punto de vista penal y social, es que se hace necesario también incluir dentro de esta categoría, la violencia ejercida intrafamiliarmente hacia las personas mayores.

Para la OMS, (2007) el maltrato hacia las personas de la tercera edad se define como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”, (sección de Programas y Proyectos, párr.1) en las que podría incluir el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, el abuso en cuestiones económicas y negligencia.

Se presume, que entre un 2,5% y un 3,9% de los ancianos, son maltratados en el seno de la familia. De éstos, un 90% son considerados abandonados físicamente, mientras un 20% y 40% de los casos existentes sufren maltrato psicológico. Además, entre un 12% y 18% sufren violación de los Derechos y el 2% han experimentado violencia sexual (De la Cuesta, 2006).

El tema de la violencia hacia los ancianos es un tema que transversalmente afectaría a países desarrollados y subdesarrollados, no dejando de tener en cuenta el componente cultural de

cada uno de éstos, y en consecuencia las posibles formas de intervención que derivarían de los agentes sociales encargados de ejecutar planes de acción respecto a estas temáticas que afectan al desarrollo de la sociedad. Teniendo en cuenta que la proyección estadística indicaría que nuestra sociedad estará fuertemente constituida por este rango etéreo en mediano plazo (Santa Cruz, 2012)

De acuerdo al rol del psicólogo, se estima que mundialmente los programas especializados en temáticas de violencia hacia los ancianos incluirían la sensibilización del tema desde organismos públicos y privados, interviniendo de manera institucional como escuelas y salud pública, principalmente educando sobre indicadores de violencia hacia los adultos mayores; formas de denuncia y fomentar una mirada valórica del respeto hacia el adulto mayor (Santa Cruz, 2012).

Acorde al autor recién referido, una de las consecuencias principales del maltrato o negligencia hacia los ancianos, es la depresión que a ellos les afecta, por lo tanto dentro del sistema de salud es importante abordar el cuidado y protección de éstos, interviniendo no solamente con el afectado sino que también, con el o los adultos responsables de cuyos cuidados.

La mayoría de los maltratos sufridos por los adultos mayores, ocurren dentro de los mismos hogares, lo que dificulta las posibilidades de denuncia, ya que este fenómeno generalmente ocurre de manera silenciosa y oculta dentro del hogar.

En cuanto a las causas o factores que contribuyen a la ejecución de maltrato, tendrían características similares a las que desencadenan la violencia intrafamiliar, no existiendo una causa única, sino que numerosas e interdependientes, vinculadas con sus relaciones efectuadas cuando eran niños y el estrés sometido que conlleva el cuidado de un adulto mayor.

En cuanto a la prevención, se recomienda un abordaje grupal comunitario, que enfatice entregar información de los índices de maltrato y eduque en afrontamientos alternativos a éste (SENAMA, 2007).

Lo ideal es siempre prevenir, para ello hay que anticiparse antes de la crisis. Las actividades de prevención según la PUC (citado en, SENAMA, 2007), constan en la inclusión de la población a través de consejos prácticos, tanto para los adultos mayores como a sus familiares; como manera preventiva de maltrato y negligencia hacia la adultez mayor.

En la dinámica de la violencia intrafamiliar hacia los ancianos, según De la Cuesta (2006), “se mantiene una dinámica implícita e individualizada de relaciones de poder y de resolución de conflictos, así como una historia previa de convivencia que afectan a la calidad de las relaciones interpersonales allí existentes, así como a los mecanismos de respuesta ante situaciones estresantes”(p.19). En conclusión, el maltrato



se daría en familias con antecedentes de violencia, cuyas dinámicas comunicacionales contengan eventos anteriores de abuso. Esto indicaría que no se podría tomar como elemento aislado el estrés del cuidador, sino que también influye el sistema de creencias a la base, valores y trastornos psiquiátricos, lo que podría generar el maltrato hacia un adulto mayor.

Ante esto, se puede concluir que para los psicólogos queda la necesidad de institucionalizar la intervención, promover la sensibilización de la sociedad con este grupo etéreo, a través de la educación, y captación de la comunidad y familias que estén integradas por ancianos. Promover políticas públicas que tomen en cuenta la necesidad de la detección temprana en la violencia ejercida y sufrida por ellos, invitando a nuestra sociedad a asumir la responsabilidad del cuidado y protección de los miembros de la familia que se integra.

Además, tomar la responsabilidad como profesionales en ser un ente activo en la detección de aquellas situaciones de maltrato de manera intersectorial. Capacitar a los cuidadores en temas de autocuidado y sensibilización. Intervenir socialmente en la promoción de formas de comunicación sanas y en prevención de la violencia intrafamiliar, como en la fomentación de la empatía desde los primeros años de edad, interviniendo desde un tipo



educación valórica que integre el respeto y cuidado hacia otro de manera transversal, dentro y fuera de la familia.

Tomando en cuenta que cualquier tipo de actividad de prevención, debe incluir educación masiva, como también consejos prácticos para los cuidadores, familiares y personas de asistencia, a fin de brindar comprensión y atención lo más efectiva posible a aquellos adultos mayores que han sido víctimas de violencia intrafamiliar.

Por último, cabe resaltar que este es un tema emergente para los profesionales de la salud mental y los aportes en investigaciones juegan un rol fundamental para un mejor diagnóstico y futura intervención educativa a nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Benedetti , 2003. Poema al adulto mayor, Recuperado el día 21 de noviembre de 2012 desde:
<http://paraeladultomayor.blogspot.com/2011/03/poema-de-mario-benedettino-te-rindas.html>

De la Cuesta, J (2006).El maltrato de las personas mayores. Ed Hurkoa Fundazioa, Recuperado el día 21 de noviembre desde:
http://www.infogerontologia.com/documents/maltrato/libro_maltrato_web.pdf

Santa Cruz, (2010) Maltrato hacia los ancianos. Recuperado el día 21 de noviembre desde: <http://www.ecovisiones.cl/informacion/maltratoancianos.htm>

SENAMA (2007).Guía de prevención del maltrato en personas mayores. Recuperado el día 21 de noviembre de 2012 desde:

http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/Guia_sobre_Maltrato_al_Adulto_Mayor_2007.pdf

Pontífice Universidad Católica de Chile (2006) Abuso y maltrato en el adulto mayor. Recuperado el día 21 de noviembre de 2012 desde:
www.escuela.med.puc.cl/publ/PDF/Abuso-Maltrato.pdf

Elizabeth Burgos 5º año de Psicología
Universidad Autónoma de Chile



DUC IN ALTUM



Adulto Mayor y Psicología

Desde que se nace, se comienza a envejecer

La vejez es una etapa en la vida, que para muchos es entregar cariño, conocimientos y consejos a las personas. Pero para otros es una etapa en la que no quisieran pensar en llegar; quizás por la incertidumbre ante la vulnerabilidad y deterioro que sufre el ser humano en lo cognitivo, emocional y físico. En este sentido es importante preguntarse ¿Qué es el envejecimiento?; ¿qué es la gerontología y la praxis andragógica? y ¿por qué puede ser este tema importante para un psicólogo?.

La psicología entrega a la tercera edad, investigaciones sobre las necesidades, características de personalidad, la valorización de las potencialidades que permitan la superación de modelos que apuntan solo a lo deficitario. Además, explora en sus intereses y posibilidades de aprendizaje, evaluación de su autoimagen e imagen del mundo percibido. También la exploración de sus actitudes hacia la vejez; sus actitudes hacia la participación social, el trabajo, la creatividad, el conocimiento de su capacidad de intimidad y disfrute. Y su capacidad de trascender mas allá de la fuerza y la belleza física (Rojas, 1999).



De acuerdo a lo anterior, es clave señalar la existencia de profesionales quienes trabajan con esmero en este campo de amplia diversidad. Entre ellos, los Gerontólogos, quienes buscan responder estas preguntas a través de la “Gerontología” rama de la ciencia que se ocupa de estudiar el proceso del envejecimiento de las personas (Chackiel, 2004), siendo una rama interdisciplinaria, es decir que proviene de una acción inter-dinámica entre disciplinas particulares; esta integración se compone de la práctica profesional, enseñanza y desarrollo de conocimientos acerca de la Adulthood mayor (Lozano, 2008).

Otra rama importante de destacar es la “Praxis Andragógica”, definida como un conjunto de acciones, actividades y tareas; aplicando principios y estrategias basadas en la Andragogía (disciplina que se ocupa de la educación y el aprendizaje del adulto, a diferencia de la pedagogía que se ocupa de los niños). Ello, en pos de facilitar el proceso de aprendizaje, proporcionando la oportunidad para que el adulto que decide aprender, participe activamente en su propio aprendizaje e intervenga en la planificación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas en condiciones de igualdad con sus compañeros y con el facilitador de ésta (Al-

calá, 2001; Fernández, 2001).

La palabra vejez se utiliza para referirse a la última etapa de la vida del hombre, por lo tanto solo una más al proceso de desarrollo vital. Sin embargo, de por sí denota una mayor diferenciación y distancia del resto del ciclo vital, como no ocurre con la niñez o la juventud (Zapata, 2001). De este modo, el envejecimiento no es más que una transformación continua, durante toda la vida humana.

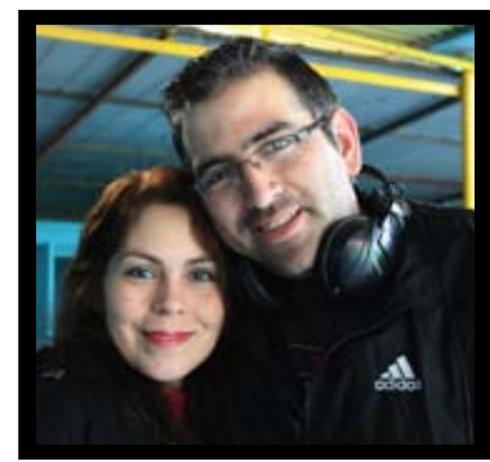
Según Fernández Ballesteros (1999 citado en Alcalá, 2001) el proceso de envejecimiento empieza cuando se inicia la vida, de forma tal que no hay vida orgánica sin envejecimiento. Así, podría decirse que el envejecimiento es vida, y vivir conlleva necesariamente envejecer. A lo largo de ese proceso se producen unos patrones de cambio y de estabilidad así como de desarrollo y declive.

Referencias

Alcalá, A. (2001). La praxis andragógica en los adultos de edad avanzada. Informe de investigaciones educativas, Vol. 15, No. 1 y 2.
Chackiel, J. (2004). La dinámica demográfica de América Latina. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población.
Fernández, S. N. (2001). Andragogía. Su ubicación en la educación continua. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
Lozano, C. A. (2008). Introducción a la gerontología. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. Rev Fac Med UNAM, Vol. 51 No. 2 Marzo-Abril.
Rojas, M. G. (1999). Algunos aportes de la Psicología a la Geriatría: Perspectivas de una línea de Investigación. Investigación y desarrollo. Universidad del Norte, 1 (1): PP 67-74.

Zapata, F. H. (2001). Adulto Mayor: Participación e Identidad. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. X, Nº 1.

Ana María Fredes y Enrique Montecino
Estudiantes de 5° año Psicología
Vespertino



PSICOLOGÍA Y LA FAMILIA

Nuevas Formas de Familias

Hoy en día, la evolución de la familia ha tenido cambios que han marcado su desarrollo y su estudio como tal, produciendo importantes impactos para cada sociedad, llevando a los investigadores a reestudiar este campo y tratar de comprender a los nuevos núcleos familiares y la incidencia que generan en el entorno social e individual (Fruggeri, 2001).

Estos conocimientos pueden ser de gran ayuda para observar cómo una persona de la familia es capaz de cambiar el ambiente en su hogar, mejorar vínculos, saber cómo estructuran las vidas los integrantes y en algunas ocasiones, como siguen las pautas que puede establecer la sociedad en las formas de vida familiar.

Las nuevas formas de familias (Levin, 2002), que se definen en una relación en donde cada uno vive en su hogar, pero comparten sus vidas, han ido tomando sentido en la sociedad, ya sea, por temas particulares de las parejas o por generar nuevas formas de vida de los integrantes, a los cuales no les acomodan las antiguas perspectivas de lo que es tener una relación formal según como se estructuraban antiguamente.

Acorde a lo señalado anteriormente por Fruggeri, se puede mencionar que investigadores han reconocido la plurinuclearidad

familiar, es decir, nuevos núcleos familiares con diferentes parejas e hijos, ya sea, por parte de la mujer o el hombre. Como se puede apreciar, las relaciones familiares se están volviendo mucho más complejas de estudiar, ajustando las miradas a nuevas formas de vivir y plantean nuevos desafíos para los profesionales que decidan intervenir o guiar las nuevas formas de ver las relaciones.

Acorde a los teóricos antes señalados, llama la atención que aún se aborden los problemas o conflictos familiares sin entender estas nuevos tipos de familias, ya que, sostienen una estructura totalmente nueva a las convencionales o clásicas. Es interesante poder comprender, futuro, las nuevas y diversas fuentes que podrían estar ocasionando un conflicto interno o externo dentro de una familia. Me parece importante la pregunta que se plantea en los artículos, ¿será solamente necesario tratar con la familia nuclear o con los núcleos anexos a la familia que podrían estar causando problemas a determinada persona?. Es una pregunta interesante, ya que, su cuestionamiento puede entregar información, en circunstancias donde las terapias no presentan los efectos deseados o cuando el paciente se niega a comunicar verbalmente lo que está pasando, pudiendo ser gran herramienta el contar con reportes familiares.

Las emociones intrafamiliares son centrales para entender lo que ocurre en ellas. Además, permiten dar pistas para generar nuevos rum-

bos sistémicos.

La comprensión de las dinámicas emocionales por parte de los integrantes de las familias, facilita la solución de conflictos y promueve la armonización, a nivel del subsistema de pareja como en los otros subsistemas de la familia (Goleman, 1996).

Algunos de los variados factores que podrían estar potenciando la deficiencia familiar, serían, cómo se plantean las diferencias de comunicación, las que forman parte de uno de los pilares, a mi parecer fundamentales en las relaciones familiares. Otro factor, que se puede considerar son las emociones las que están constantemente circulando en el hogar y la no comprensión de estas, podrían llevar a malos malos entendidos si no se saben tratar y conversar en el tiempo oportuno. (Goleman, 1996)

Bibliografía

- Goleman (1996). La inteligencia emocional.
Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de monocluclearidad y plurinuclearidad en la definición de familia.
Levin (2002). Vivir juntos aunque serpados. p. 372.

Santiago Fredes 3° año de Psicología
Universidad Autónoma de Chile



PSICOLOGÍA Y LA FAMILIA

“Modelo de Salud Familiar: Su historia como un modelo de acercamiento.”

En los últimos años, la reforma de salud, ha introducido modificaciones sustantivas. El principal cambio ha consistido en reconocer el derecho que tienen todas las personas, sin exclusión alguna a una atención de salud equitativa, resolutiva y respetuosa.

A inicios de la década de los noventa comienza a resaltar el rol de la familia en el proceso de atención de salud. En este tiempo, la Universidad de Chile comienza a formar profesionales especialistas en medicina familiar y el Ministerio de Salud se suma a tal iniciativa.

En 1993, surge la publicación de documento “De consultorios a Centros de Salud”. En esta divulgación se dan a conocer características propias del nuevo modelo de atención en salud familiar. Las bases de este modelo fueron planteadas ese año y han mantenido su vigencia. Sin embargo, en el año 1998 fue cuando se puso mayor énfasis en esta inquietud y necesidad de poner a la familia como pilar fundamental y actor principal en el cuidado de la salud de un individuo determinado. Es este momento en el cual se dan a conocer los primeros centros de Salud Familiar (CESFAM). Finalmente el año 2001, con la reforma sectorial, el mode-

lo de atención integral con enfoque familiar y comunitario es legalmente puesto como la nueva manera de atender.

Con el tiempo y con todos estos cambios se ha pasado desde un modelo Biomédico, que ha sido un patrón teórico para el surgimiento de un nuevo modelo más eficiente y eficaz que es el modelo Biopsicosocial. El modelo biomédico se constituyó en la forma de entender, en la sociedad occidental los fenómenos salud y enfermedad. Se fundamenta en



el paradigma cartesiano, desarrollado para la investigación del mundo físico, cuyos principios básicos son los siguientes:

- 1.- Los fenómenos complejos se pueden conocer por el método analítico, fraccionándolos hasta sus componentes mínimos y estudiando éstos por separado. La suma de cada uno de estos resultados, corresponde al fenómeno completo.
- 2.- Sólo son válidos los fenómenos repetibles por varios observadores.
- 3.- Existe una clara separación entre el observador y el objeto observado.
- 4.- Las relaciones de causalidad son simples y lineales.
- 5.- Se puede formular leyes de causalidad,

efecto y magnitud, lo que permite una predicción perfecta. (Peñaloza, Rojas, Rojas & Téllez, 2001)

Con lo anteriormente señalado es evidente que estos modelos plantean una perspectiva reduccionista, que no explica el fenómeno salud-enfermedad, más bien se centra y da más importancia a la enfermedad y al síntoma que la salud propiamente tal. La salud y la enfermedad no están conceptualmente separadas de la persona, tampoco de su medio ambiente. “Siempre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, están involucrados en niveles variables” (Peñaloza, Rojas, Rojas & Téllez, 2001). Este es el aporte del modelo biopsicosocial, destacando que el Ser Humano es un ser completo, quien debe ser estudiado dentro de todas sus partes tanto biológicas, psicológicas y sociales.

De igual forma Von Bertalanffy da ciertos aportes a este nuevo modelo, que poco a poco va surgiendo. Propuso la teoría general de sistemas y menciona lo siguiente: “La teoría general de sistema tiene su origen en la biología, establece que la naturaleza está ordenada en una jerarquía de sistemas vivos e inertes. Los sistemas vivos comprenden desde las moléculas, la célula, los órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad y la biosfera” (Bertalanffy, 1968).

Con aportes, de la teoría general de sistemas de Bertalanffy y el modelo biopsicosocial de Engel, surge el modelo de salud familiar que tiene como la base importante de ser un modelo centrado en la persona como un todo, hacia sus componentes y sus enfermedades. Una forma de relación entre el profesional y el atendido, donde ambos tengan un rol activo en la salud y su promoción, como en la enfermedad y prevención de ésta. Un modelo que mantiene activo la toma de decisiones, con conocimiento y opinión sobre los riesgos y beneficios de las indicaciones profesionales.

Esta aproximación, hace responsable a cada persona sobre su propia salud, incluyendo claridad de sus deberes, respeto en sus derechos, capacidad de utilizar sus propios recursos personales y el entorno para el cuidado de su salud. Un modelo que para la familia, aporta con fortalecimientos, respeto en la diversidad, preparación para poder hacer frente y salir fortalecida de las crisis normativas en las que se puede ver amenazada, familias que se sientan acogidas y acompañada en sus crisis, potenciarlas en autocuidado y factores protectores.

Para la comunidad familiar el modelo la fortalece en su rol. Es informada y respetada, participativa en la toma de decisiones en materias de salud, le da herramientas para que la comunidad se haga corresponsable en el cuidado de la salud de la población y del medio ambiente, que la comunidad tenga claridad en los derechos y deberes.

Finalmente, es importante señalar que la implementación del modelo de salud familiar ha sido un cambio complejo para los equipos de salud, ya que cada sistema de salud está sometido a un profundo proceso de transformación, cuyo objetivo expreso es mejorar el nivel de salud de toda la población. Sin duda es un modelo que ha sido enfrentado a diferentes resistencias tanto de los equipos profesionales, como de la comunidad, pero por medio de la promoción, información y conocimiento el modelo, ha tomado poco a poco una estabilidad y una fuerza, ha sido parte fundamental del crecimiento en atención primaria (APS).

Debido a todo lo señalado se necesitan jóvenes profesionales interesados en el tema y que tengan esta vocación para enfrentar las necesidades que surgen en el sistema actual de salud. Es de mucha importancia que las universidades tengan cursos especializados en asignaturas tales como “psicología de la salud”, “atención primaria” y del “modelo

de salud familiar”. Esto sin duda facilitaría aportes y mejoras a este enfoque, provenientes de la psicología. Nuestra disciplina tiene un rol fundamental en el modelo, tiene el objetivo de promover conductas saludables, prevenir enfermedades, motivar la adhesión a los diferentes tratamientos ya sean médicos o psicológicos y empoderar al individuo, familia y comunidad. Tenemos la gran misión de que un Centro de Salud Familiar (CESFAM), no solamente sea un lugar de acercamiento para asistir a controles o tratamientos médicos, sino también que la comunidad sea partícipe de este modelo y acerque a los talleres formativos, programas de ayudantías que los Centros de Salud muchas veces otorgan gratuitamente a la comunidad. La meta es que un Centro de Salud familiar no solamente sea formado por las diferentes municipalidades de las comunas de nuestro país, tampoco por el equipo profesionales, sino que la clave de todo esto es que sea formada por las familias de la propia comunidad. Es un trabajo multidisciplinar y que cada miembro aporte con su granito de arena para ser efectivo este proyecto.

Referencias:

Peñaloza, B., Rojas, P., Rojas, M., & Téllez, A. (2001). Modelo de atención en salud familiar. Santiago: Escuela de medicina PUC.
Bertalanffy, L. (1968). Teoría general de los sistemas. Nueva York: Fondo cultura económica.

Alex Ramírez O.

Estudiante de 5° año de Psicología
Realizando Práctica Profesional
Universidad Autónoma de Chile

PSICOLOGÍA Y LA FAMILIA

Repercusión de la Separación y el Divorcio En el Desarrollo de los Hijos

En una familia donde surgen situaciones que derivan en la inminente separación de los padres, la disgregación del matrimonio, también conduce a los hijos a una infinidad de dificultades emocionales.

El cambio en la estructura familiar que implica una separación conyugal, conlleva perjudicar la forma de comunicación que tienen unos con otros y altera la manera de relacionarse en el futuro y la visión del nuevo mundo que tendrán que adoptar los hijos.

La tarea de la familia como núcleo principal de acogida a los menores, se dificulta debido a la disolución conyugal. Sin embargo, no debiera eximir a los padres en cuanto a mantener el mejor vínculo posible con sus hijos.

La persistencia de conflictos conyugales después de la separación influye negativamente tanto en la salud mental como en el bienestar de los infantes.

La Asociación Americana de Psiquiatría, considera al divorcio de los padres como una experiencia muy estresante para la familia, en especial para los hijos, que muchas veces pierden la contención emocional y el soporte familiar que tenían previamente (Almonte &

Montt, 2012).

Dentro del divorcio encontramos el síndrome de alienación parental (SAP) un término de Richard A. Garder (1985, citado en, Almonte & Montt, 2012), quien lo describe como un desorden psicopatológico, que hace referencia al conjunto de síntomas que resultan del proceso por el que un progenitor ejerce distintas estrategias e influencia a sus hijos; con el objetivo de impedir sus vínculos con el otro progenitor, hasta generar en los hijos una imagen negativa distorsionada de su padre o madre.



Ya que los hijos están muy expuestos al conflicto conyugal, es probable que el progenitor alienador comunique mensajes instigadores de un “odio patológico” e injustificado hacia el otro(a) progenitor(a). Ello tiene negativas consecuencias en la familia, así como en la identidad del hijo(a) y en su futuro papel de progenitor

El síndrome de Alienación parental está considerado como una forma específica de maltrato infantil. El diagnóstico diferencial de este síndrome (SAP) requiere que no exista maltrato previo, psicológico o físico a la madre y los hijos por parte del progenitor alienado y de un exhaustivo análisis del caso.

Signos de Alerta de Síndrome De Alienación Parental

1. Impedimento por parte de alguno de los progenitores a que ejerza su derecho de convivencia con los hijos
2. Descalificar o insultar al otro progenitor en presencia de los hijos
3. Implicar al entorno familiar en los ataques al ex cónyuge
4. Ridiculizar los sentimientos de los niños hacia el progenitor
5. Incentivar la conducta despectiva y de rechazo hacia el otro progenitor
6. Influir en los niños con mentiras sobre el otro.

El conflicto de los ex miembros de la pareja se expresa también en las demás relaciones familiares, desorganizando las dinámicas que se dan en la relación parentofilial, y con la familia extendida.

El SAP tiende a cronificarse si solo existe una intervención judicial, sin embargo requiere de una mediación de terapia para realizar una completa ayuda a los padres.

Lo ideal en la intervención es que ambos progenitores se sientan validados y se les entreguen las herramientas necesarias para superar sus diferencias y que sean capaces de tomar decisiones sacando a sus hijos del conflicto y reconocer sus necesidades. Dando paso a la coordinación y cooperación necesaria para el desarrollo de sus hijos, logrando una asumir funciones parentales satisfactorias y los hijos reciban el cuidado y protección que necesitan para su desarrollo físico y psicológico.

Brisa Lizana 4º año de Psicología

Bibliografía

Almonte, V. C., & Montt, S. M. (2012). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia . Segunda edición .



Testimonio de Alumna

“Mi primer año de Psicología, un descubrimiento”

El comienzo de la carrera de Psicología, ha sido para mí una nueva y hermosa etapa de descubrimiento. A pesar de haber sido una difícil decisión, porque esta carrera no era aceptada por mi familia, ya que en ella existen, prejuicios, motivados por malas experiencias.

Mi madre, por ejemplo, interactúa, en su lugar de trabajo, con algunos psicólogos. Ella deduce que el psicólogo no pasa de ser un amigo más y que no es mucha la ayuda que pueden prestar. Por este motivo, nuestro trabajo no se valora como corresponde y es poco el dinero que se puede ganar, y como tengo mucha facilidad para las matemáticas, podía haber estudiado algo relacionado con esto y que, por supuesto, genere mayores ganancias económicas.

Al comienzo de mi primer semestre, me di cuenta que era un mundo totalmente diferente al que había conocido. En el ámbito estudiantil, donde mi fuerte era lo numérico (aunque me gustara), claramente no era mi vocación, no me llenaba.

En cambio, a medida que me fui introduciendo en la carrera de psicología, comprendí que no estaba equivocada en mi elección. Aquella ruta que comencé curioseando, aprendiendo de mi misma, sobre mi personalidad. Me servirían más adelante para ayudar a otros, esto

sería una gran motivación, para que el día de mañana pueda llegar a ser una profesional exitosa y destacada, ayudando y orientando a otros de la mejor forma posible.

En lo personal, es esencial tratar de superarme en la mayor cantidad de aspectos que me sean posibles, ir descubriéndome, superar las carencias, buscando como avanzar en aspectos y mantener los que están bien. De ese modo me siento viva y en evolución. Por tanto, las herramientas que se nos entregan cada año son un apoyo para conseguir y construir tu potencial. A pesar de la falta de apoyo familiar creo haber conseguido bastante.

La moraleja que puedo dejar, es que cuando uno quiere conseguir un propósito, una tarea o una meta, la forma de lograrlo simplemente es hacerlas cueste lo que cueste.

Con respecto a los docentes, creo que la mayoría han sido grandes guías, tratando de llenar espacios básicos, siempre comprensivos por quienes trabajan y disponen de poco tiempo. Me gustaría mencionar a algunos de ellos y además darles el agradecimiento por su entrega. A los profesores: Beatriz Villane, Víctor Landa y Andrea Noriega.

Como un punto aparte me gustaría comentar mi doble experiencia como alumna vespertina y Diurna. Creo son dos mundos diferentes, puesto que, el tipo de ambiente que se

ve en cada escenario es muy diferente el uno del otro, a modo de ejemplo, en la diurna no solo vienen a aprender, sino también a hacer amigos y pasarlo bien lo cual tiene mucho que ver con sus pensamientos y motivaciones. En lo personal creo que el ambiente que se da en vespertina es más cálido y su grupo muy unido. Puesto que los estudiantes de vespertina tienen sus ideas más claras, no pierden el tiempo, porque en su mayoría no lo tienen de sobra.

En conclusión, la carrera de Psicología me ha ayudado mucho a entender el por qué de muchas situaciones. Como por ejemplo, que no siempre nuestra vocación es lo que nos resulta más fácil. Además, es indiscutible que el apoyo familiar es importante, pero la garra de cada alumno lo es más.

Gabriela Martínez Ceballo.
2° Año de Psicología.
Universidad Autónoma de Chile



Testimonio de Alumno

Experiencia Personal en la Clínica Psicológica de la Universidad Autónoma de Chile

Al realizar la práctica Profesional en la Clínica Psicológica de la Universidad Autónoma de Chile, se tiene la oportunidad de colocar a prueba todo el conocimiento adquirido durante los años de formación de pregrado, que radica en llevar a lo procedimental lo aprendido. Es un desafío importante que influirá el futuro profesional de todo estudiante. En este proceso, se deberán desarrollar habilidades y actividades tan importantes para el trabajo clínico que esperas desarrollar. Entre las habilidades que deberás experimentar, es necesario mencionar, el desarrollo de adecuadas relaciones interpersonales y profesionales, que permitan una comunicación fluida con los integrantes de ésta instancia de formación. Para esto es necesario poner en juego todas las habilidades sociales que se disponen en conjunto de una comunicación asertiva, lo cual, ayudará a orientar las metas institucionales, que en diversas situaciones son de alta exigencia profesional. Además, enriquecerá los conocimientos técnicos al momento de abordar diversos desafíos que se deberán enfrentar con el equipo multidisciplinario de profesionales, pertenecientes a la Clínica Psicológica e instituciones de convenio para la realización de la práctica Profesional.

Es necesario mencionar, se debe ser paciente, tolerante y perseverante, pues éstas serán las mejores armas para abordar las dificultades o

trabas de este proceso de aprendizaje. Manejando los factores mencionados, se darán cuenta que el paso por la Clínica Psicológica de la Universidad Autónoma de Chile es una experiencia única que brindará la posibilidad de potenciar habilidades y ser profesionales competentes para una sociedad exigente.

Psicólogo Pavel Chiffone de la Universidad Autónoma de Chile



Testimonio de Alumnos

TESIS: más que un documento

La realización del estudio científico, llamado tesis, no está exenta de dificultades. Por este motivo presentaremos un resumen del proceso vivido en la construcción de ésta, lo cual busca orientar desde la experiencia a los futuros(as) tesisistas.

Para comenzar, se debe tener en cuenta la dificultad de encontrar los tiempos adecuados para trabajar en equipo, considerando que cada integrante presenta diferente organización del tiempo y prioridades. Sumado a esto, existen costos económicos que se deben considerar en el proceso y lo que se convierte en un aspecto no menor que se debe considerar.

Por otra parte, es de gran relevancia tener en cuenta el espacio físico de trabajo, que determinará una adecuada optimización del tiempo y los recursos cognitivos. Para esto, se debe contar con un lugar que facilite las comodidades básicas para estudiar en períodos prolongados de tiempo. Entre los elementos básicos, podemos mencionar un lugar que colabore con la concentración y atención del equipo de trabajo, e incorporar herramientas tecnológicas para facilitar el avance técnico de la tesis, como el uso del internet. Además, es necesario que los(as) integrantes del equipo desarrollen un análisis en el proceso del documento, incorporando la visión de diferentes profesionales con respecto al trabajo de tesis, a fin de potenciar la calidad y comprensión

de aquellos escritos que presenten complejidad en su construcción, evitando errores que pudieran estar en desmedro del trabajo técnico realizado. Para esto, se debe recurrir específicamente al apoyo de profesores de la carrera que tengan competencia con los temas en cuestión, o de lo contrario, a profesionales particulares que dispongan del tiempo necesario para abordar todas aquellas interrogantes técnicas que se puedan presentar.

Un punto fundamental a nivel de equipo de trabajo, es la capacidad de abordar el proceso vivido desde el pensamiento crítico, evaluando objetivamente las debilidades del estudio realizado con el fin de minimizar todos aquellos elementos que pudieran estar en desmedro de la investigación, logrando de esta forma, que ésta, sea coherente con el objeto de estudio.

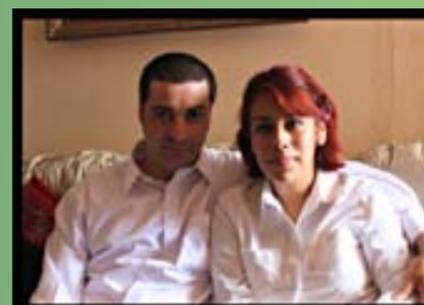
Otra característica a destacar, se refleja en la capacidad de acción que se debe tener frente a los problemas que emergen en el desarrollo de la investigación, los cuales significaron realizar cambios estructurales importantes en el documento. Estos cambios, fueron posibles gracias a la asertividad del equipo de trabajo frente a situaciones problemáticas, reaccionando de manera adecuada, rápida y asertiva en las dificultades (muestreo, cambios metodológicos, etc.) que se presentaron durante el año académico.

Finalmente, es importante destacar que el proceso investigativo genera conocimiento a

nivel teórico y potencia el juicio crítico entre los estudiantes tesisistas. Además, como valor agregado colabora en el desarrollo de habilidades interpersonales como la paciencia y tolerancia a los diferentes puntos de vista, potenciando técnicas de resolución de conflicto y trabajo en equipo.

Se puede concluir que la riqueza del aprendizaje no radica solamente en el documento final, sino, también en el desarrollo de éste, siendo fundamental la convivencia y las relaciones interpersonales entre los (as) integrantes del equipo de tesis profesional.

Pavel Chiffone Orias
Scarlett Isamit Fuentes
Psicólogos Egresados Universidad Autónoma de Chile



Contingencia Universitaria

Primer Coloquio Carrera de Psicología ¿En qué estás tú en la carrera?

Cada año que transcurre deja tras de sí un conjunto de desafíos, alegrías, satisfacciones, frustraciones e incertidumbres. Este conjunto de acontecimientos revela, sin más, el sinuoso camino por el que todo estudiante debe transitar. Sin duda es una prueba al esfuerzo y tolerancia que no puede ser superado si no existe el suficiente compromiso con el rumbo elegido y con la aspiración de ser Psicólogo, en un tejido social complejo y altamente cambiante. La sociedad de hoy demanda a los especialistas respuestas eficaces en un corto tiempo para entender la complejidad de su actuar en un escenario sociocultural que transita sin pausa por una temporalidad que no da espacios para el encuentro con el sí mismo.

Con este telón de fondo, escueta evidencia de nuestro acontecer cotidiano, se convocó a nuestros estudiantes de psicología al primer coloquio de carrera el día 23 de octubre del año recién pasado, denominado: ¿En qué estás

tú en la carrera?, tema sugerente que simbolizó la invitación a participar y plasmar en este encuentro, la percepción de la comunidad en su devenir como carrera y como universidad. El encuentro contó con una importante convocatoria, 247 estudiantes (126 de San Miguel y 21 de Providencia). En cada uno de ellos se vio reflejado el deseo de pertenecer, de expresar su opinión, de contribuir con la palabra y de dejar sedimentado en este acto su presencia y entusiasmo a ser parte del esfuerzo colectivo para ser mejores en lo que hacemos y en lo que estamos.



En esta oportunidad el propósito de este encuentro fue conocer la impresión de los estudiantes respecto a los aportes que cada asignatura y sus respectivos contenidos hacen al perfil de egreso, con el propósito de evaluar la equivalencia que experimenta la formación de nuestros estudiantes con las competencias que nuestra carrera espera formar. Asimismo, el encuentro permitió conocer el sentir respecto a otras materias de formación, cuyas sugerencias han sido debidamente entendidas y consideradas en el afán de mejorar nuestros procesos de enseñanza – aprendizaje.

Finalmente, quisiera destacar otro hecho que considero importante e insoslayable en nuestros estudiantes. Se trata de la voluntad de participación y entusiasmo que cada uno ha puesto en esta actividad, cualidades que constituyen nuestra mayor fortaleza. En este encuentro fuimos testigos privilegiados de la alegría, compañerismo, deseos de participación y expectancia reflejada en cada uno de sus rostros alegres y jóvenes, cualidades que dan cuenta de su valor como futura generación de profesionales que nos sucederán en este esfuerzo inagotable de contribuir al desarrollo y enriquecimiento humano de nuestro país.

Universidad Autónoma de Chile
Sedes de Santiago

Ps. Víctor Cabrera Vistoso
Docente Carrera de Psicología



Psicología y sus Áreas de Intervención

El Test de Luscher y selección de Personal

El dinamismo del ámbito laboral, la velocidad, la rotación de personas, la tecnología, las comunicaciones y otras tantas características, exigen a la empresa y a quienes desarrollan determinados roles al interior de ella, manejar las mejores herramientas a fin de lograr los objetivos propuestos, muchas veces de la mejor manera y en el menor tiempo posible. La expansión de nuevos mercados demanda también, entre otras muchas cosas, el personal idóneo para desarrollar trabajos en torno a equipos de trabajo, donde la eficiencia y determinado perfil psicológico se torna un aspecto basal.

El personal seleccionado será relevante, puesto que, en la medida que cumplan con el perfil requerido por la empresa será más fácil alcanzar los objetivos propuestos por ésta; ¿Cómo seleccionar el personal adecuado a las demandas de la empresa y del mercado? “Personas que acepten retos, que trabajen bajo presión, que cumplan metas, emprendedoras” son algunas de las características que suelen leerse en avisos de trabajo. ¿Cómo saber quiénes son esas personas? ¿Con qué herramientas cuenta el psicólogo laboral además de su experiencia y “ojo clínico”, lo que ya resulta a veces indispensable?.

Existen varios instrumentos para hacer selección de personal: la entrevista, la grafología, algunas baterías, etc., entre ellos destaca el test

de Luscher que fue creado por el Dr. de origen Suizo Max Luscher, en la primera mitad del siglo XX. Es un test proyectivo basado en la elección de ocho colores, que sin palabras, evalúa la personalidad y algunos aspectos claves como, tipo de afrontamiento al estrés, estilos de comunicación, capacidad de rendimiento, expectativas de futuro, imagen de sí mismo, relación de pareja y muchos otros aspectos relevantes en el mundo laboral (Tomas, 2011). Es recomendado para psicólogos por su agilidad y confiabilidad.



Existen dos formatos de aplicación de este test: El primero es el llamado Test Abreviado o test de los ocho colores donde se presenta al sujeto un juego de ocho tarjetas cada una con una tonalidad específica, para que las ordene. El segundo formato es el llamado Test Completo o Gran Luscher, donde se presenta al sujeto en evaluación diversas láminas con varios colores para una elección más detallada. Ambos formatos han mostrado gran coherencia en su aplicación en diferentes lugares del mundo (Valenzuela 2010).

Las características formales de la prueba son un cuadernillo, un manual y una hoja de protocolo. La aplicación es individual, y no tiene límite de tiempo. Las instrucciones que se dan al examinado son: “Le voy a pasar una prueba

basada en la elección de colores. Ud. no debe considerar la moda o las ideas que tenga de ellos, sino sólo responder espontáneamente de acuerdo a sus preferencias o rechazos según se lo pida”. Entre sus ventajas se cuentan la rapidez de su aplicación e interpretación, la economía y simpleza de los materiales utilizados, la posibilidad de ser re-aplicado, y las escasas probabilidades de ser falseado (Weinstein, 1997).

Finalmente se debe decir que es un test relativamente sencillo de interpretar y aprender a usar que será de gran ayuda para el psicólogo o psicóloga laboral en su quehacer diario.

*Juan E. Barrera

Profesor de Educación Básica, licenciado en Teología y Magister en Psicología. Postítulo en Psicología Cognitiva. Director de Sic Capacitación.

Blog : Contra el mundo a favor del mundo. Columnista de diario del sur de Chile.

Bibliografía:

Tomas U. (2011) El test de los colores de Luscher: Para selección de personal con software

Bajado de <http://www.elpsicoasesor.com/2011/02/el-test-de-los-colores-de-luscher-para.html> el 13 de febreo de 2013

Valenzuela V. (2010) El test de Lüscher y el test de Zulliger. Bajado de

<http://pspersonalidaduta.blogspot.com/2010/06/el-test-de-luscher-y-el-test-de.html>

Weinstein R. (1997) Test de Lüscher. En neurosis y salud mental. Bajado de

<http://www.indepsi.cl/indepsi/correos/Correo22/neurosis22.htm> el 13 de febrero de 2013



Psicología y sus Áreas de Intervención

¿Qué es CREAD y que relación posee con Servicio Nacional de Menores (SENAME)?

¿Niños infractores de Ley? ¿Niños vulnerados en sus derechos?

A través de diversas conversaciones con diferentes personas, amigos, profesores, futuros colegas, alumnos de otras carreras, entre otras; me he podido dar cuenta de la existencia de sesgos que giran en torno al concepto Sename (Servicio Nacional de Menores), a la institución, y sobre todo a la función que ejecuta.

En realidad, me parece curioso cuando al preguntar sobre cómo han formado tal opinión, me responden que es referente a los noticiarios, rumores, amigos, etcétera, razones que no incluyen contacto directo, sino, solamente referencial.

Primeramente, para contextualizar el tema, el Servicio Nacional de Menores es un organismo de Estado dependiente del Ministerio de Justicia, cuya misión se centra en la protección, restablecimiento de derechos y reinserción social de los menores, mediante una red de programas pertenecientes a Sename y organismos colaboradores (SENAME, 2013). Tal misión, centra su enfoque en dos situaciones que protagonizan los niños y/o adolescentes; una de ellas, son los menores que han sido vulnerados en sus derechos, y la segunda, dirigida a quienes han infringido la ley.

En el año 2005, se promulga una reforma que contempla cambios en la calidad de atención

y desarrollo de intervenciones, orientados a la reparación de los infantes y no sólo al diagnóstico. Este cambio, abarca los CTD dependientes de SENAME, que a partir de tal especialización, cambian a Centros de Reparación de Administración Directa, siglados como CREAD (SENAME, 2009).

Sobre la base de tales cambios estructurales, cabe preguntarse;

¿Qué es un Cread?

Centros de Reparación de Administración Directa de Sename, orientados a brindar una adecuada calidad de vida, realizando intervenciones que se orienten a la reparación del daño del menor, en conjunto con la restitución de sus derechos, donde cada acción a realizar por el equipo psicosocial del centro, se enmarque en la protección del menor y bienestar del niño (SENAME, 2013), teniendo como principal foco el interés superior del niño con motivo de beneficiarlo de la mejor manera posible, tal como lo plantea la Convención sobre los Derechos del Niño (Biblioteca Congreso Nacional, 2009).

¿Quiénes llegan a un Cread?

En la mayoría de los casos, se trata de intervenciones de carácter urgente a menores donde el Estado debe garantizar protección de manera directa e inmediata (SENAME, 2009). La po-

blación que hace ingreso a centros CREAD, son menores desde el segundo día de nacer, hasta los dieciocho años, los cuales han sido vulnerados en los derechos del niño, surgiendo como causas comunes casos de alta complejidad conductual para la población, dificultad de manejo en crisis para los cuidadores o adultos cercanos, ausencia de escolaridad, protección frente a situaciones de abuso sexual y causales de abandonos familiares.



Fotografía: Scarlett Isamit

¿Cómo funciona un Cread?

Los CREAD cuentan con modalidad de atención de tipo residencial, que como metodología de intervención pretende realizar acciones estructuradas y planificadas, mediante prácticas participativas y multiprofesionales.

Los CREAD, cuentan con educadores de trato directo encargados de ejecutar las rutinas diarias que tiene el centro, además, cuentan con un equipo técnico encargado de las gestiones escolares, de salud, psiquiátricas en caso de que sea necesario, gestiones de tribunales, juzgados de familia y además, se cuenta con un equipo psicosocial, encargados del área de diagnóstico e intervención, construida por un asistente social y un psicólogo.

Los equipos psicosociales, a fin de trabajar de manera adecuada con los infantes, primeramente realizan una fase de diagnóstico o profundización diagnóstica, en la cual se realiza una evaluación preliminar, donde el niño en los encuentros individuales y/o grupales tenga espacio para desenvolverse y expresarse, orien-

tado a recabar información sobre las situaciones complejas y de vulneración que presenten. Sumado a lo anterior, la coordinación con las diferentes instituciones que han tenido implicancia en el caso, consiguiendo información de manera integral sobre los antecedentes

necesarios para poder efectuar la siguiente fase. La segunda fase, es la elaboración de un plan de intervención (PII), el cual incorpora dimensiones de intervención psico-socio-educativa, in-

tervención psicoterapéutica, abordaje de crisis e intervención familiar y socio-comunitaria, desde tres ejes de acción: individual, adultos significativos y comunitario.

Como tercera fase, está el tratamiento, el cual incluye la ejecución del PII, que se llevará a cabo de acuerdo a los objetivos, actividades y sugerencias establecidas en el Plan de Intervención integral. Su ejecución deberá "ser flexible para asegurar respuestas oportunas y atinentes a los cambios y dinámicas del niño/a y la familia, pero siempre en función del interés superior del niño/a o adolescente" (SENAME, 2009, p. 49). Y finalmente, el egreso como proceso de cierre de la intervención, que incluye un monitoreo de logros y cambios generados en el proceso de institucionalización, realizando seguimiento o en el caso que sea necesario, incorporación a instituciones locales que refuercen, los aspectos trabajados.

En base a lo anterior, cabe destacar el cambio cualitativo sobre parte de los funcionamientos que presentan los centros y orientar a los lectores sobre las tareas que realizan los equipos

psicosociales, a manera de potenciar un conocimiento sobre la institución y ubicar el rol del psicólogo dentro ésta.

Referencias Bibliográficas

SENAME, (2009). Orientaciones Técnicas; Especialización de los Centros de Administración Directa. Área de Protección de Derechos, CREAD.

SENAME, (2013). Orientaciones Técnicas; Especialización de los Centros de Administración Directa. Área de Protección de Derechos, CREAD. (pp.3-7, 47-49)

Bustos, A. (Diciembre 2009). Chile y los Derechos del Niño. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <http://www.bcn.cl/de-que-se-habla/chile-derechos-del-nino>

Scarlett Ivonne Isamit Fuentes
Psicóloga Egresa de la Universidad Autónoma de Chile
Práctica Profesional realizada en SENAME CREAD Galvarino



Fotografía



Scarlett Isamit Fuentes

- Matrimonios
- Bautizos
- Cumpleaños
- Conciertos
- Eventos

Si quieres revisar mi trabajo, visita;
<http://www.flickr.com/photos/scarlettisamit/>
Facebook: Skar Isamit
Celular: 7-9928129



Psicología y sus Áreas de Intervención

La pérdida o cambio del sentido de vida en la Adicción a las Drogas.

Lo que el ser humano quiere realmente no es la felicidad en sí, sino un fundamento para ser feliz. Una vez sentado este fundamento, la felicidad o el placer surgen espontáneamente. Para esto el ser humano está siempre orientado y ordenado a algo que no es él mismo; ya sea un sentido que ha de cumplir o ya sea otro ser humano con el que se encuentra. En una u otra forma, el hecho de ser humano apunta siempre más allá de uno mismo, y esta trascendencia constituye la esencia de la existencia humana.

Sin embargo, no es difícil encontrar hoy muchos hombres y mujeres que no han encontrado un sentido para sus vidas y que siguen viviendo como autómatas, como seres irracionales, vegetando, sin haber descubierto la propia identidad. Esta pérdida del sentido de la vida se vive casi siempre en modo dramático. En nuestras entrevistas nos hemos encontrado con casos de jóvenes, pero también de adultos, que no habiendo encontrado sentido a sus vidas o habiéndose derrumbado aquel sobre el cual habían puesto todas sus esperanzas, no descubren el valor de vivir.

Buscar el sentido es buscar la verdad: descubrir quiénes somos, de dónde venimos, a dónde vamos. El hombre busca su propia identidad. Antes de iniciar un consumo problemático los individuos sufren quiebres que provocan en ellos un vacío existencial, este vacío tratan

de llenarlo a través del consumo de estupefacientes como alcohol y drogas, de manera que puedan evadirse de su realidad y tener sensaciones placenteras. Es en este proceso de consumo donde se pierde todo sentido de las cosas, pues más allá de ayudar a encontrar un nuevo sentido o recuperar el perdido, provoca un estado donde se pierde toda orientación y perspectiva de vida y de realidad.

El encontrar en el placer y poder, la forma de tapar las carencias y encontrar en ellos una satisfacción momentánea, rápida y placentera, genera aún más un sentido difuso ya que se está tapando la voluntad de hacer las cosas con sentido a hacerlas por placer o poder. El sentido es un término complejo que requiere de tres áreas noéticas que son la verdad, lo valioso y lo correcto. Todo esto es necesario para que haya un sentido de vida real, como en el período de consumo estas tres áreas están carentes de valor o ausentes, se frustra y se pierde de vista el sentido de vida del individuo.



Masiel Ortiz Contreras
Psicóloga Clínica
Coordinadora de Adicciones en COSAM Cerillos
Psicóloga Comunidad terapéutica Proyecto Ser



Epidemiología del trastorno de pánico

Weissman et al. (1997 citado en Roca 2003), señala que un estudio aplicado a 40.000 sujetos de diferentes países, muestra que el porcentaje de personas que padecen trastorno de pánico en su vida es de 1,4 y el 2.9%.

El DSM IV, plantea que la prevalencia anual estaría dentro del 1.5 y el 3.5%. En estudios realizados en la población general, entre 1/3 y 1/2 de los sujetos con trastorno de pánico presentan agorafobia.

El trastorno de pánico es una enfermedad que tiene una epidemiología de 1 a 1.5% en la población chilena, mayoritariamente se da más en mujeres que en hombres (2-3/1), su inicio es aproximadamente a los 25 años. (Wilson, 2001)

Diagnóstico del trastorno de pánico
Según el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association), el trastorno de pánico se caracteriza por:

“La aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. También aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar

toraxico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control” (pp.477).

Para diagnosticar un trastorno de pánico con o sin agorafobia, debe tener los siguientes puntos:

“A. Cumplimiento de los requisitos (1) y (2):

1. Ataques de pánicos periódicos e inesperados
2. Al menos uno de los ataques ha sido seguido durante 1 mes o más de al menos uno de los siguientes aspectos:

- Persistente preocupación por tener nuevos ataques
- Preocupación por las implicaciones del ataque o por sus consecuencias.
- Cambio significativo en el comportamiento en relación con los ataques

B. La presencia (o ausencia) de agorafobia
C. Los ataques de pánico no se atribuyen a efectos fisiológicos directos producidos por una sustancia (por ejemplo: consumo de drogas o medicamentos) o a un cuadro médico concreto (por ejemplo, hipertiroidismo).

D. Los ataques de pánico no se encuadran mejor dentro de otros trastornos como la fobia social (exposición a situaciones sociales temidas), fobias específicas (exposición a una

determinada situación fóbica), trastornos obsesivo-compulsivos (por ejemplo: con la exposición a la suciedad de alguien obsesionado con la limpieza o la salud), trastornos de estrés postraumático (por ejemplo: en respuesta a estímulos asociados con un grave estrés) o trastornos de ansiedad por separación (por ejemplo: en respuesta a encontrarse fuera del hogar)”.
Roca (2003), menciona que el trastorno de pánico es una enfermedad crónica y deteriorante, pero que a la vez se puede observar periodos de recuperación y de exacerbación. Los sujetos que padecen un trastorno de pánico y que no han sido tratados apropiadamente o han sido diagnosticados por error, la creencia de que padecen una enfermedad con peligro vital pueden provocarles una ansiedad crónica.

Roca (2003), menciona que el trastorno de pánico es una enfermedad crónica y deteriorante, pero que a la vez se puede observar periodos de recuperación y de exacerbación. Los sujetos que padecen un trastorno de pánico y que no han sido tratados apropiadamente o han sido diagnosticados por error, la creencia de que padecen una enfermedad con peligro vital pueden provocarles una ansiedad crónica.

Tratamiento cognitivo conductual.

Roca (2003), señala que los tratamientos cognitivo-conductuales para el trastorno de pánico, suelen incluir: información correctora, reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de la ansiedad como la respiración y la relajación, exposición interoceptiva y exposición a situaciones exteriores. De entre todas estas técnicas, las más efectivas son la reestructuración cognitiva focalizada (de las malinterpretaciones catastrofistas acerca de las sensaciones internas) y la exposición a los estímulos temidos (sensaciones internas temidas y actividades o situaciones en que teme que puedan aparecer dichas emociones).

Terapia cognitivo focal

Surge de la teoría cognitiva de Beck, en donde las emociones no son resultado de la situación, más bien de cómo el sujeto evalúa el cómo piensa acerca de ella. La ansiedad se asocia a pensamientos de peligro, la cual puede ser real

o no.
La crisis de pánico sería producto de la mal interpretación de sensaciones o emociones interoceptivas, como señal de que va a ocurrir una catástrofe, lo que hace que aumente la ansiedad, y se realice una interpretación errónea de la amenaza percibida (circulo vicioso). La terapia consiste en que el paciente aprenda a evaluar correctamente las sensaciones, superando su tendencia de hacer interpretaciones catastróficas que implicarían alteraciones emocionales y conductuales. (Beck & Emery, 1985).

Relajación aplicada

Esta técnica propuesta por Ost (1988), consiste en que los pacientes aprendan una relajación muscular progresiva y que puedan utilizarla gradualmente, en primer lugar todas las sensaciones físicas relacionada a un trastorno de pánico y luego todas las situaciones que el sujeto evitaba.

Se ha investigado que la relajación aplicada es una técnica eficaz debido a la exposición sistemática del evento. Cabe mencionar que esta técnica produce determinadas sensaciones interoceptivas, ya que algunos pacientes no le acomoda y tienden hacer interpretaciones. (Roca E & Roca B, 2004)

Bibliografía

- Beck, A.T., y Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias. Nueva York. Basics Books.
- Pichot, P y Valdés, M. (2000). DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association. pp. 410 – 440. Editorial

Masson, Barcelona - España.

•Roca E. (2003), Trastorno de pánico y su tratamiento: terapia cognitivo focal en formato de grupo.

•Roca E y roca B.(2004),extracto de libro “como tratar con éxito el pánico, con o sin agorafobia”. rescatado de: www.cop.es/colegiados/pv00520

•Wilson R. Reíd (2001), ¡No al Pánico! Cómo controlar los ataques de angustia, Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Esthepanie Pinto Diaz y Daniela Guzmán
5º año de Psicología



Psicología y sus Áreas de Intervención

Implicaciones de la sordera en el desarrollo cognitivo

La deficiencia auditiva es la pérdida total o parcial del sentido del oído, la cual se puede generar por diversas causas. Las más importantes son las aplasias, la obstrucción del canal auditivo o tubarico, traumatismos, intoxicación médica, sordera por infecciones generales, sorderas genéticas.

Para obtener una evaluación audiológica se obtiene a través de la audiometría y la audiometría vocal y evaluación del lenguaje en el caso del deficiente auditivo esta alterado por la respiración, la voz (existen cuatro tipos de voz) la articulación, la entonación y el ritmo de habla, el léxico y la estructuración sintáctica.

El niño sordo, en general, tiene una secuencia evolutiva similar a la del oyente, es decir, pasa por las mismas etapas en su desarrollo cognitivo, aunque se observa un mayor retraso en las adquisición de algunas nociones. Durante el Periodo pre-operatorio, caracterizado principalmente por el juego simbólico, se aprecia que éste se desarrolla con más retraso y limitaciones, como consecuencia de su déficit lingüístico social y experimental, tiene dificultades tanto en su planificación como para traducir el lenguaje en acción. En el Periodo de operaciones concretas (que es una de las áreas más estudiadas), la secuencia de adquisición de los conceptos, que es la misma en los niños sordos y en los niños oyentes, al parecer en los niños sordos la adquisición tiende a ser más

tardía. En este sentido, en tareas de clasificación muestran una mayor competencia los oyentes, seguidos por los sordos con mayor nivel de lenguaje oral y signado. Además se observó en los grupos que los niños pasaban por las mismas etapas y utilizaban las mismas estrategias para alcanzar el resultado obtenido. Y finalmente en el Periodo operatorio formal, los adolescentes sordos, presentan un mayor retraso en el lenguaje. Sin embargo al llegar a la adolescencia ya poseen un cierto nivel lingüístico, bien en lenguaje oral o signado, lo que les permite acceder a este periodo.

Desarrollo del lenguaje.

La adquisición del lenguaje en el niño sordo se realiza de forma espontánea en aquellos niños cuyos padres también son sordos y utilizan el lenguaje de signos como forma natural de comunicación. La adquisición del lenguaje oral para el niño sordo no es un proceso espontáneo y natural sino que es un aprendizaje difícil que debe ser planificado sistemáticamente. La comprensión del lenguaje oral, se realiza principalmente por vía visual, a través de la lectura labio facial, pero solo aporta un 50% de la información necesaria para la comprensión y por ello se debe complementar con otros métodos.

Existen dos tipos de enfoques metodológicos. Los orales en los que se encuentran los orales puros, los orales complementados y orales con dactilología.

Los métodos gestuales utilizados por los niños sordos son el lenguaje de signos y la dactilología. El lenguaje de signos es el sistema más utilizado por la comunidad de sordos. No es fijo ni estable y se modifica igual que el lenguaje oral. Tiene su propia estructura (gramática y sintaxis distinta del lenguaje oral). La dactilología es una escritura en el espacio, cada movimiento de las manos representa una letra del alfabeto para formar palabras, frases u oraciones.

¿El lenguaje influye en el pensamiento de un niño sordo?

Piaget (1967), argumentó que para el desarrollo del pensamiento es necesario la adquisición del lenguaje, y es preciso que el niño actúe sobre el ambiente y se dé cuenta de las consecuencias de sus acciones. De esta manera el niño construye una comprensión del ambiente que se refleja en su pensamiento. También admitió que la adquisición del lenguaje hace posible separar el pensamiento de la acción.

En contraste, Vigotsky propuso que el pensamiento y el lenguaje se desarrollan en paralelo hasta los dos años, comienza a unirse y a influirse mutuamente.

El estudio de los niños sordos ha servido para estudiar la relación entre lenguaje y cognición. Si la persona sorda no posee un lenguaje oral similar al de otras personas de su entorno, y si el lenguaje es un pre-requisito para la cognición, entonces la capacidad de la persona sorda para razonar y pensar debería estar deteriorada o incluso ausente. A la inversa, si el lenguaje depende de la cognición, entonces el conocimiento y la comprensión de una persona sorda deberían ser equivalentes al de una persona oyente.

La sordera, en principio, no afecta a la capaci-

dad intelectual del individuo ni a su habilidad para aprender. Además, el niño sordo parece tener una comprensión acerca de las personas y de los objetos y es capaz de manejar símbolos a una edad temprana, como se demuestra por su uso precoz de signos y juegos imaginarios. Ello, aunque una persona sorda puede tener un habla incomprensible, puede poseer un lenguaje gestual de una complejidad y sofisticación comparable a la de cualquier lenguaje hablado. En este sentido, las personas sordas que pueden comunicarse por el lenguaje gestual no pueden tacharse de no poseer un lenguaje, ya que a través de este lenguaje gestual consiguen desarrollar su experiencia.

La lengua de los signos tiene una estructura lingüística con un nivel fonológico, los signos son fraccionados en elementos sublexicales, un nivel gramatical y un nivel sintáctico. Se describen parafasias semánticas y fonémicas en signos. Las dos diferencias esenciales con el lenguaje oral son el componente viso-espacial y el hecho que los cambios significativos en la forma de la mano tiene una duración mucho más larga que las transiciones fonatorias del lenguaje hablado. Estas dos diferencias habían hecho poner en duda la posibilidad de una dominancia hemisférica para el lenguaje de los signos. Hoy en día se admite que el sitio de este lenguaje es como el del lenguaje verbal, el hemisferio izquierdo.

Bibliografía

Carmona B., Naranjo E., Romano M., (1999). ¿El lenguaje influye en el pensamiento de un niño sordo?. Universidad de Córdoba. Psicopedagogía. Rescatado el 29 de Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.uco.es/~ed1ladip/revista/genios/N6/ArtB6/Art15.htm>

Frigerio C., Letelier C., (1992). Sobre la capacidad de los dementes y sordomudos. Revista Chilena de Derecho (19) pp. 285-298.

La Sordera. (s.f.) Extraído el 29 de Octubre de 2010, desde: <http://html.rincondelvago.com/la-sordera.html>

Lechevalier B., (2007). El pensamiento sin lenguaje verbal en el ser humano. Subjetividad y procesos Cognitivos. Pp. 61 – 78.

Rodríguez M. (s.f.). Lenguaje de Signos. Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Rescatado el 29 de Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01473952099104051054480/p0000002.htm>

SordoNautas (14 de Marzo de 2010). Aprendizaje del lenguaje en niños sordos: fundamentos para la adquisición temprana de lenguaje de señas. Rescatado el 29 de Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.sordonautas.com/biblioteca-sordos/hot-topic/2362-aprendizaje-del-lenguaje-en-ninos-sordos-fundamentos-para-la-adquisicion-temprana-de-lenguaje-de-senas>

Daniela Guzmán 5º año de Psicología



La Ruta del Psicólogo

Entrevista al Docente Pablo Livasic.

1. ¿Realizo algún estudio anterior a la carrera de Psicología? En caso de ser así, ¿que carrera, donde, por cuando tiempo, etc?:

R: Estudié Educación Física durante un año porque siempre me ha gustado practicar deportes.

2. ¿Cual fue la motivación que lo llevo a optar por la carrera de psicología?:

R: Considerar a la Psicología como una Ingeniería de la Conducta donde se investiga en la búsqueda de soluciones a los problemas reales de las personas (como ansiedad, estrés y bajo rendimiento laboral entre otras), basados en el uso del método científico, a través de procesos de observación rigurosos y experimentación en laboratorios. Con esta forma de trabajo se busca que los hallazgos de la investigación en Psicología sólo sean aplicados a las personas con problemas cuando los resultados obtenidos en estudios independientes, de diferentes grupos de investigación, permiten hacer generalizaciones con las garantías suficientes de que la intervención del psicólogo es eficaz y eficiente.

3. ¿Donde realizó sus estudios de Psicología?:

R: En la Universidad Central de Chile, la cual, se caracterizaba por tener una formación científica que agradezco hasta el día de hoy.

4. ¿Cuáles han sido sus estudios posteriores?:

R: Tengo los grados de Magister (en Análisis del Comportamiento en Centro Aster-Psicólogo,

Oviedo, España) y Doctor en Psicología en la Universidad de Oviedo (España).

5. En su época universitaria, ¿Que desafíos, expectativas, conflictos, inseguridades, etc considera que se le presentaron?:

R: Siempre tuve claridad que todo logro que buscaba implicaba si o si esfuerzo a largo plazo y que todo dependía de mi conducta para modificar las contingencias adversas.

6. ¿Cuál era su asignatura favorita y la que menos le gustaba? ¿Por qué?:

R: Asignaturas favoritas eran Psicología del Aprendizaje (basado en el análisis experimental y aplicado de la conducta), Estadística Básica e Inferencial y Psicoterapia Conductual. Las asignaturas que menos gustaban eran todas aquellas donde sólo había teoría y nada de experimentación con hallazgos científicos.

5. ¿Qué es lo que más le gusta de la labor que realiza actualmente?:

R: Realizar investigación metodológica (desarrollo de pruebas estadísticas) con investigadores extranjeros (España y Alemania) para tratar de aportar dentro de las posibilidades en un campo de altísima relevancia para las ciencias de la conducta (Psicología) y las ciencias en general dado que los retos son cada vez mayores, exigiendo al investigador tener una base de conocimientos actualizada a través de un arduo trabajo, estudio permanente y productos de proyectos de investigación científica como artículos en revistas con factor de im-

pacto entre otros. A partir de esa experiencia es que trato de transmitir los conocimientos a los alumnos en cursos de metodología, análisis de datos y psicometría en la docencia universitaria en pre y post grado.

Maritza Torres. 5° año de psicología Universidad Autónoma de Chile



Psicología y Trabajo Social

“Psicología: Íntima Colaboradora del Trabajo Social”

El individuo como ser social, en continua interacción con el medio que lo rodea, es el objeto de estudio de las Ciencias Sociales, las que a lo largo de una evolución histórica, epistemológica, teórica y metodológica; han puesto énfasis en comprender procesos cada vez más específicos mediante diversas disciplinas.

Desde la Reconceptualización del Trabajo Social de los años 70's, la influencia de la Psicología y el Psicoanálisis de Sigmund Freud, se concretó en la inversión de la importancia de los factores sociales por sobre los psicológicos y emocionales en los abordajes de tratamientos. Además, emergieron nuevas perspectivas de valores en la relación de ayuda y la conformación de centros y grupos con dichas orientaciones.

Aun así, es preciso e ineludible destacar que las diferentes miradas discrepan profundamente, tanto en la teoría como en la praxis, tanto en sus fundamentos, evoluciones históricas, metodologías de intervención y en las formas de instalar la relación profesional cliente/beneficiario.

El Trabajo Social se centra en el estudio e intervención de las relaciones sociales y su funcionamiento, ocupándose de promover el cambio social, resolver problemas que se suscitan de las relaciones humanas y liberar a las comunidades, con el objetivo de incrementar su bienestar y empoderamiento (Ezequiel Ander-Egg, 1995).

Bajo esta lógica, la Psicología tiene como objeto de estudio al individuo y sus procesos internos y personales. El Trabajo Social, por su parte, aborda en mayor medida los factores ambientales, que son ciertamente sub-representados por el Paradigma Psicobiológico y Conductual.



Respecto de la relación profesional-paciente, en la disciplina psicológica predomina una perspectiva psicológica imperativamente clínica, mientras que la relación de ayuda del Trabajador Social-beneficiario, incluye un

abordaje no solo desde lo social, sino además desde lo psicológico, lo jurídico y lo sociológico.

Al hacer un símil, y precisar los campos de intervención de la Psicología en el área clínico, laboral, entre otros, es la Psicología Social el punto de convergencia entre ambas disci-

plinas. Ella es utilizada por el Trabajo Social como un recurso para la teorización, interpretación y práctica de diversas intervenciones individuales y/o familiares, grupales y comunitarias.

La práctica del Trabajo Social tiene un fundamento epistemológico, teórico y metodológico altamente influido por la psicología. Así por ejemplo, los modelos psicoanalítico y sistémico familiar, han influido fuertemente en la teoría y práctica de la Aproximación Psicossocial.

Por otro lado, el Enfoque Conductista y su noción de cambio conductual del sujeto en relación al ambiente, nutre los Modelo de Solución de Problemas, Centrado en Tareas e Intervención en Crisis. Por último, el Enfoque Cognitivo incide en el Modelo Cognitivo-Conductual.

Tras una descripción de las particularidades y similitudes de cada disciplina, es preciso destacar el hecho que la Psicología y el Trabajo Social han comprendido cómo permitir tratamientos/intervenciones cada vez más modernas y acorde al contexto sociocultural, atendiendo siempre al bienestar de sus clientes/beneficiarios.

Hoy por hoy, el campo laboral se ha adaptado a estas evoluciones, y consideran en forma importante intervenciones sociales con enfoques interdisciplinarios para una mayor efectividad en el abordaje de las necesidades y problemáticas suscitadas de las relaciones sociales, todo desde un plano biopsicosocial. Así, instituciones y organizaciones poseen en sus staff de trabajo duplas psicosociales, con el fin de conjugar formaciones, competencias y habilidades para realizar intervenciones más integrales, siempre para el bienestar de los beneficiarios.

Un ejemplo práctico de lo anterior, se apre-

cia en una intervención con beneficiarios con consumo problemático de alcohol y estupefacientes, en la cual el rol del psicólogo se inclina por la identificación, descripción y explicación de factores biológicos, emocionales y ambientales que aportan a la disposición del consumo, de los mecanismos de enfrentamiento y de rehabilitación. Por su parte, el Trabajador Social adopta funciones que tienen como objeto prevenir a la comunidad del fenómeno social, intervenir en el consumo e impacto con el entorno e interacción de su constructo de realidad, siendo el individualizado agente de cambio de cambios sociales en un marco teórico y metodológico particular, para finalmente, reinsertarlo en una cotidianidad en armonía con el medio social.

De acuerdo al contexto de modernidad que hoy se vive, se espera que los nuevos estudios teórico-prácticos aporten íntegramente a la relación de ayuda interdisciplinaria, para una evolución teórica, al ejercicio profesional y, en definitiva, a la vocación de cada cual.

Referencias:

-“Aproximación a la Familia...” Gabriel Elizondo Cabrera, 2003.

-“Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional” María José Escartín Caparros, 1992.

-“Conceptos y Teorías acerca de la Familia”, Profesor Gabriel Elizondo Cabrera, 2011.

-Material de estudio “4 Puntos de vista contemporáneos sobre la Psicología Moderna”, Profesora María Ana Navarro Núñez, 2009.

-Recurso en línea, “Diccionario de Trabajo Social”, disponible en <http://diccionariodetra->

bajosocialcolombia.blogspot.com/

-Recurso en línea, “Psicología en el Trabajo Social”, Anónimo. Disponible en http://es.slideshare.net/vane_tx81/trabajo-de-psicologia-13917836

Hidalgo Alvarez, Doris. 5° Año Servicio Social Universidad de Antofagasta.



Agradecimientos

EQUIPO EDITOR

Dirección :

Ana Fredes

Corrector de Estilo Dirección Facultad de Psicología :

Mg. Pablo Gutiérrez

Equipo Editor :

Artigas Claudio
Fuentes Netty
Fredes Santiago
Gutiérrez Pablo
Guzmán Daniela
Isamit Scarlett
Lisana Brisa
Montecino Enrique
Montecino Roberto
Morales Iván
Núñez Juan
Sazo Guido

Correctora de Estilo :

Natalia Parada y Myriam Rojas

Diseñador Gráfico y Web :

Gonzalo Fredes

Fotografía :

Isamit Scarlett

Colaboradores Decanos del Equipo Editor :

Beatriz Villane

Héctor Burgos
Gabriel Calderón.
Macarena Pradenas.
Juan Núñez.
Alejandra Vidal.
Soledad Saavedra.

Alumnos Colaboradores:

Astorga Fabian
Branchadell Diego
Bustos Stephanie
Casajuana José Miguel
Ovalle Katherine
Pavel Chiffone Orias
Rivero Carlos

Agradecimientos Especiales:

Director de la Facultad de Psicología Dr. Daniel Briones y Equipo de Gestión



Servicios Gráficos

☎ **2 635 94 41**

ventas@1vision.cl - ventas1vision@gmail.com
COPIAPÓ 326-B / SANTIAGO
en facebook: 1vision.cl



www.1vision.cl





DUC IN ALTUM

