



**UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLIVAR**

**CURSO DE MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

**“DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS DE LA VÍCTIMA DE
ABUSO SEXUAL PARA EL AVANCE EN PSICOTERAPIA”**

Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister
en Psicología Clínica mención
Psicoterapia integrativa

ALUMNO: Sergio Ortiz Guerra

Santa Cruz – Bolivia

2013

A mi madre por su sincero desprendimiento

A Baguira por ser quien es

AGRADECIMIENTOS

Dirijo un sincero agradecimiento a todos aquellos que han hecho posible la realización de esta investigación:

En primer lugar a mi padre por el gran respaldo que siempre brindó en mi formación académica.

A fundación Fénix por la apertura y buena voluntad con que siempre me recibieron.

Finalmente a Ricardo Sarain, Roberto Opazo y Verónica Bagladi por las firmes luces brindadas, hacia un mayor crecimiento profesional y personal.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	7
Descripción de la situación problemática.....	8
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	9
CAPÍTULO I.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
1.1. El Enfoque Integrativo Supraparadigmático.....	12
1.2. El enfoque de competencias.....	30
1.3. Abuso sexual.....	38
CAPÍTULO II.....	52
MARCO CONTEXTUAL.....	52
2.1. Abuso sexual en Santa Cruz.....	52
2.2. Fundación Fénix.....	55
CAPÍTULO III.....	58
MARCO METODOLÓGICO.....	58
3.1. Objetivo General.....	58

3.2. Objetivos Específicos.	58
3.3. Tipo de diseño.	58
3.4. Universo – población.	59
3.5. Muestra.....	59
3.6. Instrumentos a utilizar:	59
3.7. Variables del estudio	64
CAPÍTULO IV.....	65
RESULTADOS.	65
CAPÍTULO V.....	75
CONCLUSIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	76

RESUMEN.

Uno de los principales problemas que atañen a la ciudad de Santa Cruz actualmente es el incremento de la violencia, que crece proporcionalmente al incremento demográfico de la población dado por el mayor índice migratorio del país.

En consonancia a esta realidad, las autoridades de la ciudad constatan un incremento en la cantidad de denuncias que se hacen a las instituciones municipales, sobre casos de abuso sexual en la ciudad de Santa Cruz. Instituciones como la Unidad de Víctimas Especiales, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia abocan sus servicios al abordaje jurídico-forense de los casos, con la finalidad de esclarecer y someter legalmente tales situaciones. Así, el accionar desplegado, no contemplaba el tratamiento clínico psicoterapéutico de sobrevivientes de tales hechos, quienes deben someterse a un meticuloso y arduo proceso legal, que en muchos casos genera un mayor desgaste psicológico, re-victimización y potenciación del trauma generado.

En respuesta a la necesidad evidente de subsanar este gran daño en la población vulnerada, se crea Fundación Fénix el 14 de diciembre de 2011, estableciéndose como una institución sin fines de lucro, concebida para brindar tratamiento psicológico a sobrevivientes de abuso sexual, buscando reparar el daño psicológico, familiar y social producido a las víctimas, para que puedan en el futuro establecer relaciones sociales saludables y adaptadas.

Así los retos que plantea este emprendimiento son varios para el equipo terapéutico, por lo poderosamente destructivo que puede ser sufrir un hecho tal, junto con las marcadas secuelas que deja en la vida afectiva y relacional el abuso sexual. Por esto el equipo terapéutico tiene el desafío de acertar en las vías técnicas adecuadas para el re-encausamiento de la dinámica psicológica de estos pacientes, hacia un sí mismo coherente y sano.

Bajo esta base es que la -descripción de las competencias para el avance en psicoterapia de la víctimas de abuso sexual- representa un esfuerzo por aportar orden, sistematización, claridad y organización a las funciones terapéuticas de los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que se desenvuelven en Fundación Fénix, incorporando así al potencial técnico de estos profesionales la integración de dos modelos aportativos a los objetivos terapéuticos: la Gestión por Competencias y el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

Para este objetivo, se toma la psicoterapia desde el punto de vista laboral, es decir, se ve aquel proceso activo, desarrollado en un contexto interpersonal - como un trabajo, tanto desde el lado del terapeuta como del paciente. Todo trabajo representa una extensión de las potencialidades físicas y mentales del ser humano, siendo algo que lo caracteriza y lo diferencia de los animales, esta actividad tiene como objetivo producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas.

El trabajo psicoterapéutico implica de esta forma, encauzamiento de facultades internas para interceder en el desenvolvimiento corriente de aquello que se pretende transformar, perfeccionar o desarrollar en una condición deseada. Dicho en estos términos la psicoterapia es una actividad laboral que como tal, es susceptible de ser desglosada en competencias.

La descripción de competencias se realizó mediante la metodología DACUM en un panel de expertos, en el que se centralizó sus aportes en una matriz de competencias, delimitando las capacidades subyacentes vinculadas al avance en psicoterapia a bajo, medio bajo, medio alto y alto nivel de avance en psicoterapia.

Dentro de la psicoterapia los objetivos toman una gran importancia por los siguientes motivos: orientan el proceso terapéutico evitando que evolucione a la deriva sin finalidad, centra los esfuerzos evitando su dispersión (guiando), enriquece el proceso al brindar un propósito a seguir y fortalece las creencias en la terapia y en el terapeuta al comprobar que se alcanza lo esperado (motivando).

Considerando lo anterior se propone las competencias como paso importante para hacer más efectiva la planificación, intervención y comprensión del trabajo psicoterapéutico, al tener las competencias un carácter más concreto y observable que un objetivo o propósito pues se estructura a partir de acciones concretas, mostrando un desempeño real en un contexto de vida.

ABSTRACT

One of the principal problems which affects Santa Cruz city now a days, is the increment of violence, this fact has a proportional growth with demographic increase of the population, given by the country's large immigration index.

As a consequence to this reality, the city authorities have noticed an increase in the number of complaints made to the municipal institutions, about cases of sexual abuse in Santa Cruz city. Institutions as "Unidad de Víctimas Especiales" and "Defensoría de la Niñez y Adolescencia" provide legal and forensic intervention, in order to clarify and legally submit such situations. The fore mention does not contemplate the psychotherapeutic treatment of clinical events of the survivors, who must undergo a meticulous and arduous legal process, which often leads to greater psychological strain, re-victimization and empowerment of the trauma generated.

In response to the obvious need to address the damage caused to the vulnerable population, the "Fénix" Foundation was created December 14, 2011, establishing itself as a non-profit organisation; designed to provide psychological treatment for survivors of sexual abuse and looking for repair the psychological, familiar and social damage to the victims, so that they can establish healthy and adapted social relationships.

The challenges of this project are several for the therapeutic team, because of the destructiveness which could be suffer by it, together with the marked effects sexual abuse could lead with respect to the affective and relational aspects of life. Therefore the therapeutic team has the challenged to assert in the right technical ways to re-prosecution of the psychological dynamics of these patients, to a consistent and healthy self.

Under this basis the "description of skills-for progress in psychotherapy of the sexually abused" represents an effort to bring order, systematization, clarity and

organization to the therapeutic roles of mental health professionals (psychologists and psychiatrists) that operate in the Fenix Foundation. Therefore incorporating the technical potential of these professionals and integration of two contributor models for the therapeutic goals: Competence Management Model and Integrative Supraparadigm model.

For this purpose, psychotherapy is taken from a labor point of view, namely as an active process that is developed in an interpersonal context, both from the side of the therapist and the patient. Every work represents an extension of the physical and mental potential of the human being, which is something that characterizes it and differentiates it from animals. This activity aims to produce goods and services to meet human needs.

From this point of view, the psychotherapy work involves inner faculties to intercede in the current development of what is intended to transform, enhance or develop to a desired condition. Put in these terms psychotherapy is an labor activity, which is capable of being broken down into skills.

The description of competences were performed by the DACUM methodology by experts, in which their contributions will be centralized in an array of skills, defining the underlying capabilities linked to progress in psychotherapy to low, medium low, medium high and high advance in therapy.

Within psychotherapy, the objectives have a great impact for the following reasons: guide the therapeutic process preventing it to evolves without purpose, focuses efforts avoiding dispersion (leading), enriches the process by providing a purpose to continue and strengthen the belief in the therapy and in the therapist when prove of what was expected was achieved (motivating).

Considering the above it is proposes that the skills possessed are an important step in making more effective planning, intervention and understanding of psychotherapeutic work, by possessing this skills, that is, more concrete and

observable character than the objective or purpose since it is structured around specific actions, showing a performance in a real-life context.

INTRODUCCIÓN.

En un esfuerzo por aportar orden, sistematización, claridad y organización a las funciones terapéuticas de los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que se desenvuelven en Fundación Fénix, una organización de servicio social a la comunidad que brinda tratamiento psicológico a sobrevivientes de abuso sexual en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra – Bolivia, buscando reparar el daño psicológico, social y familiar producido en esta población; es que se desarrolla el presente trabajo incorporando al potencial técnico de estos profesionales la integración de dos modelos aportativos a los objetivos terapéuticos: la Gestión por Competencias y el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

El aporte específico que se busca, se centra en la redacción de competencias de cambio en psicoterapia de la víctima de abuso sexual al delimitar las capacidades subyacentes vinculadas al avance en psicoterapia a bajo, medio bajo, medio alto y alto nivel, intentando de esta forma enfocar la labor terapéutica - eliminando tareas innecesarias y concentrando los esfuerzos en actividades claves para el avance en psicoterapia, además de hacer más comprensible y claro “el camino” a recorrer tanto para el terapeuta como para el paciente en el trabajo psicoterapéutico.

Sin pretender generar una talla determinista al tratamiento terapéutico, que norme un paso obligatorio del avance terapéutico, se investiga bajo la comprensión de que las competencias se dan en función de las circunstancias, las condiciones, el contexto, las posibilidades y por tanto deben replantearse tomando en cuenta estas condicionantes. Así este trabajo representa un intento de integración apuntado al accionar específico que oriente hacia el mayor bienestar del paciente.

Descripción de la situación problemática.

La existencia y más aún la abundancia de recursos explotables siempre ha sido un núcleo a partir del cual el ser humano ha centrado sus esfuerzos, atención, actividades y por tanto su vida, ya que al satisfacer sus necesidades permite el desarrollo de sus potencialidades. Así los recursos que un determinado lugar posee, son el cimiento y comienzo de una cadena de productividad que sustenta al ser humano y que lo atrae por la sustentabilidad que le ofrece.

Hoy en día la ciudad económicamente más pujante de Bolivia, justamente por el gran potencial en recursos naturales, es Santa Cruz de la Sierra. El desarrollo económico de ésta como de cualquier ciudad conlleva un mayor crecimiento demográfico, el que acarrea a su vez problemas sociales proporcionales al crecimiento mencionado. Este incremento de problemas sociales se traduce en el incremento del conflicto y la violencia en la interacción de la gente. Así lo constata la cantidad de denuncias que se hacen a las instituciones municipales sobre casos de abuso sexual en la ciudad de Santa Cruz. Estas instituciones abocan sus servicios al abordaje jurídico-forense de los casos, con la finalidad de esclarecer y someter legalmente tales situaciones. Así, la intervención social desplegada no contemplaba el abordaje terapéutico de las víctimas, quienes luego de un arduo y desgastante proceso legal, quedaban desprovistas de la contención y orientación psicológica necesarias para su estabilidad emocional, desequilibrada después de un trauma de este tipo.

En respuesta a esta necesidad es que se crea Fundación Fénix el 14 de diciembre de 2011, estableciéndose como una institución sin fines de lucro, concebida para brindar tratamiento psicológico a sobrevivientes de abuso sexual, buscando reparar el daño psicológico, familiar y social producido a las víctimas, para que puedan en el futuro establecer relaciones sociales saludables y adaptadas.

Los retos que plantea este emprendimiento son varios, al tratarse de una población psicológicamente vulnerable, fuertemente afectada en el ámbito emocional, el equipo terapéutico tiene el desafío de acertar en las vías técnicas adecuadas para el desarrollo sano de la personalidad de estos pacientes, hacia un sí mismo coherente.

Planteamiento del problema.

Describir las competencias generales para el cambio en psicoterapia de la víctima de abuso sexual.

Justificación.

A los seres vivos, por excelencia, les corresponde estar activos. Sin embargo, ningún ser desarrolla actividad como lo hace el hombre. Aparte del movimiento natural que hay en él, realiza una actividad que va más allá de ello: realiza el trabajo. Una extensión de sus potencialidades físicas y sobre todo mentales, que tienen como objetivo producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas.

Trabajar implica por lo tanto, encauzar las facultades internas para interceder en el desenvolvimiento corriente de aquello que se pretende transformar, perfeccionar o desarrollar en una condición deseada.

En este sentido, la psicoterapia, al implicar encauzamiento de potencialidades e intervención en un funcionamiento, representa un tipo de trabajo. Roberto Opazo delimita conceptualmente este proceso de psicoterapia como: un medio generador de experiencias novedosas que al ser correctivas y/o enriquecedoras influyen en el paciente, llevando así al objetivo central de esta actividad: “ayudar a que el

paciente se ayude a sí mismo”. De esta forma la psicoterapia es una extensión de las potencialidades, tanto del terapeuta como del paciente para interceder en el desenvolvimiento corriente del último hacia objetivos acordados entre el cliente y el terapeuta.

Tal y como se plantea, la psicoterapia viene a ser un trabajo. Todo trabajo implica objetivos y medios para conseguirlos. Sobran los motivos para recalcar la importancia de los objetivos en psicoterapia, he aquí algunos de ellos: “constituyen una especie de Norte, que impide que el proceso terapéutico evolucione a la deriva sin alcanzar puerto alguno” (Opazo, 2001). “Objetivos claros y consistentes para la terapia son necesarios para evitar ir saltando de un problema a otro” (Beck, Freeman, & Associates, 1990). “Cuando el paciente tiene capacidad para trabajar con propósito, el proceso se ve enriquecido. Los objetivos terapéuticos... pueden adquirir un mayor valor motivacional y guiador”. “Si el paciente constata que sus objetivos terapéuticos se están alcanzando, se fortalecen sus creencias en la terapia y en el terapeuta”. (Opazo, 2001)

Así, dentro del mundo de actividades humanas nos concierne el trabajo psicoterapéutico, dentro del trabajo psicoterapéutico este documento se aboca al tratamiento de víctimas de abuso sexual. Se pretende una estructuración adecuada de las intervenciones psicoterapéuticas a esta población, de manera que: la actividad esté orientada a un problema o a una oportunidad, donde se conozcan los resultados concretos que se esperan siendo claras la meta y la forma de llegar a ella, que los participantes de la interacción terapéutica aprendan la forma de resolver un problema particular y al mismo tiempo "aprendan la forma de aprender".

Con “el desafío de hacer mejor las cosas y de ser capaz de aportar significativamente más” (Opazo, 2001) se considera dos vertientes de conocimiento como aquellas que pueden lograr tal empresa, estas son: la Psicoterapia Integrativa y el Enfoque de Competencias, cuyos puntos de vista no

son contradictorios sino más bien complementarios al tener la psicoterapia integrativa algunas características centrales tales como:

- ϕ Ser un proceso interpersonal orientado intencionalmente al logro de objetivos terapéuticos.
- ϕ Que todo el proceso ayuda a que el paciente se ayude a sí mismo.
- ϕ Está abierta a la utilización de estrategias clínicas y de técnicas avaladas por la investigación científica. (Opazo, 2001).

Si la tarea pasa a consistir en la pesquisa de fuerzas de cambio específicas y potentes, teóricamente bien enmarcadas y cuya administración clínica fortalezca nuestro rol de especialistas, el Enfoque de Competencias muestra su compatibilidad con esta consigna al estar caracterizado por:

- ϕ Evaluar aquello que "realmente causa un rendimiento superior en una actividad".
- ϕ Es comprensible para todos los implicados y muestra claramente qué se espera de cada uno (paciente y terapeuta): qué competencias y qué resultados.
- ϕ Crea estándares de desempeño - maximizadores - del rendimiento.
- ϕ Enfoca los esfuerzos del paciente y del terapeuta a una misma meta, lo que incrementa la calidad de la toma de decisiones y el logro de resultados clínicos.
- ϕ Elimina tareas innecesarias y concentra los esfuerzos en las actividades claves.

A partir de estas consideraciones, la integración de la redacción en competencias que busca este documento, encuentra justificación en un esfuerzo por aportar orden, sistematización, claridad, organización al trabajo terapéutico en víctimas de abuso sexual.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. El Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

La teoría dialéctica propuesta por Hegel (1770-1831) postula que la dinámica histórica evoluciona desde una tesis a una antítesis, para decantar finalmente en una síntesis. Una interpretación dialéctica del devenir histórico de la psicoterapia, permite delimitar como tesis el período de las escuelas o enfoques “estrechos” excluyentes y más bien rígidos. La antítesis estaría representada por la evolución hacia un eclecticismo “amplio” abierto y flexible. El movimiento hacia la integración en psicoterapia constituiría el paso siguiente, es decir la síntesis. Valorar el enfoque ecléctico es valorar una actitud de apertura flexible, de respeto sin dogmatismos. El movimiento hacia la integración, sin embargo, involucra exigencias adicionales. Integrar involucra: encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos (Fernández-Alvarez, 1996), implica la coordinación de las actividades de las diferentes partes, para alcanzar un funcionamiento armonioso, integrar implica la génesis conexas de una totalidad. Implica una “apertura ecléctica”, en el sentido de favorecer el escuchar, el recoger hipótesis, el alejarse de dogmas. Pero exige un paso adicional: un decantar, seleccionar, evaluar, sintetizar.... Y un formar una totalidad coherente con lo validado, insiste en la primacía de una Gestalt que de coherencia, proporcione un esquema interactivo y cree un orden orgánico (Opazo, 2001).

En los últimos tiempos la psicoterapia ha presentado un terreno propicio para el desarrollo de una Psicoterapia Integrativa. Es así que han surgido diversas aproximaciones principalmente bajo el título de Integración en psicoterapia (Norcross & Goldfried, 1992). En un sentido estricto, sin embargo, estos intentos, aunque altamente aportativos, carecen de la sistematización suficiente y

constituyen más bien valiosas aproximaciones eclécticas con vocación de integración.

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático se nutre en mucho de los enfoques ya existentes, sin embargo tiene como característica nítida el mostrar un perfil diferente, no prioriza ningún paradigma puntual ya que está neutralmente abierta a los méritos y aportes de cada uno de los seis paradigmas integrados. Resulta claro también, que no se pretende que los seis paradigmas hagan aportes equivalentes en cada desajuste (Opazo, 2001).

Adicionalmente y en consistencia con todo lo planteado, sólo será aceptable como postulante a ser integrado en el Modelo, un paradigma que esté conceptualizado con precisión, que haya sido estudiado ampliamente, y que pueda ofrecer evidencia de su operar efectivo en términos etiológicos y predictivos y en términos de estrategias de cambio... Es así que sobre la base de su aporte a la predicción y al cambio, el Modelo valida los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico, los cuales son integrados en función del sistema SELF de la persona (Opazo, 2001). El Recuadro 1 constituye una expresión gráfica del Modelo Integrativo Supraparadigmático, y explicita la configuración estructural de sus elementos.

Recuadro 1



En términos descriptivos, en el Modelo: E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las consecuencias inmediatas y K2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el sistema SELF, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El Modelo integra también las modalidades causales lineal y circular y le otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto (Bagladi, 2003).

En términos funcionales, el Modelo asume que el proceso perceptivo es dialéctico, en el sentido que interactúan sujeto/objeto, es decir la persona cognoscente y el objeto a conocer. En este proceso interaccional el ambiente aporta la “materia prima”, la cual será transformada en estímulo efectivo, que es el que realmente moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema SELF organiza, interpreta y modifica la experiencia, y es a su vez modificado por ésta (Bagladi, 2003).

Desde el Modelo, Opazo ha propuesto el concepto de principio de influencia, el cual procura “humanizar” el principio de causalidad. La determinación causal pasa a ser reemplazada por la influencia probabilística, la cual se aviene mejor con la forma en que funciona la dinámica psicológica.

1.1.1. Paradigmas del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

a) Paradigma ambiental conductual.

El paradigma ambiental/conductual postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la aparición de cogniciones, afectas y conductas específicas. El paradigma ambiental/conductual integra además el modelo del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En cuanto a la etiología, se centra en el rol de las experiencias tempranas y sus efectos los cuales

persisten y son más difíciles de modificar que los efectos de las experiencias más tardías. (Opazo, 2001)

Un ejemplo de principio de influencia del paradigma es el siguiente: se puede afirmar que un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción/bienestar emocional de la persona, que un repertorio conductual completo y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del mismo ambiente.

b) Paradigma sistémico.

Siguiendo la teoría de los sistemas, se entiende como sistema a un conjunto de personas, implica que este es más que la suma de sus partes y que todos los elementos están en relación dinámica entre sí. Este sistema busca un equilibrio haciendo una resistencia al cambio, funcionando por medio de la causalidad circular en un proceso sin principio ni fin. Al momento de interrumpir la homeostasis se produce un cambio total y las partes también se ven afectadas ya sean estas cognitivas, afectivas o conductuales.

En este sentido el Supraparadigma enuncia por ejemplo: “la tendencia del sistema psicológico a mantener su punto de equilibrio homeostático influye aumentando la probabilidad de morfostasia, es decir la resistencia al cambio y el que un cambio positivo estable en una parte del sistema, influye irradiando su efecto, aumentando la probabilidad de que se presente un efecto positivo estable en el sistema total”(Opazo, 2001).

c) Paradigma biológico.

Según Opazo (2001) el paradigma biológico propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conductas (las cuales a su vez pueden ser más o menos "desajustadas"). En términos

etiológicos, se ha documentado ampliamente la influencia de los desbalances endocrinos sobre los estados emocionales, de diversos niveles de daño cerebral sobre cogniciones, emociones y conductas, de disposiciones genéticas sobre la esquizofrenia y sobre los rasgos de personalidad. (Opazo, 2001)

A nivel de principios de influencia relacionados con el paradigma biológico, un ejemplo pertinente sería que: “un alto nivel de extroversión influye aumentando la probabilidad de que la persona experimente afectos positivos “y el que” un alto nivel de neuroticismo influye aumentando la probabilidad de que la persona presente atención selectiva a lo negativo” (Bagladi & Opazo, 2006)

d) Paradigma cognitivo.

Para Opazo (2001) el paradigma centra su atención y su objetivo en la importancia de la información y su procesamiento. La interpretación de sus experiencias puede dar respuestas desadaptativas, las cuales son producto de distorsiones en las percepciones de interpretación de las experiencias, esto genera efectos emocionales y conductuales dramáticamente diferentes.

En referencia a los principios de influencia: “la atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos y el que una tendencia sistemática a atribuir los éxitos a factores externos y los fracasos a factores internos influye aumentando la probabilidad de que se deteriore la autoimagen y la autoestima” (Bagladi & Opazo, 2006).

e) Paradigma afectivo.

Relativo a todos los eventos y estructuras afectivas, los mismos que pueden constituirse en una influencia causal para provocar cogniciones, conductas y a veces cambios anatómico-fisiológicos del organismo.

A partir de los principios de influencia se puede señalar, “la presencia de afectos positivos influye generando una resistencia que disminuye la probabilidad de que surjan afectos negativos y el que la motivación al cambio por parte del paciente influye aumentando la probabilidad de éxito de la psicoterapia” (Bagladi & Opazo, 2006)

f) Paradigma inconsciente.

Según Opazo (2001) el paradigma está referido a aquellas actividades mentales de las que la persona no es consciente, que influyen sobre las cogniciones, afectos y conductas, los cuales tienen características especiales.

En cuanto a los principios de influencia es posible citar “que la aceptación sin conflicto en la conciencia, de contenidos previamente marginados, aumenta la probabilidad de relax en el sistema psicológico de la persona y el que la presencia de mecanismos de defensa inconscientes influye aumentando la probabilidad de tensión interna y empobreciendo el análisis de realidad” (Bagladi & Opazo, 2006).

1.1.2. Funciones del sistema self.

El self dentro del modelo Integrativo Supraparadigmatico es el eje integrador de los paradigmas. El sistema SELF es a su vez un continuo que va desde lo nuclear a lo periférico, incluyendo así a la persona en su totalidad (Opazo, 2001).

El proceso perceptivo es dialéctico, en el sentido que interactúan sujeto/objeto, es decir persona cognoscente y objeto a conocer. En este proceso interaccional el ambiente aporta la "materia prima", la cual será transformada en estímulo efectivo, que es aquello que moviliza al sistema psicológico. En este proceso activo de significación, el sistema SELF organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez cambiado por ésta. En algunas percepciones la función del SELF es muy pasiva y el estímulo efectivo deriva entonces de una actividad mecánica y automática. En otras, el sistema SELF participa muy activamente en la construcción del estímulo efectivo (Opazo, 2001).

En cuanto a las funciones que cumple el sistema self es necesario explicar cada una de ellas:

a. Función de toma de conciencia.

Para Bagladi (2000) la conciencia nos ayuda a adaptarnos a nuestro entorno y satisfacer nuestras necesidades. A mayor conciencia de la experiencia mayor adaptación al entorno.

Se relaciona con una adecuada consciencia cognitivo/vivencial de la experiencia. Lo cual a su vez se relaciona con la capacidad de contestar lo más amplia y objetivamente posible, a las preguntas ¿Cómo es mi entorno?, ¿Quién soy?, ¿Qué me pasa?, ¿Qué pienso, que deseo, que siento?, ¿Cómo funciona?, ¿Cuál es mi historia?; junto con una clara conciencia de la relación conductual/ consecuencia.

b. Función de identidad.

La función de identidad se construye a través de la respuesta de los demás, a través de los éxitos y fracasos, a través del como procesamos nuestras experiencias. Un desarrollo personal adecuado requiere que la persona posea un sentido de identidad personal clara, fundamentada y estable. (Bagladi, Una aproximación al bienestar humano, 2000). La función de identidad involucra autoimagen, autoestima y una respuesta a la pregunta quién soy yo (Opazo, 2001).

Está conformada por la experiencia personal que cada sujeto atribuye, para que esta función tenga un buen desempeño la identidad del sujeto, tiene que ser clara, fundamentada y estable como lo menciona Bagladi (2000). Para Opazo (2001) la identidad, es representada por la autoestima y autoimagen las cuales van de la mano y son los ejes centrales de la función de identidad, se van organizando según las experiencias personales del sujeto las cuales llegarían a ser las más realistas y objetivas.

Si bien autoimagen, autoestima y autoeficacia son todas características dinámicas y perfectibles, lo importante es ir buscando su consolidación de forma progresiva a lo largo de nuestra vida. La aceptación y valoración personal se relaciona con la evaluación de capacidades y logros personales. (Bagladi, 2000)

Es así que un buen desarrollo del sistema self del paciente incide directamente en su calidad de vida. Se desprende desde el Modelo que: las opciones de libertad personal se enriquecen en la medida que se fortalecen las funciones del sistema self.

c. Función de significación integral.

Involucra la traducción de la experiencia; es darle un significado a la experiencia que va a depender directamente del procesamiento biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente del individuo, es decir de los diferentes elementos que estructuran el modelo y que se relacionan significativamente con el input.

Para Bagladi (2000) es darle un significado a una experiencia. El darle una mejor significación es tener una mejor adaptación a la realidad y una adecuada significación a la misma.

d. Función de auto-organización.

Bagladi (2000) nos indica que constantemente se están asimilando experiencias de vida y adaptándolas a realidades lo cual implica que esta función es cambiante, así el self nunca vuelve exactamente al punto de partida y toda experiencia implica algún cambio personal.

Involucra un reconstruirse después del impacto que ocurre tras cada experiencia, ocupando mecanismos de recuperación del equilibrio perdido. Así se ve implicada en esta función la resiliencia, que involucra la capacidad para no afectarse ante

situaciones de alto riesgo de desorganización, es la capacidad de crecer ante la adversidad. (Opazo, 2001)

e. Función de búsqueda de sentido.

Hace referencia a lo existencial, lo cual es personal y cada individuo evaluará que es lo que más valora en su vida, al hecho de dar sentido y propósito a la existencia: ¿de dónde vengo? ¿A dónde voy? ¿Cuál es el propósito de mi vida? Así, es un proceso de cambio progresivo de la persona en el tiempo en la que actualiza sus potencialidades que le facilitan la adaptación, le enriquecen sus opciones de bienestar personal y de satisfacción de sus necesidades. Todo esto potencia las opciones de éxito afectivo, social, laboral y le abren mejores posibilidades de autorrealización. (Bagladi, 2000)

f. Función de conducción de vida.

Esta función es conductora y su misión central es lograr satisfacer sus necesidades por medio de lo conductual. Prioriza necesidades por medio del self. (Bagladi, 2000).

Según Opazo , involucra el despliegue conductual asertivo, un manejo de la impulsividad, donde la misión central es lograr que la persona pueda abrirse espacios para satisfacer las propias necesidades, pero respetando los derechos de los demás. Permite la regulación de las conductas (Opazo, 2001).

1.1.2. Psicoterapia Integrativa: consideraciones de importancia.

El enfoque explicado anteriormente, encuentra aplicación en la Psicoterapia Integrativa, la cual es definida por Opazo como un proceso activo, que se desarrolla en un contexto interpersonal. Este proceso es diseñado específica y

deliberadamente como medio de influencia, la cual se ejerce a través de la génesis de experiencias novedosas en términos cognitivos, afectivos o conductuales, las que a su vez pueden ser correctivas y/o enriquecedoras (Opazo, 2001).

A continuación se mencionan las características centrales que el mencionado autor expone en cuanto a la psicoterapia integrativa:

- ϕ Es un proceso interpersonal orientado intencionalmente al logro de objetivos terapéuticos acordados entre paciente y terapeuta.
- ϕ Todo el proceso ayuda a que el paciente se ayude a sí mismo.
- ϕ Asume que los reguladores generales nomotéticos – los principios de influencia se entrelazan en cada persona de un modo idiosincrático, es decir particular y único.
- ϕ El proceso de Psicoterapia Integrativa se centra en los estímulos efectivos, es decir en la traducción de la experiencia que realiza el sistema SELF del paciente.
- ϕ Incorpora fases didácticas como medio de ensanchar el “awarness”, y de activar la motivación al cambio y la colaboración del paciente en el proceso.
- ϕ Está abierta a la utilización de estrategias clínicas y de técnicas avaladas por la investigación científica.
- ϕ Asume que el desarrollo de cada paradigma del Modelo Integrativo, constituye un aporte terapéutico y/o preventivo.

Tomando en cuenta el último punto, el modelo recalca la necesidad la evaluación clínica integral de cada paradigma y del sistema SELF del paciente. Lo cual facilita no solo la identificación de la resistencia estructural, sino también la identificación de las fortalezas, debilidades y la identificación de los focos óptimos de intervención (Opazo, 2001).

a. Variables del terapeuta, el paciente y de la relación paciente/terapeuta en Psicoterapia Integrativa.

La Psicoterapia Integrativa al ser un proceso de interacción, incluye en ella variables propias de tal situación, lo cual quiere decir que existen características desplegadas por cada parte de la relación terapéutica y características generadas por la convergencia, la amalgama de estas dos porciones, que en conjunto desembocarán en una resultante productiva o improductiva para el trabajo terapéutico en desarrollo. Así las nombradas “características del terapeuta, de la relación, de los principios de influencia y de las técnicas, podrán “nutrir” mejor o peor, aportar más o aportar menos a que el paciente co-construya estímulos efectivos consistentes con los objetivos terapéuticos” (Opazo, 2001).

En este sentido las competencias del terapeuta deben sintonizarse con las demandas del paciente, ya que “el eje de todo el proceso está finalmente en el paciente y en los estímulos efectivos que éste co-construye” (Opazo, 2001. Así queda claro en Psicoterapia Integrativa que la prioridad está puesta en el aporte que se pueda realizar al paciente, sumiéndose a esta preferencia toda connotación terapéutica.

Es así que la realidad terapéutica que se construye en la mente del paciente en gran medida es producto, decómo aprendió a percibirla de la mano de las características del terapeuta,esto -lo que el paciente cree y espera- “contribuye sustancialmente a producir el resultado. Vital será entonces la habilidad del terapeuta para lograr que el paciente crea en la terapia y en el terapeuta mismo”(Opazo, 2001). De este modo el supraparadigma “valora la creatividad como variable del terapeuta. Al estar el proceso basado en principios y no en recetas, la administración “artística” de los principios científicos resulta crucial para el proceso.... Cada psicoterapeuta integrativo deberá ir creando un proceso terapéutico ad hoc para cada paciente, a partir de los fundamentos y principios de la Psicoterapia Integrativa” (Opazo, 2001).

Los métodos por lo tanto, siguen un curso similar, su eficacia estará condicionada por la capacidad del terapeuta de hacer que estos calcen con la expectativas del paciente (Frank, 1995). Así la idea del paciente en Psicoterapia Integrativa no es avasallada por intervenciones de tipo “llave maestra” que prioricen el medio (la técnica) sobre el fin (el bienestar del paciente), contrariamente se evoca al paciente como un ser racional que no es meramente operado por supuestas intervenciones “potentes” o por tratamientos que los cambiarán. “Los clientes más bien son agentes activos quienes operan sobre el input del terapeuta y lo modifican para alcanzar sus propios fines” (Opazo, 2001).

Con todas estas directrices el rol terapéutico en Psicoterapia Integrativa queda marcado por la actitud de no “esperar” a que el paciente “funcione”, sino de aportarle lo mejor que se le puede aportar para que sí “funcione” (Opazo, 2001).

b. El contexto formal de la Psicoterapia Integrativa: encuadre terapéutico.

El encuadre terapéutico se refiere a la estandarización de variables en contraste y busca explicitar y mantener las siguientes constantes: roles respectivos (naturaleza y límite de la función que cada parte de la relación terapéutica desempeña), lugares, horarios y duración del proceso. La precisión del encuadre terapéutico se da de acuerdo a las particularidades del caso. Sin embargo existen parámetros generales bajo los que se considera que la mayoría de los pacientes se beneficiará, siendo el terapeuta:

- ϕ Puntual tanto al inicio como al término de la sesión.
- ϕ Organizado, que no cambie o suspenda sesiones, que acuerde con claridad la duración de cada sesión, que acuerde un claro sistema de pago.
- ϕ Vestido con cierta formalidad básica.

φ Presto al orden en su sala de consulta, que esta sea realmente privada, que no exista contaminación acústica durante las sesiones, que las sesiones no sean interrumpidas.... Sin necesidad de crear un clima “fantasmagórico” o de “ascepsia” total, este contexto formal entrega un mensaje implícito de seriedad del terapeuta y de respeto por el paciente. Y contribuirá a fortalecer en el paciente su creencia en el tratamiento (Opazo, 2001).

c. El contexto técnico de la Psicoterapia integrativa: los objetivos terapéuticos y las fases didácticas.

Objetivos terapéuticos.

Un objetivo se define como un elemento programático que identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a un propósito. Dentro de la psicoterapia, la influencia que se busca realizar en el paciente - sea correctiva o enriquecedora - es potenciada al generar objetivos, por este carácter focalizador y orientador - inherente a este elemento.

Respaldando la importancia de los objetivos en psicoterapia encontramos quienes aseguran que “las terapias con mejor “pronóstico” son las de modalidad breve, centradas en el presente y focalizadas en los problemas” (Psychotherapy, 1992).

Centrando la atención en el paciente, los objetivos terapéuticos cobran importancia, ya que al ser ambiguos el paciente puede presentar una significativa resistencia dinámica al cambio en psicoterapia (Opazo, 2001). Todo lo contrario es también válido “si el paciente constata que sus objetivos terapéuticos se están alcanzando, se fortalecen sus creencias en la terapia y en el terapeuta”. (Opazo, 2001). Llegando a este punto es donde encontramos el verdadero fundamento de los objetivos en psicoterapia, ya que el paciente es aquel a quien van dirigidos todos los esfuerzos; los objetivos tienen sentido, ya que cuando el paciente tiene capacidad para trabajar con propósito, el proceso de Psicoterapia Integrativa

puede verse enriquecido al dotar el proceso de un mayor valor motivacional y guiador. Cuando el paciente valora los objetivos terapéuticos, percibe con claridad las ventajas de alcanzarlos, percibe cómo puede colaborar para alcanzarlos, etc., tenderá a acrecentar su deseo de cambiar en una dirección consistente con los objetivos. Por tanto “objetivos claros y consistentes para la terapia son necesarios para evitar ir saltando de un problema a otro” (Beck, Freeman, & Associates, 1990).

Sintetizando tenemos que los objetivos terapéuticos:

- ϕ Orienta la terapia al constituir una especie de Norte, que impide que el proceso terapéutico evolucione a la deriva sin alcanzar puerto alguno.
- ϕ Cumplen funciones de motivación al cambio y de reducción de la resistencia al cambio.... Impide que la terapia evolucione en términos vacilantes dando “tumbos” en forma permanente (Opazo, 2001).

Dentro de la Psicoterapia Integrativa los objetivos son paralelos a los estímulos efectivos, en este sentido “el desafío consiste en generar estímulos efectivos potentes, asumidos por el paciente y consistentes con los objetivos terapéuticos, así el eje de todo el proceso está finalmente en el paciente y en los estímulos efectivos que éste co-construye... Para la Psicoterapia Integrativa la movilización al cambio pasa a ser el objetivo final, y la alianza terapéutica debe ser funcional a este objetivo de fondo” (Opazo, 2001).

- Fuentes de objetivos terapéuticos. Los objetivos terapéuticos pueden extraerse de las siguientes situaciones clínicas: Motivos de consulta, Síntomas del paciente, FECL, fases didácticas, la experiencia y conocimientos del terapeuta que pueden aportar elementos.
- Características de los objetivos terapéuticos. Un objetivo terapéutico debe poseer las siguientes características para ser funcional y útil al proceso de cambio:

- a) Especificidad. La precisión de los objetivos terapéuticos implica especificidad, claridad, implica que deben ser compartidos por paciente y terapeuta, son realistas y alcanzables y que son motivantes para el paciente – tanto cognitiva como afectivamente - (Opazo, 2001). Cuando las estrategias abarcan muchos aspectos abstractos o muy generales, las intervenciones y los resultados se vuelven difusos. Por ello hay que vincular a las intervenciones con metas y objetivos específicos. Las metas, aparte de significar logros, representan brechas entre lo que somos y lo que nos falta. Las intervenciones tratan de achicar o anular esas brechas. Así un “objetivo formulado en términos generales, del tipo “crecer como persona”, “ser feliz” o “ser una mejor esposa” requieren de precisiones más específicas. De este modo, el objetivo “ser una mejor esposa” puede desglosarse en “incrementar asertividad afectiva”, “asumir una actitud más activa”, “incrementar nuestras actividades compartidas”, etc... Los objetivos terapéuticos no pueden perfilarse en términos tan sólo situacionales (ganar un concurso, conquistar una mujer) (Opazo, 2001). “A menudo nuestro propósito debe ser ayudar a nuestros pacientes a convertir objetivos situacionales en objetivos personales” (Weingerg, 1996).
- b) Operatividad. Los objetivos deben involucrar cambios en el paciente, aportar a un funcionamiento activo, siendo así efectivos en el bienestar del paciente.
- c) Orientación. Por definición, un objetivo emplaza hacia una finalidad, brinda directrices y viabiliza hacia el dónde y el cómo ir, de esta manera se habla de lo táctico/estratégico, factores deben encontrar un equilibrio ya que “la especificidad táctica sin objetivos estratégicos implica hacer sin saber para qué, y los objetivos estratégicos sin especificidad táctica implican que se sabe a dónde ir pero no se sabe cómo” (Opazo, 2001). Dentro de la psicoterapia encontramos la parcialización de algunos tipos enfoques ya sea hacia la estrategia o hacia la táctica, así: el foco de la terapia conductual tiende a estar orientado a los síntomas y el de la terapia dinámica a la persona (Omer, 1993), las terapias intrapsíquicas son buenas en estrategia, pero pobres desde un

punto de vista táctico (Millon & Davis, 1999), lo cual implica que plantean bien sus objetivos globales, estratégicos, “macro”, saben dónde ir pero no como alcanzarlos. Las terapias comportamentales son buenas tácticamente, pero pobres desde un punto de vista estratégico. Esto implicaría que plantean bien sus objetivos específicos, pero no lograrían conducir el proceso global en una dirección conceptualmente más “profunda” (Opazo, 2001).

- d) Flexibilidad. “Ni flexibilidad sin Norte ni Norte sin flexibilidad” (Opazo, 2001) son las palabras que Roberto Opazo utiliza para sintetizar el manejo de los objetivos terapéuticos desde el punto de vista de la Psicoterapia Integrativa; la cual, por su fundamento multifacético y supraparadigmático, no establece un objetivo central común para todos los pacientes, no opta entre persona y síntoma sino por ambos, de esta forma aclara que el único objetivo central es cambiar aquellos aspectos del sistema psicológico del paciente que requieren de cambio para alcanzar los objetivos terapéuticos del paciente. De esta forma los objetivos constituyen un referente significativo pero no un determinante imperativo, esto implica un margen de espacio y flexibilidad para ir adecuando el proceso a fluctuaciones en las necesidades del paciente, en los hechos puntuales, etc, sin que exista un mandato del tipo “solo los objetivos, nada más”.Lo crucial al respecto es que “el terapeuta propone y el paciente dispone”, lo cual implica que el terapeuta no tiene afán de poder respecto del paciente, no impone objetivos a espaldas del paciente. Los objetivos terapéuticos son extraídos desde el paciente y no son impuestos desde el modelo (Opazo, 2001).

Al no seguir estos importantes parámetros en la formulación, manejo y consecución de los objetivos, estos en lugar de procurar un impulso al proceso pueden resultar iatrogénicos. Si se sobre-enfatizar el rol de los objetivos terapéuticos se invierte demasiado tiempo en precisarlos, si se presta una atención “obsesiva” a los avances, unida a una expectativa de cambio inadecuada, puede conducir a una constante impaciencia o a la conclusión prematura que se

está fracasando en el proceso de alcanzar los objetivos. De este modo, todo el tema de los objetivos debe ser abordado con un buen criterio clínico (Opazo, 2001).

Fases didácticas.

La psicología y la psicoterapia han recibido a lo largo de los tiempos fuertes críticas dirigidas a su validez científica y su efectividad técnica, abogando sobre esta última a factores comunes a cualquier relación de apoyo social y emocional que puede brindar cualquier persona sin el entrenamiento técnico. Así estas con estas falencias dentro de la psicoterapia “hay un hecho que se perfila con claridad: no hemos logrado consolidarnos bien como especialidad. Para ser especialistas y para hacerlo mejor que un buen amigo o que un profesor de College en términos terapéuticos, tenemos que conocer mucho de la teoría y de estrategias clínicas específicas y relevantes, sería el caso, por ejemplo, del Modelo Integrativo y de los principios de influencia, siempre y cuando les logremos dar una adecuada configuración clínica”. De esta forma se perfila en el horizonte una técnica terapéutica que pone en juego la teoría y es una estrategia clínica específica y relevante, hablamos de las fases didácticas como se explican a continuación (Opazo, 2001):

De lo que se trata en la fase didáctica es que el paciente comprenda el fundamento conceptual del proceso que está iniciando. En forma más explícita o menos, cada enfoque aportaría una explicación plausible para los desajustes del paciente y un fundamento lógico para los procedimientos que se utilizarán.

La presencia de una teoría subyacente al proceso terapéutico involucra la presencia de una pauta guiadora que ayuda a organizar el proceso, ya que se asume que los datos “sueltos” aportan menos que los datos organizados y sistematizados. A su vez con esta pauta guiadora, los pacientes se sienten

segurizados por una teoría que tienden a percibir como completa, comprensible y convincente (Opazo, 2001). Se genera así una base en el paciente, favorable al proceso de psicoterapia: compartir con el paciente creencias similares acerca de las causas y acerca del tratamiento de los desajustes psicológicos, es un prerrequisito para una psicoterapia exitosa (Torrey, 1992). “Pacientes en la condición congruente con el terapeuta mostraron mayores expectativas de cambio y lograron un mayor cambio” (Opazo, 2001).

De esta forma una fase didáctica:

- a) Ensancha el awareness. Al clarificar incrementa la motivación al cambio, permite un “ajuste de expectativas”, facilita una colaboración más activa del paciente. Al desarrollar la capacidad de insight facilita el proceso de Psicoterapia en la medida que el paciente se va dando cuenta de qué le pasa, de por qué pasa, y de qué puede ir aportando.
- b) Fortalece la alianza terapéutica. “Una de las intervenciones más básicas para impedir rupturas de la alianza consiste en explicitar o en reiterar la “rationale” del tratamiento” (Safran & Muran, 2000). Así se fortalece además la creencia del paciente en su terapia, con el consiguiente fortalecimiento del efecto placebo.
- c) Prepara al paciente. Ya que adecua sus expectativas, aumentando su comprensión del proceso, lo que a su vez, potencia la motivación y las opciones de colaboración activa.... “implica aportar algún tipo de instrucción formal en relación a lo que pueden esperar y a cómo pueden participar en su propio tratamiento” (Orlinsky, Grawe, & Parks). Hoehn – Saric et al., (1994) encontraron que aquellos pacientes a los que se les preparaba para el proceso terapéutico, explicándoles la conducta que se esperaba tuviera el paciente y el terapeuta, y a los que se les indicaba que las mejorías no serían apreciables antes de 4 meses, desertaban considerablemente menos que aquellos pacientes a los que no se les explicaba esto.

1.2. El enfoque de competencias.

1.2.1. Referencias y antecedentes.

En 1949, Talcott Parsons elabora un esquema conceptual que permitía estructurar las situaciones sociales, según una serie de variables dicotómicas. Una de estas variables era el concepto de Achievement vs Ascription (Resultados vs Rasgos o Características), que en esencia consistía en valorar a una persona por la obtención de resultados concretos en vez de hacerlo por una serie de cualidades que le son atribuidas de una forma más o menos arbitraria (Parsons, 1951).

A inicios de los años 60, el profesor de Psicología de la Universidad de Harvard, David McClelland propone una nueva variable para entender el concepto de motivación: Performance/Quality, considerando el primer término como la necesidad de logro (resultados cuantitativos) y el segundo como la calidad en el trabajo (resultados cualitativos) (McClelland, *The Achieving Society*, 1961). Siguiendo este enfoque McClelland se plantea los posibles vínculos entre este tipo de necesidades y el éxito en una determinada tarea: si se logran determinar los mecanismos o niveles de necesidades que mueven a los mejores empresarios, manager, entre otros, podrán seleccionarse entonces a personas con un adecuado nivel en esta necesidad de logros, y por consiguiente formar a las personas en estas actitudes con el propósito de que estas puedan desarrollarlas y sacar adelante sus proyectos.

La aplicación práctica de esta teoría, se llevó a cabo por parte de su autor, en la India en 1964, donde se desarrollaron un conjunto de acciones formativas y en solo dos años se comprobó que 2/3 de los participantes habían desarrollado características innovadoras, que potenciaban el desarrollo de sus negocios y en consecuencia a esto, de su localidad de residencia (McClelland, 1964).

Estos resultados conllevaron a que los estudios de este tipo se extendieran en el mundo laboral.

Todos querían encontrar la clave que permitiera a las organizaciones ahorrar en tiempo y dinero en los procesos de selección de personal. No obstante, por una razón u otra, la problemática universal en torno a qué formación debe poseer la persona, y que fuere adecuada para desempeñarse con éxito en un puesto determinado, aún no estaba resuelta.

En el año 1975, McClelland demuestra que los expedientes académicos y los test de inteligencia por si solos no eran capaces de predecir con fiabilidad la adecuada adaptación a los problemas de la vida cotidiana, y en consecuencia el éxito profesional.

Esto lo condujo a buscar nuevas variables, a las que llamó competencias, que permitieran una mejor predicción del rendimiento laboral. Durante estas investigaciones encuentra que, para predecir con una mayor eficacia el rendimiento, era necesario estudiar directamente a las personas en su puesto de trabajo, contrastando las características de quienes son particularmente exitosos con las de aquellos que son solamente promedio.

Debido a esto, las competencias aparecen vinculadas a una forma de evaluar aquello que "realmente causa un rendimiento superior en el trabajo" y no "a la evaluación de factores que describen confiablemente todas las características de una persona, en la esperanza de que algunas de ellas estén asociadas con el rendimiento en el trabajo" (McClelland, 1975).

Otro autor muy referido en esta línea de investigaciones es Richard Eleftherios Boyatzis (1982) quien en una de sus investigaciones analiza profundamente las competencias que incidían en el desempeño de los directivos, utilizando para esto la adaptación del Análisis de Incidentes Críticos (Boyatzis, 1982).

En este estudio se concluye que existen una serie de características personales que deberían poseer de manera general los líderes, pero que existían también algunas que solo poseían otras personas que desarrollaban de una manera excelente sus responsabilidades (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012).

1.2.2. Los modelos imperantes en el enfoque de competencias.

- a) Modelo funcional: proviene del ámbito anglosajón, muy extendido en el Reino Unido, con experiencias notables en los sistemas de competencias de Australia y nueva Zelanda. Las competencias son definidas a partir de un análisis de las funciones claves, con énfasis en los resultados o productos de las tareas, más que en el cómo se logran. Permite a las empresas medir el nivel de competencias técnicas de su personal, principalmente ligadas a oficios, y definir las brechas. Asimismo: es el referente para emprender procesos de certificación de competencias. Se centra en el contenido del puesto de trabajo.
- b) Modelo Conductual: Surge en Estados Unidos hace 40 años. Los seguidores de este enfoque, comparten los puntos de vistas de McClelland en cuanto a que los tests de inteligencia y los expedientes académicos por si solos no aportan valor predictivo sobre el éxito profesional, así como tampoco describen las competencias que posee una persona. Por lo tanto, se requiere establecer relaciones causales, lo cual hace a este enfoque muy potente desde el punto de vista metodológico.

Para establecer estas relaciones se requiere definir una serie de indicadores observables que actúen como los agentes que causan los rendimientos superiores (variables predictoras o agentes causales).

Algunos de los autores más representativos de este enfoque son: D. McClelland, R. Boyatzis, GHammel y C K Prahalad (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012).

Las competencias son definidas a partir de los empleados con mejor desempeño (high performance) o empresas con mejores prácticas en su industria.

- c) Modelo Constructivista o Integrativo: De origen francés da gran valor a la educación formal y también al contexto, entendiendo que las competencias ligan el conocimiento y aprendizaje a la experiencia. Las competencias se definen por lo que alguien debe ser capaz de hacer para lograr un resultado, cumpliendo criterios de calidad y satisfacción. Como modelo, recoge aspectos funcionales, pero con énfasis en lo conductual. Es el más difícil y complejo de implementar.

Se centra más en la persona, y al contrario del enfoque anterior su finalidad es actuar como elemento de auditoria en torno a la capacidad individual del sujeto y el esfuerzo de la organización por mantener su fuerza de trabajo en condiciones óptimas de "empleabilidad".

Como puede apreciarse, este enfoque enfatiza en la existencia de competencias específicas, lo cual queda reflejado en el uso del concepto auto-imagen, como el motor de aprendizaje en las personas

Este enfoque se centra en los procesos de aprendizajes de las personas y considera que los test de aptitudes así como los de coeficiente intelectual son instrumentos predictivos muy importantes en la gestión de las competencias.

Claude Levy Leboyer es uno de los autores más citados como representante de esta corriente (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012).

Sobre la elección del modelo adecuado:

Un enfoque se centra en los contenidos del puesto de trabajo y el otro en las personas que lo ocupan; uno está más orientado a las competencias de tipo genéricas y otro a las competencias específicas, no obstante ambos reconocen la co-existencia de ambas; en cuanto al valor predictivo de los test en el éxito profesional, un enfoque considera que la utilización de los test de inteligencia por si solos carece de este valor, mientras que el otro enfoque le confiere a este un gran valor predictivo. No obstante las diferencias en este sentido, puede apreciarse que en esencia el valor del test no se niega.

Siguiendo con las líneas generales se podría pensar que la aplicación de un determinado modelo u opción por un enfoque en particular guarda directa relación con el giro de la ocupación: con esta lógica, una industria -fábrica de zapatos, por ejemplo, con predominancia de técnicos y operadores - debería apostar por un modelo funcional. Y a un banco -con un fuerte componente ejecutivo- le vendría bien el conductual.

Para la psicóloga laboral Claudia Nario, magíster en Comportamiento Organizacional de la Universidad de Londres y socia de la consultora Nario & Kruger, nos aclara que "el enfoque funcional opera mejor cuando se trata de definir competencias asociadas a perfiles técnicos y cargos muy operativos, donde estas destrezas son imprescindibles. Y el conductual, especialmente cuando hay que definir modelos para familias de cargos ejecutivos y gerenciales, donde los conocimientos están implícitos en un título, en cambio las conductas y habilidades no" (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012). Por lo mismo, estos últimos -que trabajan con habilidades más abstractas y amplias- son aplicables a toda una organización, a diferencia de los primeros, más puntuales y asociados a oficios específicos aunque ambos suelen tener componentes transversales.

1.2.3. Ventajas del modelo de Competencias.

- ϕ El enfoque de competencias, al centrarse en los comportamientos observables, permite establecer un perfil de exigencia de una actividad y definir objetivamente los comportamientos observables requeridos.
- ϕ Facilita la comparación entre el perfil de exigencias para el logro y el perfil de competencias de las personas y, por tanto, las predicciones son más seguras, válidas y fiables.
- ϕ Es más comprensible para todos los implicados y muestra claramente qué se espera de cada uno (paciente y terapeuta): qué competencias y qué resultados.
- ϕ Crea estándares de desempeño - maximizadores - del rendimiento.
- ϕ Enfoca los esfuerzos del paciente y del terapeuta a una misma meta, lo que incrementa la calidad de la toma de decisiones y el logro de resultados clínicos.
- ϕ Elimina tareas innecesarias y concentrar los esfuerzos en las actividades claves.
- ϕ Acerca a mediciones más precisas del desempeño.
- ϕ Permite la utilización de sistemas de medición de resultados para el área terapéutica (Sarain, 2012).

1.2.4. Concepto y componentes de las competencias.

a. Concepto de competencia laboral.

"Las competencias son repertorios de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada" (Leboyer, 1997). Según este autor, son además observables en la realidad del trabajo, e igualmente en situaciones de test, y ponen en práctica de manera integrada aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos.

Las competencias son características subyacentes a la persona (Boyatzis, 1982).

“Se refiere a la capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad plenamente identificada” (OIT).

Es el conjunto de comportamientos socio-afectivos y habilidades cognoscitivas psicológicas sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo de manera adecuada un papel, una función, una actividad o tarea” (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012).

“Es el conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionadas entre sí, que permiten desempeños satisfactorios en situaciones reales”.

b. Componentes de las competencias.

Según Leboyer, las competencias se estructuran en base a tres componentes fundamentales: el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar.

El **saber** actuar es el conjunto de factores que definen la capacidad inherente que tiene la persona para poder efectuar las acciones definidas por la organización. Tiene que ver con su preparación técnica, sus estudios formales, el conocimiento y el buen manejo de sus recursos cognitivos puestos al servicio de sus responsabilidades. Este componente es el que más tradicionalmente se ha utilizado a la hora de definir la idoneidad de una persona para un puesto específico y permite contextualizar el énfasis que hacen muchas empresas en la capacitación de su personal.

El **querer** actuar es otro componente fundamental de la competencia. Alude no sólo al factor de motivación de logro intrínseco a la persona, sino también a la condición más subjetiva y situacional que hace que el individuo decida efectivamente emprender una acción en concreto. Influyen fuertemente la percepción de sentido que tenga la acción para la persona, la imagen que se ha

formado de sí misma respecto de su grado de efectividad, el reconocimiento por la acción y la confianza que posea para lograr llevarla a efecto.

El tercer componente de la competencia, quizás el más olvidado en la mirada tradicional, es el **poder** actuar. En muchas ocasiones la persona sabe cómo actuar y tiene los deseos de hacerlo, pero las condiciones no existen para que realmente pueda efectuarla (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012).

Sintetizando, las Competencias:

- ϕ Son características permanentes de la persona,
- ϕ Se ponen de manifiesto cuando se ejecuta una tarea o se realiza un trabajo,
- ϕ Están relacionadas con la ejecución exitosa en una actividad, sea laboral o de otra índole.
- ϕ Tienen una relación causal con el rendimiento en la actividad, es decir, no están solamente asociadas con el éxito, sino que se asume que realmente lo causan.
- ϕ Pueden ser generalizables a más de una actividad.

Probablemente una fuente de confusión con respecto a las Competencias, es que son entidades más amplias y difusas que los constructos psicológicos tradicionales. De hecho, las Competencias combinan en sí, algo que los constructos psicológicos tienden a separar (a sabiendas de la artificialidad de la separación): lo cognoscitivo (conocimientos y habilidades), lo afectivo (motivaciones, actitudes, rasgos de personalidad), lo psicomotriz o conductual (hábitos, destrezas) y lo psicofísico o psicofisiológico (por ejemplo, visión estroboscópica o de colores). Aparte de esto, asegura Sarain: “los constructos psicológicos asumen que los atributos o rasgos son algo permanente o inherente al individuo, que existe fuera del contexto en que se pone de manifiesto, mientras que las Competencias están claramente contextualizadas, es decir, que para ser observadas, es necesario que la persona esté en el contexto de la acción de un

trabajo específico” (Sarain, Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características, 2012).

Esto establece en sí una diferencia. Mientras que la psicología tradicional intenta generar variables unidimensionales en la medida de lo posible, que garanticen homogeneidad conceptual y métrica para cada una de ellas (aunque luego se combinen para realizar predicciones de criterios complejos), las Competencias se plantean como multidimensionales en sí mismas y con una relación directa con el contexto en que se expresan.

Estos tres aspectos se complementan, ya que es posible, que alguien tenga los conocimientos para hacer el trabajo, pero no lo desee hacer; o que tenga el deseo de realizarlo, pero no sepa cómo hacerlo; o no sepa como hacerlo, pero esté dispuesto a aprender y tenga las condiciones de hacerlo.

1.3. Abuso sexual.

1.3.1. Definición.

Revisando algunas definiciones que distintos autores ofrecen en cuanto al abuso sexual encontramos que:

Es una forma de maltrato ejercido, que ocurre cuando se utiliza el chantaje, las amenazas o la manipulación psicológica para involucrar a alguien en actividades sexuales (Quezada, Neno, & Luzoro, 2006).

Según la legislación boliviana, en el artículo 308 (Violación) se refiere a ella como el empleo de violencia física o intimidación como medio al acceso carnal con una persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introducción de objetos con fines libidinosos (Núñez, 2004).

El abuso sexual se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas, entre las que existe una situación de desigualdad -ya sea por razones de edad o de poder- y en la que el abusador utiliza al otro para la estimulación sexual. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita- (López, 1997).

Así basándonos en las anteriores definiciones podríamos sintetizar que el abuso sexual es: una forma de maltrato ejercido para involucrar a otro en actividades sexuales, utilizando como medio la coacción dada la desigualdad o asimetría entre los implicados.

1.3.2. Consecuencias.

1.3.2.1. Modelos explicativos.

a) El modelo de estrés postraumático. Los efectos del abuso sexual se han intentado explicar desde el modelo del trastorno de estrés postraumático (Wolfe, Sas, & Wekerle, 1994). En realidad, el abuso sexual en la infancia cumple los requisitos de “trauma” exigidos por el DSM-IV para el diagnóstico de este cuadro clínico y genera, al menos en una mayoría de las víctimas, los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos, intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, trastornos del sueño, irritabilidad y dificultades en la concentración. El trastorno incluye, además, miedo, ansiedad, depresión y sentimientos de culpa. A diferencia de los adultos, en la infancia este cuadro clínico puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos (dolores de estómago, jaquecas, etc.) (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 1995).

Este cuadro clínico se manifiesta si el trauma permanece en la memoria activa del niño, en función de un inadecuado procesamiento de la información, y no se utilizan los mecanismos cognitivos adecuados para superarlo (Hartman & Burgess, 1989).

Entre las ventajas de este modelo destacan el facilitar una descripción operativa de los síntomas derivados del abuso, así como el permitir un diagnóstico que todos los profesionales pueden entender (López, Hernández, & Carpintero, 1995).

Sin embargo, según Finkelhor (1988), Boney-McCoy y Finkelhor (1996) y Vázquez Mezquita y Calle (1997), este modelo presenta algunas limitaciones en el ámbito del abuso sexual infantil: sólo se puede aplicar a algunas víctimas, no permite explicar de una forma clara la relación existente entre el suceso traumático y el cuadro clínico, al no referirse este modelo explícitamente a las fases del desarrollo, y por último, no recoge todos los síntomas, especialmente los relacionados con las dimensiones cognitivas y atencionales (por ejemplo, la tendencia a hacer atribuciones negativas u hostiles). De hecho, el miedo (al futuro o derivado de las amenazas), la depresión, la culpa (referida a la desunión familiar generada por la revelación del secreto), los problemas sexuales, así como un estado de confusión y las distorsiones en las creencias sobre sí mismos y los demás, son las secuelas que aparecen con mayor frecuencia en este tipo de víctimas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

Por ello, Finkelhor propone en 1988, a modo de alternativa, el modelo traumatogénico.

- b) El modelo traumatogénico.** Es más específico y propone que las razones explicativas del impacto psicológico son las siguientes: sexualización traumática, pérdida de confianza, indefensión y estigmatización. Estas cuatro variables constituyen la causa principal del trauma al distorsionar el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la

víctima. Estos factores se relacionan, a su vez, con el desarrollo por parte del niño de un estilo de afrontamiento inadecuado y con el surgimiento de problemas de conducta (Finkelhor, 1997) (López, 1989).

- ϕ La sexualización traumática hace referencia a la interferencia del abuso en el desarrollo sexual normal del niño. Éste aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia, para obtener beneficios o manipular a los demás, adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual.
- ϕ La pérdida de confianza puede no sólo centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias e incluso ampliarse a otras personas.
- ϕ La estigmatización es sentida como culpa, vergüenza, pérdida de valor, etc. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño.
- ϕ El sentimiento de indefensión se traduce en una creencia en el niño de no saber cómo reaccionar ante las situaciones y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuánto le sucede, adquiriendo así un sentido de impotencia ante sus circunstancias e incontingencia de sus conductas y consecuencias. Así esta sensación de impotencia y temor de lo que le pueda suceder en el futuro, va provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de retraimiento.

1.3.2.2. Consecuencias a corto plazo.

La mayoría de los niños que han sufrido abuso sexual se muestran afectados por la experiencia y su malestar suele continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado (Jumper, 1995). El límite temporal entre lo que se denomina efectos a corto plazo o iniciales se suele situar en los dos años siguientes al abuso. A partir de ese momento se habla de efectos a largo plazo.

Solamente un 20-30 por ciento de las víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión (Finkelhor, 1986) (López, 1989). Entre el 17 y el 40 por ciento sufren cuadros clínicos establecidos, y el resto experimenta síntomas de uno u otro tipo.

Los diferentes estudios realizados con víctimas de abusos sexuales (López, 1992) (Kendall-Tackett, 1993) (Finkelhor, 1993) coinciden, en su gran mayoría, a la hora de señalar los principales efectos inmediatos. A continuación se resume en la tabla 1 aquellos síntomas señalándose las secuelas más comunes, así como el período evolutivo (infancia o adolescencia) en que aparecen (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

TABLA 1

Tipos de efectos	Síntomas	Periodo evolutivo
Físicos	Problemas de sueño (pesadillas)	Infancia y adolescencia
	Cambios en los hábitos de comida	Infancia y adolescencia
	Pérdida del control de esfínteres	Infancia
Conductuales	Consumo de drogas o alcohol	Adolescencia
	Huidas del hogar	Adolescencia
	Conductas autolesivas o suicidas	Adolescencia
	Hiperactividad	Infancia
	Bajo rendimiento académico	Infancia y adolescencia
	Miedo generalizado	Infancia

Emocionales	Hostilidad y agresividad	Infancia y adolescencia
	Culpa y vergüenza	Infancia y adolescencia
	Depresión	Infancia y adolescencia
	Ansiedad	Infancia y adolescencia
	Baja autoestima y sentimientos de estigmatización	Infancia y adolescencia
	Rechazo del propio cuerpo	Infancia y adolescencia
	Desconfianza y rencor hacia los adultos	Infancia y adolescencia
	Trastorno de estrés postraumático	Infancia y adolescencia
	Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad
Masturbación compulsiva		Infancia y adolescencia
Excesiva curiosidad sexual		Infancia y adolescencia
Conductas exhibicionistas		Infancia
Problemas de identidad sexual		Infancia y adolescencia
	Déficit en habilidades sociales	Infancia
	Retraimiento social	Infancia y adolescencia

Sociales		
	Conductas antisociales	Adolescencia

El alcance de las consecuencias va a depender del grado de culpabilización y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas, y los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

Respecto a la edad, -aseguran los mismos autores- los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), debido a que cuentan con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación y disociación. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia debido a la mayor conciencia del adolescente del alcance de este tipo de relaciones como por ejemplo del incesto y la existencia de riesgo real de embarazo. No son por ello infrecuentes conductas -como huir de casa, el consumo abusivo de alcohol, drogas e incluso el intento de suicidio (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

1.3.2.3. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual.

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y claros que las secuelas iniciales (López, Hernández, & Carpintero, 1995). Sin embargo, la victimización infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico en la edad adulta (Barsky, Wool, Barnett, & Cleary, 1994). Según el estudio de Herman y otros (1986) con 205 mujeres con historia de incesto, el 50 por ciento de las víctimas consideraba que el abuso había tenido un efecto

negativo en su desarrollo y, de hecho, el 77,6 por ciento mostraba algún síntoma clínico. Los síntomas disociativos -y, en concreto, la amnesia psicógena- son relativamente frecuentes, tanto más cuanto más pequeño es el niño en el inicio del abuso (Vázquez & Calle, 1997).

Según el estudio de Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua en 1997, llevado a cabo en el Centro de Asistencia Psicológica a Víctimas de Agresiones Sexuales de Vizcaya, las víctimas adultas de abuso sexual en la infancia presentan un perfil psicopatológico similar al de las víctimas recientes de violación en la vida adulta, sin que haya diferencias en el trastorno de estrés postraumático ni en el resto de las variables psicopatológicas (ansiedad, miedos, depresión e inadaptación). De hecho, el tratamiento utilizado en este estudio para uno y otro tipo de víctimas es el mismo.

En la tabla 2 se presenta un resumen de los principales efectos negativos en la vida adulta de las personas que padecieron abusos sexuales en la infancia o en la adolescencia, si bien no todas presentan todos los síntomas citados (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

TABLA 2

Tipos de efectos	Síntomas
Físicos	Dolores crónicos generales
	Hipocondría y trastornos de somatización
	Alteraciones del sueño (pesadillas)
	Problemas gastrointestinales
	Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
	Problemas de sueño

	(pesadillas)
Conductuales	Intentos de suicidio
	Consumo de drogas y/o alcohol
	Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Sexuales	Fobias o aversiones sexuales
	Falta de satisfacción sexual
	Alteraciones en la motivación sexual
	Trastornos de la activación sexual y del orgasmo
	Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	Problemas en las relaciones interpersonales
	Aislamiento
	Dificultades en la educación de los hijos

En la actualidad, la información disponible no permite señalar la existencia de un único síndrome específico ligado a la experiencia de abusos sexuales en la infancia y adolescencia. Los únicos fenómenos observados con mayor regularidad son las alteraciones en la esfera sexual-problemas sexuales y especialmente una

menor capacidad de disfrute, la depresión y el conjunto de síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas). Sin embargo, ni siquiera estos aspectos, que aparecen con relativa frecuencia, constituyen un fenómeno universal (Noguerol, 1997).

La mayor vulnerabilidad de un adulto víctima de abuso sexual en la infancia al trastorno de estrés postraumático va a depender del número de traumas previos, de la existencia de malos tratos en la infancia y de la presencia de trastornos de personalidad (obsesivo-compulsiva y evitativa, especialmente) (Vicente, Diéguez, De la Hera, Ochoa, & Grau, 1995). Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, la intensidad alta de los síntomas experimentados y la presencia de disociación peritraumática, es decir de síntomas disociativos (amnesia psicógena, especialmente) en las horas y días posteriores al suceso (Griffin, Resick y Mechanic, 1997).

De hecho, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no se enfrenta a otras situaciones adversas, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. Es más, los problemas de una víctima en la vida adulta (depresión, ansiedad, abuso de alcohol, etc.) surgen en un contexto de vulnerabilidad generado por el abuso sexual en la infancia, pero provocados directamente por circunstancias próximas en el tiempo (conflictos de pareja, aislamiento social, problemas en el trabajo, etc.). De no haber estas circunstancias adversas, aun habiendo sufrido en la infancia abuso sexual, no habría problemas psicopatológicos actualmente (Finkelhor, 1997). Es así que los síntomas efecto del abuso sexual adquieren peso en relación a las contingencias contextuales.

1.3.3. Factores mediadores de los efectos del abuso sexual infantil.

A modo de resumen de lo señalado en el apartado anterior se puede concluir que un 70 por ciento de las víctimas de agresiones sexuales en la infancia presenta un cuadro clínico a corto plazo y que este porcentaje disminuye hasta un 30 por ciento si se toman en consideración las repercusiones a largo plazo (Gilham, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison, 1994).

Al no ser despreciable el número de personas que no quedan afectadas por este tipo de abusos, especialmente a largo plazo, conviene determinar qué factores resultan amortiguadores del impacto del abuso sexual en el desarrollo emocional posterior. No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características (Slusser, 1995). Del mismo modo, también existen diferencias en las consecuencias propias de la revelación del abuso. Por tanto, al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual se deben distinguir al menos cuatro grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia o no de violencia o amenazas, cronicidad, etc.), la relación existente con el abusador, y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

En lo que se refiere al **perfil individual de la víctima**, quedan aún muchas incógnitas por resolver. Por ejemplo, en cuanto a la **edad** hay divergencias notables: en algunos estudios, cuanto más joven es el niño, más vulnerable resulta frente a la experiencia de abusos y mayor es la probabilidad de desarrollar síntomas disociativos (Bagley & Ramsay, 1986) (Rowan, Rodríguez, & Ryan, 1994); en otros, por el contrario, es precisamente la ingenuidad y la falta de entendimiento fruto de su corta edad lo que protege al niño pequeño y favorece que el impacto sea menor (Bendixen, Muss, & Schei, 1994) (Murphy, et al., 1988). Una mayor edad aumenta la probabilidad de que se lleve a cabo la penetración y

de que se emplee la violencia física, ya que existe una mayor capacidad para resistirse frente a ella. Por ello, no es fácil resolver esta cuestión sin poner en relación la edad del niño con otras variables relevantes, como la identidad del agresor o la cronicidad o intensidad del abuso.

Por otra parte, respecto al **sexo de la víctima**, los estudios realizados hasta el momento no han permitido tampoco llegar a una conclusión definitiva acerca de si los niños y las niñas se diferencian en la gravedad o en el tipo de sintomatología experimentada.

Lo que sí ha mostrado tener importancia en el impacto psicológico de la víctima ha sido el **funcionamiento de la familia**: un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por la conflictividad y la falta de cohesión, puede aumentar la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y a las secuelas psicológicas derivadas del mismo (Cortés & Cantón, 1997).

En lo que respecta a las **características del acto abusivo**, los resultados de las investigaciones son concluyentes: la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas.

Respecto a la **relación de la víctima con el agresor**, lo que importa no es tanto el grado de parentesco que pueda existir entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, cuanto mayor sea el grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar. Por otro lado, en lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos (Cortés & Cantón, 1997).

Por último, se puede soslayar la importancia de las consecuencias derivadas de **la revelación del abuso** en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados. El apoyo parental -dar crédito al testimonio del menor y protegerlo-, especialmente por parte de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación (Dubowitz, Black, Harrington, & Verschoore, 1993) (Spaccarelli & Kim, 1995). Pero no siempre ocurre así. En general, los niños más pequeños son creídos más fácilmente y cuentan, por ello, con mayor grado de apoyo. Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual.

Por el contrario, una revelación temprana y una inadecuada respuesta del entorno del menor, en función del impacto provocado por el descubrimiento del abuso, ensombrecen el proceso de recuperación. La evolución psicológica negativa de la víctima, que afecta especialmente a la autoestima, va a depender de diversas variables: las dudas suscitadas por el testimonio; la significación afectiva de la persona que no le cree, y la falta de apoyo emocional y social. En ocasiones, la respuesta de los padres ante la revelación puede ser más intensa que la del propio niño, sobre todo en los casos en que la madre se percata del abuso sexual a su hijo protagonizado por su propia pareja. Los sentimientos de vergüenza y culpa, de cólera y pena, y de miedo y ansiedad pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente y, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culpado de lo sucedido (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

No deja de ser significativa la influencia de situaciones de estrés adicionales, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o de hecho) de la pareja, la salida de la víctima del hogar (única vía a veces para garantizar su seguridad, pero que supone un coste emocional y de adaptación importante) y la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador) son

algunas de estas situaciones. Respecto al último punto señalado, los juicios largos, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico.

Por el contrario, una buena adaptación escolar (en el ámbito académico, social o deportivo) y unas relaciones adecuadas con el padre en la infancia o con los chicos en la adolescencia, así como el apoyo de unas amigas íntimas y de una pareja apropiada (incluso de un trabajo gratificante), tienen un efecto positivo sobre la autoestima y contribuyen a amortiguar el impacto de la victimización al constituirse en factores de protección (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

CAPÍTULO II

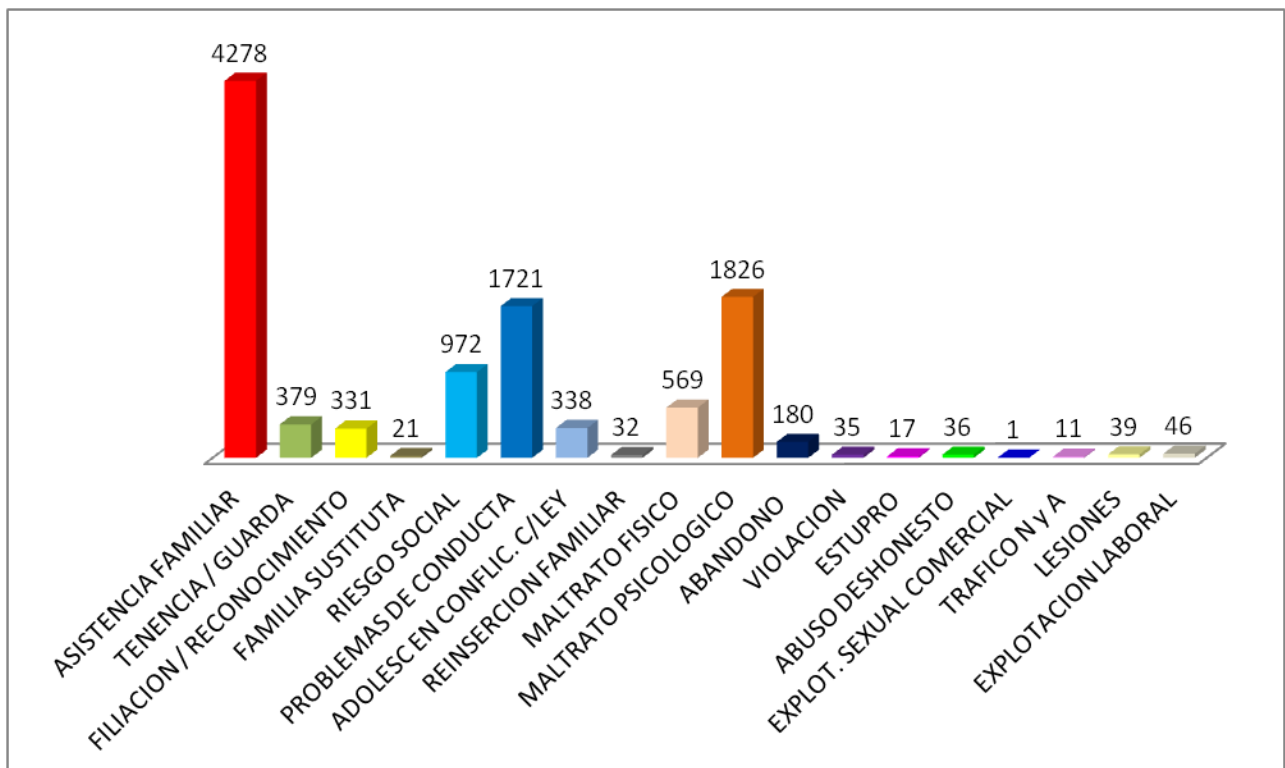
MARCO CONTEXTUAL

2.1. Abuso sexual en Santa Cruz.

Según los datos de la Defensoría de la niñez, encontramos que en la gestión 2013, se tiene durante los meses de enero a octubre un total de 10832 casos atendidos con un total de 34111 acciones realizadas, contando con todos los distritos de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

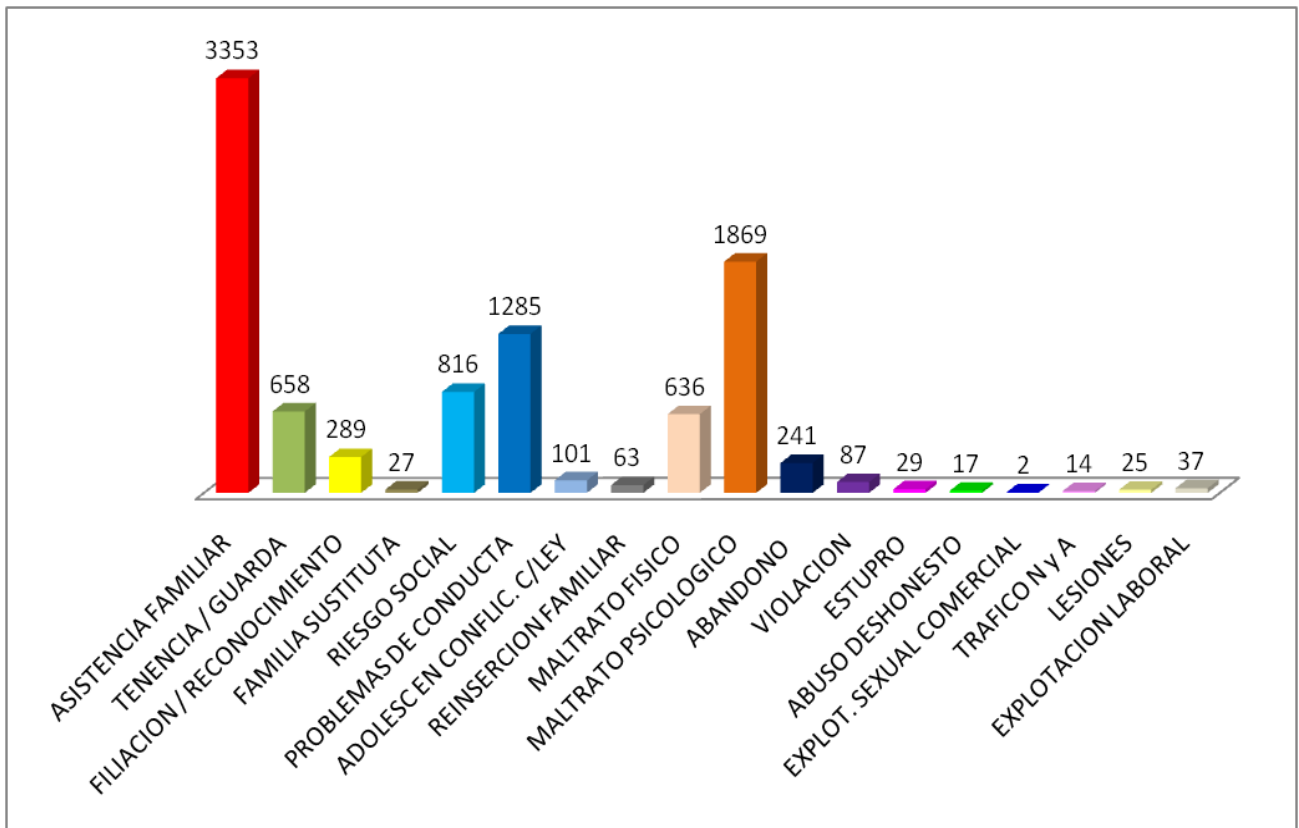
Las denuncias se dan por los siguientes motivos: asistencia familiar, tenencia/guarda de niños o adolescentes, filiación/reconocimiento, familia sustituta, riesgo social, problemas de conducta, adolescentes conflictivos en contra de la ley, reinserción familiar, maltrato físico, maltrato psicológico, abandono, violación, estupro, abuso deshonesto, explotación sexual comercial, tráfico de niños y adolescentes, lesiones y explotación laboral. En el recuadro 2 se puede apreciar la cantidad de casos atendidos por cada uno de los tipos de denuncia mencionados.

RECUADRO 2



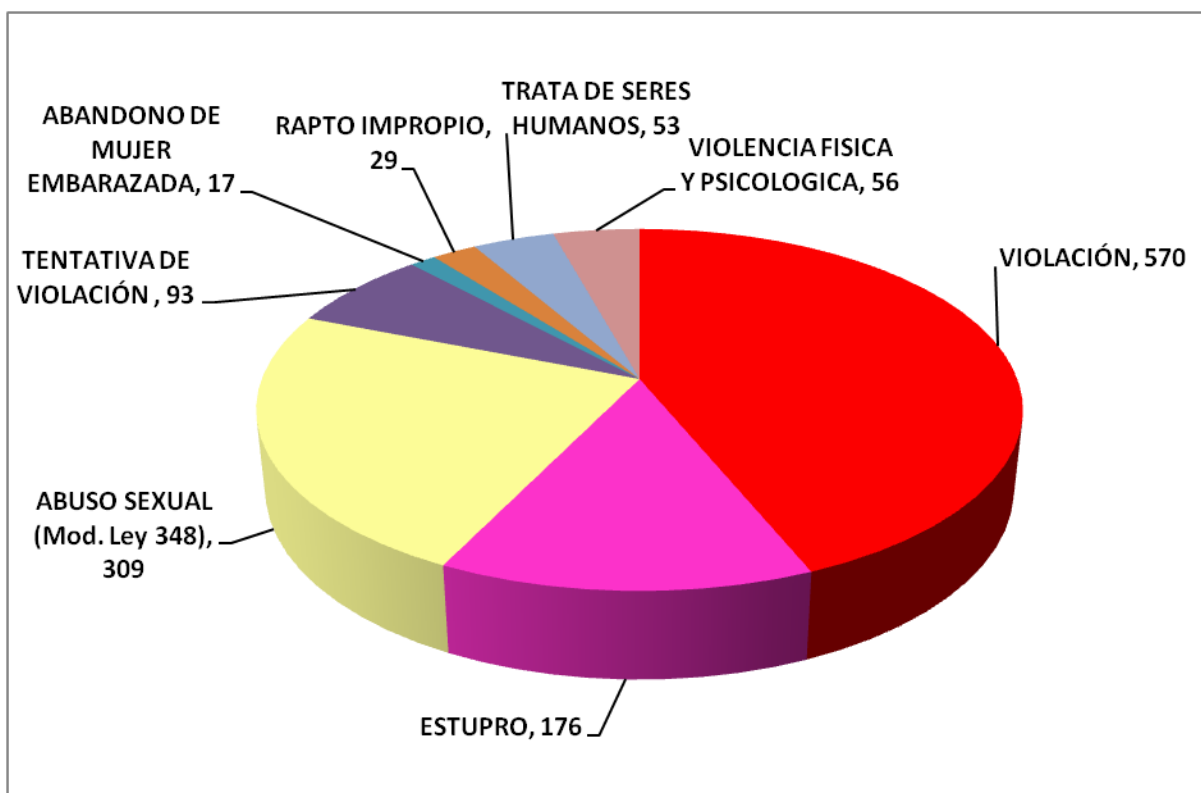
En este sentido y bajo los mismos parámetros de centralización, encontramos en la gestión 2012 un total de 9549 casos atendidos con 52757 acciones realizadas, detallando en el recuadro 3 la cantidad de casos por tipo de denuncia.

RECUADRO 3



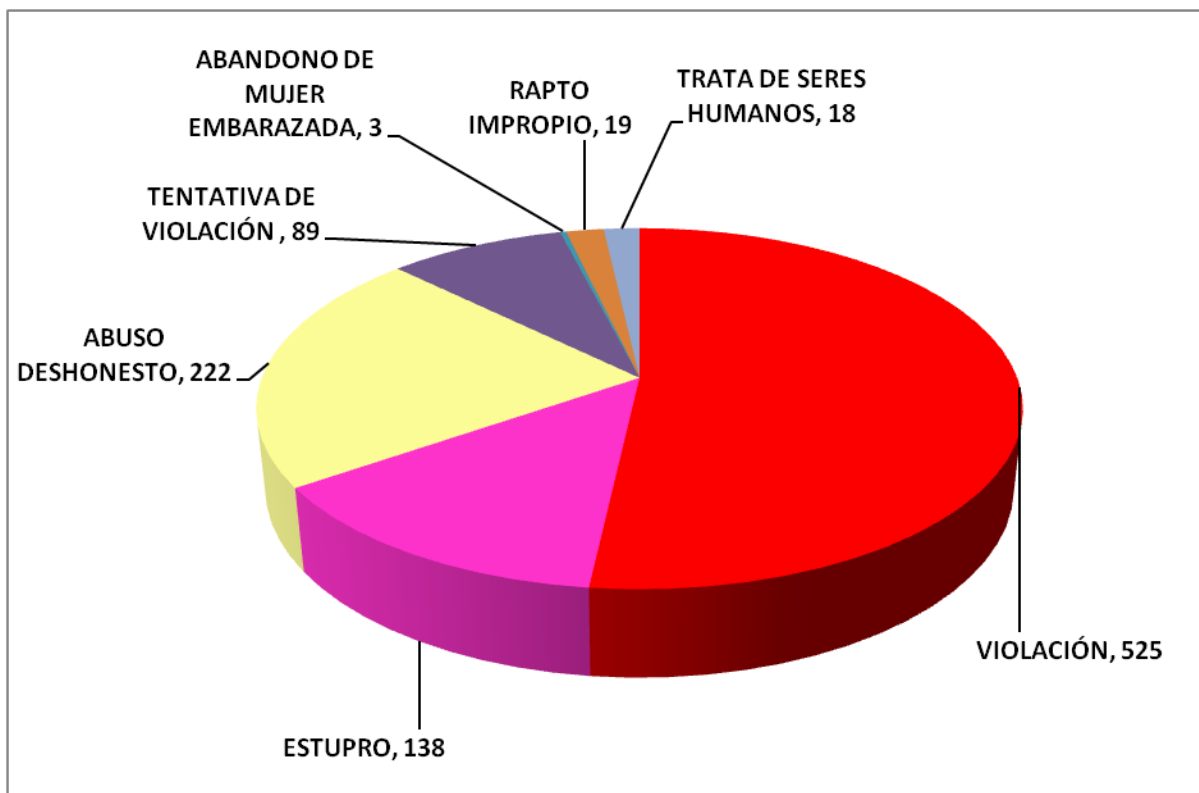
Especificando en los datos pertinentes al tema de investigación, nos remitimos a la Unidad de Víctimas Especiales de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, quienes informan de un total de 1247 casos denunciados y 4413 acciones realizadas durante los meses de enero a octubre de la gestión 2013 sobre casos de: abandono de mujer embarazada, tentativa de violación, abuso sexual, estupro, violación, trata de seres humanos, rapto impropio, violencia física y psicológica. En el recuadro 4, se puede apreciar la cantidad de denuncias realizadas en cada uno de los tipos de casos.

RECUADRO 4



Así se encuentran también los datos de la Unidad de Víctimas Especiales central y Plan 3000 en cuanto a la gestión 2012, en la cual existen un total de 1014 casos denunciados con 5135 acciones realizadas. El recuadro 5 presenta el detalle de esta gestión con sus particularidades.

RECUADRO 5



2.2. Fundación Fénix.

Fundación Fénix es una institución sin fines de lucro, concebida para brindar tratamiento psicológico a sobrevivientes de abuso sexual y sus familias, al facilitarles un proceso terapéutico dirigido a reparar el daño psicológico, familiar y social producido, integrando así aquellas experiencias que afectan su desarrollo y

potenciando sus pautas de integración con el entorno y desarrollando un relacionamiento adaptativo que permita el establecimiento de relaciones sociales saludables y adaptadas.

En este sentido, la institución trabaja sobre tres ejes de intervención:

- φ Tratamiento psicológico a sobrevivientes de abuso o agresión sexual y a sus familiares.
- φ Investigación que aporte a la comprensión de la dinámica del abuso y agresión sexual, en nuestro contexto social.
- φ Prevención del abuso sexual y agresión sexual, dirigido a la población en general.

2.2.1. Misión.

Fundación Fénix redacta su misión institucional de la siguiente forma: “Somos una institución altamente sensibilizada con la temática del abuso sexual, brindamos tratamiento psicológico a sobrevivientes de abuso sexual, sirviendo de mediadores del impacto psicológico, familiar y social, potenciando habilidades de resiliencia para que en el futuro puedan establecer relaciones sociales saludables, incidiendo positivamente en su calidad de vida”.

2.2.2. Visión.

Ser una institución referencial que promueva una cultura de respeto y ejercicio de derechos en la temática del abuso y agresión sexual, con gran incidencia social a nivel de tratamiento psicológico y prevención, apoyados en la investigación en el contexto local.

2.2.3. Objetivos.

1. Brindar un tratamiento integral a sobrevivientes de abuso y agresión sexual y a sus familias.
2. Realizar investigaciones enfocadas en nuestro contexto social y cultural, sobre la violencia y abuso sexual, su ámbito, procesos y consecuencias.
3. Prevenir el abuso y agresión sexual, con estrategias orientadas a promover una cultura de respeto y ejercicios de derechos.
4. Promover la conformación de redes interinstitucionales contra la violencia intrafamiliar y violencia sexual.

Desde julio de la gestión 2012 Fundación Fénix trabaja en conjunto con la Unidad de Víctimas Especiales brindando atención psicoterapéutica a los sobrevivientes de abuso sexual derivados por esta unidad. Así se muestra a continuación el detalle de los casos derivados para su atención, sin contar con los casos particulares atendidos.

TABLA 2

MES	GESTIÓN	
	2012	2013
Enero	X	16
Febrero	X	16
Marzo	X	16
Abril	X	14
Mayo	X	16
Junio	X	11
Julio	19	13
Agosto	44	15
Septiembre	24	21
Octubre	50	21
Noviembre	33	5
Diciembre	12	X
TOTAL	182	164

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Objetivo General.

Describir las competencias para el avance en psicoterapia de la víctima de abuso sexual, basadas en los lineamientos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

3.2. Objetivos Específicos.

- Elaborar una matriz de competencias que centralice los criterios del panel de expertos.
- Identificar las competencias para el avance en psicoterapia con víctimas de abuso sexual.
- Describir cada competencia en sus respectivos grados.

3.3. Tipo de diseño.

La presente investigación por su nivel de profundidad se constituye en un estudio de tipo exploratorio, ya que no existe estadística y bibliográfica acerca de técnicas de descripción de competencias vinculadas al avance en psicoterapia de víctimas de abuso sexual. A su vez este estudio es descriptivo ya que busca recolectar datos que describan la situación tal y como es.

El diseño de la investigación es no experimental ya que no se manipulan deliberadamente las variables, observando los fenómenos tal y como se dan en su contexto para después describirlos. Es también transversal al analizar variables en un solo momento temporal.

La metodología utilizada en el presente estudio, es de tipo cualitativo al tener por objeto la descripción de las cualidades de un fenómeno.

3.4. Universo – población.

La población que forma parte de este estudio está conformada por terapeutas en ejercicio profesional de la psicología clínica, atendiendo pacientes sobrevivientes de abuso sexual.

3.5. Muestra.

La representación de la población mencionada que será tomada en cuenta en el estudio está conformada por el equipo de profesionales de Fundación Fénix (5 psicólogas), al ser esta institución la única que se aboca al tratamiento específico de este problema en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

3.6. Instrumentos a utilizar:

3.6.1. Taller DACUM.

Propio de la metodología DACUM, en él se desarrolla la descripción de una determinada ocupación, conformado por un facilitador (quien a la vez centraliza en la matriz) y un panel de expertos.

Este trabajo se desarrolla, en varias etapas: definir la ocupación y lluvia de ideas – mediante la cual se procede a la realización de la matriz de competencias genéricas.

El DACUM es un instrumento utilizado en el sector organizacional para analizar ocupaciones y procesos de trabajo, generando insumos para conducir procesos de análisis funcional, para el diseño de sistemas de Calidad Total. Se tomarán en cuenta dos premisas básicas:

1. Los trabajadores expertos pueden describir y definir su trabajo de manera más precisa que cualquier otra persona de la organización;

2. Una manera efectiva de definir una función es describir en forma precisa las tareas que realizan esos trabajadores expertos;

Una vez identificada el área donde se aplicará el taller-DACUM, se selecciona a un grupo de trabajadores considerados expertos por su desempeño demostrado y algunos de sus supervisores, para construir la matriz de competencias.

La duración del taller, se estima que no debe rebasare dos días de trabajo, que de preferencia deben ser consecutivos, guiados por un facilitador que conozca y domine la metodología y que tenga experiencia en el manejo de grupos de adultos.

Pasos del taller:

1. Tormenta de ideas. Comienza con una tormenta de ideas sobre todos los trabajos-tareas que se tienen que realizar en el área. El procedimiento que se suele usar es que los participantes opinen y discutan, mientras que el facilitador escribe los enunciados de resultados y acciones en tarjetas colocándolas en la pared o en un pizarrón sin un orden en ese instante.

A partir de esta primera tormenta de ideas, se procede con la identificación y descripción:

- φ del título de la competencia,
- φ de la ocupación
- φ de la principal función de un determinado proceso

2. Identificación y definición de las funciones. El paso siguiente consiste en identificar-definir las funciones que se deben cumplir: un área amplia de responsabilidades que agrupa a varias tareas (en esta metodología se parte de por lo menos seis tareas por función). Se expresa empezando con un verbo, debe tener un objeto y generalmente se acompaña por una condición. Así a

cada nivel de función se debe seguir la premisa: “La persona debe ser capaz de”.

A partir de los enunciados en las tarjetas en la pared o pizarrón, el grupo va revisando y analizando cuáles serán las funciones.

Aquí es importante distinguir entre función y tarea: la primera se refiere a un resultado amplio, mientras que la segunda es un resultado específico y necesario para lograr la primera.

Para definir las funciones, se sigue un proceso de discusión y construcción de consenso entre los miembros del grupo, hasta que sienten haber terminado con todas las posibilidades.

- 3. Enunciación de tareas.** El paso que sigue es ubicar los enunciados de tareas en cada una de las funciones. Las funciones son puestas en forma de una columna en la pared, en lo posible siguiendo una secuencia lógica de proceso; en las filas se van colocando las tareas que corresponden a éstas. Es probable que se requiera de una segunda ronda de tormenta de ideas.

Los criterios para seleccionar una tarea son los siguientes:

- a) Representa la unidad más pequeña de una actividad del proceso con un resultado palpable y con sentido;
- b) Resulta en un producto, servicio o decisión;
- c) Representa una unidad de acción asignable a una persona;
- d) Tiene un punto de inicio y fin;

Se puede realizar en un corto período de tiempo;

La pregunta básica a contestar en esta parte en cuanto a las tareas se refiere es "¿qué tienes que hacer para poder cumplir con la función?"; Una vez identificadas las tareas, se trata de ordenarlas en lo posible, según la secuencia requerida para cumplir con la función.

Se expresan las tareas a partir de un verbo de acción que claramente refleje un desempeño observable, mostrando un principio y un fin de una acción, evitando expresiones que incluyan verbos como conocer, entender, apreciar, entre otros. El verbo se expresa en la tercera persona, seguido por el objeto sobre el que actúa el trabajador.

La expresión debe entenderse por sí sola y no depender de otras funciones o tareas. Se sugiere mantener cortas las expresiones, usar una terminología comúnmente utilizada en el proceso u ocupación, y evitar el uso de dos o más verbos a la vez en las expresiones.

Así es importante y a veces difícil usar los verbos en una estructura jerárquica: el verbo usado en la descripción de la función debe ser más genérico en su naturaleza, que los utilizados en la descripción de las tareas.

La última etapa consiste en verificar y afinar las funciones y tareas identificadas. En este momento, el rol del facilitador cambia: de haber sido totalmente abierto y sin haber dado mayor direccionalidad en las etapas previas, ahora tiene que procurar que se obtenga un producto de calidad. Esto significa cuestionar expresiones que no son claras y sugerir verbos alternos cuando sea necesario. Se tiene que insistir en encontrar las expresiones más precisas y descriptivas, tratando de no extenderse demasiado en palabras para no perder la focalización.

El mapa DACUM, que expresa las funciones y tareas requeridas para lograr un desempeño destacado del individuo en una determinada área de ocupación, representa los enunciados de un desempeño efectivo, basado en la realidad de un proceso productivo (Sarain, 2012).

3.6.2. Matriz de competencias genéricas.

Es un centralizador donde se realiza la descripción de una determinada competencia. Cada competencia presenta una serie de niveles o grados descrita de mayor a menor. Cada competencia debe ser primero definida y luego descrita. La definición explica lo que es la competencia. La descripción hace referencia a grados de la competencia, esto es los distintos comportamientos que una persona debe tener para la consecución exitosa de la actividad en cuestión - en este caso – la mejora terapéutica.

Los grados se definen siempre de mayor a menor, colocando en el vértice superior la competencia con su máximo nivel y en el inferior a su nivel mínimo. La cantidad de grados varía según los autores.

Como norma se trabaja con un mínimo de 4 niveles y un máximo de 10.

En este estudio se utilizará el Modelo Alles, que es de origen norteamericano y corresponde a la siguiente escala y puntajes:

A: Máximo 100 puntos

B: Normal 75 puntos

C: Mínimo 50 puntos

E: Nulo 25 puntos

Para redactar competencias se debe:

- Evitar términos en inglés
- Evitar términos que incluyan plurisignificación
- Trabajar con un diccionario de lengua española como apoyo
- Definir primero el grado máximo y el mínimo

- Identificar el componente fundamental de la competencia (Conocimiento, Valor, Actitud, Motivación etc.)

El último inciso descrito es justamente el punto de unión entre el enfoque de competencias y modelo Integrativo Suprapadigmático. El cual aportará en la matriz DACUM con los paradigmas: cognitivo, afectivo, conductual e inconsciente; tomándose en cuenta estos por ser internos e intrínsecos al individuo y ser paralelos a los componentes descritos de las competencias: saber (paradigma cognitivo), querer (paradigma afectivo) y hacer (paradigma conductual).

El resto de los paradigmas no son tomados en cuenta ya que al involucrar características externas, contextuales (paradigmas ambiental y sistémico) o condiciones somáticas (paradigma biológico), no pueden describirse por su propia naturaleza, como competencias; ya que las competencias son relativas al accionar de una persona.

3.7. Variables del estudio

(I) Competencias. Características subyacentes de una persona (cognitivas, afectivas, conductuales, psicofísicas) que le permiten llevar a cabo de manera adecuada una función, actividad o tarea.

(D) Avance en psicoterapia. Progreso en el proceso activo de logro de objetivos terapéuticos acordados entre paciente y terapeuta, que se desarrolla en un contexto interpersonal.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.

A continuación se presentan las matrices de competencias genéricas elaboradas en el taller DACUM con el panel de expertos:

		DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
		PARADIGMA COGNITIVO
CAPACIDAD REQUERIDA	BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Aplica parcialmente el entendimiento sobre lo que realiza ϕ Razona de manera superficial (raciocinio) ϕ Interpreta frecuentemente de forma distorsionada las causas vinculadas a sí mismo(a) y al mundo (Hecho traumático)(sesgos atribucionales) ϕ Interpreta rígida y frecuentemente las causas vinculadas a sí y al mundo (sesgos atribucionales) ϕ Se representa mentalmente de manera peyorativa (autoimagen) ϕ Considera ineficientes sus propias capacidades de desempeño (autoeficacia) ϕ Exige constantemente de sí y/o del mundo fuera del límite de sus posibilidades ϕ Considera la psicoterapia desdeñosamente (expectativas ante la psicoterapia) ϕ Representa los hechos que puedan ocurrir en su vida en recurrencia de hechos traumáticos (expectativas de vida) ϕ Elige las opciones destructivas para su progreso (toma de decisiones) ϕ Procesa la información pasada con desviaciones (memoria) ϕ Busca constantemente el reconocimiento de los demás ϕ Discierne los mensajes que recibe parcialmente (lenguaje

		<p>comprendido)</p> <p>ϕ Rechaza los sucesos traumáticos de sí mismo(a)</p>
	MEDIA BAJA	<p>ϕ Mantiene la atención intermitentemente (atención)</p> <p>ϕ Piensa desordenadamente</p> <p>ϕ Brinda un sentido y significado distorsionado de las causas vinculadas a sí mismo(a) y al mundo (hecho traumático)</p> <p>ϕ Brinda un sentido y significado rígido de las causas vinculadas a sí mismo(a) y al mundo (hecho traumático)</p> <p>ϕ Simboliza su persona de manera desfavorable</p> <p>ϕ Estima como limitado el efecto de sus empeños</p> <p>ϕ Demanda de sí y/o del mundo fuera del límite de sus posibilidades</p> <p>ϕ Considera la psicoterapia como algo innecesario</p> <p>ϕ Figura los hechos que puedan ocurrir en su vida en base a probabilidades pesimistas (expectativas de vida)</p> <p>ϕ Escoge las opciones menos efectivas para su progreso</p> <p>ϕ Procesa la información pasada con dificultad</p> <p>ϕ Busca el reconocimiento de los demás</p> <p>ϕ Discierne los mensajes que recibe con cierta dificultad</p> <p>ϕ Se reconoce como víctima del abuso sexual</p>

	MEDIA ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Mantiene la atención ϕ Reconoce la coherencia o contradicción de ideas o conceptos ϕ Analiza la tendencia de sus creencias ϕ Reflexiona sobre su manera de entender el mundo y a sí mismo ϕ Representa difusamente los aspectos de sí mismo vinculados con el trauma ϕ Considera que es capaz de realizar acciones previstas ϕ Adapta sus exigencias según las circunstancias en las que se encuentra ϕ Confía en la psicoterapia como medio de crecimiento personal ϕ Proyecta su futuro con optimismo ϕ Opta por las alternativas mas efectivas para su desarrollo ϕ Procesa la información pasada sin dificultad ϕ Busca encontrar aquello que le genera bienestar ϕ Comprende los mensajes que recibe ϕ Se reconoce como sobreviviente del abuso sexual
	ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Concentra la atención a voluntad ϕ Guia el pensamiento coherentemente hacia su bienestar ϕ Modifica sus estilos de atribución disfuncionales ϕ Construye activamente posturas del mundo y de sí mismo favorecedoras y realistas ϕ Interpreta de manera flexible su experiencia ϕ Confía en que su accionar es eficiente ϕ Adapta sus exigencias congruentemente con su historia de vida y espacio vital ϕ Cooperera activamente en el proceso psicoterapéutico

	<ul style="list-style-type: none">φ Realiza planes optimistas y claros para su futuroφ Busca de manera proactiva mejores posibilidades para su progresoφ Recuerda claramente los acontecimientos, facilitando el aprendizajeφ Busca realizar aquello que genera bienestarφ Comprende claramente los mensajes que recibeφ Acepta su condición de sobreviviente de abuso sexual
--	--

		DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
		PARADIGMA AFECTIVO
CAPACIDAD REQUERIDA	BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Siente continua aflicción (umbral hedónico) ϕ Experimenta rechazo y desprecio de sí mismo (a) (autoestima) ϕ Rehúye del fracaso ϕ Experimenta recurrentemente la falta en sus necesidades afectivas ϕ Modifica constantemente su estado de ánimo ϕ Desconoce la reciprocidad de sentir como el otro ϕ Percibe como incontrolables sus circunstancias (indefensión) ϕ Reacciona con displacer exasperante a situaciones sociales ϕ Experimenta apatía hacia el trabajo psicoterapéutico ϕ Actúa sometido a sus emociones ϕ Pervive dependiendo y condicionado a otros conmoción
	MEDIA BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Se dispone a la aflicción (umbral hedónico) ϕ Tiende al rechazo y desprecio de sí mismo(a) ϕ Rechaza la frustración ϕ Experimenta frecuentemente la falta en sus necesidades afectivas ϕ Altera su estado de ánimo fácilmente ϕ Reconoce el sentir de otra persona ϕ Percibe con indiferencia sus circunstancias ϕ Responde con displacer a situaciones sociales ϕ Aprecia con incredulidad el trabajo psicoterapéutico ϕ Advierte en ocasiones descontrol emocional ϕ Percibe en sí el impulso de mayor independencia

	MEDIA ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Se dispone hacia la complacencia ϕ Propende al aprecio y aceptación de sí mismo(a) ϕ Acepta la frustración ϕ Experimenta la satisfacción de sus necesidades afectivas ϕ Modifica su estado de ánimo eventualmente ϕ Percibe lo que el otro siente ϕ Percibe con optimismo sus circunstancias ϕ Responde naturalmente a situaciones sociales ϕ Se siente estimulado hacia el trabajo psicoterapéutico ϕ Regula esporádicamente sus emociones ϕ Experimenta satisfacción al moverse con autonomía
	ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Siente habitualmente alegría ϕ Aprecia y acepta sus cualidades y defectos ϕ Fortalece su integridad ante el dolor emocional ϕ Interviene activamente en su realidad para la satisfacción de sus necesidades afectivas ϕ Permanece en un estado de equilibrio emocional ϕ Actúa en congruencia a su comprensión de las emociones ajenas ϕ Influye en sus circunstancias dirigiéndolas hacia el bienestar ϕ Reacciona complacido ante situaciones sociales ϕ Colabora activamente en el proceso psicoterapéutico ϕ Regula el funcionamiento de sus emociones ϕ Busca activamente mayor independencia

		DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
		PARADIGMA CONDUCTUAL
CAPACIDAD REQUERIDA	BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Reacciona frecuentemente de manera descontrolada ϕ Procede con desacierto en la solución de intereses contrapuestos ϕ Realiza acciones autodestructivas premeditadas y de alta letalidad ϕ Maneja ineficazmente sus acciones en las relaciones sociales ϕ Comunica su parecer de forma agresiva ϕ Transmite sometimiento en la comunicación ϕ Emplea el tiempo libre de manera perniciosa
	MEDIA BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Reacciona esporádicamente de manera descontrolada ϕ Intenta llevar la oposición a soluciones equitativas ϕ Tiende a acciones autodestructivas premeditadas y de alta letalidad ϕ Desarrolla conductas adecuadas en situaciones sociales ϕ Comunica su juicio de manera agresiva eventualmente ϕ Procura expresar su parecer ante los demás ϕ Busca actividades gratificantes para su tiempo libre
	MEDIA ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Modula sus acciones con sus consecuencias ϕ Facilita la resolución de conflictos ϕ Procura comportarse de manera provechosa para sí mismo(a) ϕ Procede con conductas socialmente efectivas ϕ Comunica su parecer asertivamente en la mayor parte de las situaciones ϕ Elige actividades gratificantes en su tiempo libre

	ALTA	<ul style="list-style-type: none">ϕ Regula a voluntad la trayectoria de sus emocionesϕ Lleva los conflictos a soluciones equitativasϕ Emite conductas beneficiosas para sí y para quienes le rodeanϕ Actúa con destreza en el intercambio socialϕ Comunica asertivamente su punto de vistaϕ Realiza actividades reconfortantes en su tiempo libre
--	-------------	--

		DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS
		PARADIGMA INCONSCIENTE
CAPACIDAD REQUERIDA	BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Mantiene en sí representaciones de pérdidas no elaboradas ϕ Lleva en sí estructuras cognitivas no conscientes ϕ Utiliza mecanismos defensivos autodestructivos ϕ Desconoce las emociones que posee ϕ Ignora las vías de expresión verbal de sus emociones ϕ Experimenta constantemente secuelas de traumas
	MEDIA BAJA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Accede a los recuerdos de pérdidas no elaboradas ϕ Experimenta los efectos perniciosos de las estructuras cognitivas inconscientes ϕ Emplea mecanismos de defensa no gratificantes ϕ Desarrolla mayor sensibilidad emocional ϕ Intenta expresar lo que siente ϕ Enfrenta las representaciones traumáticas
	MEDIA ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ϕ Reconstruye la interpretación de las pérdidas sufridas ϕ Toma conciencia de la dirección de sus cogniciones ϕ Practica mecanismos de defensa beneficiosos ϕ Reconoce (toma conciencia) de las emociones que posee ϕ Ejercita la expresión de sus emociones ϕ Acepta sus experiencias traumáticas

	ALTA	<ul style="list-style-type: none">ϕ Interpreta las pérdidas con significación constructivaϕ Procesa cogniciones de manera conscienteϕ Dispone de mecanismos de defensa satisfactoriosϕ Accede voluntaria y conscientemente a su mundo emocionalϕ Expresa naturalmente sus emocionesϕ Asimila sus traumas
--	-------------	---

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Se puede concluir que:

- Se describieron las competencias genéricas para el avance en psicoterapia de la víctima de abuso sexual, en los grados: bajo, medio bajo, medio alto y alto transversalmente a los paradigmas cognitivo, afectivo, conductual e inconsciente del enfoque Integrativo Supraparadigmático, en una matriz que centraliza los criterios del panel de expertos conformado por los profesionales psicólogos de Fundación Fénix.
- Las descripciones de capacidades requeridas para el de avance en psicoterapia a nivel bajo, se caracteriza por estar vinculada a un proceder autodestructivo.
- En el desglose de competencias a alto nivel se evidencia la confluencia de todo el accionar personal hacia el bienestar.
- La comprensión, interpretación descripción y análisis de los profesionales psicólogos que realizan el trabajo terapéutico con sobrevivientes de abuso sexual, se focaliza en la sintomatología y en las características patológicas de estos pacientes. Como se pudo comprobar en la realización del taller DACUM, en el cual existió marcada dificultad a la hora de contemplar las características de los pacientes en base a su efectiva capacidad de accionar, y no así de disfuncionar en los distintos niveles de avance en psicoterapia y los respectivos paradigmas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bagladi. (2000). Una aproximación al bienestar humano. *Actualizaciones en psicoterapia integrativa Volumen I*, 20 a 58.
- Bagladi. (2003). *VARIABLES INESPECIFICAS EN PSICOTERAPIA*. Buenos Aires.
- Bagladi, & Opazo. (2006). *Etiopatología de los trastornos de personalidad desde la psicoterapia*.
- Bagley, & Ramsay. (1986). Sexual abuse in childhood: psychosocial outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 33-47.
- Barsky, Wool, Barnett, & Cleary. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriac patients. *American Journal of Psychiatry*, 150.
- Beck, Freeman, & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- Bendixen, Muss, & Schei. (1994). *The impact of child sexual abuse*.
- Boyatzis. (1982). *Competent manager: a model of effective performance*.
- Cortés, & Cantón. (1997). *Consecuencias del abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- Dubowitz, Black, Harrington, & Verschoore. (1993). 1993.
- Dubowitz, Black, Harrington, & Verschoore. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 743-754.
- Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua. (1995). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales*. La coruña.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). *Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil*. Barcelona.
- Fernández-Alvarez. (1996). El movimiento hacia la integración en psicoterapia. *Clase magistral de inauguración del postítulo "Psicoterapia integrativa"*.

- Finkelhor. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage.
- Finkelhor. (1993). *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage.
- Finkelhor. (1997). *The victimization of children and youth: Developmental victimology*. Sage.
- Hartman, & Burgess. (1989). *Sexual abuse of children: causes and consequences*. Cambridge University Press.
- Jumper. (1995). *A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment*.
- Kendall-Tackett. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113.
- Leboyer. (1997). *Gestión de las competencias*.
- López. (1989). *Los abusos sexuales a menores*.
- López. (1992). *Abuso sexual de menores*. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor.
- López. (1997). *Abuso sexual: un problema desconocido*. Madrid.
- López, Hernández, & Carpintero. (1995). *Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos*. Madrid.
- McClelland. (1961). *The Achieving Society*.
- McClelland. (1964). *The Roots of Consciousness*.
- McClelland. (1975). *Power: The Inner Experience*.
- Millon, & Davis. (1999). *An Evolutionary Theory Of Personality Disorders*. The Guilford Press.
- Murphy, Kilpatrick, Amick-Memullan, Veronen, Paduhovich, Best, y otros. (1988). Current psychological functioning of child sexual assault survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 55-79.
- Noguerol. (1997). *Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil*. Madrid: Díaz de Santos.

- Norcross, & Goldfried. (1992). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books.
- Núñez, J. (2004). *La víctima*. Sucre: Tupac Katari.
- Opazo. (2001). *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. Santiago Chile: ICPSI.
- Orlinsky, Grawe, & Parks. (s.f.). *Process and outcome in Psychotherapy*. En *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley and Sons.
- Parsons. (1951). *The Social System*.
- Quezada, V., Neno, R., & Luzoro, J. (2006). *Abuso sexual infantil*. Santiago: Universidad Internacional SEK.
- Rowan, Rodríguez, & Ryan. (1994). *Posttraumatic stress disorder in a clinical sample o adults sexually abused as children*.
- Safran, & Muran. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. The Guilford Press.
- Sarain. (2012). *Competencias Laborales: Enfoques, Fundamentos y Características*.
- Sarain. (2012). *Métodos de identificación de competencias laborales*.
- Slusser. (1995). Manifestations of sexual abuse in preschool aged children. *Issues in Mental Health Nursing*, 481-491.
- Spaccarelli, & Kim. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 1171-1182.
- Torrey. (1992). *Freudian Fraud*. Harper-Collins.
- Vázquez, & Calle. (1997). Secuelas postraumáticas en niños. *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 14-29.
- Vicente, Diéguez, De la Hera, Ochoa, & Grau. (1995). Trastorno por estrés traumático: consideraciones a propósito de tres casos. *Psiquiatría Pública*, 203-208.
- Weingerg. (1996). *The Heart of Psychotherapy*. St. Martin's Griffin.
- Wolfe, Sas, & Wekerle. (1994). *Factores asociados con el desarrollo del desorden de estres postraumático en niños víctimas de abuso sexual*.