

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Tesina de Licenciatura

Título:

“Relación entre historia de maltrato infantil y el desarrollo de Alexitimia”

Directora: Lic. Patricia Moles.

Alumno: Roberto Martín de la Cruz Lucas.

Hoja de evaluación:

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Patricia Moles.

Nota:

Agradecimientos

Me gustaría agradecer en primer término a la Licenciada Patricia Moles, una excelente profesora y mejor persona por su encomiable paciencia y esforzada guía.

A Nicky, compañera de estudio, carrera, vida y sueños.

A mis padres y hermanos, que siempre me brindaron su compañía, confianza y afecto.

A mi terapeuta, que siempre se esforzó por iluminar mis penumbras.

Mi gratitud para mis amigos y compañeros, y para muchas otras personas que sin saberlo me hicieron amar esta carrera y me permiten aprender constantemente, en cada charla, en cada chiste, en cada risa y cada llanto.

Índice

Título	2
Hoja de evaluación	3
Agradecimientos	4
Índice	5
Resumen	7
1-<u>Introducción</u>	9
2- <u>Estado Actual del Tema</u>	12
2.1 Maltrato	13
2.2 Alexitimia	14
3- <u>Marco Teórico</u>	16
3.1 Alexitimia	17
3.1.2 Principales características de la Alexitimia	20
3.1.3 Modelos Explicativos de la Alexitimia	22
3.1.4 Clasificación de la Alexitimia	29
3.2 Maltrato Infantil	31
3.2.1 Violencia Intrafamiliar	32
3.2.2 Clasificación del Maltrato	33
3.2.3 Maltrato Infantil	35
4- <u>Estadísticas en relación al maltrato infantil</u>	37
5- <u>Legislación Nacional y Provincial</u>	40
6- <u>Hipótesis de trabajo</u>	44
7- <u>Método</u>	46

7.1 Diseño	47
7.2 Tipo de Estudio	47
7.3 Descripción de la muestra	47
7.4 Distribución de la muestra	48
7.5 Procedimiento	48
7.6 Instrumentos de evaluación	49
8- <u>Presentación y Discusión de resultados</u>	51
8.1 En cuanto al porcentaje general en ambos grupos	52
8.2 Consideraciones teóricas sobre nuestra hipótesis de trabajo:	53
8.3 Comparación de puntajes promedio de ambos grupos	55
8.4 Porcentaje de alexitimia según género y maltratados o no	56
8.5 Comparación entre grupos según tipo de maltrato	57
8.6 Porcentaje de alexitimia según nivel educativo alcanzado	58
8.6 Porcentaje de alexitimia según con/sin hijos	59
8.7 Porcentaje de alexitimia en relación con el estado civil	60
8.8 Relación entre alexitimia y edad	60
9- <u>Alternativas Terapéuticas</u>	62
10- <u>Consideraciones Finales</u>	67
11- <u>Anexo</u>	69
11- <u>Bibliografía</u>	73

Resumen:

El presente trabajo se organiza en primer lugar con el despliegue teórico del constructo Alexitimia. Expondremos sus bases teóricas y principales características. Señalando las etiologías posibles (neuropsicológica, psicodinámica y sociocultural) y su clasificación.

Abordamos también la problemática del maltrato, haciendo especial hincapié en el maltrato infantil. Se agrega un apartado en el cual se nombra la legislación existente en esta materia.

Posteriormente articulamos ambos conceptos (Alexitimia y Maltrato infantil), a través de un estudio correlacional-cuantitativo, con una muestra de 70 sujetos. El propósito que guía la investigación práctica es conocer si el indicador alexitimia correlaciona positivamente con haber sido víctima de maltrato infantil en el ámbito doméstico.

A continuación se presentan los resultados y la discusión de los mismos, para dar paso a las conclusiones y consideraciones finales. Así mismo, sobre la base de nuestros resultados proponemos alternativas de tratamiento.

Abstract:

The present work is organized in the first place with the theoretical unfolding of concept of alexithymia. We will exhibit its theoretical bases and main characteristics. Indicating to possible etiologies (neuro psychological, psycho-dynamic and sociocultural) and classification of the alexithymia.

We also approach the problematic one of I mistreat, making special emphasis in the infantile mistreat. A section is added in which the existing legislation in this matter names. Later we articulated both concepts (alexithymia and infantile maltreatment), through a correlational-quantitative study, with a sample of 70 subjects. The intention that guides the

practical investigation is to know if the indicator alexitimia positively correlates with to have been victim of I mistreat infantile in the domestic scope.

Next the results and the discussion of the same appear, to take to step to the conclusions and final considerations. Also, on the base of our results we propose treatment alternatives.

1- Introducción

En la actualidad seguimos palpando cotidianamente la problemática del maltrato infantil. A pesar de la condena que históricamente y cada vez con más fuerza recae sobre esta problemática; y la legislación que fuertemente intenta ponerle coto, no parece dejar de practicarse en las distintas culturas, sociedades y religiones, ni mucho menos en el ámbito supuestamente de mayor protección: la familia.

De este modo el padecimiento en la infancia no solo es cercenador de derechos fundamentales, sino, que deja secuelas físicas, psicológicas y sociales.

En el presente trabajo nos proponemos investigar si puede sumarse a la extensa lista de consecuencias a largo plazo relacionadas con el maltrato infantil (autoestima y autoconcepto pobres, desarrollo de estrés postraumático, consumo de sustancias y alcohol, dificultades relacionales, conductas delictivas, etc.) una más, se trata de un concepto relativamente nuevo, la Alexitimia. Concepto éste que en un principio se asoció de forma unívoca con las enfermedades psicosomáticas, independizándose luego y emergiendo como un cuadro psicológico autónomo, adquiriendo su propia entidad clínica.

La particularidad que presenta este cuadro es que los sujetos pasan desapercibidos, no resaltan por alguna desviación a lo esperable, sino por todo lo contrario, un aferramiento rígido a las convenciones sociales y usos habituales. Un cuadro generalmente “mudo”, que ni siquiera subjetivamente manifiesta sufrimiento, ya que en la mayoría de los casos los sujetos vivencian esa vida sobreadaptada de forma natural. Sin embargo, cercena un aspecto fundamental de la existencia del hombre, esto es: su capacidad para la expresión verbal de las emociones y afectos.

Son estas las ideas principales que motivan éste trabajo, por un lado mantener presente la gravísima problemática del maltrato infantil, y por otro, presentar de forma autónoma a un cuadro muchas veces asociado con otros, pero no muy considerado de forma independiente.

Así intentamos para el análisis del problema en cuestión la constitución de dos grupos lo más homogéneos posibles, con la única diferencia de que uno posee historia de maltrato en la infancia y el otro no, ha ambos se los evaluó en Alexitimia mediante el TAS-UBA. Luego se Analizan los puntajes obtenidos en función de las variables categorizadas y se presentan las conclusiones y alternativas terapéuticas.

2- Estado Actual del tema.

2.1 Maltrato:

A partir del rastreo bibliográfico, se han podido observar numerosos estudios en torno al maltrato, Schore (2003) concluye en su investigación que los niños que sufren el rechazo o el descuido tienen más probabilidades de desarrollar hábitos y rasgos antisociales al ir creciendo. También comprueba que la negligencia paterna o materna está relacionada a los desordenes de la personalidad y a los comportamientos violentos. Otro estudio a largo plazo con jóvenes abusados, comprobó que más del 80 por ciento fueron diagnosticados con un desorden psicológico al cumplir los 21 años. Estos jóvenes tenían problemas con la depresión, la ansiedad, los desordenes alimenticios e intentos de suicidio (Silverman, Reinherz, y Giaconia, 1996). La presencia de problemas de salud mental también ha sido observada por Kelley, Thornberry, y Smith (1997). Otros estudios sugieren que los niños abusados o descuidados tienen más probabilidades de arriesgarse sexualmente al llegar a la adolescencia y contraer una enfermedad de transmisión sexual (Johnson, Rew, y Sternglanz, 2006). Los niños abusados o descuidados tienen más probabilidades de ser arrestados por actos criminales antes de llegar a la mayoría de edad, más probabilidades de ser arrestados por actos violentos o criminales como adultos, y más probabilidades de ser arrestados por uno o varios tipos de crimen violento como adultos o menores de edad (English, Widom, y Brandford, 2004). Los investigadores han demostrado una y otra vez que los niños abusados y descuidados tienen más probabilidades de fumar, abusar del alcohol o consumir drogas ilícitas durante su vida (Dube, 2001). Según un reporte del National institute on Drug Abuse de EEUU, al menos dos terceras partes de los individuos que reciben tratamiento por abuso de drogas dicen haber sido maltratados durante su infancia (Swan, 1998). Se estima que aproximadamente una tercera parte de los niños abusados o descuidados eventualmente causarán daño a sus propios hijos (Prevent Child Abuse New York, 2003). Se ha encontrado una fuerte correlación entre haber padecido maltrato y el desarrollo de Trastorno por estrés postraumático (Marty y Carvajal 2005).

2.2 Alexitimia

En cuanto a la alexitimia, se relaciona con distintas adicciones, Haviland y Col. (1988) y Mann y Col. (1995) observaron que los adictos puntúan alto en alexitimia. Por su parte Ziolkowsky y col. (1995) comprobaron la presencia de una correlación negativa entre alexitimia y el mantenimiento de la abstinencia en hombres alcohólicos. G. Taylor (1984) luego de estudiar a pacientes alcohólicos, toxicómanos o con ambas patologías, comprobó que 50% de los pacientes son alexitímicos, así Taylor considera a la alexitimia como predisponente a las adicciones. Lumloy y Roby (1995) evalúan pacientes con desórdenes de adicción (alcoholismo, abuso de cocaína), encontrando un alto grado de alexitimia en estos sujetos en comparación con el grupo control, así concluyen que las conductas de riesgo pueden ser influenciadas por la alexitimia.

En cuanto a la depresión, se ha observado que la alexitimia es un constructo estable de la personalidad (Wise, Mann y Randall 1995) y también que el constructo es independiente y distinto de la depresión (J. Parker, G. Taylor, R. Bagby 1991), se ha observado por otro lado (A. Heerlein y Col. 1989) que la alexitimia se relaciona más fuertemente con el cuadro depresivo neurótico reactivo. Gunzelmann, Kupfer y Brahler(2002) confirmaron la existencia de una fuerte conexión entre alexitimia y depresión. Muller, Buhner, y Ellgring (2003) comprobaron una fuerte correlación entre manifestaciones de depresión y alexitimia en pacientes con somatizaciones. Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, Lehtonen, y Viinamaki (2001) mostraron que la severidad de la depresión estaba en directa proporción con la de la alexitimia.

M. Bach y D. Bach. (1995) estudiaron la relación del constructo con los trastornos somatomorfos (clasificación del DSM IV equiparable a las enfermedades psicosomáticas), pudiendo observar que las somatizaciones persistentes se relacionan con la alexitimia. A su vez otros estudios comprueban la presencia de alexitimia elevada en padecimientos psicosomáticos, tales como, Hipertensión arterial (Norbdy y Col., 1995), Colitis ulcerosa (Smith y Col., 1995), enfermedad de Chron y colitis ulcerosa (Porcelli y Col., 1995), artritis reumatoidea (Fernández A. y Col 1989).

También se ha verificado su relación con trastornos de la conducta alimentaria en general (T. Laquatra y J. Clopton 1994, Troop y Col. 1995), y específicamente con bulimia nerviosa (D. Jimerson. Y Col. 1994), y obesidad (Molinari, Morosin y Riva 1995).

Bagby (1994) realizó un estudio con pacientes psiquiátricos (esquizofrénicos, trastornos somatomorfos, de personalidad y de ansiedad, etc.) concluyendo que estos pacientes puntúan más alto en alexitimia que sujetos adultos sanos.

Hay un estudio muy interesante realizado por Fukunishi, Numata y Hattori en 1994, se estudiaron los mecanismos de defensa de pacientes con infarto de miocardio, concluyen que los mecanismos usualmente utilizados por los alexitímicos son la negación, la represión y la formación reactiva. También mencionan que la Alexitimia es más notoria cuando los mecanismos de afrontamiento utilizados por los pacientes se dirigen a minimizar las percepciones amenazantes de los conflictos.

Hay numerosos estudios que comprueban la estrecha relación entre alexitimia y estrés, así, Kriystal y Col. (1986), encuentran que los pacientes con estrés postraumático puntúan más alto en alexitimia, al igual que los pacientes psicósomáticos. Por su parte Fukunushi, Chisima y Anse (1994), encuentran también una fuerte correlación entre estrés postraumático y alexitimia, la correlación es más fuerte en pacientes con estrés postraumático en fase crónica (más de 10 meses del suceso). Concluyen que las actitudes de evitación emocional y bloqueo afectivo de los pacientes con estrés postraumático están relacionadas significativamente con los rasgos alexitímicos. Otro estudio de Fukunishi y Col. (1995), encuentran una alta correlación entre alexitimia, bajo apoyo social y estrés.

3 - Marco Teórico

3.1 Alexitimia

3.1 Alexitimia:

Se trata de un concepto relativamente nuevo, el constructo es descrito inicialmente por Peter Sifneos en 1972, como una dificultad para expresar los estados afectivos y emocionales con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos.

Surge de las raíces griegas **a** privativa –sin-, **lexis**, palabra y **thimos**, afecto (sin palabras para los afectos). Es un constructo observado inicialmente en pacientes psicossomáticos, demostrándose luego su relación con otras patologías. Diversos autores sostienen que los rasgos o características alexitímicas tiene un destacado papel en la génesis y/o mantenimiento de los síntomas psicossomáticos, ya que la alexitimia puede considerarse como factor iniciador y/o mantenedor del trastorno, además de factor pronóstico en la evolución de diversas enfermedades crónicas.

Más recientemente el término logró mayor independencia, extendiéndose a pacientes portadores de una gran variedad de afecciones psiquiátricas y psicológicas como fobias, crisis de pánico, alcoholismo y drogadicciones, stress postraumático, depresiones, trastornos somatomorfos, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad, entre otros.

El concepto alexitimia es lindante y equiparable por algunos autores a otro utilizado por la Escuela francesa, llamado Pensamiento Operatorio, quizás esta escuela enfatiza más aspectos emocionales, pero comparten las características y componentes del síndrome o constructo. A nivel teórico, las diferencias se encuentran en torno a la etiología del cuadro, ya que los franceses lo consideran como componente fundamental de otro cuadro, la estructura de Personalidad Psicossomática. Por su parte, Krystal y Col. (1979 y 1986) considera al pensamiento operatorio como el déficit en cuanto al área cognitiva del trastorno alexitímico, en el que los símbolos son utilizadas como signos, sin ser considerados como algo propio; agrega falencias en otras dos áreas, en la afectiva y en el área de las relaciones interpersonales.

El pensamiento operatorio posee mecanismos psíquicos distintos de la neurosis y la psicosis. El aislamiento del inconsciente es fruto de un proceso distinto del utilizado en la neurosis obsesiva (manipulación de los contenidos mentales), en el caso del pensamiento operatorio se trata la imposibilidad del psiquismo de tramitar contenidos mentales.

El pensamiento operatorio se asocia fuertemente con un tipo particular de depresión, llamada “depresión esencial”, muy raramente se presentan por separado. Se trata de una depresión que se presenta sin objeto, el sujeto no presenta autoreproches ni autoacusaciones, no exterioriza culpa conciente ni desvalorización personal o herida narcisista. Constituyéndose así, en el principal síntoma de este tipo de depresión es la ausencia de la culpa inconsciente.

Se la denomina “esencial” ya que es la condición misma de la depresión o sea la disminución del tono libidinal (ausencia de libido tanto objetal como narcisista), pero en palabras del propio Marty citado por Sivak “sin el aferramiento libidinal regresivo y ruidoso de las depresiones neuróticas o psicóticas [...] la desorganización y fragmentación sobrepasan el dominio mental, el fenómeno es equiparable a la muerte, donde la energía vital se pierde sin compensación”.

En este cuadro predominan la renegación y la supresión del afecto y sus representaciones como mecanismos de defensa. Los pacientes presentan menoscabo de los deseos, solo manifiestan intereses mecánicos, presentan serias dificultades para establecer relaciones con los demás y consigo mismo. Perdida del interés por el pasado y el futuro. El Yo debilitado con mucha dificultad logra cumplir las funciones de defensa, distribución y ligazón. La ruptura en cuanto a la comunicación con el Inconsciente se constituye en una verdadera ruptura con la propia historia personal.

Para Marty la dificultad estaría planteada a nivel del sistema preconsciente, y el procesamiento que éste realiza como reservorio de representaciones (y sus respectivos afectos evocables placenteros y displacenteros) y como procesador de montos de energía pulsional y afectos a través de la elaboración del pensamiento, fantasías y sueños (y todas las manifestaciones del proceso secundario y de la elaboración simbólica). Así estos sujetos

presentan un empobrecimiento general de la función preconiente, no consiguiendo una adecuada tramitación de los contenidos psíquicos, entorpeciendo la capacidad de mentalizar, tramitar y elaborar montos de excitación o angustia relacionadas con situaciones traumáticas.

3.1.2 Principales características de la Alexitimia

- **Dificultad para explicar o expresar sentimientos**

Los que la sufren presentan una notable dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras, se les hace imposible encontrar las palabras adecuadas a la hora de describir sus sentimientos.

- **Dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales**

A la hora de expresar sus sentimientos realizan una descripción interminable de síntomas somáticos, a veces sin relación con la enfermedad que padecen.

- **Pensamiento simbólico reducido o ausente**

Pensamiento utilitario y minucioso, centrado en los detalles del entorno, se refiere a acontecimientos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones, deseos o motivaciones.

Esta dificultad se ve reflejada también en la ausencia de la actividad de soñar, los alexitímicos sueñan poco o nada, y el contenido de sus sueños es pobre, concreto y realista, los sueños diurnos son muy poco frecuentes.

- **Tendencia al conformismo social**

Aunque son personas aparentemente bien adaptadas (esto no es más que una pseudonormalidad), tienen un comportamiento muy rígido, y dependiente de las convenciones sociales. Su existencia transcurre de manera mecánica. A menudo, la impronta de los fuertes estereotipos culturales que utilizan transmite a los demás una sensación de normalidad. Se trata de sujetos sobreadaptados.

- **Empobrecimiento de la capacidad para fantasear**

Inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les imposibilita la representación de sus impulsos, o la simbolización de las tensiones como paso previo a la acción. Los que sufren esta alteración se sienten incapaces de asociar imágenes visuales y pensamientos a un estado emocional determinado. Así, no pueden experimentar felicidad al recordar un acontecimiento que en su día les hizo felices.

- **En relación a los aspectos clínicos**

Son sujetos que se caracterizan por la ausencia de “fantasma”, y por una fuerte tendencia a establecer relaciones interpersonales pobres, en las que parecen no tomar en cuenta al interlocutor. Hecho éste que produce frustración en el analista. Producen relatos sobre ellos mismos de forma muy pobre, así, las experiencias vitales son relatadas de forma aislada, sin establecer relaciones entre éstas. Cuentan sus síntomas solo a la espera de una cura. Los hechos traumáticos pueden ser relacionados con la aparición de los síntomas, pero estos no producen ningún avance en la terapia.

- **Características de su vida diaria**

Son percibidos como extremadamente lógicos o fríos, les cuesta disfrutar de manifestaciones artísticas como música, literatura, etc. Presentan dificultades para percibir las emociones en los demás (empatía pobre), lo que los conduce a tomar decisiones basándose solo en datos. Pobre capacidad para fantasear y crear metáforas de contenido emocional, presentan como contrapartida el uso de prolijas descripciones de sí mismos y su medio.

Sus escasas manifestaciones emocionales, tienden a ser explosivas, bruscas e incontroladas, debido a la dificultad para percibir y limitar la expresión emocional, cuando estas surgen no pueden adecuarlas a la situación específica que las originó.

Pueden presentar alteraciones propias de estados de ansiedad como palpitaciones o alteraciones fisiológicas como dolores estomacales. También los alexitímicos son propensos a padecer ansiedad crónica debido a sus dificultades para identificar y diferenciar las emociones correctamente.

Los alexitímicos al manejarse únicamente usando su intelecto (sin dar lugar a emociones o a la intuición) pueden verse fácilmente abrumados frente a la toma de decisiones, ya que la carencia emocional dificulta una apreciación correcta de las diversas opciones en virtud de los propios gustos o metas. En otros casos pueden requerir la opinión ajena para decidir. Esta incapacidad para tomar decisiones rápidas basadas en las emociones suele motivar angustia frente a decisiones personales.

3.1.3 Modelos Explicativos de la Alexitimia:

1) Modelo neuropsicológico:

Dentro de este hay dos circuitos principales debidos a los cuales se produciría el trastorno, el primero pertenece a Nemiah y el grupo de Boston, estos enfatizan como causa

una pobre transmisión de la información entre el sistema límbico (“visceral brain”) lugar de las emociones, y el neocortex (“word brain”) lugar de la palabra, así la ausencia o deficiencia del paso entre los centros neuronales relacionados con el afecto (sistema límbico) o la falta de estos produciría un bloqueo de los impulsos destinados a la corteza cerebral, este bloqueo imposibilitaría el conocimiento y contacto con las propias emociones, no pudiendo reconocerlas, así no son bien traducidas simbólicamente a palabras. Esto también es llamado agnosia interoceptiva. Nemiah citado por Juan Otero expone que estos sujetos pueden experimentar la parte autonómica del afecto pero no la parte psíquica, o sea que a nivel corporal vivencian niveles de excitación o cambios de estado, pero no pueden atribuirles palabras o significados propios.

El otro circuito utilizado para explicar el trastorno es obra de Tenhouten, Hoppe y Bogen (1985) y compartido por Sifneos, en éste la dificultad se encontraría en relación a una dificultad en la transferencia correcta de información entre el hemisferio derecho, que en la mayoría de los sujetos diestros normales se encarga de la comprensión y expresión de emociones y elementos afectivos y el hemisferio izquierdo encargado de la expresión verbal (funciones superiores como la del lenguaje, y el análisis lógico-secuencial). Así la alexitimia es considerada como una “comisurotomía funcional”, produciendo así una imposibilidad de traducir las emociones viscerales del hemisferio derecho a la representación palabra propia del hemisferio izquierdo. Esta dificultad podría deberse tanto a un mal funcionamiento del cuerpo caloso, como a una limitación o hipofunción del hemisferio derecho (cabe aquí considerar que en las sociedades actuales el hemisferio derecho a perdido importancia, debido a que las exigencias de eficacia, producción y especialización consideran como prioritarias desarrollar las funciones lógico-rationales del hemisferio izquierdo).

Hipotéticamente se puede pensar que pueden coexistir tanto las dificultades a nivel del cuerpo caloso como la hipofunción del hemisferio derecho.

Tenhouten y sus colaboradores luego de analizar a pacientes comisurotomizados concluyen que en que la comisurotomía completa es una condición suficiente pero no

necesaria para mostrar altas características alexitímicas. Concluyendo que la comisurotomía funcional puede desarrollarse en paciente neurológicamente sanos.

Por su parte Geffen y cols. (1984), y Zeitlin y cols. (1989) comprueban en los sujetos alexitímicos una cierta disfunción interhemisférica.

Otros estudios entre los que encontramos los de Linden y cols. (1996), Lane (1996) y Friedlander y cols. (1997), comprueban la existencia en el alexitímico de un exceso de activación neurofisiológica que no puede contrarrestarse, lo que imposibilita la adecuada tramitación de esa elevada actividad emocional en sentimientos y fantasías para expresar adecuadamente la emoción.

2) Modelo psicodinámico:

Desde esta perspectiva encontramos distintos enfoques considerando alexitimia tanto como mecanismo de defensa o como déficit en la organización psíquica.

Krystal (1979) considera a la alexitimia como una detención en el desarrollo del afecto por un trauma psíquico infantil. Krystal estudió el desarrollo libidinal infantil y el proceso de verbalización que se realiza originariamente en la relación madre hijo continuando hasta la adolescencia. En ésta, tolerar las emociones permite llevar adelante el duelo relacionado con el abandono de representaciones infantiles. Al fracasar este proceso surge la alexitimia. Así se produce una detención en el desarrollo de los afectos dificultando la creación de objetos transicionales, entorpeciendo la simbolización y la creatividad. Esto produce un empobrecimiento de la fantasía, y un repudio al fantasma. Así la realidad surge como defensa de la actividad fantasmática. Krystal considera a la alexitimia como el polo opuesto de la psicosis, ya que en esta la realidad es sustituida por un mundo fantaseado, mientras que en la primera la sobre aceptación de la realidad no deja lugar al mundo imaginario.

Krystal considera que la etiología del cuadro puede surgir a partir de dos tipos de traumatismos: los infantiles y los catastróficos. Los infantiles surgirían en la medida en que la madre no pueda aliviar al niño de su desamparo la angustia, los adultos frente a procesos traumáticos sufrirían el bloqueo de la iniciativa, de la capacidad de registrar los afectos y el dolor, dando lugar a un proceso de de-simbolización.

Para McDougall (1982, 1987) la alexitimia constituye un modo defensivo del psiquismo frente a los acontecimientos sentidos como traumáticos por el aparato psíquico. Así se constituiría como una función defensiva contra la frustración, contra el dolor psíquico, y frente al riesgo que implicaría el desborde imaginario, surgiendo el pensamiento operatorio como contención frente a un riesgo irrepresentable, así se erigiría como una tentativa de auto cura frente a ansiedades psicóticas. Para esta autora los afectos pueden ser desalojado de la conciencia mediante el mecanismo de repudio, así el afecto se encontraría dividido entre el representante psíquico y el aspecto somático reduciendo lo afectivo a una expresión fisiológica. Las emociones dejarían así de ser procesadas como una señal para el psiquismo.

McDougall considera como elementos constitutivos de la alexitimia a la incapacidad para comprender los estados emocionales y los deseos de otras personas, así la dificultad en cuanto a lo emocional se extendería a la vida interpersonal ocasionando el establecimiento de relaciones pragmáticas, operatorias, sin poder saber qué significan ellos para los demás ni los demás para ellos. La autora agrega así un cuarto destino para el afecto (Freud había mencionado tres, conversión, desplazamiento y transformación en angustia), en donde este es congelado y su representante verbal es destruido, siendo esto la forclusión o repudiación del afecto. Describe los pacientes alexitímicos como normópatas o robots. La pobreza de su vida emocional y psíquica es revelada por la rigidez de la postura y de los movimientos expresivos. En palabras de Sivak, surgen así coincidencias con algunos aspectos del " sujeto sobreadaptado" de Liberman.

Para la autora los sujetos alexitímicos reproducen una situación temprana, al comienzo de la vida el cuerpo se experimenta por el psiquismo como perteneciente al

mundo exterior (esto también ocurre en algunos estados psicóticos y en los sueños). Surgiría el cuadro debido a un trastorno en la relación madre-hijo, imponiendo está al hijo sus propios deseos, siendo incapaz de comprender los mensajes que emite su hijo provocándole a este como consecuencia frustración. Esto produce en el niño un gran dolor y enfado, intentando defenderse de esta experiencia con el rechazo del afecto por ejemplo.

La autora plantea que el bebé es incapaz de hablar o de organizar sus experiencias emocionales, así es un alexitímico a causa de su inmadurez, dependiendo de alguien que pueda nombrar y manejar sus estados emocionales.

McDougall considera que la alexitimia en sus estados avanzados no se corresponde con un déficit para sentir y expresar emociones, sino que se establece como una profunda defensa contra la propia vitalidad. Esta parálisis tiene como objetivo evitar fantasías primarias de intrusión o abandono, o protegerse frente al retorno de un estado primitivo traumático de desvalimiento, en el que la existencia psíquica e incluso la vida misma se sentían seriamente amenazadas ya que tempranamente el niño se sentía desbordado por experiencias emocionales de difícil e incluso imposible tramitación psíquica. Así los propios contenidos mentales y emocionales al ser incontrolables o excesivos debían ser de alguna forma neutralizados, así se atacaba la propia vitalidad interna o riqueza emocional para no contactarse con fantasías potencialmente peligrosas. La autora enfatiza como mecanismos de defensa predominantes en los alexitímicos la escisión y la identificación proyectiva, para contrarrestar los temores primitivos de aniquilación o pérdida de ser, más cercanos a ansiedades psicóticas que neuróticas. Así surge la Alexitimia como un rechazo al mundo de las fantasías, adhiriéndose los sujetos a lo fáctico y concreto.

Otros autores (Kleinberg, 1996; Krystal, 1997; Kooiman y cols., 1998; Parker y cols., 1998) resaltan la fuerte asociación entre mecanismos de defensa primitivos y características alexitímicas. Remarcando que las defensas de estos sujetos son inmaduras y primitivas, debido a dificultades tempranas en la relación madre-bebe que entorpecen la tramitación de un adecuado desarrollo emocional.

Los autores de la escuela psicossomática de París (P. Marty, M. de M'Uzan, David) consideran a la alexitimia como equivalente al "pensamiento operatorio" por un lado (con el consecuente empobrecimiento de la actividad fantasmática), y con la depresión esencial por otro, en tanto que la depresión (relacionada con el pensamiento operatorio), se caracteriza por aparecer frente a situaciones traumáticas de consecuencias desorganizadoras produciendo una disminución del tono vital. Así produciría un déficit en la funciones de defensa y de relación, como también un empobrecimiento de los procesos de elaboración mental y surgiendo como resultado comportamientos automáticos. Estos autores basan su idea en el concepto de déficit, en la deficiencia de la estructura psíquica debida dificultades en la relación temprana madre hijo.

3) Modelo sociocultural:

Se considera que los factores socioculturales determinan los modos de comunicación y expresión emocional, adquiriendo así gran importancia los modelos de comunicación familiar y aprendizaje. Así la familia emerge como determinante en cuanto a posibilitar que sus miembros desarrollen un buen nivel emocional y posibilitando o no la capacidad para verbalizar emociones y asociarlas con sentimientos, pensamientos y fantasías. Se destaca desde esta posición la importancia del aprendizaje social en cuanto a la expresión emocional.

Borens y cols. (1977), y Smith (1983) concluyen en que los factores más influyentes en el desarrollo de la alexitimia son un bajo nivel sociocultural y un pobre grado de sofisticación del paciente, ya que estos presentan respuestas afectivas pobres, dificultades en torno a la expresión verbal y empobrecimiento a nivel de la fantasía.

Otras investigaciones, como la de Mendelson (1982) Keltikangas-Järvinen (1985) y Joukama y cols. (1996) no encuentran relación entre la pertenencia a un determinado grupo social y el desarrollo de alexitimia.

En torno a las características socioculturales es preciso destacar que existen notables diferencias en cuanto a la deseabilidad de la expresión emocional de una cultura a otra. Así en nuestra cultura por ejemplo se considera adecuado un buen desarrollo emocional de la mano con una apropiada capacidad de verbalización, considerándose esto como un signo de madurez y salud.

Algunas culturas orientales por el contrario consideran esperable la restricción de la expresión emocional. Así el malestar psíquico solo encuentra la somatización o la intelectualización excesiva como vía de resolución. Lin (1980) afirma que los chinos evitan demostrar las emociones ajustándose todo lo posible a las convenciones sociales. Por su parte Neill y Sandifer (1982) llaman la atención sobre la similitud entre el comportamiento alexitímico y el de las personas de los países orientales, remarcando que este comportamiento también se presenta en algunos grupos dentro de los países occidentales, que poseen las características antes nombradas, bajo nivel sociocultural y pobre grado de sofisticación psicológica. Dion (1996) comprueba que las puntuaciones de los chinos en alexitimia son llamativamente más significativas que las de personas de países occidentales.

Así las personas que pertenecen a culturas en las que no está bien visto expresar los afectos (sobre todo frente a personas que no forman parte del grupo primario de pertenencia), al establecerse en una sociedad distinta los individuos podrían ser diagnosticados como alexitímicos.

En cuanto a la cuestión de si la alexitimia se relaciona con clases sociales bajas o relegadas, se debe hacer una consideración, probablemente los sujetos pertenecientes a estas clases no comparten el mismo código lingüístico, o nivel intelectual que el terapeuta.

Otros autores consideran que la alexitimia es fruto de dificultades que tiene el psicoanalista para obtener una respuesta de acuerdo a sus expectativas en la clínica. Estos autores creen que se debe al proceso de socialización secundaria de la sociedad industrial, no ha un fenómeno psicopatológico. Se relaciona con esta visión otra, que plantea que la alexitimia es la proyección del fracaso en la creación de un espacio simbólico compartido

por parte del profesional en el otro miembro de la díada comunicacional, en este caso el paciente.

***podría considerarse que los 3 modelos podrían influir en el desarrollo del cuadro, tal vez interactuando de forma conjunta, con una predominancia de uno sobre los otros. Por ejemplo una persona con cierto bagaje hereditario o disfunción cerebral a nivel del cuerpo calloso, se enfrenta a situaciones traumáticas en la infancia, perteneciendo más tarde a una minoría o migrando a otro país.

3.1.4 Clasificación de la Alexitimia

Sifneos postuló, en 1988, dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria.

La **alexitimia primaria** es de origen predominantemente biológico, resultante de “un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica, debida a factores hereditarios” Según Sifneos, la alexitimia primaria tendría una base neurológica diferente de la secundaria, la primaria se correspondería con las deficiencias descritas anteriormente en el modelo neuropsicológico. Esta responde mejor a los tratamientos con medicación.

La **alexitimia secundaria** se origina por situaciones traumáticas en periodos críticos del desarrollo en la infancia, por traumas masivos en la edad adulta. Esta sería adquirida, no encontrando buena respuesta a la medicación en contraposición con la primaria. Esta se corresponde con las causas y características expuestas en el modelo psicodinámico y en menor medida el modelo sociocultural. Esta es más permeable a la psicoterapia.

A cada una en virtud de su etiología le correspondería características distintas: Así se considera a la primaria como una disposición constante del psiquismo en virtud del bagaje hereditario y la estructura cerebral, constituyéndose en un factor estructural de la vida misma de los sujetos. Por otro lado la secundaria plantea que todas las personas podrían frente a determinadas situaciones vitales desarrollar un grado variable de alexitimia, más o menos pasajero, o bien estable, el primero permitiría a los sujetos eventualmente superar momentos de estrés, al concluir estos momentos el cuadro disminuiría.

3.2 Maltrato Infantil

3.2.1 Violencia Intrafamiliar:

Se caracteriza como toda situación dentro del ámbito familiar en que una persona con más poder abusa o maltrata a otra u otras que se encuentran en una situación desventajosa con respecto a la primera. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. La relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica.

La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro. Este daño se puede dar ya sea por acción o por omisión, y se da en un contexto de desigualdad de poder.

Las personas sometidas a situaciones críticas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas tanto físicas como psicológicas, lo que conduciría a un incremento en los problemas de salud, presentando por ejemplo depresión, ansiedad, angustia, etc. También estas personas muestran una disminución marcada en el rendimiento labor y/o educativo. Suele ocurrir que las personas que viven afectadas por la violencia familiar, como se criaron dentro de este contexto, tiendan a reproducirlos en sus futuras relaciones.

La violencia familiar puede manifestarse dentro de diversas configuraciones, puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc.

Otro dato importante a considerar es que se presenta la violencia Intrafamiliar en todas las clases sociales, culturas y edades.

3.2.2 Clasificación del Maltrato

Maltrato Físico: considera a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, etc.), intencional que provoca un daño físico o enfermedad en un niño o adulto. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o

puede ser una situación crónica de abuso. El maltrato físico se manifiesta en todas las clases sociales, religiones y culturas.

Maltrato Sexual: se refiere a cualquier implicación de niños, adultos, adolescentes, dependientes o inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informado. En el caso de los niños es el tipo de contacto sexual por parte de un adulto o tutor, con el objetivo de lograr excitación y/o gratificación sexual. La intensidad del abuso varía desde el exhibicionismo sexual a la violación.

Si bien el maltrato sexual ha sido una práctica que históricamente se ha practicado, en la actualidad debido a la exposición mediática que han tenido casos de renombre (“el chacal” por ejemplo), las personas están informándose más sobre esta problemática aberrante, se ha generado un debate enriquecedor en la comunidad, logrando que la gente se concientice más sobre esta gravísima problemática, propiciando también, debido a su exposición pública, la denuncia de otros casos de maltrato sexual.

Por otro lado este problema se ha tornado harto complicado en la actualidad, ya que las tecnologías modernas (sobre todo internet), han posibilitado la creación de una gran red de pedofilia, consiguiendo estas perversas corporaciones grandes ganancias, lo que nos anoticia de la gran cantidad de consumidores que tiene este tipo de material.

Maltrato Infantil: cualquier acción u omisión, no accidental que provoque un daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores. Generalmente estos casos son detectados cuando son graves (fracturas, quemaduras, hemorragias internas, etc.), ya que las lesiones leves generalmente no requieren atención médica ni hospitalización. Ha sido una práctica muy habitual, relacionada con las tradiciones y costumbres o factores culturales en muchos casos, como medio de castigo y reeducación. Si bien en los últimos años las leyes han avanzado mucho en cuanto a la protección de los

derechos de los niños, sigue manteniéndose como algo habitual y naturalizado en muchísimas familias. Las legislaciones y los nuevos medios (como la “línea de los chicos 102”, el “CAI”, los Juzgados de familia, etc.) intentan con mucho esfuerzo detener o disminuir esta grave costumbre. Las causas de los maltratadores no siempre responden a la intención explícita de generar un daño, también puede deberse a impotencia y frustración, por ejemplo actualmente se presentan muchos casos de “shake baby” (bebé sacudido) producido por las dificultades de los padres (sobre todo los jóvenes sin experiencia) en cuanto a contener la ansiedad de los niños, este cuadro puede producir graves alteraciones neurológicas y hasta la muerte de los infantes

Maltrato y Abandono Emocional: Toda conducta negligente o concreta por parte de un adulto que entorpezca el desarrollo emocional, intelectual o social normal del niño. Generalmente se presenta bajo las formas de hostilidad verbal, insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono. También aparece en la forma de constante bloqueo de las iniciativas infantiles por parte de algún miembro de la familia. Provoca graves trastornos psicológicos. Los padres muchas veces abusan emocionalmente de sus hijos sin malas intenciones, aunque el daño y sufrimiento al que exponen a los niños no diferencia entre buenas y malas intenciones, ya que a partir de esas “buenas” intenciones pueden presionarlos o avergonzarlos al punto de crearles un sufrimiento emocional crónico. El abandono emocional puede ser desde un lugar pasivo, sin brindar afecto, apoyo y la valoración que todo niño necesita para crecer psicológicamente sano. Se refiere a la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del niño; una constante indiferenciada a los estados anímicos del niño. El caso más extremo que podríamos encontrar en una etapa temprana es el marasmo.

Abandono Físico: es un maltrato pasivo y se presenta cuando son desatendidas las necesidades físicas de un niño, tales como alimentación, abrigo, salud, higiene y

protección, esta omisión se presenta en forma temporaria o permanentemente, sin ser satisfecha por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Actualmente debido a los problemas que enfrenta nuestro país se intentan atender estas necesidades con planes (Plan de Nutrición infantil por ejemplo), subsidios, etc. Pero no debemos dejar de considerar que en un país con la mitad de sus habitantes bajo la línea de pobreza esto no es tarea fácil, y que las privaciones se deben en muchos casos a la falta de medios.

Niños Testigos de Violencia: se refiere a cuando los menores presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Estos niños presentan trastornos y dificultades muy similares a las que caracterizan a quienes son víctimas de maltrato.

Violencia Conyugal: este tipo de violencia por lo general se presenta “puertas adentro”, haciéndose difícil que se haga visible hacia los demás, esto ocurre, cuando debido a la gravedad de la violencia produce importantes daños físicos o psicológicos.

3.2.3 Maltrato Infantil

En el caso del maltrato infantil, se da siempre una relación de vulnerabilidad, se establece una relación completamente asimétrica. Claramente los menores muestran inferiores recursos para defenderse de lo que les puede hacer un adulto. Además se debe considerar el daño emocional y los efectos a corto y largo plazo que provocan los maltratos.

El maltrato infantil es un fenómeno que afecta las relaciones que mantiene un menor maltratado con sus cuidadores, se caracteriza por cuidados poco adecuados para el desarrollo normal de las personas. Las consecuencias derivadas de esta disfunción en la relación del niño con sus padres pueden considerarse el factor unificador de las diferentes

categorías de maltrato infantil, independientemente de los daños provocados por la forma concreta que ha adoptado el maltrato.

La relación afectiva que se establece en la infancia con los cuidadores, proporciona el prototipo de las relaciones afectivas en etapas posteriores a través de las representaciones mentales que los menores van formando. Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una habitual forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "esperable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres. Esto he podido palparlo de forma concreta al realizar algunas entrevistas para este trabajo, hay una en particular en la que el joven había sido maltratado salvajemente de niño, este padecimiento alcanzó límites extremos al sufrir una vez la inmersión en un tanque australiano llegando casi al ahogo. A pesar de esto el sujeto refería estar de acuerdo con las prácticas realizadas por su padre, ya que estas eran "merecidas" en virtud de sus travesuras y desobediencias infantiles. También manifestó que el nunca maltrataría a sus hijos, esto me generó grandes dudas debido a lo anteriormente expuesto.

Hay algo que resulta notablemente llamativo, los mismos adultos golpeadores suelen manifestar y percibir que han golpeado a sus hijos en muchas menos ocasiones de lo que realmente lo hacen. Esto también pude comprobarlo a lo largo de las entrevistas, dos hermanos dijeron haber sido maltratados a menudo por su madre, esta solía hacerlo con una vara de caña tacuara, refieren que en la actualidad su madre presente una clara extrañeza ante este recuerdo diciendo que son fantasías de ellos.

Si bien, algunos adultos golpeadores suelen mostrar algún afecto posterior como arrepentimiento o lástima, en muchos casos se trata de padres que están a favor del castigo físico, que se emplean para "corregir" a los hijos, en muchos casos, los mismos niños son los que consideran el castigo como apropiado, lo que indica que la relación violenta se ha naturalizado (el caso del niño del tanque es un claro ejemplo de esto). Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez.

4- Estadísticas en relación al maltrato infantil:

Para demostrar la gravedad de esta problemática quisiera aportar datos de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF, para esta entidad al menos seis millones de niñas, niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y unos ochenta mil mueren cada año por la violencia desatada dentro del ámbito doméstico en América Latina. Esto nos permite poder visualizar la gravedad de esta situación en nuestra región.

Pero no es un mal exclusivo de los países del “tercer mundo” o en vías de desarrollo, un estudio del Centro Nacional de abuso y negligencia para con la infancia de los Estados Unidos (NCANDS) realizado en 1996, citado por Alconada, concluye que los casos de maltrato corresponden en el 52% a actos de negligencia, el 24% a maltrato físico, el 12% a abuso sexual, el 6% correspondía a abusos emocionales y un 3% referían a casos de negligencia médica. El restante 14% refería a “otros” tipos de maltrato tales como amenazas y abandono. Un estudio realizado en Uruguay, citado También por Alconada, indica también a la negligencia como el principal motivo de intervención, seguido por el maltrato físico.

En cuanto al porcentaje de las víctimas de maltrato por edades, el trabajo del NCANDS concluye que la franja de niños de entre 5 y 11 años son los que más padecen maltrato (41.6% de los casos), lo siguen los de entre 1 y 4 años (25%) luego de entre 12 y 18 (24.9%) y por último los menores de un año (6.7%). Acá se puede observar concretamente como no hay distinciones en cuanto a la edad de las víctimas, igualmente debe destacarse la fortuna de que los menos maltratados sean los más pequeños, ya que podría tener consecuencias mucho más graves por su indefensión y fragilidad. Se destaca también el perfil del maltratador, el 77% de los casos de abuso y maltrato fueron efectuados por los padres de la víctima. Un 11% correspondió a parientes de los niños maltratados y tan sólo un 2% correspondía a otras personas relacionadas con el cuidado de los menores. El 10% restante de los responsables del maltrato corresponde a personas no relacionados con el cuidado de los infantes (tales como vecinos, amigos, y extraños entre otros).

En nuestra Provincia según datos oficiales del Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez en el año 2.000 se detectaron más de 15.000 casos de maltrato a niños. Mientras que en 1999 se registraron más de 10.000.

5- Legislación Nacional y Provincial:

Mucho a pasado desde los edictos de fines del siglo XIX que prohibían “jugar al barrilete” y “a la pelota en la vía pública” a los niños, también de la tasa de mortalidad del 51% en el Patronato de la Infancia de la Ciudad de Buenos Aires, que entre 1880 y 1912 internó más de 30.000 niños. No obstante, nuestro país debido a las características políticas de su oscuro pasado demoró en adherirse al pacto de San José de Costa Rica, trámite que recién realizó en 1984 (15 años después de que este se declarara), ratifica la Declaración Universal de los Derechos del Niño. Esto ha sido de vital importancia, ya que a partir justamente de lo que ésta proclama, nuestro Estado adoptó medidas y modificaciones legislativas y constitucionales, para asegurar los derechos y libertades, desarrollando leyes específicas que atienden al cuidado de los niños, como así también creando organismos e instituciones autónomas para proteger y velar por sus derechos.

La primera ley es sancionada en septiembre de 1990, es la Ley Nacional N° 23.849 De aprobación de la Convención sobre los derechos del Niño. Como su nombre indica Aprueba la Convención sobre los derechos del Niño. En 1994 estos derechos adquieren rango constitucional.

Luego encontramos leyes nacionales como la Ley N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar sancionada en Diciembre de 1994, reglamenta las medidas de protección, medidas cautelares y precautorias, ordenando su inclusión en el Código Civil.

La Ley nacional N° 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, sancionada en septiembre del 2005, ésta formalmente sanciona los derechos del niño como Ley, su espíritu principalmente apunta a “la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes” privilegiando estos derechos sobre cualquier otro interés. Consignando textualmente “Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles”. También ordena la obligatoriedad de denunciar cualquier tipo de vulnerabilidad de estos derechos, “bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión”. Incluye los

derechos de protección y asistencia integral de las madres embarazadas. Esta ley indica también la implementación de los planes y políticas de Estado necesarias para hacer efectivo el cumplimiento de lo que ella prescribe. Dicta la necesidad de la atención especializada que requiera cada caso mediante tratamiento acorde, médico o psicológico por ejemplo. Incluye las medidas excepcionales, únicos casos en los que el menor se mantendrá alejado de su núcleo familiar, debo repetir el carácter completamente excepcional y limitado que posee tal medida.

La Ley nacional encuentra su correlato a nivel provincial con la Ley n° 6.354 Protección integral del niño y del adolescente. Ésta reglamente lo que la anterior promulga a nivel nacional en el territorio de nuestra Provincia. Agrega reglamentaciones relacionadas con los procedimientos penales en los que se encuentren involucrados menores y su imputabilidad. Reglamenta la creación del Consejo y la Dirección Provincial de Niñez y adolescencia. Organiza la estructura formal de la justicia de familia en nuestra provincia, reglamenta las medidas tutelares y de protección frente a casos en que los derechos de los menores se vean vulnerados, o cuando se desatienda su desarrollo integral en cualquier aspecto que sea. Ordena la creación del CAI (Cuerpo Auxiliar Interdisciplinario) y las funciones que le competen. Manda la obligatoriedad de toda persona de denunciar el maltrato (aún su sospecha). La Ley Nacional 26.061 modificó a la Provincial 6.354, en virtud de lo cual, las medidas tutelares pasan al ámbito del Organismo Administrativo (DINAF), para evitar la judicialización de la infancia y de las medidas de protección.

A nivel provincial se promulgó en 1999 la Ley N° 6.672 (su referente es la Ley Nacional 24.417) De Prevención de la Violencia Familiar. Como indica, apunta directamente a la protección de las personas maltratadas dentro del ámbito familiar. Agrega la necesidad de periciar y brindar tratamiento y atención a las víctimas. Estipula las medidas cautelares.

En nuestra provincia se promulgó en diciembre de 1997 una ley imprescindible frente a esta problemática, se trata de la Ley Provincial N° 6.551 Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. Ordena la creación

de éste Programa con una modalidad interdisciplinaria en todo el territorio provincial, considerando todas las modalidades de maltrato. Quedando el programa en el ámbito del Ministerio de desarrollo Social y Salud. Trata de todas las medidas que deben atenderse en los casos de maltrato, desde la detección hasta la rehabilitación de las víctimas. Dicta la necesaria capacitación de los distintos profesionales que intervengan en el Programa en ésta problemática. Origina la creación de una línea gratuita para el asesoramiento de las víctimas (La línea de los chicos 102). También establece los cimientos de los actuales GAR (Grupo de alto riesgo), eslabón imprescindible para la protección de los derechos e integridad de los niños y adolescentes.

6- Hipótesis de trabajo:

Hipótesis principal:

“Existe una correlación positiva entre haber sido víctima de maltrato infantil y la existencia de alexitimia”

La categorización realizada en virtud de los datos personales brindados por los sujetos de la muestra busca investigar otras diferencias que puedan apreciarse:

- Creemos que las personas que mantienen una relación de pareja estable, al igual que las personas con hijos, presentaran menos alexitimia. Ya que sin intentar establecer una relación necesariamente causal, consideramos que este tipo de vinculaciones o bien es favorecido por un buen grado de empatía y maduración emocional, o bien facilita el desarrollo de estas capacidades en los sujetos.
- También buscamos observar una hipótesis no del todo comprobada en los estudios previos. Nos referimos específicamente a la afirmación de que la alexitimia correlaciona negativamente con el nivel de instrucción alcanzado. Esto se encuentra estrechamente vinculado con la idea de que la alexitimia se relaciona con un bajo nivel de sofisticación cultural e intelectual.
- Algunos estudios, como el de Saarijarvis y Col. (1993) afirman que el constructo se presenta más habitualmente en el género masculino que en el femenino. También buscamos observar esto.

7- Método:

El principal objetivo que persigue el presente trabajo es comprobar o refutar nuestra hipótesis principal de trabajo.

7.1 Diseño:

7.2 Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio cuantitativo-correlacional, la metodología utilizada es cuantitativa, se han agregado otros datos para su análisis. Se intentará determinar si el poseer historia de maltrato en la infancia se correlaciona positivamente con el puntaje obtenido en la escala TAS-UBA. Es intencional, ya que deliberadamente se buscaron personas con historia de maltrato y luego se buscaron personas de similares características sin historia de maltrato previo para contrastar los resultados, obteniendo de éste modo el grupo control. Se trata de un estudio no-experimental, ya que no se manipularon variables, solo se observó que la variable (historia de maltrato en la infancia) estuviera o no presente.

7.3 Descripción de la muestra:

La muestra de ambos grupos: A) Con historial de maltrato en la infancia B) Sin historial de maltrato en la infancia tiene el mismo número, 35 sujetos cada uno. Ambos tienen la misma distribución de masculinos y femeninos (18 y 17 respectivamente). El promedio de edad de la muestra A es de 33,2 años, en tanto que del grupo sin maltrato B es de 33. Los sujetos de ambos grupos corresponden a la misma franja socio-económica, clase media. Ninguno de los sujetos de la totalidad de la muestra presenta diagnósticos psicopatológicos formales, patologías adictivas ni enfermedades psicosomáticas.

7.4 Distribución de la muestra:

Según Género y estado civil

	no maltratados		maltratados	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
soltero	0,35	0,61	0,35	0,56
casado	0,59	0,39	0,29	0,39
separado	0,06	0,00	0,35	0,06

Según género y edad

	no maltratados		maltratados	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
20-30	0,41	0,61	0,35	0,67
30-40	0,35	0,22	0,24	0,28
40-50	0,06	0,11	0,24	0,00
50-60	0,18	0,06	0,18	0,06

Según Género y nivel educativo alcanzado

	no maltratados		maltratados	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
secundario	0,12	0,33	0,41	0,56
terciario	0,65	0,39	0,41	0,22
universitario	0,24	0,28	0,18	0,22

Según género y con/sin hijos

	no maltratados		maltratados	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Con hijos	0,76	0,28	0,76	0,33
Sin hijos	0,24	0,72	0,24	0,67

7.5 Procedimiento:

La totalidad de las muestras fueron anónimas. La muestra se realizó con personas adultas de ambos sexos que fueron diagnosticadas en el CAI (Cuerpo Auxiliar

Interdisciplinario) con historial de maltrato en la infancia. A éstas se les administraba el TAS-UBA acompañado de datos personales para su posterior análisis.

A las personas que acudían al CAI y no presentaban historia de maltrato en la infancia se les administraba también el TAS-UBA y se les pedía datos personales. Luego se categorizaron éstas personas y se equiparó con la muestra de personas con historial de maltrato en virtud de las características individuales (edad, género, estado civil, nivel educativo alcanzado, hijos). Intentando emular lo más fielmente las características particulares de las personas del grupo de maltratados.

Así de una muestra de 80 personas sin historial de maltrato, quedaron 35 que compartían la mayor cantidad de características con el grupo de maltratados.

7.6 Instrumentos de evaluación:

Para realizar este trabajo utilizamos la Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale) o TAS. Esta fue diseñada por G. Taylor y M. Bagby en los años 80. La versión final consta de 26 ítems y es autoadministrable. El sujeto debe leer proposiciones e indicar su grado de acuerdo o desacuerdo a lo largo de una escala de 5 puntos tipo Likert (totalmente de acuerdo, algo de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, algo en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). La escala posee para su puntuación puntajes directos e inversos. Según sus autores un puntaje de 74 indica alexitimia, de 62 a 74 existe riesgo de alexitimia, por debajo de 62 se trata de no alexitímicos. Numerosos estudios han comprobado la validez de esta técnica y su confiabilidad.

La versión adaptada de la TAS que se utiliza en esta tesina (TAS-UBA) es el resultado de una investigación llevada a cabo por el equipo UBA-CONICET a cargo de la Lic. A. C. Wiater Dirigida por el Dr. R. Sivak y la Lic. M. Casullo. Como resultado de este estudio, se disminuyeron las opciones de respuesta a 3 (Si-Generalmente, A veces-no sé, No-Nunca), también se modificó la redacción de algunos ítems a fin de facilitar su

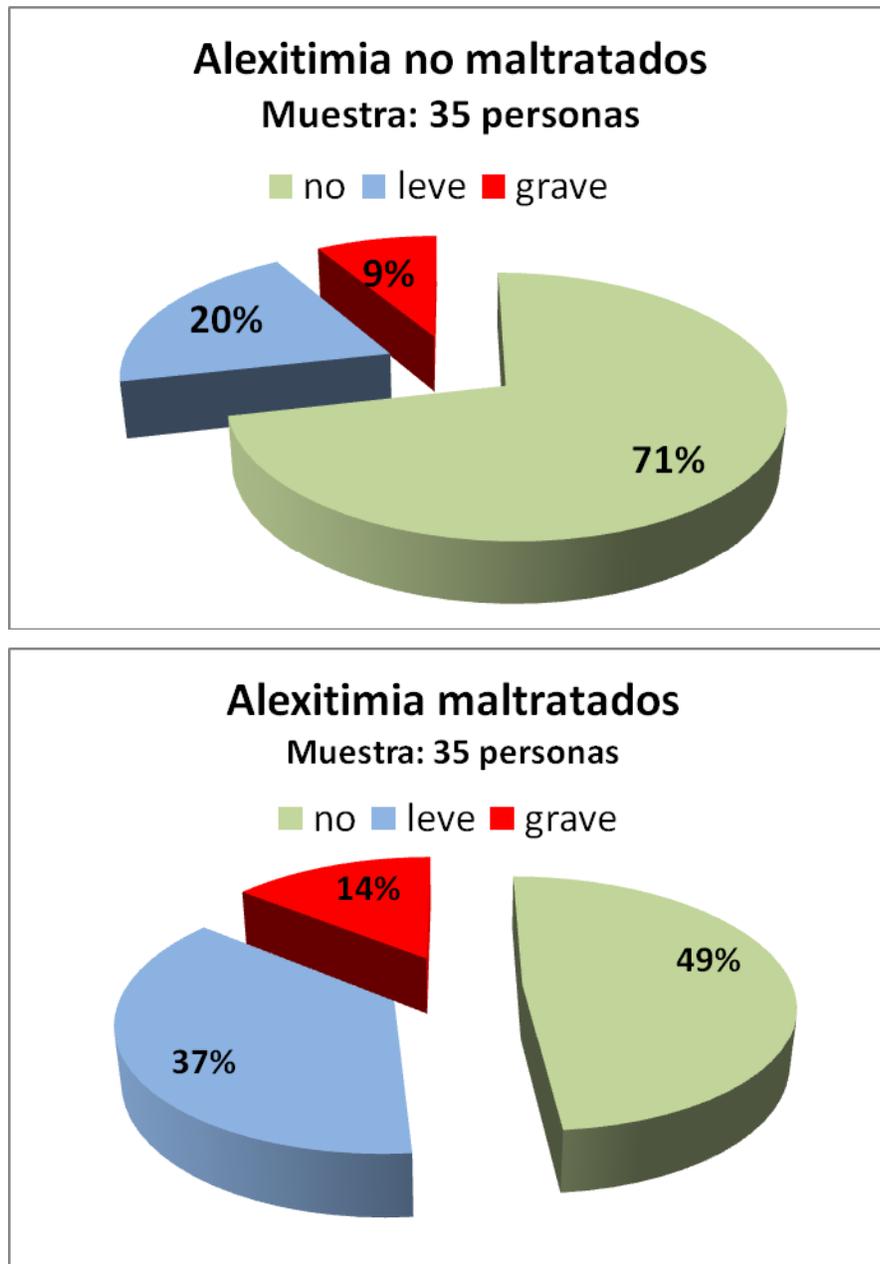
comprensión. Como resultado los sujetos refirieron mayor comprensión de la escala y menos necesidad de explicaciones adicionales por parte de los investigadores, agilizando de esta forma la administración de la escala. Su administración es tanto individual como grupal.

Así, la consigna de la escala TAS-UBA luego de las modificaciones es la siguiente: “Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una cruz, en una de las 3 columnas, teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible”.

Actualmente una nueva versión de esta herramienta se encuentra en desarrollo y revisión, ésta es llamada Escala TAS-20, consta solo de 20 ítems, manteniendo las características de la original en los otros aspectos

8- Presentación y Discusión de resultados:

8.1 En cuanto al porcentaje general en ambos grupos



Acá observamos claramente que los datos nos permiten comprobar nuestra hipótesis principal de trabajo. Se percibe claramente que el grupo de personas con historial de maltrato en la infancia presenta un mayor porcentaje de alexitimia, tanto leve como grave.

Nos gustaría a continuación presentar nuestra explicación teórica al respecto:

8.2 Consideraciones teóricas sobre nuestra hipótesis de trabajo:

En la presente sección, se pretende delinear teóricamente las conceptualizaciones que fundamentan nuestra hipótesis, articulándolas entre sí.

En un principio, el infante al no haber adquirido aún medios de expresión verbales-simbólicos, utiliza su cuerpo como herramienta de expresión de sus tensiones internas. Así, en virtud de la apreciación subjetiva de “un otro cuidador” sus estados de excitación interna serán atendidos y eventualmente disminuidos o extinguidos.

En la evolución, partiendo desde un estado a predominio de lo corporal (de pura biología), en donde la primera noción de mundo se constituye a partir de sus experiencias y procesos corporales hasta la apropiación, aprehensión, y dominio del lenguaje, el niño gradualmente habrá de ir integrando sus componentes corporales y psíquicos en pos del desarrollo de la simbolización, facilitando el reconocimiento de su propio cuerpo a nivel psíquico con la consecuente capacidad de nombrarlo. Esto se verá facilitado, por un lado, por la estabilidad en las interacciones de la díada madre-bebé (fusión ilusoria y necesaria que brinda seguridad al niño); y por otro, por la capacidad de la madre de contener y metabolizar las ansiedades y angustias que perturban al niño, devolviéndoselas a éste de forma amenguada, facilitando que pueda soportarlas, permitiendo en el bebé el desarrollo de una conciencia para tolerar los hechos. Este concepto es fruto de la obra de Bion, y se denomina función reverie. Cabe destacar la importancia de las experiencias infantiles de la madre en relación con la función reverie de su propia madre, ya que esta condiciona y permite el establecimiento de dicha función con su propio hijo.

Winnicott hace referencia a una “Preocupación materna primaria” como la capacidad empática de la madre (Holding materno) para entender las necesidades de su hijo. Al respecto la Lic. Sabattini expresa: “El aspecto central de este proceso será la instalación de este “dispositivo” de soporte, encarnado en la Madre (...) quien, empáticamente dirimirá las necesidades del bebé, diferenciadas a partir de su propia

capacidad simbolizante, y posibilitará un ambiente facilitador para las adquisiciones evolutivas. Es entonces la Díada el eje a partir del cual, desde lo corporal se accede a la constitución del psiquismo integrado”. En este punto cabe considerar lo que afirma Mc. Dougall, en cuanto a la imposibilidad del bebé de organizar sus contenidos y estados afectivos, dependiendo de otra persona que pueda nombrarlos, identificarlos y manejarlos.

En esta primera aproximación vemos el modo en que el psiquismo primitivo va consiguiendo la tramitación de los montos de excitación internos.

Este trabajo, tomando como eje teórico las formulaciones de Mc. Dougall, considera hipotéticamente la siguiente formulación:

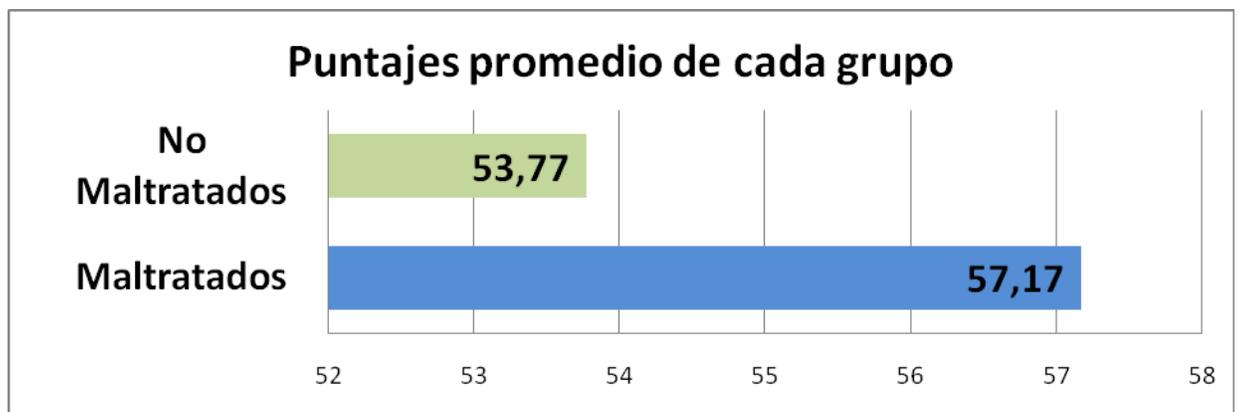
Como consecuencia del padecimiento de maltrato infantil, del sufrimiento que supone que las personas encargadas del cuidado, protección y contención del niño resulten justamente en lo contrario, no solo desatendiendo la función reverie, sino que además conspirando contra ésta, se originan en el niño grandes montos de excitación (afecto). De este modo, tales estados de tensión se tornan irrepresentables e inmanejables para el psiquismo incipiente, en tanto suponen una amenaza de aniquilación no solo para la vida mental, sino para la vida misma. Esta catarata de dolor y sufrimiento psíquico (que por su gran monto consigue flanquear la barrera anti-estímulos freudiana), producto del padecimiento temprano intolerable, engendra el desborde mental, dando como resultado la incapacidad efectiva del aparato psíquico de contener estos peligrosos montos de angustia.

Como consecuencia de las dificultades en cuanto a la tramitación de la angustia y ansiedad, el joven aparato psíquico encuentra como alternativa de solución el desarrollo de alexitimia, el cual se erige entonces como bastión defensivo necesario del psiquismo frente a los traumatismos ante los cuales se siente amenazado. Así, el desarrollo del cuadro se ofrece como un intento de preservar al aparato psíquico de una suma de excitación inmanejable o intramitable, constituyéndose solidariamente la alexitimia como una función defensiva contra la frustración y el dolor psíquico, surgiendo el pensamiento operatorio

como contención frente a un riesgo irrepresentable. Se erigiría como una tentativa de auto cura frente a ansiedades fuertemente psicóticas y disruptivas.

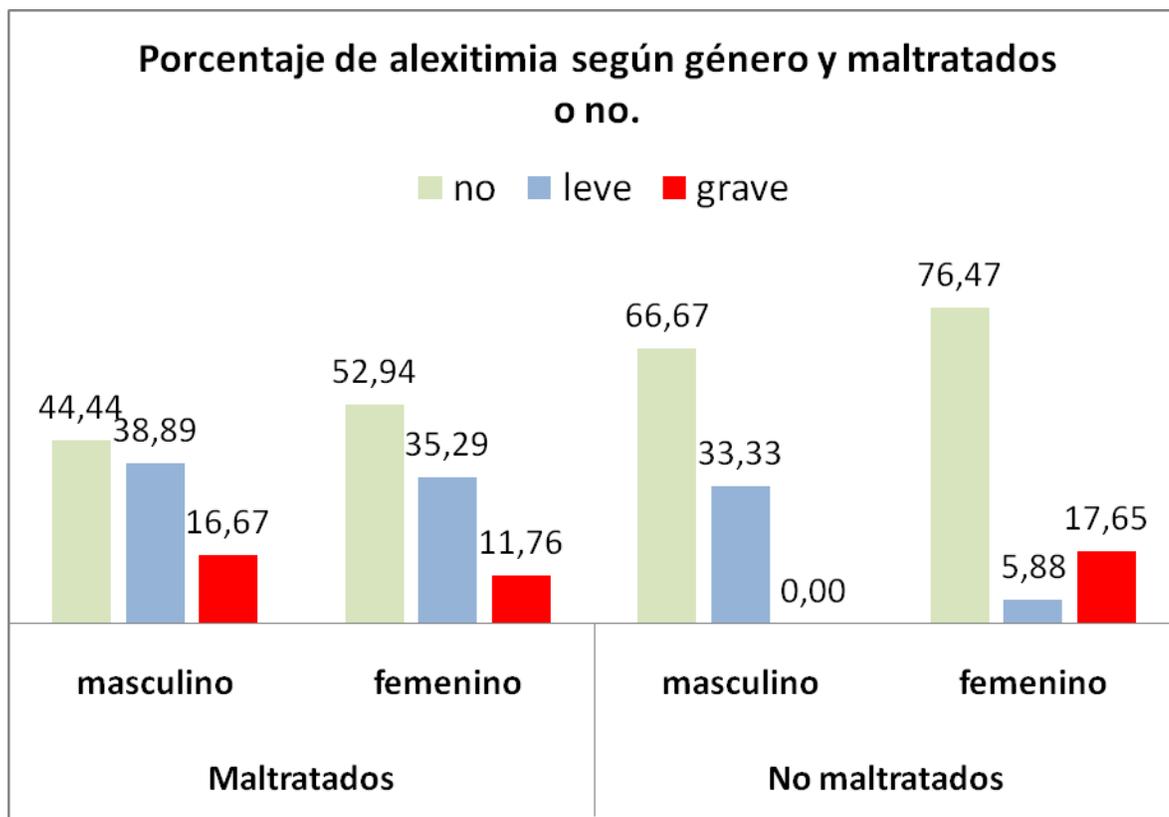
Como hicimos notar en el marco teórico, Mc. Dougall plantea desde esta perspectiva un nuevo destino para el afecto, más allá de los tres propuestos por Freud (conversión, desplazamiento y transformación en angustia), se trata en este caso de la “forclusión o repudio del afecto”. De este modo, la carga afectiva, al ser de imposible tramitación, es bloqueada y su representación mental rechazada, desalojándose de la conciencia y consecuentemente resultando una división entre el representante psíquico repudiado y el aspecto somático reduciendo la matriz afectiva-emocional a una mera expresión fisiológica. La representación es expulsada “fuera de la psique” siguiendo el modelo del repudio, logrando que no queden rastros de ella y debido a una escisión entre la representación y el afecto, este último se evacuaría. Así los propios contenidos mentales y emocionales al ser incontrolables o excesivos son neutralizados, atacándose la propia vitalidad interna o riqueza emocional para no contactarse con fantasías potencialmente peligrosas.

8.3 Comparación de puntajes promedio de ambos grupos:



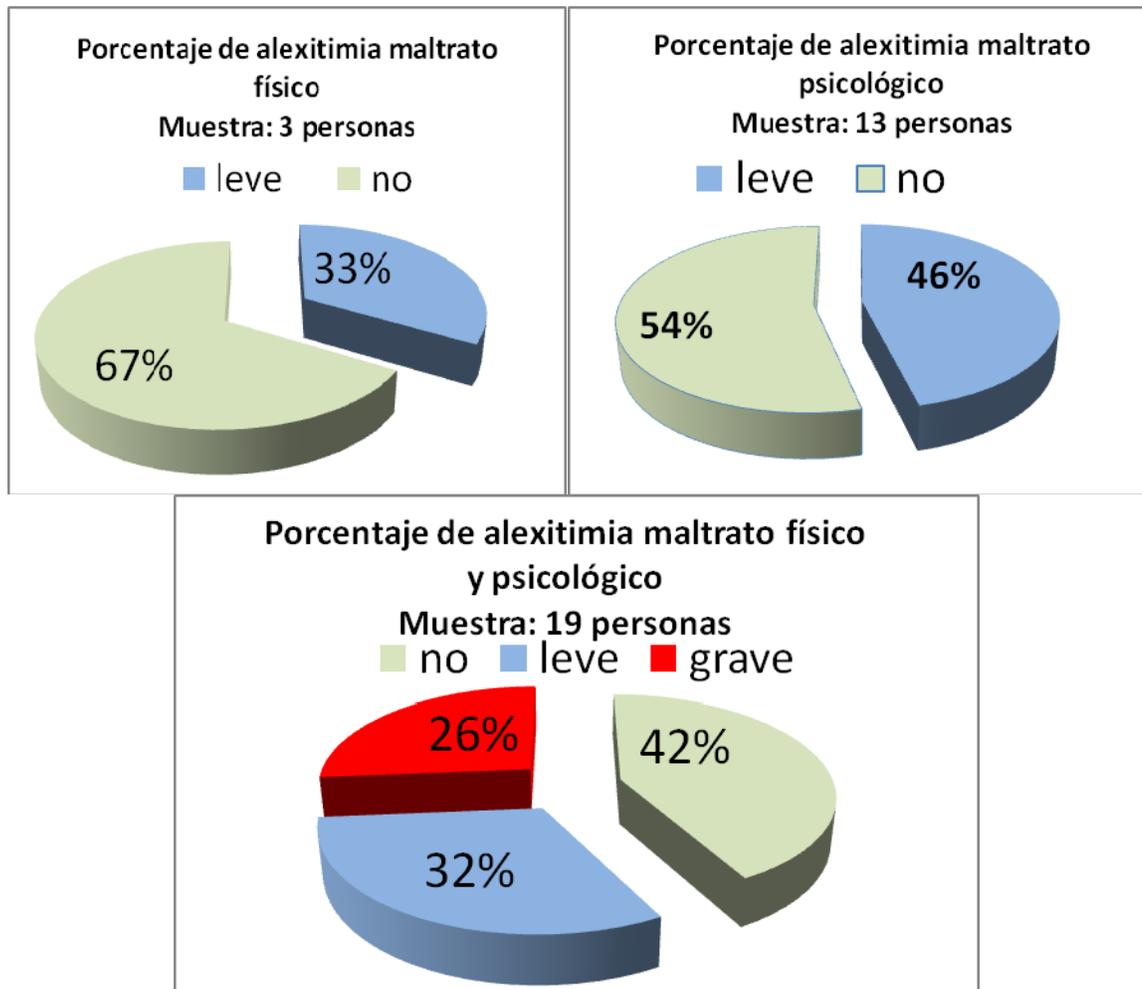
Es notorio como los sujetos maltratados han obtenido un puntaje sensiblemente más alto en comparación con los no maltratados.

8.4 Porcentaje de alexitimia según género y maltratados o no:



Queda claro que en todos los casos, ya sea en víctimas o no de maltrato las mujeres presentan un menor índice de alexitimia. Esto es concordante con los resultados obtenidos por Saarijarvis y Col. (1993). Consideramos que las mujeres gozan en general de una mayor riqueza emocional y mayor capacidad empática. Podemos pensar que la manifestación de los afectos abiertamente se considera más deseable en el género femenino, por estar relacionada en muchos ámbitos con debilidad respecto al género masculino (“los niños no lloran...”), prejuicio y estereotipos de género influyen en este caso.

8.5 Comparación entre grupos según tipo de maltrato:

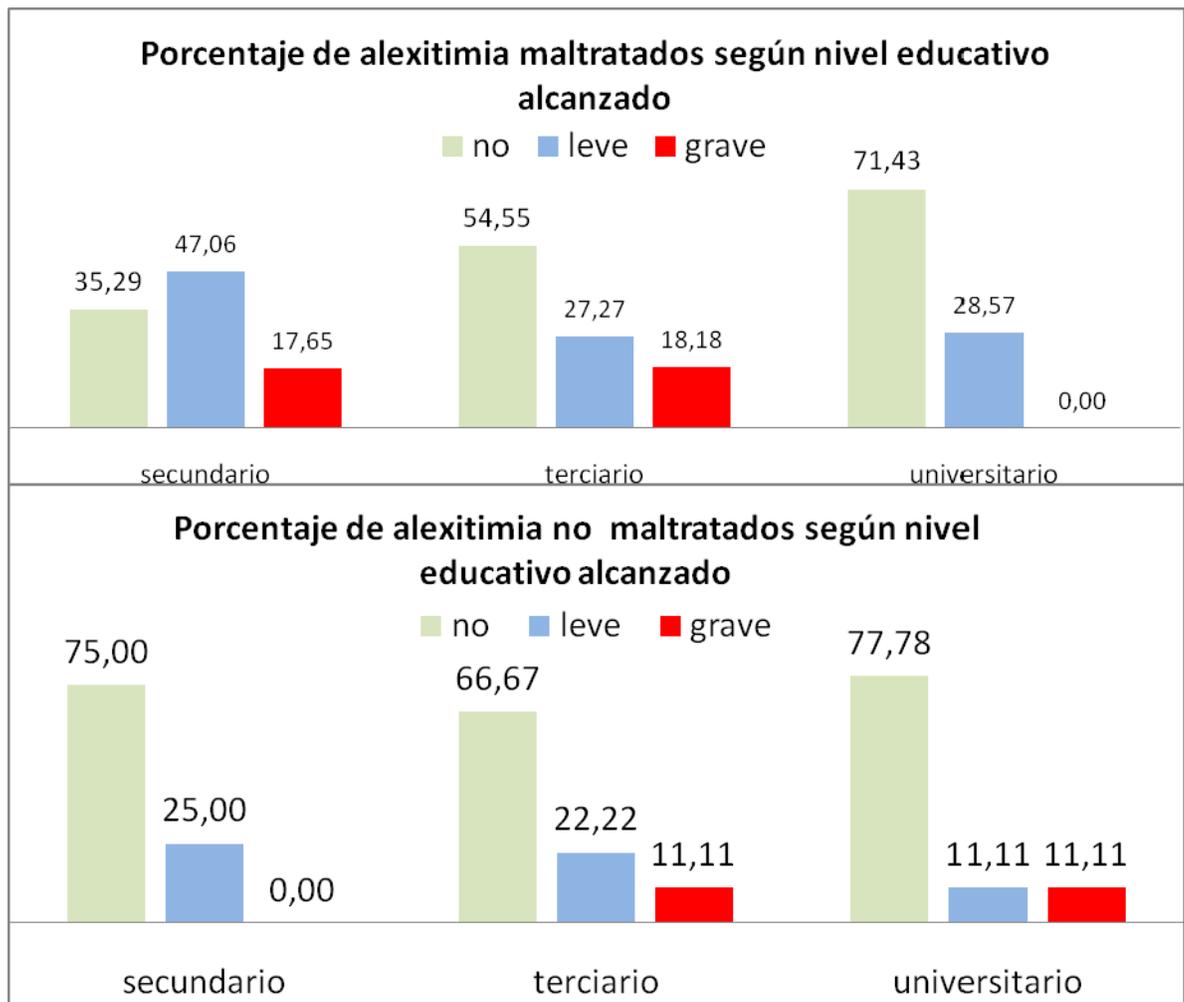


Podemos observar como los casos graves solo se presentan en las personas que han padecido ambos tipos de maltrato, esto indica que la violencia ejercida fue mayor resultando más disruptiva para las víctimas y ocasionando mayores dificultades.

Aunque la falta de un mayor número de personas en la muestra que hayan sufrido únicamente maltrato físico, no nos permite un análisis completo. Podemos considerar que el maltrato psicológico se relaciona con un mayor índice de alexitimia, Hipoteticamente pensamos que podría deberse al hecho de que el maltrato físico al manifestarse de una manera clara y explícita, es percibido de forma mucho mas conciente por la víctima, esto facilita la posibilidad de desarrollar mejores medios para resguardarse de él, teniendo plena

consciencia los sujetos del daño padecido. Por el contrario el maltrato psicológico, puede muchas veces ejercerse de manera mas oculta, menos explícita, mas sutil, produciendo dificultades en la víctima en cuanto al reconocimiento de éste. Solo con posterioridad y con la adquisición de formas mas evolucionadas de pensamiento podría reconocerse el hecho de que este fue sufrido por las víctimas.

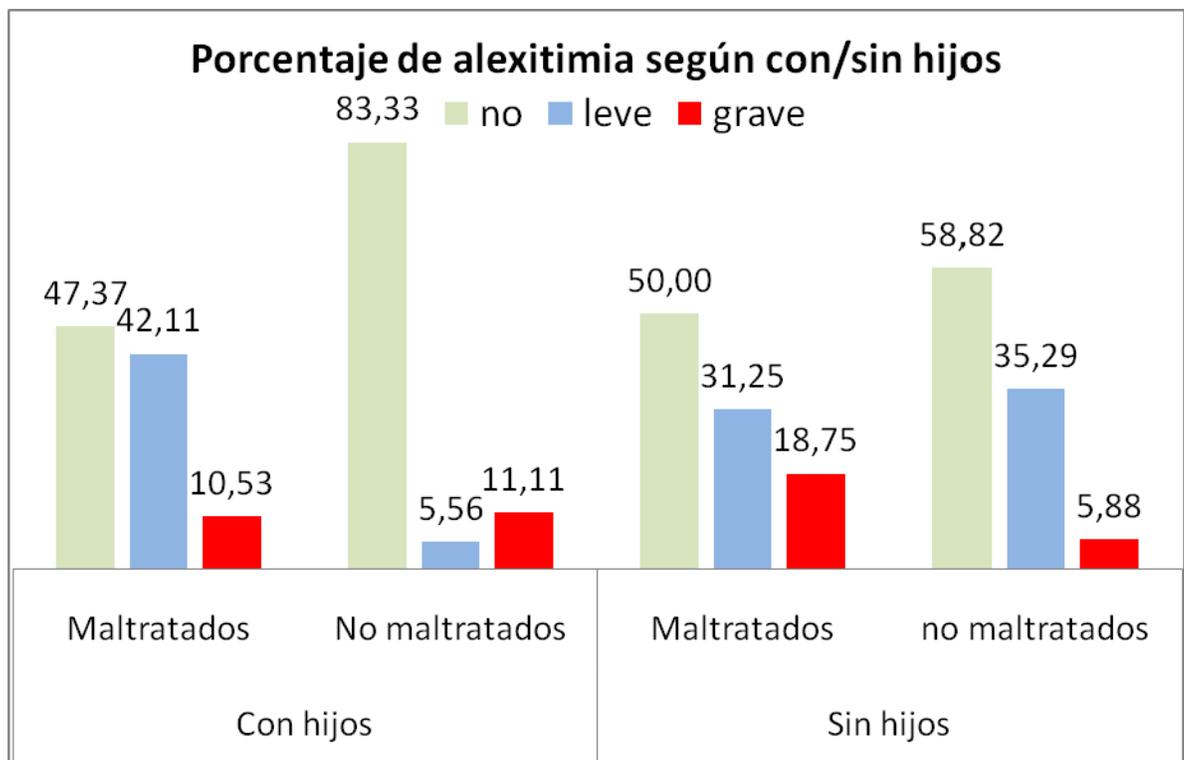
8.6 Porcentaje de maltratados según nivel educativo alcanzado:



En este caso no observamos diferencias significativas en cuanto a las personas no maltratadas. Pero en el grupo víctima de maltrato observamos una disminución del nivel de alexitimia en relación con un mayor nivel de instrucción, esto es congruente con la noción

de que la alexitimia se relaciona con un bajo nivel de sofisticación intelectual y cultural, al menos en las personas maltratadas. Pensamos que este fenómeno puede deberse a las exigencias de los altos estudios, consideramos que es necesario para alcanzar éstos desarrollar habilidades sociales y comunicacionales, la autoregulación de las emociones y el desarrollo de modos eficaces de enfrentar el estrés y de relacionarse. También estos logros aumentan el nivel de auto-confianza y auto-estima, factores que suelen encontrarse disminuidos en las víctimas de maltrato.

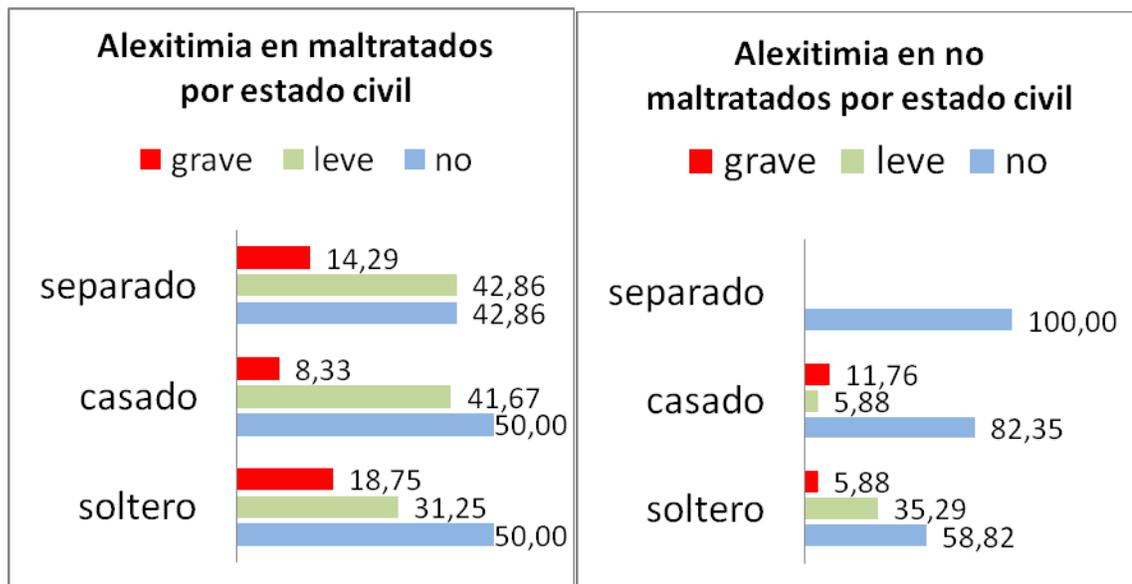
8.7 Porcentaje de alexitimia según con/sin hijos:



En relación con las personas maltratadas, no se observan diferencias significativas en cuanto a tener o no hijos. En las personas no maltratadas se observa una sensible diferencia en cuanto al índice de alexitimia a favor de las personas que tienen hijos. Esto nos permite observar que existe una relación en los no maltratados entre tener hijos y una menor presencia de alexitimia. Al menos en lo que a personas no maltratadas se refiere se

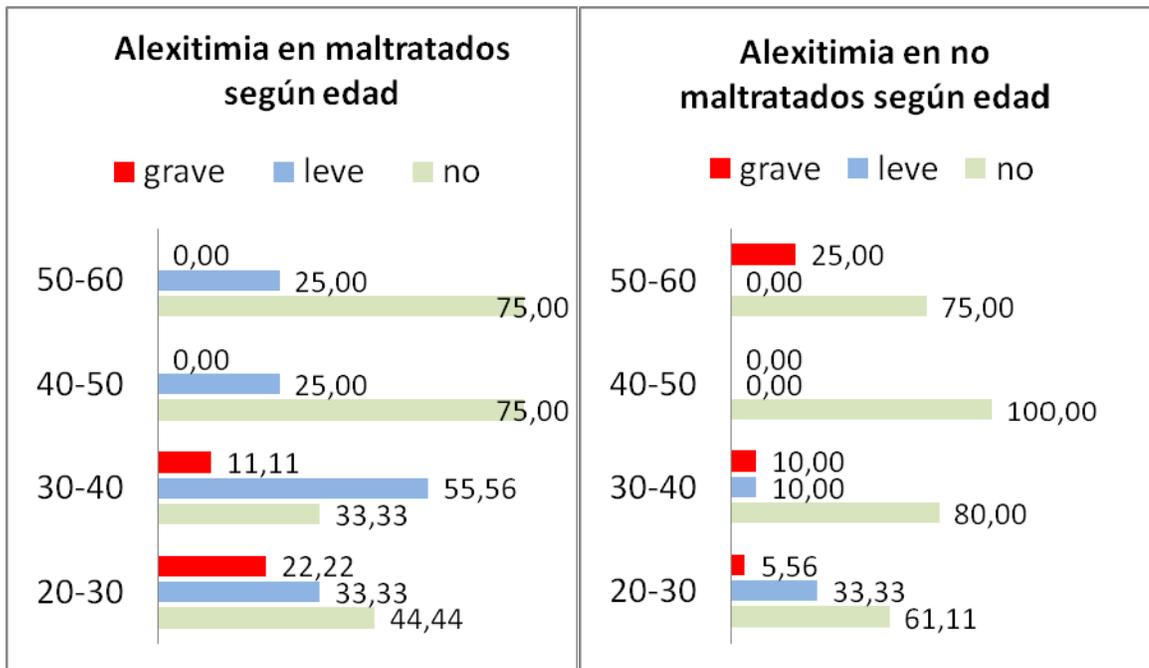
comprueba otra de nuestras ideas previas, las personas que tienen hijos presentan un menor grado de alexitimia.

8.7 Porcentaje de alexitimia en relación con el estado civil



En los casos de personas con historial de maltrato no se observan diferencias. En las personas no maltratadas podemos observar una correlación negativa entre estado civil y alexitimia, Creemos que la posibilidad que tiene una persona de establecer una relación afectiva estable está relacionada con un buen grado de empatía, con la capacidad de contactarse con sus emociones para superar las dificultades de una relación de pareja. Este resultado es concluyente con otra de nuestras hipótesis, pero solo aplicable en los casos de no maltratados.

8.8 Relación entre alexitimia y edad.



Las muestras de los dos grupos nos permiten observar una disminución de la alexitimia en relación con la mayor edad. Esto podría indicar que las experiencias vitales actúan de forma positiva, facilitando en las personas un aprendizaje emocional y un mayor contacto con las propios sentimientos, así también el contacto interpersonal mejoraría la capacidad empática y las habilidades sociales y comunicativas.

9 Alternativas Terapeuticas

Queremos aportar en el presente apartado algunas consideraciones terapéuticas.

La bibliografía consultada del Doctor Roberto Sivak nos aclara cuestiones en cuanto a la terapia del alexitímico que son muy enriquecedoras:

Comienza nombrando las dificultades que tienen estos pacientes en cuanto a las terapias de insight e introspección, así, el psicoanálisis y la terapia existencial encontrarían grandes dificultades para el abordaje de los alexitímicos. Pero el punto más revelador de la idea de Sivak plantea en sus propias palabras “problemas éticos y técnicos”. Debemos considerar si nos es lícito considerar a un paciente como enfermo psíquico, si únicamente “son dervbados y consultan a partir de cierta egosintonía, no refieren sufrimiento psíquico”. Dadas así las cosas el propio terapeuta sería el que patologizaría el indicador.

Cabe considerar que la tasa promedio de abandono de la terapia en alexitímicos es de alrededor del 60%, esto demuestra las dificultades de intervención desde cualquier psicoterapia que se lleve a cabo. Puntualmente en el caso de la Psicoterapia Psicoanalítica, los escasos pacientes que continúan la terapia, sólo refieren mejoras a nivel sintomático. Consideremos también que desde los comienzos de la alexitimia los propios terapeutas han planteado la dificultad de ellos mismos para tratar a estos pacientes, ya que es harto habitual que los profesionales sientan aburrimiento, enojo e impotencia, en este punto la dificultad no es solo de la herramienta utilizada, sino también del encargado de operativizarla.

Frente a esto las terapias habituales se dirigen al aprendizaje emocional o a experiencias emocionales correctivas. Esto apunta a que los pacientes nombren las emociones, pero como aclara Sivak, “existe el riesgo de transformar la relación en una experiencia pedagogizante”. Si bien aclara que a partir de un buen Holding del terapeuta, el paciente logrará establecer confianza en el vínculo terapéutico, palpándose “modificaciones objetivables en el grado de alexitimia”.

Para Sifneos citado por Sivak, el 20% de los pacientes alexitímicos responderían a las terapias de insight. Advierte que éstas terapias como aumentadoras de ansiedad podrían aumentar también las somatizaciones, algo advertido previamente por Marty.

Numerosos autores han señalado que la presencia de características alexitímicas puede predecir respuestas pobres a la psicoterapia (Shands 1977, Sifneos 1983, Nemiah 1984, Bach, Bach 1996), ya que una característica clave de los individuos alexitímicos es su incapacidad para involucrarse en relaciones sociales exitosas.

Krystal citado por Sivak considera que en las terapias psicoanalíticas, el mayor problema reside en la dificultad de los pacientes para poner en palabras el conflicto temprano infantil que origina el padecimiento. Así los pacientes se aferran al cuadro como una forma de controlar el entorno a través de su padecimiento somático (aquí obviamente hace referencia al paciente psicósomático), desistir de esta ilusión los expondría a la impotencia. La pobreza a nivel de las fantasías, tanto diurnas como oníricas dificultaría aún más la posibilidad de interpretación en la Clínica.

Mc Dougall citada también por Sivak, considera que a pesar de las dificultades contratransferenciales y la frustración del terapeuta, la terapia es posible. La autora indica una serie de pasos para trabajar: “El analista deberá primero contener el desbordamiento de los fenómenos emocionales y elaborar lo vivido inexpresable. Deberá reconocer y elaborar los afectos suscitados por la comunicación del paciente, y no tanto en referencia a los eslabones asociativos y en continuidad con el hilo discursivo, como con los neuróticos”.

Al respecto es interesante señalar una investigación realizada en Tidaholm, Suecia (M. Posse, 2004) en la que se concluye que los pacientes psicósomáticos y alexitímicos presentan una mejor respuesta al tratamiento bajo un encuadre jungniano. Este estudio estaba dirigido a mostrar que es posible involucrar a estos pacientes en una relación, aunque se haya documentado en otros estudios que esto es difícil. Se esperaba que el grupo de terapia mostrara reducciones en ansiedad psíquica, suspicacia y agresión indirecta, reflejando el establecimiento de una relación transferencia-contratransferencia de confianza y por tanto una mejor comunicación de sentimientos. Se concluyó que los pacientes

lograron un mejor vínculo con el terapeuta y una mayor adherencia a la terapia; así mismo el grupo de terapia mostró una reducción mayor en la ansiedad psíquica y suspicacia en relación al grupo control.

En cuanto a la terapia Cognitiva-Conductual, ésta apunta a tres objetivos fundamentales:

- 1- Aprender a observar y reconocer sus reacciones, y el carácter limitante de éstas.
- 2- Enseñar al paciente la debilidad de su vida imaginaria, sus reacciones a las situaciones estresantes y su modalidad de discurso.
- 3- Así el sujeto debería lograr la adquisición de su capacidad para nombrar emociones y enriquecer su vida imaginaria.

A partir del análisis de nuestro trabajo, sus hipótesis y resultados, sumado a la consulta bibliográfica, nos parece oportuno señalar que las experiencias vitales, el desarrollo de habilidades sociales, el establecimiento de relaciones duraderas, y un buen manejo del estrés serían elementos que correlacionan negativamente con la alexitimia, ya que favorecen un enriquecimiento del mundo emocional y de los medios expresivos. Consideramos entonces que el tratamiento debería tender a desarrollar estas prácticas, mediante los programas justamente de desarrollo de habilidades sociales y manejo del estrés.

Nos parece que sería operativa la utilización de técnicas como psicodrama, aprendizaje por imitación y role-playing en talleres, para que los individuos puedan apreciar matices emocionales en los otros y trabajar la empatía tomando distintos lugares dentro de estas técnicas. Un ambiente contenedor y cálido que brinde sensación de seguridad, creemos que sería de inestimable ayuda para los pacientes en tratamiento.

Consideramos recomendable comenzar a trabajar de este modo con niños víctimas de maltrato, para lograr que antes de estabilizarse la personalidad, ésta adquiriera una mayor plasticidad afectiva, utilizando a la vez sistemas de refuerzo positivo, reconociendo los

logros y avances que consigan, generando un espacio en el que la expresión emocional sea valorada y por lo tanto deseable. De esta manera buscamos restituir de algún modo la autoestima y autoconfianza dañadas, presentes en la mayoría de los casos de niños maltratados.

De ser posible realizar grupos de reflexión que permitan (dentro de un marco contenedor, de confianza y respeto), por un lado trabajar en el reconocimiento de los afectos generados por la situación de maltrato, buscando que los participantes puedan reconocer y transmitir las emociones que tales sucesos les generan, intentando la descarga emocional del suceso traumático, facilitando la relación empática; y por otro, desarrollar la resiliencia, para buscar la mejor salida posible de esta problemática, intentando que el pasado complicado fortalezca al individuo en vez de debilitarlo.

Antes de finalizar queremos aclarar algunos factores relacionados con la farmacología:

En general, los alexitímicos, presentan elevados índices de ansiedad. Un ansiolítico leve podría ser de ayuda en estos casos. La bibliografía señala que la cualidad neurótica o psicótica de la ansiedad requerirá ansiolíticos o neurolépticos respectivamente. En pacientes con cuadros severos de neurosis hipocondríacas y colitis ulcerosa, el uso de neurolépticos (fluspirilene) logró disminuir la ansiedad y una buena colaboración en la psicoterapia.

10 Consideraciones Finales

Humildemente creemos que nuestro trabajo ha aportado algo a la problemática del maltrato infantil. Consideramos que nuestra hipótesis principal ha sido demostrada de forma clara. Esperamos que las consideraciones terapéuticas resulten de utilidad.

La alexitimia como entidad independiente por si sola afecta la calidad de vida de los que la padecen, sin necesitar -aunque se relaciona muchas veces estrechamente con ésta- de una patología psicosomática. Creemos que si a las dificultades infantiles se le agregan en la adultez las dificultades de la alexitimia, la vida de los sujetos en escasos puntos podrá considerarse por estos como plena y satisfactoria, ya sea por las privaciones afectivas y emocionales “exógenas” de la infancia o por las actuales “endógenas”, que en virtud de la pobreza amorosa temprana y el maltrato padecido no han dejado otra posibilidad de funcionamiento psíquico que este empobrecimiento de la afectividad, creatividad y fantasía. Ésta última como reducto genuinamente propio e individual. Cuando en la teoría vemos que los alexitímicos sueñan poco y nada en realidad pensemos que estos pacientes-sufrientes no tienen sueños, y no nos referimos a los oníricos, no tienen sueños en relación con su futuro, deseos propios, expectativas... solo tienen el presente, aquí se mueven, sin considerar su pasado y porvenir.

Deseamos fervientemente que la cruzada contra el maltrato infantil en todas sus formas continúe avanzando, que las víctimas logren ser contenidas y auxiliadas, que las penas a los maltratadores sean inflexibles. Que logren estos niños el día de mañana gozar de una vida plena, concientes de su duro pasado, conectándose con él, pero logrando vivir mas allá de esta penosa infancia, brindándole a sus propios hijos una completamente distinta.

10Anexo

A continuación agregamos la técnica tal como la tomamos en la presente investigación.

Hospital Teodoro Álvarez
M.C.B.A. - División Psicopatología y Salud Mental
Equipo de Psicopatología
Coordinador Dr. Roberto Sivak

Escala de Alexitimia
(U.B.A.) - (CONICET)

Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una cruz, en una de las 3 columnas, teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible.

	Si Generalmente	No sé A Veces	No Nunca
1. Cuando lloro, sé porqué lo hago.			
2. Ponerse a fantasear es perder el tiempo			
3. Quisiera ser menos tímido/a.			
4. Me confundo y no sé bien que estoy sintiendo.			
5. Fantaseo sobre el futuro.			
6. Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos.			
7. Poder resolver un problema es más importante que preguntarse porque se lo resolvió de esa manera.			
8. Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.			
9. Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado/a por algo.			
10. Tengo sensaciones en mi cuerpo que ni siquiera los médicos logran entender.			
11. No me alcanza con saber que una tarea está hecha, necesito saber cómo y por qué se hizo.			
12. Puedo contar lo que siento sin problemas.			
13. Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos.			
14. Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustado/a o enojado/a.			
15. Uso mi imaginación.			
16. Sueño despierto/a cuando no tengo nada que hacer.			
17. Me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo.			
18. Me pongo a fantasear.			
19. Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender por que suceden de esa forma.			
20. Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras.			
21. Es importante tener emociones, poder sentir cosas.			

22. Me resulta difícil decir lo que siento.			
23. La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos.			
24. Uno/a debería buscar explicaciones más profundas de las cosas.			
25. No sé qué está pasando dentro de mí.			
26. Cuando me enojo, no sé por qué estoy enojado/a.			

Escolaridad:.....

Ocupación:.....

¿Ha sufrido maltrato? Si No

Edad:.....

¿De qué tipo? Físico

Estado Civil:.....

Psicológico

Nº de hijos:.....

Para no olvidar:

Solo queremos sintéticamente nombrar los derechos fundamentales de los niños.

-Derecho a un nombre.

-Derecho a la educación.

-Derecho al juego.

-Derecho a la libertad de asociación y a compartir sus puntos de vista con otros.

-Derecho a una familia y a un hogar.

-Derecho a la protección durante los conflictos armados.

-Derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.

-Derecho a la protección contra el Trabajo Infantil.

-Derecho a la Libertad de Expresión.

-Derecho a la protección contra todas las formas de explotación y abuso sexual

12 Bibliografía

- Alconada Julio M. F., Violencia Familiar y Protección de personas. Ponencia presentada y aprobada en el XXº Encuentro Nacional de Magistrados y Funcionarios de la Justicia de Menores y Familia – S. M. De Tucumán 7, 8 y 9 de Noviembre de 2002.- obtenido el 05/09/08 en:
<http://www.iuspenalismo.com.ar/doctrina/alconada2.htm>
- Alexitimia: la incapacidad para identificar y expresar emociones. Obtenido el 20/08/08 en : www.cepvi.com/articulos/alexitimia.shtml
- Child Welfare Information Gateway. Las consecuencias a largo plazo del maltrato de menores (Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect). 2008. Obtenido el 06/06/09 en:
http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/sp_long_term_consequences.cfm
- Demaría, Viviana y Figueroa, José. “10903: La ley maldita”. Documento de Cátedra: Los derechos del niño en una sociedad violenta. Universidad del Aconcagua
- Documento de Cátedra: Neuropsicología y psicósomática. “Acerca de la insuficiencia del aparato mental”. Universidad del Aconcagua.
- Glosario de Psiquiatría. Obtenido el 10/06/09 de:
<http://psychiatry.es/index.php?searchword>
- González, Ivana. “Crecen las denuncias de maltrato infantil”. Diario Los Andes del jueves, 03 de mayo de 2001. Obtenido el 14/07/09 de:

<http://www.losandes.com.ar/notas/2001/5/3/sociedad-11650.asp>

- Ley Nacional N° 23.849 – De aprobación de la Convención sobre los derechos del Niño.
- Ley Nacional N° 24.417 - Ley de Protección contra la Violencia Familiar.
- Ley Nacional N° 26.061- Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley Provincial N° 6.354 - Protección integral del niño y del adolescente.
- Ley Provincial N° 6.551 – Programa de prevención y atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia.
- Ley Provincial N° 6.672 - De Prevención de la Violencia Familiar.
- Lolas F. La perspectiva psicosomática en medicina (1995) 2ª ed. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.
- Lucioni, Isabel. "El cerebro nos da la razón a los freudianos". Conferencia dictada en el marco de las actividades científicas de la Sociedad Psicoanalítica del Sur. 17 de octubre de 2002. Obtenido el día 13/03/09 en:
http://www.psicofisiologia.com.ar/index.php?Itemid=53&id=210&option=com_content&task=view

- Maltrato infantil. Encuadre legal. Documento de Cátedra: Maltrato infantil. Universidad del Aconcagua.
- Maltrato Infantil. Documento de Cátedra: Maltrato Infantil. Universidad del Aconcagua.
- Marty M., Carvajal A. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. sep. 2005, vol.43, no.3 [citado 29 Mayo 2008]. Obtenida el día 10/06/08 en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272005000300002&lng=es&nrm=iso
- Marty, P. (1991). La psicósomática del adulto. Buenos Aires. Ed: Amorrortu Editores.
- Moles, Patricia. Algunas consideraciones en torno al concepto de pensamiento operatorio. Documento de Cátedra: Neuropsicología y Psicósomática. Universidad del Aconcagua.
- Pontón W., Franco A., Ramírez L., Maltrato Infantil. Revista Escuela Colombiana de Medicina, Vol 11 No. 1, Agosto de 2006. Obtenido el 07/04/09 de: <http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/file/maltratoinfantil.pdf>
- Rodríguez Gomez, Gregorio; Gil Flores, Javier y Garcia Jiménez, Eduardo. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Ed. Aljibe.

- Sabattini, Patricia. "Del Desvalimiento a la Enfermedad Psicossomática". Trabajo de integración escrito para el Posgrado en Psicossomática que dicta la APA Asociación Psicoanalítica Argentina. Obtenido el 10/10/08 de:
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=383&IdSeccion=21>
- Sabino, Carlos A. (1998) "Como hacer una tesis y elaborar toda clase de escritos". Buenos Aires. Ed: Lumen.
- Sánchez Medina, Alfonso. Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicossomáticas. Obtenido el día 20/01/09 en:
<http://encolombia.com/medicina/academedicina/transtornodelpensamiento1.htm>
- Sivak, R. Wiater A. Alexitimia, ¿un indicador posible en prevención? VERTEX Rev. Arg. De Psiquiatría. 1995, Vol. VI.
- Sivak, R. Wiater. (2006) Alexitimia, la dificultad para verbalizar los afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires. Ed: Paidós.
- Soriano Faura, Francisco J. (2001). "Prevención y Detección del maltrato infantil". Obtenido el día 22/08/08 en:
<http://www.quedelibros.com/libro/2594/Prevencion-Y-Deteccion-Del-Maltrato-Infantil.html>

- The European journal of psychiatry (edición en español). Psicoterapia Jungiana para la somatización. v.18 n.1 Zaragoza ene.-mar. 2004 obtenido el día 10/09/09 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2004000100003&script=sci_arttext
- UNICEF. La violencia contra niños, niñas y adolescentes. Magnitud y desafíos para América Latina. Resultados del Estudio Mundial de Violencia. Obtenido el día 10/05/09 en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Hoja_de_datos\(1\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Hoja_de_datos(1).pdf)