



Universidad  
de Concepción

AÑO 1998 ISSN: 0719-675X

# Revista Electrónica de Trabajo Social Universidad de Concepción

VOLUMEN N°2

ISSN 0719-675X

DIRECCIÓN:

**Ivan Peña Ovalle**

COMISIÓN EDITORIAL:

**Mario Hernán Quiroz Neira**

**Ivan Peña Ovalle**

**Juan Manso Pinto**

**Patricia Witham Killey**

Contacto: [revistatsudec@gmail.com](mailto:revistatsudec@gmail.com)

Fotografía de portada: Vanessa Quezada Arias

Volumen N° 2, año de la publicación 1998

Departamento de Trabajo Social  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Concepción  
Barrio Universitario s/n  
Fono (41) 2 204106  
Fax (041) 2 231084

[www.revistatsudec.cl](http://www.revistatsudec.cl)

[www.trabajosocialudec.cl](http://www.trabajosocialudec.cl)

Revista de publicación anual editada por el Departamento de Trabajo Social

## **PRESENTACION**

Estimados lectores, reciban ustedes un cordial saludo desde la Universidad de Concepción - Chile y les invitamos a conocer el segundo número de la Revista de Servicio Social. Sabemos del interés que ha despertado nuestra primera publicación virtual, razón por la cual hemos preparado este segundo número pensado precisamente en cumplir con vuestras expectativas de estar vinculados a los grandes temas del Trabajo Social frente al Tercer Milenio.

La Revista de Servicio Social pretende ser un punto de encuentro de los Trabajadores Sociales Latinoamericanos, en la cual puedan encontrar respuesta a nuestras inquietudes profesionales y académicas. Además, pretendemos que en nuestra publicación sea un órgano de comunicación de las principales reflexiones y aportes al conocimiento de esta disciplina. En este sentido, este segundo número está enmarcado precisamente en estas líneas propositivas generales.

En esta oportunidad la Revista incluye dos áreas temáticas referidas, la primera, al Trabajo Social y la Política Social y la última al enfoque psicosocial de intervención en Trabajo Social. Dentro de esta temática se incluyen cuatro artículos que dicen relación con, Adopción y Motivaciones Invisibles, Negación de la Discapacidad, Machismo de los Estudiantes de la Universidad de Concepción, Chile y El Significado del Paciente con Demencia.

## **El Machismo en los Estudiantes de la Universidad de Cconcepción, Chile.\***

**Olga Mora M., Maria E. Mathiesen, Manuel Castro S.**

*Facultad de Ciencias Sociales, Depto. de Servicio Social Universidad de  
Concepción, Edmundo Larenas 160, Concepción, Chile. Fax 56-41-220810.*

*Email omora@udec.cl*

Universidad de Concepción, Chile.

*\*Esta investigación ha recibido financiamiento de la Dirección de  
Investigación de la Univesidad de Concepción, Chile, Proyecto N ° 93-8207-  
1.*

### **RESUMEN**

En este trabajo se dimensiona el machismo en estudiantes universitarios de la Universidad de Concepción y su relación con algunas variables psicosociales y de conducta sexual. Se encuestó a una muestra aleatoria de 512 estudiantes.

En relación a la escala se detectó adecuada confiabilidad. Se inspeccionó la validez divergente y discriminante, encontrándose correlación significativa y consistente del machismo con la permisividad sexual. Para la validez discriminante se constatan diferencias significativas según sexo.

En relación al machismo de los estudiantes, éste fue más bien moderado, siendo el más bajo en la Facultad de Educación y el más alto en la de Física y Matemática. Se observó un grado de machismo significativamente

mayor en los evangélicos, en relación con los sin religión o los católicos. En los encuestados con experiencia sexual, la tendencia fue a mayor control de la natalidad en los con bajo grado de machismo. No hubo diferencias significativas en el grado de machismo según las dimensiones descriptivas, socioeconómicas y psicosociales.

## **INTRODUCCION**

El machismo, como construcción cultural, es un modo particular de concebir el rol masculino. Lo entendemos, siguiendo a Mafud (1967), como la actitud que prevalece en parte de la población latino- americana, que consiste en considerar a los hombres como superiores a las mujeres y con autoridad sobre ellas. El hombre y la mujer viven en mundos distintos y la única relación entre ellos es la amorosa.

En nuestro mundo moderno, el sexo aún sirve para caracterizar a las personas, generando un conjunto de expectativas conductuales para los hombres y las mujeres. "Cuando estas categorías perceptuales se afianzan como expectativas de conducta de roles genéricos, se corre el riesgo de que se transformen en estereotipos que conduzcan a la discriminación entre personas" (Rodríguez et al, 1993).

La mayoría de los estudios acerca del machismo se refiere a México y a los pobres; sin embargo, esta actitud, aunque tome otras formas, se da en los demás estratos sociales y en el resto de América Latina (Giraldo O. ,1972).

Aunque en nuestro medio se declara un abierto antimachismo, pensamos que la actitud machista subsiste aún en ámbitos que se manifiestan más abiertamente en contra, como es el universitario; por

esto, incluimos esta variable, como parte de un estudio más amplio acerca de conductas sexuales y valores morales.

Así, el propósito de este trabajo es dimensionar el machismo en los estudiantes de la Universidad de Concepción y analizar sus relaciones con algunas de las variables que los caracterizan y con las conductas sexuales consideradas en la investigación mayor.

### **EI INSTRUMENTO**

Para medir el machismo seleccionamos nueve ítemes de La Escala M de Actitudes hacia el Machismo de Cortada de Kohan y colaboradores (1970).

La Escala M de Actitud hacia el Machismo constituye un constructo de 22 ítemes, en que cada uno es una aseveración que expresa actitudes machistas o antimachistas, acerca de las cuales el entrevistado debe marcar sólo aquellas con las que está totalmente de acuerdo. La elección de esta escala se realizó en consideración de los siguientes factores:

- La escala fue construida para medir machismo en distintos estratos sociales de Buenos Aires, realidad similar a la nuestra,
- Se aplicó con éxito en universitarios argentinos,
- El tipo de formato es relativamente corto y de fácil comprensión, lo que favorece la autorrespuesta,
- La autorrespuesta asegura el anonimato y éste aparece como la forma más apropiada para obtener datos confiables sobre comportamientos sexuales.

De la escala original seleccionamos siete aseveraciones machistas y dos antimachistas que usamos como ítemes invertidos. Los seleccionados son los que siguen:

- La peor ofensa para un hombre es que su mujer le sea infiel.
- Es denigrante para los hombres realizar tareas domésticas.
- Por lo general las mujeres son más sensibles que los hombres.
- La mujer no debe tener amigos que no sean los del marido.
- Las mujeres tienen el mismo derecho a ocupar cargos importantes que los hombres.
- En el hombre la infidelidad es perdonable.
- La mujer soltera es tan libre como el hombre.
- En la relación de pareja el hombre debe tomar siempre la iniciativa.
- La mujer busca la protección del hombre.

## **MUESTRA**

Para este estudio se programó una muestra al azar del 10% de los estudiantes inscritos al año 1994 en la Universidad de Concepción, sede

Concepción, estratificada por carrera, sexo y año de ingreso a la universidad. Se excluyeron, por motivos prácticos y de costo, los alumnos que cursaban sus estudios en sedes fuera de la ciudad de Concepción; por tanto, no se consideraron los alumnos de Chillán ni de los Angeles. Tampoco se incluyó a la Facultad de Ciencias Naturales y Oceánicas, pues ninguno de los treinta integrantes de la muestra respondió la encuesta. La muestra teórica y real quedó constituida como se presenta en la tabla N° 1

**Tabla N°1**

Distribución Matriculados y Muestra Teórica y Real por Facultad y por Sexo del alumnado U de Concepción 1994.

Facultad	total		hombres		mujeres			total	
	matric		tot	teór real	tot	teór	real	muestra	teór real
Química	244	113	12	9	131	12	6	24	15
Educac.	1977	553	54	18	1424	139	72	193	90
Cs F y M	129	78	8	5	51	5	3	13	8
Cs Econ	842	404	40	18	438	44	26	84	44
Cs J y S	1419	703	70	49	716	71	45	141	99
Medicina	1429	488	49	32	941	94	68	149	100
Ingenier	2027	1728	171	66	299	28	10	199	76



Farmacia	631	195	19	16	436	44	35	63	55
Odont	396	210	21	13	186	18	10	39	23
Arquitec	77	44	4	0	33	3	3	7	3
Sociolog	39	19	2	2	20	2	2	4	4
Totales	9210	4535	450	228	4675	471	284	910	512

Para asegurar el anonimato y la privacidad que deseábamos garantizar a los encuestados, se utilizó cuestionario de autorrespuesta, puesto que incluyó una serie de preguntas acerca de conductas sexuales que, en nuestra sociedad, no son tema fácil de conversación con extraños. Usamos la modalidad de entregar la encuesta por intermedio de la Secretaría Académica de cada Facultad en sobre cerrado a cada uno de los seleccionados, junto con otro sobre para su devolución y una carta explicativa acerca de la importancia, de la respuesta rigurosa y veraz de todas las preguntas, para el desarrollo de la investigación. Esta modalidad más los rechazos normales a toda encuesta, especialmente una de este tema, nos produjo una importante pérdida en algunas carreras, como, por ejemplo, Ingeniería. Por tanto, la muestra real se redujo al 5.6% de la población estudiada.

Sin menospreciar el sesgo que pudiera significar el desconocer la existencia de características comunes entre los no respondientes que expliquen esta conducta y que pudieran alterar los resultados, consideramos que la muestra tiene características que nos permiten calificarla como adecuada: tiene un tamaño suficiente y en líneas generales mantiene la proporcionalidad original. En relación al sexo, hubo un 4% más de mujeres y menos de hombres que en la muestra teórica.

**TABLA N° 2**

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS INTEGRANTES DE LA MUESTRA

Sexo <b>fr</b> %	Estado Civil <b>fr</b> %	Colegio <b>fr</b> %
Hombres 44.5	Solteros 92.8	Privado-Pagado 45.1
Mujeres 55.5	Casados 7.2	Municipalizado 24.5
		Fiscal 20.0
		Privado Gratis 10.4
Religión <b>fr</b> %	Región <b>fr</b> %	Residencia <b>fr</b> %
Católica 67.0	Norte 14.5	Con padres 41.9
Evangélica 6.5	Octava 71.8	Con un padre 12.5
Otras 4.1	Sur 7.9	Con amigos 9.0
Ninguna 22.4	Metropolitana 5.8	En pensión 18.0
		Con pareja 12.9
		Con familia 5.7

Si observamos la tabla, podemos constatar que en relación al sexo existe un porcentaje mayor de mujeres, esto se debe, en primer lugar, a que las mujeres contestaron en mayor proporción la encuesta (4%) y, en

segundo, a que en la población total las mujeres constituían el 51%. Sin embargo, esta ligera mayoría femenina que podría indicar una discriminación positiva, no es tal si analizamos el tipo de carreras en las que hay predominio de mujeres, que siguen siendo aquellas tradicionalmente femeninas como obstetricia, enfermería y educación parvularia; como asimismo, en el caso de las carreras de educación.

En relación al estado civil, dado que existe un 17.8% de alumnos que ingresaron en el año 1989 o antes, el porcentaje de casados (7%) no nos parece alto.

Siendo ésta una Universidad subvencionada por el estado, llama la atención el gran porcentaje de alumnos que provienen de colegios particulares pagados, casi la mitad de la distribución. Esto es concordante con la proporción de alumnos sin crédito fiscal.

Con respecto a la religión, el 67% se declaró católico, un 6.5% evangélico y un 4% de otras religiones (mormones, testigos de Jehová); destaca el alto porcentaje de alumnos que manifestó no tener credo religioso.

En síntesis, la gran mayoría de los estudiantes vive con la familia, proviene de la región del Bío Bío, es católica y cursó la enseñanza media en colegios privados.

La edad de los encuestados fluctuó entre 16 y 33 años con un promedio de 21,48 años y una desviación estándar de 2,51 años.

## RESULTADOS

### 1. Comportamiento de la Escala:

La confiabilidad de este instrumento, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, para la escala total, fue medianamente aceptable de  $r=0.40$ . La consistencia interna, medida por la vía de correlacionar cada ítem con el total, fue adecuada puesto que todos sus reactivos se correlacionaron, positiva y significativamente con la escala total ( $r$  entre 0.27 y 0.59  $p=0,0001$ ).

Cortada (1970) encontró validez convergente adecuada de la escala, al relacionar sus 22 ítemes con los de la escala F de Adorno (forma 45). Con el fin de inspeccionar la validez del formato abreviado utilizado, se correlacionó con la subescala de permisividad sexual (Harding y Phillips, 1986), encontrándose una correlación inversa, a mayor machismo menor permisividad ( $r=-0.15$  y  $P=0.0011$ ). Lo que es consistente y, por tanto, indicativo de validez divergente.

Para demostrar la validez discriminante, la autora comparó los promedios de machismo de universitarios y obreros, detectando que eran significativamente mayores en los obreros. Debido a que este estudio sólo consideró universitarios, comparamos el machismo según el sexo de los encuestados, resultando más machistas los hombres que las mujeres, como se puede apreciar en la tabla N° 3.

**TABLA N° 3**

#### PROMEDIOS DE MACHISMO SEGÚN SEXO

<b>Sexo X</b>	<b>n s</b>	<b>T P</b>
Hombres 11.0	227 1.44	3.68 0.0003

Mujeres 10.6

280 1.19

En síntesis, la escala se ha comportado congruentemente con la teoría lo que sería indicativo de que es, a lo menos en la población estudiada, un instrumento válido para medir machismo.

## **2. Resultados sobre Machismo en los Estudiantes:**

El promedio de machismo de la muestra fue de 10.8 en la escala total, donde el 9 es ausencia de esta actitud y el 18 presencia máxima. Este promedio, a pesar de que no tenemos datos de comparación puesto que usamos un formato resumido, es indicativo de que los estudiantes tienen algún grado de machismo. Existe un 17% de los estudiantes que no manifiestan machismo alguno ( 9 puntos ), se detecta un 10.7% que se puede calificar como altamente machista ( 13 a 16 puntos ), las proporciones mayoritarias, con un total del 72.3%, corresponden a machismo intermedio ( entre 10 y 12 puntos ), es decir, los alumnos declararon entre una y tres actitudes en este sentido.

Los más altos promedios de machismo corresponden a las aseveraciones: 3 "las mujeres son más sensibles que los hombres", con un 57% de aceptación; 1 "la peor ofensa para un hombre es que su mujer le sea infiel" y 9 " la mujer busca la protección del hombre", con un 39% y un 37% respectivamente. Los ítemes cuyo promedio de machismo es más bajo, aceptados solo por el 2% de los encuestados, son el 2 "las tareas domésticas son denigrantes para los hombres" y el 4 "las mujeres no pueden tener amigos que no sean los de su marido", en orden creciente, le siguen con el 6% y 8% respectivamente, "el hombre tiene que tomar siempre la iniciativa en la relación de pareja" y "en el hombre la infidelidad es perdonable".

**TABLA N° 4**

**PROMEDIOS Y PORCENTAJES DE MACHISMO POR ÍTEMES.**

<b>Ítemes</b>	<b>Xs</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>1.39</b>	<b>39.0</b>
<b>2</b>	<b>1.02</b>	<b>2.0</b>
<b>3</b>	<b>1.58</b>	<b>57.0</b>
<b>4</b>	<b>1.02</b>	<b>2.0</b>
<b>5</b>	<b>1.09</b>	<b>9.0</b>
<b>6</b>	<b>1.07</b>	<b>8.0</b>
<b>7</b>	<b>1.20</b>	<b>20.0</b>
<b>8</b>	<b>1.06</b>	<b>6.0</b>
<b>9</b>	<b>1.38</b>	<b>37.0</b>

En síntesis, al considerar los promedios de la escala total, por ítemes, y las frecuencias de los puntajes totales se puede concluir que existe una actitud altamente machista en algunos estudiantes universitarios, que llama la atención dadas su educación y su juventud, puesto que como afirma Rodríguez (1993), en el ámbito universitario existe una suerte de exhibicionismo antimachista, es decir, hay que mostrarse progresista, expresando consignas en ese sentido.

Con el fin de inspeccionar algunas relaciones entre las características descriptivas de los estudiantes y el machismo, se dicotomizó en alto y bajo,

utilizando la mediana y luego se cruzó con las otras variables consideradas.

**TABLA N° 5**

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MACHISMO POR CATEGORÍAS SEGÚN FILIACIÓN RELIGIOSA

Religión	Bajo machismo		Alto machismo Totales	
	%	%	%	% fi
Evangélicos	82	18	82	100 (33)
Otras	67	33	67	100 (21)
Católicos	56	44	56	X=17.51 (340) P=0.001
Ninguna	43	57	43	100 (114)

n = 508

Se detectó que, además de las diferencias ya informadas entre hombres y mujeres, existe asociación significativa entre la religión y el machismo. Como se puede apreciar en la tabla 5, la gran mayoría de los evangélicos y de los pertenecientes a otras religiones (mormones y testigos de Jehová) son altamente machistas, mientras que aquellos estudiante que se declaran sin filiación religiosa, tienen mayoritariamente bajo machismo; los católicos presentan proporciones similares, con un ligero predominio de la categoría alta.

Además, en relación a otras variables estudiadas, se comprobó que no existe diferencias significativas entre solteros y casados, como tampoco según el estatus socioeconómico (tipo de colegio del que provienen, cantidad de bienes que poseen, educación de los padres, ocupación de los padres).

Al relacionar el grado de machismo de los estudiantes con la existencia de relaciones sexuales (49% declaro tener experiencia), no hubo diferencias, resultando las proporciones iguales para ambas categorías (51%). Tampoco se observó diferencias significativas entre los alumnos, al comparar grado de machismo, en relación con otras conductas sexuales estudiadas: existencia de novios, cantidad de novios, edad del primer novio, número de parejas de sexuales, edad de la primera relación, lugar donde se llevan a cabo las relaciones, tipo de pareja. Sólo se dio una tendencia a menor uso de anticonceptivos en los altamente machistas, con un 52%, frente a un 61% de aquellos con machismo bajo ( $p=0.19$ ). Hubo un 56% de los alumnos que declararon tener relaciones sexuales, que usa algún tipo de control de la natalidad; entre éstos los más frecuentes, con proporciones muy similares, fueron: las píldoras, el condón, el ritmo y el coitus interruptus.

Al correlacionar el machismo con algunas dimensiones psicosociales, como moralidad y modernismo, se constató, como ya vimos al inspeccionar la validez divergente, que se correlaciona inversamente con la permisividad sexual ( $r=-0.15$  y  $p=0.0009$ ), no así con la moralidad legal ni personal, (medida con la escala de conductas morales discutibles de Harding y Phillips, 1986). En relación al modernismo, medido con la escala abreviada de Kalh (1966), no se encontró una correlación significativa, aunque la tendencia, como era de esperar, fue inversa ( $r=-0.06$  y  $p=0.18$ ): a mayor modernismo menor machismo. El promedio de modernismo obtenido por los alumnos fue de 26.7, lo que comparado con el de 21, detectado por



Mathiesen (1987) en mujeres de distintos estratos de la misma zona, resulta alto, lo que es explicable si se considera el nivel educacional de las poblaciones estudiadas.

Por último, aunque no se observó ninguna relación significativa con las dimensiones educativas consideradas, parece interesante la tendencia a un bajo machismo en las Facultades de Química y Educación, con un 60% y 56% respectivamente; mientras que éste es mayoritariamente alto en las de Física y Matemática (75%), Odontología (65%), Economía (64%) e Ingeniería (61%). En la Facultad de Ciencias Jurídicas las proporciones son similares. Estos resultados se podrían explicar en parte, por la distribución de sexos en las respectivas Facultades.

## **CONCLUSIONES**

En primer lugar, en cuanto al funcionamiento de la escala aplicada, se puede concluir que su confiabilidad fue medianamente aceptable, con una consistencia interna adecuada.

La escala se comportó concordante con la teoría, lo que sería indicativo de que es un instrumento válido para medir machismo en el ámbito universitario. Sin embargo, estimamos que tal vez sería interesante, en futuros estudios en esta misma población, usar otras mediciones menos reactivas, como la propuesta por Rodríguez en un estudio efectuado en una universidad colombiana (1993).

En relación al grado de machismo encontrado en los estudiantes, podemos concluir que mayoritariamente fue bajo, predominando los rangos entre 10 y 12. Llama la atención que algo más de un décimo de la población clasificó como altamente machista.

Se detectaron diferencias significativas en el grado de machismo según el sexo y la religión; no las hubo según ninguno de los indicadores de estatus socioeconómico analizados.

Tampoco hubo asociaciones estadísticamente significativas del machismo con las conductas sexuales, únicamente se detectó una tendencia a menor uso de anticonceptivos en los altamente machistas.

De las dimensiones psicosociales se encontró correlación inversa del machismo con la permisividad sexual y una tendencia en el mismo sentido con el modernismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cortada, N., De Bertoni I. y Adamovsky E. (1970). Un estudio experimental sobre machismo. **Revista Latinoamericana de Psicología**. 2, N° 1, 31-54.
- Giraldo, O.(1972). El machismo como fenómeno psicocultural. **Revista Latinoamericana de Psicología**.4, N°.3, 295-309.
- Harding S. y Phillips D. (1986). The morally debatable behaviors scales, en Robinson, J., Shaver P., y Wrightsman. **Measures of personality and social psychological attitudes**. Vol. 1. San Diego, California : Academic Press, Inc. 1991, pp 742-746.
- Kalh, J. (1966). Los valores modernos y los ideales de fecundidad en Brasil y México. **Revista América Latina**. 9, N° 2, 22-28.
- Mafud, J. (1967). El Machismo en Argentina. **Revista Mundo Nuevo**. 16.
- Mathiesen, M.E. (1987). Modernidad y funcionamiento familiar en la Provincia de Concepción. **Revista de Sociología**.Universidad de Chile.31-46.
- Rodriguez, A., Marín L. , Leone, M.E. (1993). El Machismo en el imaginario social. **Revista Latinoamericana de Psicología**. 25, N° 2, 275-284.

## Las Intervenciones en la Rehabilitación con Pacientes que Niegan sus Condiciones de Discapacidad

## **INTERVENTIONS IN THE MEDICAL REHABILITATION SETTING WITH PATIENTS WHO DENY DISABLING CONDITIONS**

**Autor: Jay R. Stewart, Ph.D.**

Coordinador del Programa de Consejería de Rehabilitación  
Bowling Green State University  
Bowling Green, Ohio USA.

Traductor e interprete: L. Angelo Jurgen Gómez R.  
Estudiante en el Magister de Consejería de Rehabilitación

**Nota:** muchas partes del texto en original, inglés, debieron ser acomodadas o interpretadas para la comprensión de los lectores en español. Para una referencia del texto original en inglés, ir a la web page del Dr. Stewart: <http://edap.bgsu.edu/EDSE/stewartj.html>

### **ABSTRACT**

#### **English**

Denial of disabling conditions is prevalent and significant in the rehabilitation counseling setting. For effective diagnosis and intervention with denial, rehabilitation counselors need to understand the causes and consequences of denial as a defense against anxiety.

They also need generic intervention skills, as well as skills specific to each client in denial. Because individuals with personality disorders and unstable personalities have unique difficulties in counseling, their extensive use of denial is explained and specific interventions with that

population

suggested.

## **Español**

La negación de las condiciones de discapacidad es común e importante en la rehabilitación. Para un diagnóstico efectivo e intervención donde ocurra la negación, los consejeros de rehabilitación u otros profesionales de la rehabilitación necesitan comprender las causas y las consecuencias de la negación como un mecanismo de defensa en contra de la ansiedad.

Ellos de igual forma necesitan habilidades genéricas para las intervenciones, como también habilidades específicas para cada paciente que se encuentra en negación. Se explica el extendido uso de la negación debido a que los individuos con desordenes e inestabilidad de personalidad tiene dificultades únicas en la consejería o terapia y por ello se sugieren intervenciones para esa población.

Los Trabajadores Sociales y Clínicos de Rehabilitación y otros, tales como médicos, enfermeras, asistentes sociales, consejeros de rehabilitación y psicólogos encuentran frecuentemente pacientes que niegan la existencia o las consecuencias de sus condiciones físicas de discapacidad ( Faller, 1990; Grossman & Cavanaugh, 1990; Naugle, 1988; Stevenson, Castillo, and Sefardi, 1990). A pesar de lo mucho que se ha escrito acerca de la negación y el estado de negación de las condiciones de discapacidad física o mental (Breznitz, 1983; Douglas & Druss, 1987; Lazarus, 1983), poca ha sido la atención que se ha prestado a la identificación de la amplia gama de procesos de negación, las fuentes específicas de éste, el mecanismo de funcionamiento y las consecuencias de la negación con el objeto de promover intervenciones que sean efectivas. La negación de los pacientes en relación con su condición les impide en muchas ocasiones lograr un progreso adecuado en su proceso de

rehabilitación, sea físico o mental (Naugle, 1998), lo que también incluye la negación a la ayuda que un consejero profesional pueda entregar (Bishop, 1991).

En respuesta a la negación, los Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., pueden ser ayudados por el conocimiento y el entrenamiento en muchas áreas. Algunas de estas áreas pueden ser la comprensión de lo que es el concepto de la negación, y como ésta se relaciona activamente con los pacientes y se da en el proceso de rehabilitación. El conocer las fuentes y la complejidad de la negación puede ser usado para anticipar las dificultades en el proceso de rehabilitación y para escoger una teoría de terapia adecuada que incorpore las intervenciones necesarias para estos casos. En las áreas de entrenamiento los Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., podrían beneficiarse con la práctica de respuestas específicas en relación con los indicadores precisos de la negación, así como también el crear y practicar enfoques que incluyan a la negación en el proceso de rehabilitación.

### **La Historia del Concepto de la Negación**

Sigmund Freud (1964a; 1964b) originó el concepto de negación como uno de los muchos mecanismos de defensa usados para manejar la ansiedad por medio de la expulsión de información intimidante del consciente, pero fue su hija Anna Freud (Freud, 1946; Sandler & Freud, 1985) quien desarrolló completamente el concepto de la negación en términos psicoanalíticos. Ella vió la negación como una función del ego, comenzando en la infancia que combinada con la fantasía, se defiende de las experiencias que producen ansiedad. Para Freud (1946) la negación activa no es disponible para hacer introspección. Klein (1975) también mira los mecanismos de defensas infantiles de división, negación, y fantasía como modelo primario en las defensas del miedo al caos y a la

desintegración. Ella (A. Freud) creyó que desde el nacimiento, las relaciones objetales (las imágenes de los padres ) son incorporadas en el ego para formar las bases de cómo se establecen las relaciones con otros. El uso exclusivo de tres mecanismos de defensas en la adultez tuvieron implicaciones patológicas, incluyendo los desordenes de la personalidad. Honer (1991) observó que la negación incluye la creencia en la habilidad de eliminar la existencia de algo al establecer o declarar su no existencia.

Hamilton (1976) investigó la negación en el contexto del procesamiento de información. El concluyó que la negación se logra a través de la no atención de los estímulos que causan miedo o si la información entra en la memoria a largo plazo, se bloquea para que no se haga consciente. El proceso baja la habilidad de todo el sistema cognitivo para que trabaje efectivamente debido a la sobrecarga y no siempre funciona.

De acuerdo a Dorpot (1985) el proceso de negación ocurre a "un nivel pre-simbólico o prelingüístico" (p.3) La negación evita que las ideas verbales se adhieran al material causante de temor. Actitudes para bloquear ( la fantasía consciente y los actos evidentes) llenan los vacíos que la negación deja, entregando un sustituto por aquello que se pierde. Los profundos efectos en las relaciones objeto y la formación de la personalidad pueden seguir a esa etapa.

La negación causada por una falla neuronal es una de las área más reciente de la investigación. Joseph (1986) identificó la negación de la discapacidad acompañada de la destrucción posterior y frontal del cerebrum. Hartman, Wolz, Roeltgen, and Loveso (1991) describió a un hombre que experimentó una hemorragia cerebral, este hombre insitió en que él no tenía visión, que estaba ciego, pero mucha evidencia indicaba que si tenía visión (incluyendo el reconocimiento de colores). Al eliminar la histeria como diagnóstico, ellos formularon la hipótesis de que la atención cerebral y los sistemas de consciencia no estaban operando para hacer al

paciente consciente de su completa función visual. Casper and Heller (1991) descubrieron que la falta de comida o inanición en los anoréxicos les lleva a la disminución del uso de su parte derecha del hemisferio cerebral, y por ello, a la pérdida de percepción de la realidad de los efectos negativos, resultando en la falta de apetito y comida. Berman (1990) revisó y confirmó lo mismo por la frecuente destrucción del hemisferio derecho de los cerebros de los alcohólicos.

### **Una definición funcional de la Negación**

La negación puede ser definida por la incorporación de puntos de vista cognitivos y psicoanalíticos de la siguiente forma: la negación es un proceso continuo de defensa en contra de la ansiedad, en el cual las verdaderas o potenciales condiciones de discapacidad se bloquean para evitar que sean percibidas o traídas a la consciencia del individuo. El uso de la negación es determinado por la estructura de la personalidad y la ansiedad en relación con la condición de discapacidad. La negación también puede resultar de, o ser aumentada por, déficits neuronales.

### **Los Aspectos de la Negación en el Marco Médico**

La negación varía enormemente entre las personas en la medida de su extensión, los factores que la causan y sus consecuencias (Goldenberg, 1983). Una vez que se sospecha de la negación se debe realizar una determinación de las desventajas y las ventajas de la negación.

### **El Peligro y el Valor de la Supervivencia**

Dependiendo de la discapacidad, la negación puede ser destructiva para la persona en negación (Lazarus & Folkman, 1984). La negación evita la



busqueda de la adecuada atención médica y la fidelidad a las instrucciones médicas o de tratamientos. La persona en negación también puede fallar en darse cuenta de los efectos a largo plazo de su discapacidad y por ello, del valor de la rehabilitación. Esto a menudo lleva a actitudes antagonistas hacia el personal de rehabilitación porque los pacientes perciben el personal como muy exigente en cuanto a los requerimientos del tratamiento (Naugle, 1988). El resultado es relaciones de trabajo improductivas con pacientes que necesitan intervenciones para evitar personalidades destructivas. Los alcohólicos parecen encajar en este patrón (Bishop, 1991). La negación de las consecuencias mortales de personalidades destructivas también están presentes en muchas personas que intentan el suicidio (Dorpt, 1985). En un reciente estudio (Young, et al., 1991) investigadores administraron tests psicológicos a pacientes antes de recibir transplantes de corazón y encontraron que la negación de las reacciones emocionales al transplante fue muy significativa en relación a la no supervivencia después del transplante.

Por otro lado, la negación puede ser vitalmente importante para la sobrevivencia (Lazarus & Faulkman, 1984). En otro estudio de pacientes (Hackett, Casse, & Wishnie, 1968), los investigadores encontraron que los pacientes con diagnóstico de infarto del miocardio eran más propensos a sobrevivir mientras estuvieran en cuidados intensivos si ellos mostraban un gran estado de negación al miedo relacionado con su condición médica. Esto muestra que la negación puede prevenir las emociones que empeoren la situación médica; la negación evita los estados de pánico, los desbordes emocionales, y la despersonalización (Horowitz, 1986). La negación también sirve para mantener la autoestima al no mirar los errores personales (Bishop, 1991). La negación puede prevenir los actos impulsivos, tales como el suicidio después de ser informado de una enfermedad terminal. En el aspecto interpersonal, la negación puede ser un intento de mantener las relaciones significativas (Weisman, 1972). La

negación en las mujeres golpeadas en relación al abuso de sus esposos y las correspondientes condiciones de discapacidades les permite mantener sus matrimonios (Wlaker, 1991).

Es importante determinar los valores de mortalidad y la supervivencia de la negación en el proceso de rehabilitación. Esto puede ser conseguido al evaluar todas las facetas de la situación de los pacientes, incluyendo la experiencia de la discapacidad, el conocimiento de que personalidades se deben evitar, y la protección provista por la negación. La negación de una enfermedad crónica tiene un valor positivo a corto y otro a largo plazo. El consejero debe ser prudente en la presente situación de negación y en que efectos puede tener la negación en el futuro.

### **Los Niveles de la Negación**

La negación se ha dividido en muchas categorías. Hackett, Cassem, y Wichnie (1968) clasificaron a las personas en estado de negación del miedo de acuerdo a sus interacciones con el personal de la siguiente forma: 1. Gran negación, inequívoca y repetida. 2. Parcial, inicialmente negada, pero más tarde admitida, y 3. Mínima, lista para ser admitida. Wiesman (1972) conectó la extensión de la negación a cuán común la realidad fue aceptada. Él evaluó la negación en enfermedades terminales en tres niveles: la existencia y la extensión de la enfermedad; la aceptación de la enfermedad, pero no las limitaciones y los riesgos; y el entendimiento de que la muerte será el resultado de la presente condición.

Tal vez una de las clasificaciones más elaboradas fue la realizada por Brenitz (1983). Él identificó siete niveles de negación, relacionados con la cantidad de información atemorizante que la persona en negación fuese expuesta a procesar. Si la persona en negación no pudiera negar el primer nivel, luego él o ella procedería a niveles más altos hasta que la negación

fuera posible. Al principio, la existencia de la discapacidad puede ser negada. A medida que la evidencia se va acumulando y es admitida en el consciente, la continuación de la negación tiene que ir al próximo nivel, negando que la discapacidad es de una naturaleza atemorizante. Una vez más la información fuerza el reconocimiento del miedo, así que se utiliza otro nivel; la negación de la relevancia a nivel personal. Esto se logra al verse a uno mismo diferente a los demás en la misma situación. Mientras, más información se procesa, la persona en negación progresará a través de las negaciones de la urgencia, la vulnerabilidad, la responsabilidad, los sentimientos y la relevancia a nivel emocional. La persona en negación podría avanzar solamente, no retroceder a través de los niveles de negación, porque una vez que la información fuese incorporada en el consciente no podría ser discontinuada.

### **La Negación y su Relación con la Centralidad del Ser**

Otro aspecto de la negación es la proximidad de la situación o condición que es negada para los aspectos centrales de la personalidad de la persona en negación. Una condición de discapacidad puede producir un cambio positivo como la organización, es decir, volver en vereda a la personalidad de la persona en negación (Douglas & Druss, 1987)). Esto puede proteger al paciente del reconocimiento de otras disfunciones. Douglas and Druss (1987) después de revisar a individuos muy enfermos que habían repetidamente rehusado el tratamiento médico concluyeron que la discapacidad misma puede confirmar al individuo una auto-patología.

La extensión y significado de la negación es particular para cada individuo. Golderberg (1983) observa que la negación puede cubrir la mayoría de la realidad externa, como en una psicosis, o puede ser limitada a una situación específica que cause dolor. El sugiere que el consejero evalúe a qué grado la negación atenta la supervivencia biológica o

psicológica y qué habilidades tiene el individuo que manejar activamente para esa situación. La negación detectada en una área implica la necesidad de preguntar en qué otras áreas podría haber una negación significativa. Por otro lado, no hay necesidad de asumir la negación de una enfermedad que pruebe ser extensiva, sino que sea una psicosis. Hackett y Cassem (1874) frecuentemente encontraron una negación extrema de enfermedades en sus pacientes normales y estables. A pesar de una fuerte negación, los pacientes todavía actuaban apropiadamente. Finalmente, en el caso de las enfermedades terminales, la negación puede ser la única opción disponible para mantener la motivación de permanecer conectado a las actividades diarias.

### **La Relación Temporal de la Negación como el Comienzo de la Condición de Discapacidad.**

La negación tiene diferentes significados dependiendo de si se experimenta antes, durante, inmediatamente después o mucho tiempo después de las manifestaciones iniciales de la discapacidad. Si la negación provoca preocupación por una condición de discapacidad que empeorará significativamente en el futuro, tal como la diabetes, la negación tiene que ver con la pérdida imaginada o la que es proyectada. La preparación para esta pérdida, incluso la muerte, en la forma de una imaginación o práctica del evento que puede ocurrir solamente si la negación es mínima (Wiesman, 1972). Poco tiempo después del evento que produce una discapacidad, la negación se ve como una etapa en un proceso de adaptación (Livneh, 1986; Verrwoerdt, 1972) En esta línea, la negación es una fase de ajuste saludable por una pérdida o ansiedad. Sin embargo, así como pasa el tiempo la negación mostrada es catalogada como patológica (Janis, 1983).

El determinar cuando una discapacidad debería ser reconocida por el paciente es una tarea difícil. Somaticamente, algunas condiciones de discapacidad tales como las amputaciones son inmediatamente y dramáticamente experimentadas. Otras pueden ser una serie de penas progresivas y etapas de discapacidad, que evitan el exacto establecimiento de cuándo la condición de discapacidad debería haber sido experimentada como una discapacidad.

### **Quien está en negación**

La negación no siempre es iniciada por el individuo que tiene la discapacidad. Mucho se ha escrito acerca de los facilitadores en el contexto del alcoholismo (Bishop, 1991). Los facilitadores pueden ser la familia, los empleadores, los amigos, los consejeros que ayudan a continuar el alcoholismo al negar que los pacientes están discapacitados por el alcohol. Mucho menos se ha escrito acerca de la familia como facilitadora en la negación de otras enfermedades que causan la discapacidad.

Los profesionales de la rehabilitación a menudo niegan las discapacidades del paciente. Los trabajadores pueden tener dificultad en tratar con sus propias pérdidas y discapacidades. Ellos pueden ser incapaces de confrontar un paciente que enfrenta una avasalladora y deprimente existencia. Los trabajadores también pueden ser el objeto de manipulación por el paciente para asegurar que los problemas no sean reconocidos por la conciencia del paciente.

### **La Madurez de la Personalidad**

La madurez de la personalidad y la estabilidad de la personalidad, el patrón intrínseco y permanente a través de la vida de las características

psicológicas (Millon, 1981)- influyen la naturaleza, la intensidad y la intratabilidad de la negación. La personalidad se manifiesta asimismo en todas las interacciones humanas.

En términos psicológicos (Freud, 1946) la personalidad es madura si contiene un buen funcionamiento del ego que se defiende en contra del superego y mantiene los impulsos y las emociones en control. Aquí la negación es utilizada, pero limitada a la ansiedad que evoca los aspectos de la discapacidad, la fantasía no frena la habilidad de percibir la realidad en general. La personalidad inmadura puede contener un superego muy castigador y un ego que utiliza predominantemente los mecanismos de defensa primitivos. La rehabilitación se hace sin éxito, así el sufrimiento puede continuar. Finalmente, la negación puede ser motivada por el miedo a la desintegración de la personalidad (Kernberg, 1989).

En la reacción a las condiciones de la discapacidad, la combinación de defensas inmaduras pueden tener un efecto particularmente destructivo en el proceso de rehabilitación. En la división, la mala información (la que aterroriza) acerca de la discapacidad se separa de la buena información acerca de la discapacidad. En el abuso de drogas las buenas sensaciones derivadas del uso son totalmente separadas de las malas consecuencias de repetidas intoxicaciones. Ya que no hay información que atemorice, no hay conflicto que reclame un cambio en el paciente y no hay miedo a la pérdida de  así  mismo.

### **La Pérdida y la Transferencia en la Consejería de Rehabilitación.**

La negación producida por condiciones de discapacidad es a menudo conectada con el miedo de perder un ser querido. Esto puede ser el resultado de problemas a lo largo de la vida con relaciones o pérdidas realistas anticipadas. Las dificultades de las relaciones a lo largo de la vida

se conectan con el desarrollo de la personalidad. Aquellos que tienen una organización más primitiva de sí mismos tienen dificultad en la diferenciación, el verse ellos mismos como separados y diferentes de otros (Horner, 1991). Con estos individuos, el abandono o la pérdida de un ser significativo es experimentado como una pérdida del yo interno y resulta en "un terror aniquilador" (Horner, 1991, p.1180). Con ellos, la negación se usa para evitar ser sobrecargados de un terror escondido. Los individuos con personalidades más maduras también pueden usar la negación para escapar la conscienciación de la pérdida. Sin embargo, ellos mantienen contacto con la realidad y son capaces de usar la negación para manejar sus temores mientras desarrollan nuevas relaciones. Estos temores y problemas también pueden ser por lo menos, parcialmente atendidos en el contexto de la consejería de rehabilitación utilizando la transferencia.

La transferencia fue definida por Freud (1912) como una proyección que hace el paciente al mantener una presente fantasía de alguien en el pasado sobre el actual terapeuta. Freud obtuvo una visión interna de las defensas usadas por sus pacientes para protegerlos de pasados traumas que son revividos a través de presentes relaciones. En el contexto de la rehabilitación, la transferencia puede resultar en pacientes que usan la negación como una defensa con los consejeros, como la negación usada en otras relaciones. La información acerca de las relaciones en que la negación se utiliza puede ser obtenida por medio de las conversaciones con los pacientes y ver como ellos experimentan el consejero como si ellos fueran alguien más en la vida de los pacientes.

### **La Rehabilitación de los Pacientes con Desórdenes de Personalidad**

La proyección de las fantasías de los pacientes de una relación pasada sobre el consejero es rápida y profunda cuando los pacientes tienen desórdenes de personalidad (Beck & Freeman, 1990; Kernberg, 1984;

Kohut, 1971). Aquellos con desordenes de personalidad dependen de otros para estabilizarse o hacer completo su yo interno (Kohut, 1971). A pesar que ellos necesitan desesperadamente a otros para mantenerse a si mismos, sus relaciones están llenas de conflictos y continuamente con quiebres emocionales. Ellos son incapaces de ver a otras personas como separadas de ellos; los otros existen solamente para satisfacer sus necesidades. Ellos entran en el contexto de la rehabilitación con grandes necesidades, relaciones destruídas, y temores de que los Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., también los abandonen.

La negación es usada por los desordenes de personalidad en el ambiente médico -especialmente con la transferencia-. Aquí el paciente proyectará una transferencia positiva y consciente, a la vez que una transferencia negativa e inconsciente (Klein, 1957). El paciente no expresa ni resuelve la ambivalencia de sentimientos negativos y positivos hacia el consejero o la discapacidad. El paciente aparece generalmente positivo y cooperador, pero se envuelve en personalidades destructivas, incluyendo la manipulación y el ocultar sentimientos negativos. El paciente también desea y teme una relación más cercana. El comportamiento alterna entre la intriga y la agresión hacia el consejero.

### **Las Intervenciones Tratamientos con Negación.**

#### **Intervenciones Genéricas**

El trabajar con la negación de discapacidades puede ser central en casi todo trabajo de rehabilitación. Hay intervenciones que son útiles en la mayoría de las situaciones. Estas incluyen técnicas como: la positiva consideración incondicional, la adecuada empatía, la confrontación, y el establecimiento de relaciones. Debido a que la negación es más posible que ocurra cuando los pacientes están ansiosos, la creación de una relación



baja en ansiedad es muy importante. La creación de una relación es mejorada al aceptar al paciente como un individuo. La adecuada empatía es esencial al tratar con la negación. La técnica ayuda a los pacientes a descubrir qué tienen oculto. El paciente es primero ayudado a que se dé cuenta de que la negación se usa para evitar el saber de la discapacidad, luego bajo qué condiciones y cómo la defensa de la negación se usa. Finalmente, los pacientes son ayudados a eliminar las defensas a través del reconocimiento y la interpretación y el manejo del material del que se defendía.

Una evaluación de la preocupación psicológica del paciente es un primer paso importante en decidir como trabajar con él. Horner (1991) evaluó la habilidad del paciente para mirar las defensas, incluyendo la habilidad de hablar acerca de las emociones y la habilidad de eliminar las defensas. El material negado es a menudo disponible para el paciente porque el paciente debe tener algún contacto limitado con el material, con el objeto de mantenerlo escondido de la conscienciación. (Spence, 1983).

Truax and Carkhuff (1967) ven la adecuada empatía como el estar en tono con el paciente que ha perdido la habilidad de nombrar verbalmente el material negado. Book (1988) describió dos conceptos importantes en la empatía que podrían ser útiles en trabajar con la negación. En el primer concepto él define la empatía como el ser consciente del mundo interior, pero ser empático al usar la empatía para comentar acerca de qué conocido estado, lo cual provoca en el paciente el sentimiento de "que es comprendido y relajado" (Book, 1988 págs 421). El trabajador puede saber que el paciente está en negación de la discapacidad, pero debe comunicar el conocimiento que causa temor de tal forma que haga que el paciente se sienta comprendido y relajado. La tarea más difícil es hacer más manejable, de acuerdo con Brook el segundo concepto (1988): las respuestas empáticas para el estado apropiado de la experiencia interna

importante del paciente. Los Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., necesitan conocer el mundo interno de sus pacientes bastante bien para determinar en qué estados empáticos internos están envueltos, tales como los temores del abandono con la pérdida del yo interno, la desorganización de la personalidad y la pérdida de las barreras de la división entre sí mismo y otros. Así, el trabajador determina la habilidad de los pacientes para tratar la negación y los estados apropiados de experimentación que necesitan respuestas empáticas.

La utilización de la empatía para experimentar más plenamente el mundo interno de los pacientes capacita al consejero a identificar el vacío creado por la negación. El consejero puede referirse a la jerarquía de la negación de Wiesman (1972) o de Breznitz (1983) para ubicar al paciente en un continuo de evaluación y con propósitos de seguimiento. Así, como las señales de transferencia de los pacientes salen a flote, el consejero puede ganar entendimiento de cómo la negación se produce y se usa en otras relaciones.

## **Intervenciones Específicas**

### **Lo Estable y Maduro**

Los individuos pueden ser estables y maduros como evidencia del buen contacto con la realidad y las relaciones saludables, pero exhibir una continua negación de las condiciones de discapacidad a pesar de que la información diga lo contrario. Las reacciones verbales y no verbales de los pacientes para discutir las condiciones de discapacidad proveerán las claves del nivel y la extensión de la negación. Los trabajadores pueden medir que tan central está el material de negación del yo interno, incluyendo que es lo que significa la discapacidad para la autoestima, el sentido del valor, y la habilidad para sobrevivir. La discusión acerca de la

pérdida de la familia, los amigos y la capacidad de trabajar puede estar relacionadas con las razones de los pacientes para vivir. Las confrontaciones pueden ser usadas cuando los pacientes aparecen capaces de integrar información en la negación y ser aumentada en intensidad en pequeños pasos para evitar que la ansiedad cause una sobrecarga al paciente. Después de que los pacientes reconocen el material negado, ellos pueden explorar las consecuencias negativas y positivas de su discapacidad, así como las soluciones a sus problemas.

### **Los Desórdenes de la Personalidad**

Los pacientes con desórdenes de personalidad (Bipolar Disorders) están tratando primariamente con el temor de ser abandonados y la pérdida del yo interior, lo cual debe ser atendido. El crear un medio en el cual los límites se marquen, los pacientes se sienten nutridos y las metas son presentadas para estructurar y contener al paciente son útiles. Con los pacientes más inestables, fuertes confrontaciones con la negación pueden llevar a una psicosis. El mejor enfoque puede ser en proveer una relación estable de apoyo, a la vez directiva. Las personas con desordenes de personalidad tales como los narcisistas desean verse a si mismos como únicos y superiores; un enfoque colaborativo con ellos es difícil. La negación de su discapacidad les permite permanecer superiores y perfectos, y la crítica constructiva es ignorada o lleva al resentimiento y la depresión. El comprometerse en el tratamiento puede interferir con las fantasías de grandiosidad (Beck & Freeman, 1990) Los Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., deben ayudar a estos pacientes a enfocarse en metas diarias, a pensar en términos del beneficio de otros, y búsqueda intensional de retroalimentación adecuada.

## **El Trabajo con Pacientes antes de que Ocurran la Condición de Discapacidad**

Hay situaciones en que las condiciones son susceptibles de empeorar tales como la diabetes. Janis (1983) ha diseñado un enfoque que podría ser aplicado a la negación antes de que la discapacidad ocurra. Su enfoque sugiere el dar información preparatoria acerca de los peligros potenciales, el trabajo hacia una percepción de control ganado sobre la discapacidad, con la autoconfirmación acerca del éxito y la estimulación de expectativas en que hay un tiempo para trabajar en las soluciones.

## **El Entrenamiento de los Trabajadores Sociales Clínicos y los de Rehabilitación**

Los Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., y los estudiantes que se preparan para ser estos tipos de trabajadores deberían ser educados acerca de la negación de la discapacidad y entrenados en las habilidades de las intervenciones. La bibliografía acerca de los aspectos de la negación y las intervenciones en consejería es un buen punto de partida. Además, en forma adicional, los talleres pueden proveer prácticas en grupos e individuales para desarrollar las habilidades de intervención que se necesitaban. Finalmente, la supervisión de Trabajadores Sociales, Clínicos, etc., así como la interacción con los pacientes que están en negación es un paso final crucial.

## **Conclusiones**

La negación de la discapacidad, con sus consecuencias positivas y negativas en la rehabilitación demanda una revisión cercana y completa en los programas de consejería de rehabilitación. Para comprender las muchas facetas y contextos de la negación se necesita comprender los

muchos problemas de la rehabilitación. Las intervenciones de los trabajadores son relacionadas muy estrechamente con el trabajo fundamental de la rehabilitación que desarrollan las habilidades aplicables a las intervenciones de negación que también aumentarían la efectividad del entero proceso de rehabilitación. El cumplimiento del tratamiento es más susceptible de ser mejorado llevando a un aporte de las hospitalizaciones, más altos grados de éxito en los tratamientos y más bajos grados de mortalidad en los pacientes.

## References

- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). **Cognitive therapy of personality disorders**. New York, The Guilford Press.
- Berman, M. O. (1990). Severe brain dysfunction: Alcoholic Korsakoff's syndrome. **Alcohol, Health & Research World**, vol 14 (2), págs 120-128.
- Bishop, D. R. (1991). Chemical aspects of denial in chemical dependency. **Individual Psychology**, vol 47 (2), págs. 199-209.
- Book, H. E. (1988). Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. **American Journal of Psychiatry**, vol 145 (4), págs 420-424.
- Brenman, E. (1985). Hysteria. **International Journal of Psycho-Analysis**, vol 66 (4), págs 423-432.
- Breznitz, S. (1983). The seven kinds of denial. In S. Breznitz (Ed), *The denial of stress* (págs 257-280). New York, International Universities Press, Inc.

- Casper, R. C. & Heller, W. (1991). "La douce indifférence" and mood in anorexia nervosa: Neuropsychological correlates. **Progress in Neuro-Psychopharmacological and Biological Psychiatry**, vol 15 (1), pag 15-23.
- Dorpot, D. L. (1985). **Denial and defense in the therapeutic situation**. New York, Jason Aronson.
- Douglas, C. J., & Druss, R. G. (1987). Denial of illness: A reappraisal. **General Hospital Psychiatry**, vol 9 (1), págs 53-57.
- Faller, H. (1990). Coping with myocardial infarction: A cognitive-emotional perspective. **Psychotherapy and Psychosomatics**, vol 54 (1), 8-17.
- Freud, A (1946). **The ego and the mechanisms of defense**. New York, International Universities Press.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. in **Collected Papers** (Vol. 2, págs 366-376). New York, Basic Books.
- Freud, S. (1964a). Further remarks on the neuro-psychoses of defense. In S. Freud (Ed.), **The complete psychological works of Sigmund Freud** (Vol. 3, pp. 162-185). London, Hogarth Press Lt.
- Freud, S. (1964b). The neuro-psychoses of defense. In S. Freud (Ed.), **The complete psychological works of Sigmund Freud** (Vol. 3, pp. 45-61). London, Hogarth Press.
- Goldberger, L. (1983). The concept and mechanisms of denial: A selective overview. In S. Breznitz (Ed.). **The Denial of Stress** (pp. 83-95). New York, International Universities Press.

- Grossman, L. S. & Cavanaugh, J. L. (1990). Psychopathology and denial in alleged sex offenders. **Journal of Nervous and Mental Disorders**, vol 178 (12), págs 739-744.
- Hackett, T. P. & Cassem, N. H. (1974). Development of a quantitative rating scale to assess denial. **Journal of Psychosomatic Research**, vol 18 (2), págs 93-100.
- Hackett, T. P., Cassem, N. H., & Wishnie, H. A. (1968). The coronary-care unit: An appraisal of its psychologic hazards. **The New England Journal of Medicine**, vol 279 (25), págs 1365-1370.
- Hamilton, V. (1983). Discussion: Cognitive versus psychodynamic approaches to defense. In S. Breznitz (Ed), **The Denial of Stress**. New York: International Universities Press.
- Hartman, J. A., Wolz, W. A., Roeltgen, D. P., & Loverso, F. L. (1991). Denial of visual perception. **Brain and Cognition**, vol 16 (1), págs 29-49.
- Horner, A. J. (1991). **Psychoanalytic object relations therapy**. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Horowitz, M. (1986). **Stress response syndromes** (2nd ed.). London, Jason Aronson.
- Janis, I. L. (1983). Preventing pathogenic denial by means of stress inoculation. In S. Breznitz (Ed.), **The denial of stress** (págs 35 - 76). New York, International Universities Press.

- Joseph, R. (1986). Confabulation and delusional denial: Frontal lobe and lateralized influences. **Journal of Clinical Psychology**, vol 42 (), págs 507-519.
- Kernberg, O. (1984). **Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies**. New Haven, Yale University Press.
- Kernberg, O. (1989). A psychoanalytic classification of character pathology. In R. Lax, (Ed.), **Essential Papers on Character Neurosis and Treatment** (págs 191-210). New York, New York University Press.
- Klein, M. (1975). On identification. In M. Klein (Ed.), **Envy and gratitude and other works 1946-1963** (págs. 141-175). New York, Delacorte Press/ Seymour Lawrence.
- Klein, M. (1957). **Envy and gratitude: A study of unconscious forces**. New York, Basic Books.
- Kohut, H. (1971). **The analysis of the self**. New York, International Universities Press.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.), **The Denial of Stress** (págs 1 - 30). New York, International Universities Press, Inc.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York, Springer Publishing.
- Livneh, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: Part I - a model of adaptation. **Journal of Applied Rehabilitation Counseling**, vol 17 (), págs 5-16.



- Millon, T. (1981). Disorders of personality DSM-III: Axis II. New York, John Wiley & Sons.
- Naugle, R. I. (1988). Denial in rehabilitation: Its genesis, consequences, and clinical management. **Rehabilitation Counseling Bulletin**, vol 31 (), págs 218-231.
- Sandler, J., & Freud, A. (1985). **The analysis of defense: The ego and the mechanisms of defense revisited**. New York, International Universities Press.
- Spence, D. P. (1983). The paradox of denial. In S. Breznitz (Ed.), **The Denial of Stress** (págs 103 - 124). New York, International Universities Press.
- Stevenson, H.C., Castillo, E., & Sefarbi, R. (1990). Treatment of denial in adolescent sex offenders and their families. **Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation**, 14 (), 37-50.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). **Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice**. Chicago, Aldine Publishing.
- Verrwoerdt, A. (1972). Psychopathological responses to the stress of physical illness. **Advances in Psychosomatic Medicine**, vol 8 (2), págs 119-141.
- Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. **Psychotherapy**, vol 28 (1), págs 21-29.
- Weisman, A. D. (1972). **On dying and denying: A psychiatric study of terminality**. New York, Behavioral Publications.

- Young, L.D., Scheiger, J., Beitzinger, J. McManus, R. Bloedel, C, & Koob, J. (1991). Denial in heart transplant candidates. **Psychotherapy and Psychosomatics**, vol 55 (2-4), págs 141-144.

### **About the Author**

Dr. Stewart is an Assistant Professor and the director of the Masters in Rehabilitation Counseling Program at Bowling Green State University at Bowling Green, Ohio (43403-0255). His specialties include Cognitive Therapy instruction and working with individuals with persistent and severe mental disorders, criminal offenders, and substance abusers. He is a Licensed Counselor with Clinical Endorsement, a Nationally Certified Rehabilitation Counselor, A Certified Chemical Dependency Counselor (with proctoring endorsement).

### **El Traductor**

L. Angelo J,rgen Gómez Riquelme, es profesor de inglés graduado de la Universidad de Concepción en Pedagogía en Inglés. Tiene varios años de experiencia enseñando inglés en varios establecimientos educacionales tales como en el Instituto Chileno-NorteAmericano de Cultura de Concepción y los colegios Thomas Jefferson y The Wessex School de Concepción. En 1999 está realizando su maestría en Consejería en Rehabilitación en la Universidad Estatal de Bowling Green donde también enseña Español y trabaja como asistente de investigación en la Facultad de Educación. Además, es coordinador de la residencia estudiantil de Phi Sigma Kappa.

## **Motivaciones Invisibles de Mujeres Solteras que Adoptan: Una Lectura Intergeneracional**

**Mario Hernán Quiroz Neira**

Asistente Social, Terapeuta Familiar y de Pareja

Psicoterapeuta Gestáltico

Profesor Asistente

Departamento de Servicio Social

Universidad de Concepción, Chile.

### **Resumen**

El presente artículo pretende vincular el acto de la adopción de mujeres solteras a motivaciones invisibles que están conectadas con profundos sentimientos de lealtades con sus respectivas familias de origen. Para realizar esta lectura se utiliza el Modelo Intergeneracional de la Terapia Familiar.

### **INTRODUCCION:**

El enfoque intergeneracional, entre los cuales se encuentra la terapia contextual (Boszormenyi-Nagy, I) (1), destaca la red de lealtades invisibles que influyen el comportamiento de los miembros de la familia. El terapeuta explora legados, lealtades invisibles y balances de justicia, buscando soltar las cadenas de lealtades permitiendo a cada persona abandonar sus conductas sintomáticas y explorar nuevas posibilidades. Boszormenyi-Nagy amplía la noción de contexto no solamente al presente, sino incluyendo el pasado (historia) y el futuro (proyecciones, expectativas), dándole así el contexto un carácter transgeneracional.

Varios autores de la Terapia Familiar han hecho importantes contribuciones al enfoque intergeneracional, entre ellos: Virginia Satir, James Framo, Murray Bowen, Carl Whitaker, Donald Willimson, Norman Paul y el propio Iván Boszormenyi-Nagy. (3) con diferentes énfasis y modalidades, la mayoría de ellos dá importancia a la historia personal y familiar a través de las generaciones y mantiene el foco en el proceso de cada individuo para mejorar su nivel de diferenciación o resolver sus conflictos de lealtades.(2)

### **OBJETIVOS:**

- Intentar una lectura del acto de adopción a través del enfoque intergeneracional de la Terapia Familiar.
- Describir las motivaciones de las mujeres solteras que adoptan.
- Aplicar la hipótesis del enfoque intergeneracional en un caso clínico.

### **MATERIALES Y METODOS:**

Se presentan seis (6) casos de mujeres solteras que realizan una adopción y que fueron tratadas en la Unidad de Intervención Familiar de la Universidad de Concepción, Chile, durante los años 1990 a 1993. Corresponde a una investigación cualitativa, fenomenológica, con énfasis en el estudio de casos clínicos. La muestra fue sometida a entrevistas en profundidad sobre la familia de origen.

Desde el punto de vista terapéutico la totalidad de la muestra analizada formó parte de un programa de tratamiento a familias Adoptivas que contempla entre otras actividades, sesiones psicoterapeúticas individuales, de pareja y grupales.

## **DESARROLLO.**

### **Motivaciones Invisibles.**

"Bendito pecho mío en que mis gentes Hundo y bendigo mi vientre en que  
mi raza muere"

"Conmigo entran los míos a la noche que dura"

"Como el río hacia el mar, van amargas mis venas"

"Mis pobres muertos miran el sol y los ponientes, con un ansia tremenda,  
porque ya en mí se  
ciegan"

### ***Extracto del "Poema del Hijo" de Gabriela Mistral.***

¿Qué dice desde el inconsciente en estos fragmentos de un poema Gabriela Mistral? ¿Cuál es la metáfora implícita?, ¿Cuál es el miedo?, ¿Cuál es la diferencia entre, morir teniendo hijos que sin haberlos tenidos nunca?, ¿qué pasa con el ser después que nos hayamos muerto sin que nuestra herencia carnal e ideológica continúe?. Si nos adentramos muy sutilmente en los pasillo de la vida íntima de Gabriela Mistral, recordaremos que desde su soltería avanzada y, ya vieja, nunca nadie la apartó de las raíces míticas del suicida, quien la habría truncado, y que después ella habría adoptado un niño, "Yin-Yin", paradójicamente también muerto por suicidio. Sin pretender evocar en el lector ningún tipo de inducción al adentrarnos en la temática de las mujeres que adoptan, encuentro en esta historia muchas similitudes en mi escasa muestra de seis madres adoptivas solteras.

Las mujeres de la muestra son solteras, mayores de cuarenta años, sin descendencia biológica y reconocen relaciones de pareja previas a la relación, con las cuales no llegaron al matrimonio. Aunque viven independientes de sus respectivas familias de origen, evidencian estar muy

fusionadas y tener dificultades en su proceso de individualización. Dos de ellas, concretamente, al momento de la observancia viven aún en su familia de origen, a la cual incorporaron el niño adoptado. Las seis mujeres son profesionales, y curiosamente, sus profesiones están relacionadas con el cuidado de infantes.

Rosario 40 años : "Soy Enfermera Pediátrica". Deseo adoptar un niña"

Alejandra 42 años : "Son Parvularia", me gustaría tener mi propia Alejandrita"

Estela 42 años : "...me llamo Estela y soy Médico Pediatra". "Mi anhelo es adoptar una niña".

Susana 45 años : "Quiero adoptar una niña". "Trabajo como Psicóloga Infantil"

María Inés 41 años : "Deseo adoptar un hombrecito", "Trabajo como fonoaudióloga en un hospital".

Raquel 43 años : "Mi deseo es adoptar una niña sana, ojalá recién nacida" "soy Enfermera del Hospital".

### **INTENTANDO UNA HIPOTESIS.**

Intento formular una tesis según la cual estas mujeres teniendo la capacidad biológica para concebir, optan por adoptar un hijo, por alguna razón no confesada en las entrevistas clínicas, que tal vez, ellas no alcanzan a reconocer en su darse cuenta. Entonces parecería que las mueve una motivación a trascender o a darle un sentido a sus vidas. Por un lado, sería una alternativa ante la imposibilidad de trascender a través de un hijo biológico o una modalidad propia de convertirse en madre sin serlo. Para ellas, el acto de la adopción sería un acto voluntario puro,

donde lo puro tampoco es puro, ya que se hacen solteras, pudiendo ser casadas y se hacen madres adoptivas, pudiendo ser madres biológicas. Donde el hombre a veces no es nombrado, a menos que el entrevistador lo invoque. Dicho hombre se convierte en un ente no nombrado, no reconocido, como un culpable de la soltería y de la no maternidad.

Recordemos que estas mujeres son fértiles, por lo que, si pueden, podrían generar un hijo, donde el "si pueden", se convierte en :Si pueden alcanzar al hombre, éste les haría mi hijo". Es decir, en estos casos, no se trata de una adopción por ser infértil, aquí subyace la voluntad, puesto que hay capacidad biológica. Es muy distinto el caso de la mujer casada que puede tener hijos, y que renuncia a la maternidad biológica, en aras del consorte infértil. Aquí se trata de una castración que ejecutaría un otro fantasmático, que no es nombrado y que podría encontrarse en la nebulosa del inconsciente envuelto en odio y rabia, en definitiva en un duelo no resuelto.

"...Para el estéril, el niño adoptado es aquel que no puede tener y que ahora obtiene mantenimiento la vigencia del deseo. Sin embargo, para la mujer fértil y soltera, el hijo adoptivo, definidor de la renuncia a la fertilidad, es un mediador y un sustituto de lo posible, es el mensajero entre el súper yo y el sujeto, aliado con ese superyo maldiciente, inexplicable. El hijo adoptivo también es lo inexplicable para el fértil. ¿Qué hace este niño aquí conmigo?, si es otro, mi hijo, el que debería ocupar su lugar. Es que adoptar un niño cuando se es fértil es colocar a un nuevo personaje en la escena fantástica, donde, agrupados en un margen, juegan su alianza el súper yo y el hijo adoptivo. La palabra sutura la herida narcisista y coloca al hijo como sutura, lo que no termina de entender el fértil es el por qué de estos personajes en su interior. Una respuesta posible es la existencia de un súper yo maldiciente que expulsa la fertilidad, en la forma de la prohibición clásica: "está prohibido hacer hijos"

(como mamá y papá), el súper yo que entra en contienda con otro aspecto del yo (de identificaciones) que afirma: "soy fértil y podría hacerlo", con un derivado de ese yo que dice: "no obstante ni fertilidad, voy adoptar, con lo cual se opone al súper yo prohibido, transgrede la prohibición".

Ahora, desde otro lugar del análisis, podemos conjeturar que la mujer soltera que adopta, voluntariamente, renunciando a la maternidad biológica y asumiendo la maternidad adoptiva, tal vez por una cuestión social, en el cual entran en conflicto los modelos de maternidad legítima. Al parecer, la soltera entra a la adopción después de discernir que, dado la sociedad valórica en la cual vive, debe optar por ser una madre adoptiva, en vez de ser una "mujer soltera con un hijo". Es decir, pareciera ser que le es menos amenazante ser "madre adoptiva", que tener el estigma de haber sido una tonta que fue burlada por un hombre, entonces se inserta mejor socialmente desde el acto voluntario, renunciando a los hombres y al matrimonio a través de un hijo adoptivo. Sin embargo, subsiste la pregunta ¿Por qué renuncia al hombre y al matrimonio?

## **TESTIMONIOS**

"...Deseo adoptar una niña, creo tener los medios para ello, para darle una buena educación y una linda familia, soy médico, tengo 42 años y no está en mis planes casarme..."

### **Estela**

"... Creo que el embarazo y el parto son maravillosos,



lamentablemente yo ya no me casé, por lo que me olvidé de tener un hijo propio, o sea biológico. Esta decisión la tomé hace unos tres años pero me faltaba madurar la idea, ahora estoy decidida.

### **Rosario**

"...He tenido tres parejas importantes en mi vida. En la Universidad me fue difícil pololear en serio, en realidad no encontré a alguien que me tomara en serio, en la Universidad no pasó nada importante al respecto. Cuando estuve haciendo mi doctorado en psicología en Londres tuve mi primera pareja importantes, también era extranjero, mayor que yo, estábamos solos, eso duró algo más de tres años pero al final quedó en nada, él se fue a Marruecos y yo me vine a Chile. Después anduve con un separado, también mayor que yo, pensé que por ser psicóloga podría manejar el asunto, pero él estaba muy involucrado con su anterior familia, por lo que nunca llegamos a nada, me dio miedo ponerme a convivir con él, como quería, fue para mejor porque de todos modos no hubiera resultado. Esa experiencia no se la doy a nadie. Hace como unos cinco años conocí a mi última pareja importante. Yo ya había entrado a trabajar a la Universidad, él estudiaba medicina, lógicamente era menor que yo, pero eso no nos importaba. La relación duró como dos años y fue bien difícil todo por la oposición de su familia, yo ya tenía unos 40 años y al parecer eso les importaba mucho, además yo soy dominante, bueno definitivamente no encajé con esa

familia..."

### **Susana**

A continuación se analizará desde la perspectiva intergeneracional la motivación invisible de Susana para acceder a la adopción.

#### **La adopción como Respuesta a un Vínculo de Lealtad.**

Quedémonos con el caso de Susana. Desde un análisis transgeneracional de la historia de Susana, obtuve un importante material para entender cómo esta mujer había llegado a la adopción, y a hacerse soltera. El estudio de su genograma revela que Susana es hija de una madre soltera, llamada Julia. Su madre conoció a Eugenio, su padre, un hombre mayor cuando tenía unos 19 años. Ella trabajaba como enfermera en un hospital y él era agente viajero. Dice Susana que su padre era un hombre mujeriego, fugitivo, que visitaba a su madre de vez en cuando y que se ausentaba de Santiago por largos períodos. Nunca hablaron de matrimonio, aunque la madre esperaba la proposición de Eugenio, ésta no aparecía. La relación se prolongaba intensamente por más de 8 años. Un día cualquiera, Julia quedó embarazada. Cuando le comunicó la noticia a Eugenio éste le dijo que estaba comprometido para casarse con otra mujer, Virginia, la cual también estaba embarazada. Las dos mujeres tuvieron una niña: Susana y Alejandra, casi de la misma edad, sólo con una diferencia de algunos meses. Después de un año de separación, sus padres reiniciaron la relación, ambos se hicieron amantes secretos y el padre la reconoció como hija. Durante su infancia Susana creció sabiendo de la doble vida del padre. Cuando tenía siete años de edad, la esposa del padre, Virginia, falleció de cáncer. Casi inmediatamente, Eugenio y Julia comenzaron a convivir. Susana y su madre se trasladaron a la casa del padre, donde se encontraban dos niños huérfanos de madre: Alejandra y Miguel Angel.

Tiempo después diría Susana, "no se si nosotros adoptamos a esos niños huérfanos, o ellos nos adoptaron a nosotras, ya que siempre sentimos que esa era la casa de ellos". Pero, ¿cuál es la tesis de cómo Susana llegó a la Adopción?. Si me guió por la ruta transgeneracional como señalé al principio, conjeturo que esta mujer es leal con su madre, cuando elige parejas abandonadas, también mayores que ella y comprometidas. En su vida juvenil y adulta querrá actualizar a su madre, prolongará su soltería y buscará parejas que no la puedan desposar. De hecho su madre aún permanece soltera, ya que la promesa de matrimonio nunca ha sido pronunciada por el padre. Se hará errante como el padre, viajará después por el mundo, sin arraigo y a merced de parejas también fugitivas, decide comprometerse casualmente con un separado y elige, finalmente, a un adolescente alocado, pobre y romántico, al cual manipula, tortura y finalmente, abandona.

En el libro de cuentas mayores de esta familia abundan las mujeres como ellas, emblemáticas, solas y hechas a su medida. El mérito de los hombres es el descrédito, el desprecio y la ausencia. Se contabilizan por lo menos unas cuatro mujeres de su misma fisonomía. Su propia madre pagó la culpa de la inocencia de su progenitora, una mujer que fue abusada por el patrón del fundo donde vivían y del cual nunca obtuvo reconocimiento legítimo de la hija fruto de un acto de violencia y de burla. El costo que han debido pagar estas mujeres ha sido la soledad. Entonces, el mandato de la familia es no ser burlada por los hombres, no depender de ellos y, por sobre todo no dejar embarazarse. Así, Susana busca un tipo de hombre con el cual sea difícil llegar al matrimonio, que estén de paso, que sean viajeros, que estén comprometidos o que sean infantilizados. Susana tiene miedo a la fállico y se hace progresiva, domina la escena diádica y configura un escenario en el cual ella manipula la situación, no permitiendo quedar vulnerable. Teme a la vulnerabilidad, teme al abandono, por eso protege especialmente a los niños, entonces se hace

terapeuta para ser su propia terapeuta, de su familia y terapeuta de los niños maltratados y abandonados que decide tratar en su consulta.

El lector podrá advertir que alimentó la tesis de que Susana se sacrifica de modo voluntario con el fin de honrar las cadenas multigeneracionales de obligación y endeudamiento existencial. En un intento de explicarme cómo opera este mecanismo en Susana, iniciado a partir de algo que se le debe a un progenitor, la madre, o de la imagen interna de representación paterna (superyo). En el análisis trigeneracional, aparece "Como la compensación por la instauración de normas, el cuidado y solicitud" que dispensaron las madres de su familia, se fue transfiriendo a las hijas, y a otras personas. Así, las madres, ansiosas por impartir su propia orientación normativa de valores de hijas, se convierten en acreedoras en un diálogo de compromisos y en el que las hijas, como en el caso de Susana, se transformaron en deudoras. Finalmente, Susana tendría que saldar su deuda en el sistema de realimentación intergeneracional, internalizando los compromisos previstos, satisfaciendo las expectativas iniciales, para luego buscar un sujeto en quien transmitirlos.

### **Justicia Familiar y Adopción.**

En el nivel de la lealtad, Susana está realizando un valioso sacrificio en bien de toda la familia. Tal parece que su familia hubiera hecho una estructura de expectativas conformando la trama de lealtades en la cual está inmersa y, junto con las cuentas relativas a los actos cometidos, hubiera escrito un libro mayor de la justicia, donde su hoja, la de Susana, al parecer ya estaba escrita desde antes de nacer. Así, Susana nace con la misión de actualizar a la madre y con ella a las demás mujeres de la familia, y junto con actualizarlas, reivindicarlas y colocarlas en el universo social de una manera menos paupérrima. Ya no será burlada, ni abandonada por los hombres, ya no quedará soltera, sino que optará por

la soltería, ya no quedará embarazada, sino que optará por la maternidad voluntariamente.

En este libro mayor invisible estaría la cuenta de las obligaciones pasadas y presentes de los miembros de la familia. Susana habría heredado los compromisos transgeneracionales, adquiriendo una serie de obligaciones. Hacia quienes la criaron y con los cuales convivió. También enfrentará desde ahora obligaciones esencialmente unilaterales hacia su hija adoptiva. Como madre se encontrará comprometida en una obligación asimétrica hacia su hija, quien posee una serie originaria de derechos que aun no se ha ganado.

### **La Reciprocidad Paterno-Filial.**

En este apartado enfocaré el tema básico de la equidad recíproca de beneficios intercambiado entre Susana y sus Padres. En su historia familiar, Susana da cuenta de la existencia de un padre lejano, sostenedor de una doble vida y que hace discriminaciones entre hijos legítimos e ilegítimos. Un padre que tiene la facultad de decidir unilateralmente cuándo se casa con tal o cual mujer, o cuál de los hijos reconoce como propio y cual no. ¿Qué le debe el padre a Susana?, ¿En qué momento cobrará Susana a su padre esta deuda adquirida desde el momento en que nació?, ¿Desde cuando el padre se convierte en acreedor de su hija?, ¿Todo aquello que ha quedado sin saldar en la vida de Susana, debe ser pagado exclusivamente por el padre?, ¿Cuáles son las deudas de Susana?, ¿Qué recibió y qué debe retribuir?

A través del estudio de la historia familiar de esta mujer, fue posible la lectura multigeneracional de las fuerzas ocultas de la lealtad familiar y analizar metafóricamente los libros mayores de justicia. En este análisis, si la figura del padre representó la lejanía y la ambivalencia, la de la madre

representó el otro polo, la fuerza, la sobreinvolucración y la encarnación de una ideología dominante: no quedar vulnerable y no dejarse manipular. ¿Cuál es el precio que debió pagar Susana por la deuda del padre hacia la madre? ¿Por qué Susana tendría que expiar las culpas de la madre?, ¿Por qué Susana tendrá que reivindicar a la madre?. Es que al parecer, desde una dimensión ética Susana adquirió un compromiso invisible que aun sigue teniendo con su familia de origen y que la estructura básica de su existencia estaría determinada por las cuentas sin saldar de las generaciones pasadas.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

- BOSZORMEMYI-NAGY, I. y Cols.1993: "**Lealtades Invisibles**", Buenos Aires, Argentina, . Amorrortu Editores,
- GIBERTI, E, 1992, "**La Adopción**", Santiago-Chile, Editorial Sudamericana.
- QUIROZ, N., M., 1998 "**Enfoque Intergeneracional de la Terapia Familiar: Revelaciones Personales**", Revista Tendencias y Metas, Año III N° 3, pág. 24 - 37., Universidad de la Salle, Bogotá-Colombia,Bogotá - Colombia.
- ROSSELOT, F. y Cols., 1997 "**Modelos y Escuelas de Terapia Familiar. Mapa Histórico de Referencia 1.**", Revista Familia y Terapia año 5 N° 8 - junio , Págs. 64-90, Santiago - Chile.

**"El significado del paciente con demencia para el cuidador, en una comunidad urbana y rural"**

**Vidal Gutiérrez Daisy;**

*Asistente Social, Docente de la carrera de Servicio Social.  
Fac.Cs.Sociales.Universidad de Concepción.*

**Zavala Gutiérrez Mercedes;**

*Enfermera, Docente de la carrera de Enfermería. Fac. Medicina. Universidad  
de Concepción.*

**Castro Salas Manuel;**

*Enfermero, Docente de la carrera de Enfermería. Fac. Medicina. Universidad  
de Concepción.*

**Quiroga López Pilar;**

*Psiquiatra, Docente de la carrera de Medicina. Fac. Medicina. Universidad  
de Concepción.*

**Klaasen Pinto Gonzalo.**

*Médico, Docente de la carrera de Medicina. Fac. Medicina. Universidad de  
Concepción.*

**Resumen:**

Trabajo descriptivo que forma parte del Estudio Redes de Apoyo Médico-Social" realizado con Grants de la O.M.S., FONDECYT (N° 1950861) y de la Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción-Chile (N° 958714-1.4). El universo fue 70 familias del Proyecto "Demencias Asociadas a Edad O.M.S. Chile". Entrevistados 70 cuidadores de enfermos con Alzheimer de una localidad rural y otra urbana se encontró que: los cuidadores están constituidos en un 82.9% por familiares. De éstos, eran hijos(as) un 64.3%, esposos (as) 15.7% y hermanos un 2.9%. Un 17.1% corresponde a otros: cuidadores, amigos, vecinos.

El 84.3% de los cuidadores son de sexo femenino; y el promedio de tiempo de cuidador de 7 años.

Consultados acerca de lo que significa el paciente para el cuidador, se concluyó que: para el 58.6% el paciente era "un ser que necesita ayuda", el 15.7% responde que es "un familiar y es su obligación cuidarlo"; el 21.4% respondió que era "un enfermo y una carga para ellos". Los cuidadores rurales y urbanos tienen diferente percepción del paciente: en los cuidadores rurales destaca el significado afectivo que los une al paciente y reconocen a la familia como agente dador de cuidado; los cuidadores urbanos sienten mayoritariamente al paciente como una obligación y que el cuidarlo limita la satisfacción de sus necesidades personales. En el total de las respuestas se identifica una alta carga emocional y la carencia absoluta de preparación y apoyo como cuidador. Se hace necesario proponer programas de apoyo y asistencia a los cuidadores.

### **Introducción:**

La transición demográfica y epidemiológica genera cambios significativos en el panorama de salud de los países y necesidad de nuevos servicios de atención a la población. El envejecimiento progresivo y el aumento de la expectativa de vida al nacer, hacen que cada vez adquieran mas importancia los problemas de salud asociados a la edad.

Las condiciones demográficas mundiales hacen que los grupos expuestos a riesgo sean cada vez mayores. En países desarrollados, las demencias asociadas a edad son la patología neuropsiquiátrica mas frecuente en los mayores de 65 años, con prevalencia estimada de 5 a 8 % de la población de adultos mayores. Así mismo, se observa una estrecha relación entre edad y frecuencia de esta patología aumentando su prevalencia hasta alcanzar un 10.8% en los mayores de 80 años ( Rocco,



Hoffman A., Braine C., 1991). Las demencias asociadas a edad constituyen un serio problema de salud pública por ser una patología de alto costo económico y social, por lo difícil y tardío de su diagnóstico y por su curso progresivo e invalidante. Lo anterior, no sólo en países desarrollados, sino también en todos aquellos en los cuales ha aumentado significativamente la población adulta mayor en las últimas décadas, a esta realidad no se escapa Chile.

Entre las demencias asociadas a edad, la enfermedad de Alzheimer constituye, según los estudios internacionales, el 50 al 60% de los casos de demencia. "Esta enfermedad comienza imperceptiblemente, aumentando muy despacio la intensidad de sus síntomas, pero cuando penetra no ofrece alivio y prosigue implacablemente quitando a sus víctimas todo lo que poseen, física e intelectualmente, antes de quitarles sus vidas. Es progresiva, degenerativa y ataca el cerebro, es irreversible y hasta ahora incurable. Sus síntomas varían no solo de un paciente a otro sino que también de un día para otro" ( de Silva,1993).

El enfrentar la enfermedad de Alzheimer, significa estar preparados para muchos cambios, la persona a la que se le ha conocido como el sostén de la familia o el ama de casa, como padre o como esposa, pierde lentamente la capacidad de cumplir con estos roles y a medida que la enfermedad avanza el paciente no tiene capacidad para realizar un trabajo, manejar un automóvil, calcular el saldo de una cuenta o cocinar una comida y llega el momento en que no es posible que quede solo. Por el contrario, necesitará vigilancia y apoyo permanente (de Silva, 1993).

Esto cambia la forma de vivir en la familia. Hay pérdida de la independencia del paciente y nuevas y múltiples responsabilidades para el cuidador. Generalmente la tarea recae en la esposa, el esposo, la hija o la nuera o quizás también en otro familiar que por el solo hecho de vivir en el mismo hogar debe asumir este cuidado; la mayoría de las veces sin

preparación, deberá tomar difíciles decisiones y aceptar que éstas le quitarán gradualmente la independencia al paciente generándole sentimiento de culpabilidad, dolor, rechazo hacia el paciente y dudas de sí mismo. (A.D. Alzheimer Disease, 1988).

Si a esta situación se le suma la carencia de instituciones de apoyo, la poca colaboración de otros miembros de la familia y la falta de información respecto a lo que pasará con la enfermedad y el paciente; la carga emocional del cuidador será inmensa y puede derivar en agotamiento o trastornos en su salud física y mental, cuyo resultado será negativo para el paciente y el cuidador. La experiencia de algunos cuidadores indica que en la familia se espera que una sola persona lleve la preocupación completa de su cuidado, quedando el cuidador sin ningún tipo de apoyo que signifique liberarla aunque sea por algunas horas, de vez en cuando, para permitirle que renueve un poco sus energías. Esto, se hace más evidente al considerar que se trata de una patología de larga evolución.

Es muy importante la relación de este tipo de enfermos con sus familias, por algo se ha dicho que esta es la enfermedad que evoluciona mejor mientras mas amor la envuelva. Si el paciente vive solo habrá que buscar algunas alternativas para su cuidado. En ocasiones en que la familia no puede o no está en condiciones de asumir este cuidado deberá ser traspasado a los sistemas de salud para lo cual se requiere personal debidamente preparado.

Con el fin de conocer el significado del paciente con Alzheimer para el cuidador se llevó a cabo esta investigación con 70 cuidadores de pacientes con Alzheimer en las comunidades de Concepción y Quillón, en conjunto con el Estudio de "Percepción de Redes de Apoyo Médico-Social de los cuidadores de pacientes con Demencia".

### **Metodología:**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuya técnica fue el survey social.

El universo estuvo constituido por las familias de dementes del proyecto de "Demencias Asociadas a Edad. O.M.S. Chile". La muestra quedó conformada por 70 familias- 40 de la comuna de concepción y 30 de la comuna rural de Quillón. La unidad de análisis fue el cuidador del paciente con enfermedad Alzheimer de estas familias.

Se aplicó un instrumento mediante entrevista individual al cuidador por encuestadores previamente preparados, con el que se recopiló información sobre redes de apoyo social y preguntas abiertas respecto al significado del paciente para el cuidador. De lo expresado por cada uno de ellos se efectuó un análisis de tipo cualitativo.

### **Análisis**

### **Estadístico:**

#### **Características biodemográficas de los cuidadores:**

Con relación al cuidado del paciente se constata que este es dado en un 83% por familiares del paciente : hijo-hija, esposo-esposa, yerno-nuera. Estos hallazgos están respaldados por lo encontrado en la revisión bibliográfica y en la experiencia de trabajo con pacientes. (Tabla N° 1)

### **Tabla**

### **N°1**

#### **"Relación del cuidador con el Paciente"**

<b>Tipo de Relación</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
-------------------------	-----------	----------

Hijo - Hija	45	64.3
Esposo - Esposa	11	15.7
Hermano (a)	2	2.9
Otros	14	17.1
Total	70	100

Fuente: Estudio "Redes de Apoyo Médico-Social" realizado con Grants de la O.M.S., FONDECYT (N° 1950861) y de la Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción-Chile ( N° 958714-1.4).1996.-

**Tabla** **N°2**  
**"Sexo del cuidador"**

<b>Sexo del Cuidador</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Femenino	59	84.3
Masculino	11	15.7
Total	70	100

Fuente: Idem tabla 1.

Los resultados arrojados por la tabla son plenamente concordantes con lo encontrado en la literatura respecto a los cuidadores de pacientes con alzheimer, y en general con los cuidadores de ancianos.

**Tabla**

**N°3**

**"Residencia del cuidador "**

<b>Residencia</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Rural (Quillón)	30	42.9
Urbana (Concepción)	40	57.1
Total	70	100

Fuente: Idem tabla 1.

Dado a que la octava región tiene muchos poblados rurales y que en un estudio previo sobre prevalencia de demencia se detectó un número importante de pacientes, era interesante conocer la situación de los cuidadores. No obstante lo anterior, no existen otros estudios de comparación.

**Análisis de la opinión de los cuidadores:**

**Tabla**

**N°4**

**"Significado para el Cuidador del Enfermo de Alzheimer"**

<b>Significado del paciente</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ser que necesita ayuda	41	58.6
Es un enfermo y una carga para ellos	15	21.4

Es un familiar y es su 11	15.7
responsabilidad	
Es un trabajo por el que se le paga 3	4.3
Total	70
	100

Fuente: Idem tabla 1.

La tabla anterior, responde a una categorización efectuada por el equipo de investigadores intentando dar estructura a las variadas respuestas dadas por los cuidadores entrevistados ante la pregunta abierta: **¿Qué es y qué significa para Ud. en estos momentos el paciente?**

El análisis efectuado respondió a una primera orientación cualitativa al tema, buscando capturar en su globalidad la percepción del cuidador respecto del paciente. Lo anterior, considerando que el tema en cuestión exigía especialmente conocer el sentir de los cuidadores y que amerita realizar un estudio posterior de tipo fenomenológico. Esto, considerando el alto compromiso afectivo y emocional que involucra a un cuidador de un paciente con esta patología particular.

De acuerdo con esto, se presentan algunas de las respuestas mas relevantes, diferenciando por residencia rural y urbana:

### **En el área Rural**

Destacan en estas respuestas mayoritariamente aquellas que reflejan un alto compromiso afectivo con el cuidador y una gran valoración de la familia como principal agente dador de cuidados:

- *" para la familia la mamá es todo, y la familia está organizada de tal manera que no le falta"*
- *"es un viejito que hay que cuidar y como es mi padre y yo lo puedo atender , es mi responsabilidad y lo quiero"*
- *"para mí mi madre lo es todo, aún cuento con ella y dependo de su fortaleza, me acompaña"*
- *"es lo más grande, e incluso la considera como si fuera su hija, también afirma que es una batalla muy dura que con amor todo se realiza"*

En una menor proporción, consideran que es una obligación cuidarla, manifestando:

- *" es mi obligación cuidarla, me tiene atada a ella, y mientras esté viva yo tengo que cuidarla, pero no me tiene feliz"*
- *"es un deber, uno debe darlo todo por los padres, porque ellos lo han hecho por nosotros"*
- *"se quedó con ella porque ella lo necesitaba y nadie más podía hacerlo"*

De igual forma, otra categoría de menor frecuencia responde a que el paciente es una carga para ellos:

- *"es una carga que limita en la satisfacción de sus necesidades y por falta de apoyo la carga es aún mayor"*

### **En el área Urbana**

Destacan en estas respuestas mayoritariamente aquellas que reflejan una visión del enfermo como una carga y una pesada responsabilidad que se ven obligados a cumplir.

- *" es una carga ya que soy dueña de casa y tengo hijos, además no recibo ayuda de otros familiares"*
- *" preocupación constante y poca libertad"*
- *" debo cuidarla y a veces me veo solo para esto"*
- *" carga pesada"*
- *" es un problema, a veces se torna agresivo y muy difícil de dominar y cuidar"*
- *" para mí es un problema porque yo también soy viejo"*
- *"es una carga bien pesada, impredecible"*
- *" es un problema y un peso de conciencia"*
- *" es mi mamá y también es mi responsabilidad "*
- *" es mi esposa, por eso tengo que cuidarla, aunque los hijos debieran hacerlo porque a veces yo tengo otras cosas que hacer "*
- *" yo la ayudo y cuido porque es mi esposa, pero a veces no puedo ir al football"*
- *"yo la cuido porque no hay nadie más, pero yo también estoy enfermo"*
- *" es como una madre para mí y debo tener harta paciencia"*



En una menor proporción, se encuentran respuestas que reflejan un compromiso afectivo con el paciente:

- *" Yo la quiero mucho, aunque es mi abuelita, ella me crió y la siento mi madre. Mientras más edad y años juntos más cariño hay"*
- *" es mi tía, más que eso es como mi madre, además no molesta y es muy independiente, la quiero y me importa su bienestar "*
- *"para mí es mi esposa y todavía la quiero mucho, la debo cuidar porque también ella me cuida"*

De igual forma, otra categoría de mínima frecuencia responde al cuidado remunerado por parte de cuidadores no familiares:

- *" aunque me pagan por verla, más que nada la cuido porque me da pena verla tan sola y poco querida"*

Analizando la totalidad de las respuestas se hace evidente como, en muchos casos, el paciente significa una carga pesada para el cuidador, lo que se incrementa aún más, al no contar éste con ningún tipo de apoyo. Esto, dado a que en la generalidad de los casos es una sola persona quien asume la responsabilidad total por el enfermo. En otros estudios realizados con una muestra de personas de nivel socioeconómico y cultural distinto se han obtenido similares resultados.

Los cuidadores de estos pacientes no tuvieron ningún tipo de preparación formal, respecto a la evolución de la enfermedad ni a los cuidados que requiere el paciente. Esto se evidencia en las respuestas que señalan lo " impredecible" de las reacciones del paciente.

Es destacable, que en muchas de las respuestas dejan en evidencia la fuerte presión cultural que se impone a la familia acerca de la responsabilidad que le corresponde a ésta en el cuidado de sus integrantes.

### **Conclusiones:**

- 1.- Los cuidadores son mayoritariamente familiares y del sexo femenino
- 2 .- Existen diferencias de percepción en lo que respecta al "significado del paciente para el cuidador " en los sectores rural y urbano. En el área rural destaca primordialmente el significado afectivo que los une al paciente y el reconocimiento de la familia como principal agente dador de cuidado. En el área urbana sienten mayoritariamente el cuidado como una obligación, y el cuidarlo limita la satisfacción de sus necesidades personales.
- 3 .- En la mayoría de los cuidadores se puede percibir la alta carga y desgaste emocional que implica la aceptación y el cuidado del paciente. Aunque lo anterior, no es siempre explicitado abiertamente.
- 4.- Los cuidadores, en su mayoría no conocen la enfermedad ni están preparados para proporcionar cuidados a estos pacientes.
- 5 .- El abordaje de la enfermedad de alzheimer debe ir más allá que el tratamiento biomédico del paciente. Este debe considerar al paciente y su núcleo familiar desde una visión integral, psicosocial que involucre a un equipo multiprofesional.

## **Bibliografía**

- A.D. (1988) **Alzheimer's Disease and Related Disorders Association**, Inc. Chicago.
- Jorm A. (1994). "La epidemiología de la Enfermedad de **Alzheimer's y Trastornos afines**. Madrid. Fundación Caja de Madrid, 1º Edición.
- **Organización Panamericana de la Salud**. (1994). "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa", Publicación Científica N° 546. Washington.
- Rocca, W. Hofman A.; Brayne y al. (1991). **Frecuency and distribution of Alzheimer's disease in Europa: a colaborative study of 1980-1990. Prevalence findings. Ann. Neurol.** P. 1245-1254.
- Sayeg Norton; Marín Pedro; Inostroza Nivaldo "**Enfermedad de Alzheimer, Guía del Cuidador**, Sao Paulo. Editorial Lewis.
- Silva de Annie R. (1993). **Mi marido con Alzheimer**, Santiago. Impresos Salesianos. 1º Edición.

## **¿QUÉ PORVENIR PARA LA POLÍTICA SOCIAL? (\*)**

**Elaine Carey-Bélanger**

Profesora Titular

Escuela de Servicio Social

Universidad Laval, Quebec

En esta era de mundialización, la política social está en un estado de movimiento y es objeto de un debate intenso y apasionado.

Con el predominio del modelo neoliberal, con su apoyo al libre mercado y su llamado a la desregulación de las medidas sociales, podemos incluso interrogarnos acerca de si la política social tiene un porvenir.

El futuro del Estado Social es puesto en cuestión y el análisis de la pertinencia misma de su existencia a la luz de las políticas económicas, las estructuras sociales y las estructuras políticas cambiantes, pasa a ser una de las cuestiones más importantes de nuestro tiempo, según Djaramad: civil (libertad de la persona y derecho de propiedad y de protección), político (derecho a voto y libertad de expresión) y social (derecho al bienestar económico y a la seguridad social independientemente del mercado). Enseguida, es de gran importancia promover el derecho al trabajo y/o al apoyo para permitir a los individuos, hombres y mujeres, cumplir sus roles sociales y avanzar en su propia lógica social y en su contexto social particular.

**De allí, la necesidad para los trabajadores sociales, en todas partes del mundo, de comprender la política social y su rol esencial en la búsqueda de las formas de intervención más apropiadas para promover estos derechos humanos.**

En esta presentación, quisiéramos compartir nuestras reflexiones acerca del concepto de política social y su expresión en los diferentes regímenes del Estado-Social así como su crítica.

Enseguida presentaremos una breve mirada sobre las tendencias y el estado actual de las políticas sociales en diferentes países.

Finalmente comentaremos acerca de la importancia del rol del trabajo social y de los trabajadores sociales respecto de la política social.

## **LA POLITICA SOCIAL**

¿Qué entendemos por "política social" ?

Primeramente, al discutir de la política social, hacemos referencia a las acciones y posiciones adoptadas por el Estado en tanto primera institución de autoridad y de colectividad. En efecto, el Estado, como institución pública y colectiva, es particularmente importante en su relación con la política social.

El término "Social" representa lo colectivo y lo público versus lo privado.

"Política social" comprende los fines y los objetivos de la acción social, las leyes, los programas y las acciones evaluables del gobierno, tomadas por una serie de consideraciones políticas para responder a un cierto número de carencias mediante mecanismos de redistribución progresiva de los ricos a los pobres, según las necesidades.

La política social es determinada por la filosofía y la interrelación de las fuerzas socio-políticas y económicas de una sociedad dada.

Es una especie de contrato social entre un gobierno y sus ciudadanos y ciudadanas (Gil, 1992; Hill, 1996).

### **EL ESTADO SOCIAL (ESTADO-BENEFACTOR)**

El término "Estado-Social" se emplea genéricamente para los países en que el Estado juega un rol en la implementación de medidas sociales que respondan a las necesidades socialmente reconocidas en materia de seguridad, salud y bienestar. No obstante, todas las formas del Estado-Benefactor no son las mismas - tipo de intervención - como lo veremos, pero existe generalmente el compromiso de proteger a los ciudadanos y ciudadanas contra la amenaza de la pobreza, de permitir a la población mejorar su situación de vida y de proporcionar una red de seguridad para los ciudadanos que no están en condiciones de competir.

Algunos países han sido reacios a adoptar este compromiso sosteniendo que el sistema toma la riqueza ganada por individuos competentes, para redistribuirla a la gente que no tiene un derecho "legítimo" de disfrutar de esa red de seguridad y entre los primeros de esos países: los Estados Unidos de Norteamérica y otros países liberales (Liera, 1992; Esping-Andersen, 1996).

Las dos tipologías siguientes ilustran esas diferencias.

#### **LAS DIMENSIONES DEL ESTADO SOCIAL:**

Residual, individual, industrial: tipología según Titmuss et Mishra.

Los conceptos de bienestar residual e institucional, tal como fueron desarrollados por Titmuss y sistematizados por Mishra, se ilustran en la Tabla I.

**TABLA I:**

**TIPOLOGIA DEL BIENESTAR Y LOS SERVICIOS SOCIALES**

<b>CARACTERISTICAS RESIDUAL. PRINCIPALES SUBDIMENSIONES.</b>	<b>INSTITUCIONAL</b>
--	----------------------

PROPORCION DEL PNB PARA GASTO MINIMA SOCIAL	GRANDE
---	--------

RESPONSABILIDAD MINIMA DEL ESTADO PARA IDENTIFICAR LAS NECESIDADES	OPTIMA
---	--------

UNIVERSO DE LIMITADO BENEFICIOS APROBADOS POR LEY	EXTENSO
--	---------

POBLACION MINORITARIA CUBIERTA POR LA LEGISLACION DE BIENESTAR	MAYORITARIA
---	-------------

TIPOS DE SELECTIVOS PROGRAMAS DOMINANTES	UNIVERSALES
--	-------------

NIVEL DE LOS MINIMO. BENEFICIOS Y SERVICIOS	ELEVADO
TIPO DE FUENTES FINANCIAMIENTO PRIVADAS: DOMINANTE COTIZACIONES	FUENTES GUBERNAMENTALES:IMPUESTOS
IMPORTANCIA DEL ELEVADA CONTROL SOCIAL	MINIMA
IMPORTANCIA DEL GRANDE SECTOR PRIVADO - VOLUNTARIADO - PRACTICAS ALTERNATIVAS	LIMITADA

(Titmuss, 1969; Mishra, 1992)

La perspectiva **residual** se refiere a las sociedades en que la extensión de los servicios y beneficios estatales es mínima y en que el rol de las organizaciones privadas, de los grupos de ayuda mutua y del bienestar industrial no-cubierto por las prestaciones establecidas, es más importante. El sistema estatal debe intervenir solamente si las estructuras de la familia y del mercado son insuficientes (Titmuss, 1969; Mishra, 1992).

En esta perspectiva la responsabilidad del Estado es mínima, los servicios establecidos limitados y la población cubierta por dichos servicios es minoritaria. El nivel de las prestaciones es bajo así como la proporción del P.N.B. destinada al sector social. Los beneficiarios son los pobres y la



utilización del test de elegibilidad es común. En su expresión contemporánea, este sistema favorece las medidas selectivas.

La perspectiva institucional es totalmente diferente y propone un sistema de bienestar social como parte integrante de una sociedad moderna industrializada frente a las necesidades crecientes de protección de la población contra los riesgos.

En esta perspectiva la responsabilidad del Estado es la óptima. Los servicios establecidos son numerosos. La mayoría de la población está cubierta por los servicios estatales en tanto ciudadano y ciudadana. El nivel de las prestaciones es más elevado así como la proporción del P.N.B. asignada al sector social. El test de elegibilidad pasa a ser secundario. Este sistema intenta favorecer las medidas universales..

Adicionalmente, existe además de estos dos modelos resumidos en la Tabla I, y en paralelo un tercer modelo o perspectiva - el bienestar ocupacional en que los beneficios son distribuidos según nuestra posición en la industria.

## **SEGUNDO ENFOQUE DE LAS DIMENSIONES DEL ESTADO-SOCIAL SEGUN ESPING-ANDERSEN**

Combinando la tipología de Titmuss y Mishra, y agregando un análisis en términos de movilidad de clase, Esping-Andersen ha identificado tres modelos de Estado-Social (bienestar capitalista):

- el modelo social demócrata (Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca)
- el modelo corporativista (Austria, France, Alemania, Italia), y

□ el modelo liberal (Reino-Unido, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda y Australia)

Tres dimensiones son movilizadas para llegar a esta clasificación: la relación Estado - Mercado; la estratificación social; y la desmercantilización como ilustra la **Tabla II**:

**TABLA II:**

**REGIMENES DE ESTADO DE BIENESTAR Y DIMENSIONES DEL ESTADO DE BIENESTAR**

REGIMENES	DIMENSIONES DEL ESTADO BENEFACTOR		
	RELACION	ESTADO-MERCADO	ESTRATIFICACION DESMERCANTILIZACION
SOCIAL DEMOCRATA	Pública Solidaridad/ Igualdad	DERECHOS SOCIALES Y COTIZACION	
CORPORATIVISTA	SUBSIDIARIDAD	DIFERENCIACION POR EL ESTATUS Y LA FUNCION	DERECHOS SOCIALES/ESTATUS Y COTIZACION
LIBERAL	MERCADO	DUALISMO	DERECHOS SOCIALES/CONDICIONES DE

## INGRESO

ESPING-ANDERSEN, 1990)

### **El Estado y el Mercado**

La primera dimensión toma en consideración el grado de satisfacción de las necesidades humanas por las políticas sociales antes que por el mercado y el sector privado.

En los modelos social demócrata y corporativista, la implicación del Estado y la parte de necesidades cubierta por el Estado es más importante que en el modelo liberal en que predomina el mercado.

### **La Estratificación Social**

La segunda dimensión considera la manera en que el Estado contribuye a ordenar y a estratificar las relaciones sociales. Algunas políticas contribuyen a promover la solidaridad y la igualdad, mientras que otras, por el contrario, refuerzan las divisiones sociales en términos de clase, de estatus o de diferenciación profesional.

El modelo social demócrata favorece la solidaridad al incluir al conjunto de los ciudadanos en programas comunes y reduce las diferencias económicas mediante la redistribución.

El modelo corporativista, aunque ofrece los beneficios a todos, refuerza las diferencias de estatus ofreciendo diferentes programas sociales para los diferentes estratos de la población (por ejemplo: Burócratas, empleados civiles, personal sindicalizado, militares).

El modelo liberal fortalece una forma de dualismo social entre, por una parte, una clase desfavorecida que beneficia de la asistencia social, y, por

otra parte, una clase privilegiada que accede a los servicios sociales y los compra en el mercado (por ejemplo, en materia de salud o de jubilación) (Enjolas, 19989).

### **La Ciudadanía Social y la Desmercadización**

Esta tercera dimensión analiza la manera en que los derechos sociales son asignados.

La noción de ciudadanía social se refiere a la definición establecida por Marshall (Marshall, 1950). El acceso a la ciudadanía social se efectúa mediante el juego de los derechos sociales que operan una redistribución de la riqueza que se realiza fuera de los mercados del trabajo y del capital.

En este sentido, los derechos sociales contribuyen, utilizando los términos de Polanyi, a "desmercantilizar" la fuerza del trabajo (Polanyi, 1944).

Según Esping-Andersen, la mercantilización (de la fuerza de trabajo) caracteriza la situación del individuo que depende enteramente del mercado (del trabajo) para su subsistencia.

La introducción de derechos sociales significa que el individuo puede vivir independientemente del mercado (del trabajo). Gracias a los derechos sociales, la reproducción social puede efectuarse independientemente del mercado del trabajo (Esping-Andersen, 1990).

En los diferentes tipos de sociedades, las prestaciones sociales pueden adoptar tres formas: **universales**, abiertas a todos los ciudadanos; **contributivas**, condicionadas por la participación en el mercado del trabajo y la contrapartida de una contribución financiera (cotización social, seguros sociales); o **prestaciones sujetas a las condiciones de ingreso**, abiertas a aquellos que tienen recursos inferiores

a un cierto nivel (Esping-Andersen, 1990). Mientras más general es la base de extensión de los derechos sociales, más importante es su función de desmercantilización.

## **LAS DIMENSIONES DEL ESTADO DE BIENESTAR Y UN ANALISIS DE GENERO**

El análisis de Esping-Andersen ha aportado una clarificación cierta en términos de regímenes de Estado-Social; sin embargo, cada vez más se hace evidente la necesidad de un modelo complementario y emergente que tiene en cuenta el rol específico de las mujeres a través de un análisis de género.

Él retoma las dimensiones como sigue:

### **Género y Relación Estado/ Mercado/ Familia**

Una primera constatación se refiere al hecho que el análisis de la relación Estado / Mercado en materia de provisión de prestaciones sociales no toma en cuenta el rol de la familia como proveedor de servicios sociales. El trabajo no-remunerado de las mujeres en el hogar es ignorado y debe ser reconocido. La división sexual del trabajo sea a nivel del Estado y del mercado como de la familia es igualmente ignorada (Lewis, 1992).

### **Género y Estratificación**

El impacto del Estado-Social sobre la estratificación social debe tomar en cuenta la dimensión sexual de la estratificación.

La mayor parte de los hombres benefician de derechos sociales fundados sobre su estatus de asalariado mientras que un gran número de mujeres no benefician sino sólo de derechos derivados basados en su rol familiar o marital, como esposa o como madre.

Más aún, las mujeres están sobrerrepresentadas en el seno de los beneficiarios de la Ayuda Social, sobretudo las mujeres Jefes de Familia. Dado que el sistema de protección social funciona sobre un modelo dualista: a las mujeres, la ayuda social o los derechos derivados (en calidad de esposa, madre o viuda); a los hombres, los seguros sociales basados en su contribución (Liera, 1992; Enjolas, 1998).

### **Género y Desmercantilización de la Fuerza de Trabajo**

Finalmente, cuando las diferencias de género son tomadas en cuenta, ocurre que la función de desmercantilización del Estado Social afecta a los hombres y a las mujeres de manera diferente debido a que los modos de participación en el mercado del trabajo difieren para ambos sexos.

Es pues necesario considerar, además de la función de desmercantilización del Estado, la forma en que éste des-domestica y reconoce el trabajo femenino no-remunerado. La dimensión de la autonomía personal entendida como la reducción de la dependencia, tanto en relación a la familia como a las administraciones públicas por parte de las mujeres, debe también ser considerada (O'Connell, 1993).

El análisis de género sugiere dos modelos de política social según el grado de independencia que se confiere a las mujeres: el modelo individual y el modelo que se basa en el macho, jefe de familia (proveedor), (Sainsbury, Orloff, Lewis, 1994), como se observa en la **Tabla III:**

**TABLA III:**  
**MODELOS FAMILIARES DE POLITICA SOCIAL**

<b>DIMENSION</b>	<b>MODELO INDIVIDUAL</b>	<b>MODELO PROVEEDOR</b>
------------------	------------------------------	-----------------------------

<b>Ideología Familiar</b>	ROLES COMPARTIDOS ESPOSO = proveedor / cuidador ESPOSA= proveedora/ cuidadora	DIVISION DEL ESPOSO = proveedor ESPOSA = cuidadora	ESTRICTA TRABAJO
<b>Derechos</b>	UNIFORME	DIFERENCIADOS ENTRE LOS ESPOSOS	
<b>Base de derechos</b>	INDIVIDUAL	PROVEEDOR	
<b>Receptor de los beneficios</b>	INDIVIDUALES	JEFE DE FAMILIA	
<b>Unidad de los beneficios</b>	INDIVIDUAL	FAMILIA	
<b>Unidad de contribución</b>	INDIVIDUAL	PROVEEDOR	
<b>Impuestos sobre los ingresos</b>	INDIVIDUAL	COMUN	
<b>Empleo y Política Salarial (acceso al mercado del trabajo)</b>	CUBRE LOS SEXOS	DOS PRIORIDAD HOMBRES	A LOS
<b>Campo de cuidados</b>	FUERTE IMPLICACION ESTADO	DOMESTICO DEL PRIVADO	/

## **Servicios de los REMUNERADOS EN NO-REMUNERADOS cuidados PARTE**

(SAINSBURY, 1994)

Más allá de las relaciones hombre / mercado que, a menudo, ocultan esta realidad de las mujeres, es necesario observar las relaciones de género y de clase, del trabajo remunerado y no-remunerado, y como estas actividades se organizan y son recompensadas.

La ciudadanía incluye los hombres y mujeres de una sociedad y los análisis deben tener este hecho en cuenta.

### **ROL DEL ESTADO Y DEL MERCADO - DEBATE**

#### **POLITICAS SOCIALES EN DIFERENTES PAISES Y SISTEMAS POLITICOS**

Durante los dos últimos años, he tenido la oportunidad de visitar diversos países y de constatar los impactos de los diferentes modelos o de la ausencia de modelo. Varios de los más recientes estudios subrayan la transición de los modelos actuales que son afectados por las consecuencias de la nueva economía mundial y por los fenómenos de control que castigan a los gobiernos muy generosos y a las economías que son incapaces de competir.

Entonces, primero la crítica y luego el estado actual en diferentes países.

Pero antes de comentar el estado actual del rol del Estado en los diferentes países, digamos algunas palabras acerca del debate y los desafíos.



## **DEBATE**

Algunos autores postulan que el Estado Social interfiere con el mercado, mata la motivación para trabajar y tiene efectos negativos en el largo plazo sobre una población siempre creciente que enfrenta necesidades más y más diferenciadas.

Este tema de la burocratización, la centralización y la impersonalización del Estado es retomado por Rosanvallon y otros que sostienen que varias funciones debieran retornar a una sociedad civil democrática, legalmente establecida, y que reemplazaría al gobierno.

Esto permitiría un soporte mutuo, una mayor visibilidad para lo social y una mayor posibilidad de ciudadanía activa (Rosanvallon, 1988). Un renacimiento del sector privado y de la beneficencia es visto también como una necesidad con el fin de permitir a este ciudadano activo el desarrollar acciones de beneficencia.

Por otra parte, este aumento del poder del ciudadano está llamado a tomar en cuenta de la diferencia y la diversidad de las necesidades, de los derechos, de las exigencias y de las preferencias de los ciudadanos, con programas más flexibles, pero no implica necesariamente una eliminación del rol del Estado y de su responsabilidad respecto de la pobreza y de los derechos sociales.

Si en el pasado, existió demasiado o poco Estado, hoy en día, en la coyuntura de la globalización, hay que tener un agente central para distribuir y redistribuir en favor de las poblaciones desfavorecidas, pero también para enfrentar los conflictos que se generen por la redistribución y la distribución en los planos nacional e internacional.

Estos debates acerca de las políticas sociales, según Fiona Williams, deben considerar no solamente los cambios en el trabajo pero también en

las condiciones del trabajo, los cambios en la familia, en la cultura y en la nación.

El debate debe considerar las relaciones cambiantes de clases y también otras divisiones sociales como las de género y de raza (Williams, 1994).

### **¿CUALES SON LAS REACCIONES Y EL ESTADO ACTUAL EN DIFERENTES PAISES?**

Frente a estos modelos y al debate acerca de las formas que debe asumir la intervención del Estado en el campo social, resulta interesante revisar el estado de la situación en diferentes países y las tendencias emergentes.

#### **ESCANDINAVIA**

Frente al problema de la economía mundial, los resultados demuestran que los Estados social-demócratas abren sus economías gracias a las relaciones de confianza y a las negociaciones posibles entre los diversos actores, sindicatos y organizaciones empresariales, con el Estado como mediador, y que el consenso sobre este tema se mantiene. La relación entre lo económico y lo social es reconocida y negociaciones se desarrollan entre las asociaciones más importantes que representan los intereses políticos, económicos y sociales.

#### **ASIA DEL ESTE**

La competencia a escala mundial hace que los países industrializados que tengan costos de mano de obra elevados deberán ceder su lugar a aquellos países que tengan costos menores, como lo hemos visto con los países de Asia del Este.

Para estos países en vías de desarrollo en Asia del Este, hay un dilema entre la construcción de un Estado Social y la tradición "confusionista" acerca de la familia con sus obligaciones de autocuidado (Goodman & Peng, 1996).

Sin embargo, debemos observar las manifestaciones sindicales en Seúl, Corea; las manifestaciones en las calles de Jakarta y las declaraciones posteriores a la reunión de APEC en Canadá relativas a la urgencia dramática de priorizar lo social y de establecer un Comité "perro guardián" sobre las condiciones impuestas por el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Incluso en China, en la hora actual, se reclama un sistema de seguridad social (CBC, 23 juin 1998).

## **EUROPA**

Según los expertos, hay resistencia a los recortes propuestos en términos de políticas sociales en Europa. Así los recortes son marginales y es difícil reunir apoyo para sostener las alternativas. Por el momento, en los países de industrialización avanzada en Europa, se observa más bien una política de statu quo y Francia adopta una nueva política familiar (Le Figaro, 14 juin 1998) y la ayuda financiera para las familias aumenta (Esping-Andersen, Huber, 1996).

## **AMERICA DEL NORTE**

Por el contrario, esto no es necesariamente válido para estados liberales como los Estados Unidos donde se desarrolla una política de bajos ingresos y donde incluso el salario de un trabajo de tiempo completo está bajo el umbral de pobreza, con pocos o nulos beneficios marginales.

Este déficit en el nivel de protección social es más flagrante en lo que se refiere a los cuidados médicos y para las madres solteras con hijos menores. Afecta también a las mujeres que tienen una pareja cuyo salario es bajo pero que tienen dificultades para trabajar, agravadas por la ausencia de facilidades alcanzables para cuidar los niños.

En ambos casos, aumenta la pobreza infantil...°y esto al interior mismo de un país rico!

Canadá, por su parte, ve en la actualidad sus programas universales afectados por el Tratado de Libre Comercio. La salud sigue siendo un derecho universal y presiones se desarrollan para conservar y reconstruir programas sociales.

## **NUEVA ZELANDIA Y AUSTRALIA**

Sin embargo, en otro país liberal, hemos visto que después de recortes muy radicales, el gobierno de Nueva-Zelandia fue derrotado por la fuerza del voto (Esping-Andersen, 1996).

Entre los países liberales, parece que Australia es el que mejor resultados presenta combinando los servicios universales, selectivos y privados que componen la ayuda a las familias y el derecho de propiedad (Castles, 1989).

## **AFRICA**

Existen pocas investigaciones en este campo acerca de esos países. La Conferencia de los Siete (7) y el rechazo de eliminar la deuda de esos Estados empujan a ese continente a crisis más y más agudas.

## **ORIENTE MEDIO**

Un país, tal como el Líbano, salido de la post-guerra está en reconstrucción. Frente a una elección de sociedad y de construcción. la familia y la secta, permanecen como el elemento básico de pertenencia. Al mismo tiempo, el Estado está llamado a reforzar la sociedad civil y a adoptar medidas sociales más equitativas e igualitarias.

## **AMERICA DEL SUR**

En América del Sur encontramos otra situación.

El desarrollo está basado sobre los recursos naturales y activado por las privatizaciones.

Chile, durante el gobierno desde 1974 a 1989, persiguió una reestructuración de la sociedad según los modelos residual y liberal.

Desde 1990, se recupera un compromiso creciente en educación, salud y servicios (Huber, 1996).

Tentativas de descentralización y de focalización sobre las poblaciones en riesgo están en desarrollo así como iniciativas para dar más poder a las organizaciones no-gubernamentales a fin de contrarrestar los efectos de las privatizaciones, pero la diferencia entre los objetivos perseguidos y la realidad aún persiste. Un reciente informe de la Cepal es pesimista a pesar de las importantes reducciones que se constatan (Diario El Sur, 5 de mayo, 1999).

Paralelamente, los nuevos gobiernos democráticos en Brasil han permanecido más estatistas.

Costa Rica es en la actualidad el único país de América Latina que mantiene medidas social-demócratas de universalización de salud, educación, etc. y donde existe la posibilidad de elección de sociedad (Huber, 1996).

Entre los países de América del Sur, Uruguay es el país que presenta la mejor distribución del ingreso sin embargo, los estudios concluyen que América Latina, en escala mundial, está muy atrás en la cuestión de la distribución de la riqueza.

Un último comentario, a partir de mis propias investigaciones y de mi experiencia de vida: en todos los países en que el Estado no ha jugado un rol, comprobamos, además de la cuestión de la pobreza, más incertidumbre y mayor empobrecimiento de la clase media.

## **EL PORVENIR DE LA POLITICA SOCIAL**

En respuesta entonces a mi pregunta inicial: ¿Tiene la política social un porvenir o qué futuro para la política social?, Parece difícil imaginar el abandono total del rol del Estado en una sociedad y resulta esencial iniciar una reestructuración que proteja el modelo de ciudadanía en los tres niveles: civil, político y social.

Para lograrlo, es necesario que la política social sea coherente, hecha a partir de las necesidades y aspiraciones de una población particular, en las condiciones materiales de su vida cotidiana y de su lógica social.

Es aquí donde interviene el rol del Trabajador Social en relación con la política social puesto que son los trabajadores sociales los que comparten lo cotidiano de las poblaciones desfavorecidas y del trabajo social y que se encuentran en el corazón de las contradicciones y de los cambios.

Para participar en estos cambios y poder influenciarlos, es esencial que el trabajador social sea "**conocedor**" y "**ciudadano**".

Esto exige, como lo querían Kenneth Pray y Guy Rochon, que el servicio social descansa a la vez sobre "**el liderazgo del trabajo del hombre**" (la experiencia) y el "**liderazgo del Estado**".

En otras palabras, los trabajadores sociales deben ser dueños de las disciplinas básicas y de las técnicas fundamentales de su profesión, pero también ciudadanos a la vanguardia en las cuestiones del bienestar y de política social que afectan a la población.

Si además, se cree que los cambios sociales deben ser provocados por las propias capas sociales que requieren esos cambios, su acción debe apoyarse en los recursos dinámicos de esos ambientes.

## **EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA POLÍTICA SOCIAL**

Para realizar su rol de agentes de cambios sociales, resulta esencial que los trabajadores sociales tengan un conocimiento sólido de las políticas sociales.

Primero, es necesario que los trabajadores sociales conozcan las condiciones que crean las políticas sociales, el proceso político, los roles de los políticos, de los burócratas, de los grupos de presión y de los electores. Deben ser capaces de comprender sus efectos, de formular una crítica, de saber porque las políticas adoptan la forma que ellas toman, y de actuar.

Son los interlocutores privilegiados para una parte del estudio de las políticas sociales que a menudo se ignora - **su realización** - y deben estar capacitados para ver y subrayar las fortalezas y debilidades de una política específica.

¿Qué hay en una política y qué debe haber? ¿Cómo esta política responde a las necesidades de la gente? ¿Cómo esta política contribuye o no a la redistribución y a la igualdad social?

Finalmente, se espera que los trabajadores sociales puedan sugerir alternativas y explicar como ponerlas en práctica en un movimiento hacia la autonomía social y hacia una relación social reforzada con la población.

Es con este espíritu y con esta reflexión acerca del Trabajo Social y las Políticas Sociales que la Universidad Laval está colaborando activamente con el proyecto pionero en este campo que representa el Programa de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de la Universidad de Concepción en el que me honro en participar como Profesor Visitante.



## **BIBLIOGRAFIA:**

- Brocas, A.M. et al. (1990). **Women and Social Security**. ILO. Geneva.
- Castles, Francisc. (1989). **The comparative history of public policy**. Polity Press. Oxford.
- Cottingham, Phoebe et David Ellwood, eds. (1989). **Gender and social rights - Welfare policy for the 1990's**. Harvard University Press. Cambridge. Mass.
- Eisenstadt, S.N., ed. (1989). **The Welfare State and its Aftermath**. Routledge. London.
- Enjolas, Bernard. (1998). **Prendre en compte le genre en matière d'études comparatives de l'État-Providence: femmes et familles dans quelques pays d'Europe**. FAFO. Séminaire. Tunisie.
- Esping-Andersen, G. (1990). **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Policy Press. Cambridge.
- Esping-Andersen, G. (1996). **Welfare States in Transition**. Sage Publications. London.
- Evers, A., M. Pijl et C. Ungerson, eds. (1992). **Kvinner Europe? Norske kvinner og europeisk integrasjon**. FAFO. Rapport n° 134.
- George Vic., & Wilding, Paul. (1976). **Ideology and Social Welfare**. Routledge and Kegan Paul. London.
- Gil, David. (1992). **Unraveling Social Policy**. Schenkman Publishing. Cambridge.

- Ginsburg, N. (1992). **Divisions of Welfare**. Sage. London.
- Goodman, R. et Ito Peng. (1996). "**The East Asian Welfare States. Peripatetic Learning, Adoptive Change and Nation-Building**". In **Esping-Andersen, Welfare States in Transition**.
- Gordon, L., ed. (1990). **Women, the State and Welfare**. The University of Wisconsin Press. Madison.
- Hernes, M.H. (1989). **Welfare, State and Woman Power**. Norwegian University Press. Oslo.
- Hill, Michael (1996). **Understanding Social Policy**. Fifth Edition. Blackwell Publishers. Oxford. United Kingdom.
- Hill, M. et Bradley. (1990). **Analyzing Social Policy**. Blackwell Publishers. Oxford. United Kingdom.
- Huber, Evelyne. (1996). "**Options for Social Policy in Latin America: Neo-Liberal vs. Social Democratic Models**". In Esping-Andersen, **Welfare States in Transition**.
- Kolberg, J.E., ed. (1992). **The Study of Welfare State Regimes**. Sharpe. Armonk.
- Kolberg, J.E., ed. (1992). **Between Work and Social Citizenship**. Sharpe. Armonk.
- Kolberg, J.E., ed. (1992). **The Welfare State as Employer**. Sharpe. Armonk.
- Leira, A. (1992). **Welfare States and Working Mothers, the Scandinavian Experience**. Cambridge University Press. Cambridge.

- Leira, A. (1996). Parents, **Children and the State: Family Obligations in Norway**. ISF Report 96:23
- Ghai, Director del Instituto de Investigación de las Naciones Unidas (Ghai, en Esping-Andersen, 1996).
- Lewis, J. (1992). "**Gender and the Development of Welfare Regimes**". *Journal of European Social Policy*, 2(3): 159-173.
- Lewis, J. ed. (1993). **Women and Social Policies in Europe**. Edward Elgar. Aldershot.
- Marshall, T.H. (1950). **Citizenship and Social Class**. Oxford University Press. Oxford.
- Mishra, Ramesh. (1992). **Society and Social Policy**. MacMillan Press. London.
- O'Connell, J.S. (1993). "**Gender, Class and Citizenship in the Comparative Analysis of Welfare States Regimes: Theoretical and Methodological Issues**". *British Journal of Sociology*, 44(3): 501-518.
- O'Connell, J.S. (1996). "**From Women in Welfare to Gendered Welfare States**". *Current Sociology*, 44(2), Summer.
- Orloff, A.S. (1993). "**Gender and the Social Rights of Citizenship: the Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States**". *American Sociological Review*, 58: 303-328, June.
- Polanyi, K. (1944). **The Great Transformation**. Rhinehart. New York.

- Rosanvallon, Pierre. (1984). **La crise de l'État-Providence**. Seuil. Paris.
- Sainsbury, D. ed. (1994). **Gendering Welfare States**. Sage. London.
- Showstack Sassoon, A. ed. (1994). **Women and the State**. Routledge. London.
- Showstack Sassoon, A. (1987). **Women and the State**. Routledge. London.
- Skopcai, Theder et Amenta, Edwin. (1986). "**States and Social Policies**". Annual Review of Sociology.
- Titmuss, R. (1969). **Essays on the Welfare State**. Allen and Unwin. London.
- Wilensky, H.L. & Lebeaux. (1958). **Industrial Society and Social Welfare**. The Free Press. New York.
- Williams, Fiona. (1994). "**Social Relations, Welfare and the Post-Fordist Debate**". In Towards a Post-Fordist Welfare State? De. Burrows, Roger and Brian Loader. London.