

Capacidad de perdonar en pacientes en tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulatorio

María Josefina Scheinsohn *; María Martina Casullo **

Resumen

Se presentan datos obtenidos mediante la administración del listado de síntomas SCL-90- R y una Escala para evaluar a Capacidad de Perdonar (CAPER). La muestra analizada estuvo integrada por 107 pacientes ambulatorios en asistencia psiquiátrica y psicológica en un Centro Privado de Salud Mental (64% mujeres, 36 % varones, edad promedio: 36 años), residentes en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Se constató la existencia de correlaciones negativas estadísticamente significativas (r de Pearson) entre Capacidad de Perdonar y presencia de Síntomas Psicopatológicos.

Palabras clave: perdón. Síntomas psicopatológicos. Pacientes ambulatorios.

Abstract

Capacity to forgive in psychiatric and psychological outpatients

Data gathered administering SCL-90-R (Spanish version) and a scale developed to assess Capacity to Forgive (CAPER) are presented. The study was carried out on a sample of 107 outpatients from Buenos Aires city and its suburban area (64 % women, 36 % men; average age: 36 years old) from a private Mental Health Center. A significant statistical negative correlation (Pearson r) was found between forgiveness and presence of psychopathological symptoms.

Key words: Forgiveness. Psychopathological symptoms. Outpatients.

* Licenciada en Psicología. Docente. Facultad de Psicología. UBA: Profesora UP. mscheins@psi.uba.ar

** Doctora en Psicología. Directora Doctorado UP. Investigadora principal. CONICET. Buenos Aires. Argentina. Profesora emérita UBA.

Introducción:

Numerosas investigaciones de la última década se centran en el estudio de las asociaciones posibles entre la capacidad de perdonar y la presencia de indicadores de salud mental o la disminución de sintomatologías psicopatológicas.

La Psicología Positiva propone el estudio del poder perdonar para la comprensión del funcionamiento psicológico sano. En tiempos recientes, se ha convertido en un tema de interés científico en el campo de la psicología. Estudios realizados ponen en evidencia que el perdón está vinculado con la salud mental y la disminución de sentimientos de duelo (Coyle, Enright, 1997), mejora en los estados depresivos (Mauger y cols., 1992) y disminución de los montos de angustia/ ansiedad (Freedman y Enright, 1996). También se ha podido constatar la vinculación entre poder perdonar y la superación de problemas de salud física como el estrés cardiovascular (Witvliet, Ludwig y Vander Laan, 2001).

La falta de consenso conceptual da origen a una diversidad de teorías sobre el tema. Tal como señalan Enright y Cole (1998) el concepto psicológico perdonar no debe ser confundido con el legal de indulto; con condonar (que implica una justificación de un hecho) o excusar (que supone que existen razones para obrar de una manera determinada). Algunos autores destacan la diferencia entre perdón y reconciliación (restablecimiento de un vínculo); el perdón supone una voluntad subjetiva de abandonar el resentimiento, los juicios negativos y la indiferencia hacia quien nos ha injuriado o lastimado y poder desarrollar sentimientos de compasión y generosidad. Para McCullough la esencia del perdonar implica cambios de tipo prosociales en las motivaciones personales hacia la persona, grupo o situación que ha lastimado o injuriado. Desde su experiencia en el trabajo con parejas, Hargrave y Sells (1997) definen al perdón en términos de: 1) permitir al victimario reconstruir un vínculo quebrado y 2) favorecer una discusión abierta sobre la violación relacional de manera tal que víctima y victimario puedan trabajar en la reconstrucción de tal vínculo.

Puede decirse que todas las definiciones psicológicas formuladas sobre el perdonar parecen centrarse en un factor común: cuando los sujetos perdonan, sus pensamientos, sentimientos y acciones hacia quien es objeto del perdón se transforman en más positivos. Perdonar implica un cambio interno y al mismo tiempo prosocial hacia una figura o situación percibida como transgresora, en el contexto de un vínculo interpersonal. Perdonar supone tanto, una dimensión subjetiva intrapsíquica, como otra interpersonal, por lo cual se sugiere pensar el perdón como un constructo *psicosocial*; ejercen enorme influencia en su definición y aceptación variables de tipo religioso, ideológico-políticas, culturales y socio-históricas.

No todos los autores coinciden en considerar el perdonar como beneficioso. Para algunos, hace a los sujetos más vulnerables a la re-victimización en los vínculos interpersonales cuando ha habido experiencias de abuso y maltrato.

Subkoviak y cols. (1995) vinculan la capacidad de perdonar con aspectos de la salud psíquica y el bienestar psicológico, mientras que, Mauger y cols. (1992), refieren

que la incapacidad de perdonar está vinculada positivamente con la presencia de sintomatología psíquica.

El estudio que se presenta analiza el tipo de relación existente entre la presencia de sintomatología psicopatológica y la capacidad de perdonar en quienes solicitan entrevistas de admisión para comenzar tratamiento psicológico/psiquiátrico ambulatorio en un centro privado de Salud Mental.

Se tienen en cuenta las nueve dimensiones psicopatológicas definidas por L. Derogatis sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos. (L Derogatis, 1997) y las conceptualizaciones teóricas de Hargrave y Sells (1997), sobre la capacidad de perdonar.

Se analiza la relación entre las variables: presencia de sintomatología psicopatológica medida mediante la administración del SCL-90-R, la capacidad de perdonar y las relaciones con las variables sexo, edad, estado civil, nivel educativo, motivo de consulta.

Las respuestas sobre presencia de síntomas son evaluadas en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos, se consideran las siguientes dimensiones:

- 1) **Somatizaciones:** evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales).
- 2) **Obsesiones y compulsiones:** incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- 3) **Sensibilidad interpersonal:** se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- 4) **Depresión:** los ítemes son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas).
- 5) **Ansiedad:** evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- 6) **Hostilidad:** se hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo.
- 7) **Ansiedad fóbica:** este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca.
- 8) **Ideación paranoide:** evalúa comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento: pensamientos proyectivos, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.
- 9) **Psicoticismo:** incluye síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Método

Tipo de Estudio: descriptivo – correlacional

Unidad de análisis:

Adultos residentes en la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense que son asistidos en un Centro Privado de Salud Mental.

Muestra:

Intencional. Personas admitidas en forma ambulatoria a un Sistema Privado de Salud Mental durante el lapso de 1 mes. Fueron evaluados 107 sujetos (64% de mujeres y 36% de varones), con una edad promedio de 36 años para ambos sexos.

Tabla 1.

Muestra Total: Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	68	63,6
Masculino	39	36,4
Total	107	100,0

Un 56% de los varones vive en Capital Federal y un 44% en el Conurbano Bonaerense, mientras que, el 71% de las mujeres reside en Capital Federal y sólo un 29% habita en el Conurbano Bonaerense.

La muestra está compuesta por un 45% de sujetos casados, 42% de solteros, 10% en pareja y 3% de divorciados.

Tabla 2.

Lugar de Residencia según sexo

	Varones		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Capital Federal	22	56,4	48	70,6
Conurbano	17	43,6	20	29,4
Total	39	100,0	68	100,0

Tabla 3.
Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	48	44,9
Divorciado	3	2,8
Soltero	45	42,1
En Pareja	11	10,3
Total	107	100,0

De los datos obtenidos se infiere que la muestra se distribuye del siguiente modo, según el nivel educativo alcanzado: Un 46% de los casos posee nivel medio, un 40% completó sus estudios terciarios o universitarios y el 14% restante se distribuye entre un 13% con escolaridad primaria completa o secundaria incompleta y un 1% que no ha logrado completar los estudios primarios.

Tabla 4.
Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
1rio. Inc.	1	,9
1rio. Inc./2rio Inc.	14	13,1
2rio Comp./3rio. Inc.	49	45,8
3rio. Comp./Universitario	43	40,2
Total	107	100,0

Técnicas para la recolección de datos:

Se utilizaron la Escala SCL-90-R de L. Derogatis (Adaptación UBA. M. M. Casullo, 1999/2004) y la Escala CAPER (Capacidad de Perdonar. M. M. Casullo, 2004).

Se recabaron datos sobre sexo, edad, lugar de residencia, nivel educativo y motivo de consulta, consignados en las Historias Clínicas de admisión de la institución.

La Escala SCL-90-R es un inventario desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. (Casullo, M. M., 1999). Está conformado por 90 ítemes que evalúan 9 dimensiones psicopatológicas primarias, ya mencionadas en párrafos anteriores y tres índices globales de malestar psicológico. Se responde de acuerdo a una escala likert de 5 puntos (0 – 4)

- 1) Índice de Severidad Global (IGS)
- 2) Índice de Malestar Positivo (PSDI)
- 3) Total de Síntomas Positivos (TP)

Se trata una técnica auto - administrable que evalúa cómo se ha sentido el sujeto en los últimos 7 días. Sujetos con escolaridad primaria completa pueden responderlo sin mayores dificultades. Está contraindicada su aplicación en pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastornos psicóticos.

La escala CAPER está basada en las concepciones teóricas de Hargrave y Sells (1997), quienes definen la capacidad de perdonar en términos del esfuerzo para restaurar sentimientos de amor y confianza de manera tal que tanto víctimas como victimarios puedan poner, subjetivamente, punto final a un vínculo de resentimiento o rencor.

Para ellos el proceso supone:

- 1) Dar la oportunidad a la víctima para que pueda percibir a su ofensor en términos no amenazantes.
- 2) Poder analizar y comprender la experiencia pasada y el daño provocado. No supone reconciliación.

Los ítemes de la escala se desarrollaron en función de cuatro ejes:

- 1) Self (1 al 6).
- 2) Otros (7 al 12).
- 3) La situación (13 al 18).
- 4) Creencias que determinan perdonar (19 y 20).

Está integrada por 20 ítemes, algunos de los cuales se evalúan en forma inversa. (Ítemes 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17). La puntuación máxima posible es 140.

Estudios pilotos preliminares han verificado tanto su validez de constructo como su consistencia interna. En la actualidad se están realizando estudios finales sobre la validez y confiabilidad de la técnica. (Casullo, 2007).

Resultados

Los Motivos de Consulta más frecuentes se hallan dentro de las categorías “Problemas Adicionales” (19%), “Trastornos de Ansiedad” (17%), “Problemas de Relación” (19%) y Trastornos del Estado de Ánimo (13%) (según categorizaciones del DSM IV). Sólo un 4% de los ingresados ha sido categorizado dentro del grupo de los Trastornos de Personalidad, el 3% manifiesta abusar de sustancias, 2% refieren Trastornos de la Alimentación y menos de un 1% encuadra dentro de la categoría de las Psicosis. Cabe destacar que un 24% de los sujetos ingresados se encuentran en “Evaluación” al momento de ser admitidos en el sistema.

Tabla 5.
Motivo de Consulta

	Frecuencia	Porcentaje
T. Estado Animo	14	13,1
T. Ansiedad	18	16,8
T. Personalidad	4	3,7
T. Abuso Sust.	3	2,8
T. Adaptativos	4	3,7
T. Alimentación	2	1,9
Psicosis	1	,9
Prob. Adicionales	20	18,7
Prob. Relación	15	14,0
En Evaluación	26	24,3
Total	107	100,0

El 70% de los sujetos admitidos son derivados a psicoterapia Individual focalizada, el 14% a tratamiento psicofarmacológico y el 3% a ambos tipos de tratamientos simultáneamente. El 13% restante resuelve la problemática que motivó la consulta en entrevistas de admisión. (Proceso de Admisión).

Tabla 6.
Indicación Terapéutica

	Frecuencia	Porcentaje
Psicoterapia Individual Focalizada	75	70,1
Tratamiento Psicofarmacológico	15	14,0
PIF y Tto. Psicofarmacológico	3	2,8
Resolución Admisión	8	7,5
Proceso de Admisión	6	5,6
Total	107	100,0

Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables según sexo se calculó la prueba t de Student para variables independientes, encontrándose que sólo se registraron diferencias estadísticamente significativas para dos de las subescalas de la técnica SCL-90-R según sexo: depresión y somatizaciones.

No se registraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las cuatro dimensiones de la Técnica CAPER según sexo.

Con la finalidad de conocer la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables según edad se realizó una prueba ANOVA ONE WAY. No se registraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las subescalas de la técnica SCL-90-R según edad. Se encontró una diferencia significativa ($p \Rightarrow .001$) a favor del grupo de 16 a 20 años para la dimensión referida al Sí Mismo o “Self”.

Para poder determinar diferencias estadísticamente significativas entre las variables según nivel de escolaridad se realizó una prueba ANOVA ONE WAY. No se registraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las subescalas de la técnica SCL-90-R según nivel educativo, ni para ninguna de las dimensiones de la CAPER según escolaridad.

Con el objeto de determinar la probabilidad de asociación entre la presencia se sintomatología psicopatológica y la capacidad de perdonar de los sujetos, se calculó el coeficiente r de Pearson. Se hallaron correlaciones inversas y estadísticamente significativas, ($p = > 0.01$) con las subescalas “Sensibilidad Interpersonal”, “Depresión”, “Ansiedad”, “Ansiedad Fóbica”, e “Ideación Paranoide” y al nivel de $p \Rightarrow 0.05$ con la subescala “Hostilidad”. La subescala “Somatizaciones” presenta una correlación inversa de sólo $-.17$ (no significativa).

Tabla 7.

Correlaciones r de Pearson – SCL-90-R – CAPER

	Somatizac.	Obs. y Comp.	Sensib. Interp.	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fóbica	Ideación Paranoide	Psicot.
CAPER	-0,175	-0,334**	-0459**	-0,345**	-0,424**	-0,227*	0,303**	-0,396**	-0375**

* Significativa al 0.05

** Significativa al 0.01

Tabla 8.

Listado de Síntomas. Cálculos de t según Sexos

SCL-90-R	Mujer n=68	Hombre n=39	t		
Somatización	13.85	9.66	9.90	8.10	-2.158*
Obsesiones y Compulsiones	16.43	10.03	16.10	9.36	-.165
Sensibilidad Interpersonal	10.81	6.83	11.46	7.59	.457
Depresión	23.06	10.99	18.33	10.52	-2.174*
Ansiedad	14.09	8.55	12.46	8.76	-.939
Hostilidad	6.26	4.81	5.69	4.74	.867
Ansiedad Fóbica	5.03	6.35	4.05	4.82	-.833
Ideación Paranoide	6.75	4.74	6.54	4.43	-.228
Psicoticismo	9.43	7.19	9.03	6.95	-.281

*significativas. $p = > 0.05$

Tabla 9.

Dimensiones de la CAPER. Cálculos de t según sexos

CAPER	Mujer M	n = 68 DT	Hombre M	n = 39 DT	t
Self	7,34	1,60	7,51	1,30	,581
Otros	6,43	1,56	6,36	1,58	-,215
Situaciones	8,16	1,02	7,95	1,36	-,921
Creencias	10,09	1,75	10,08	1,87	-,031*
Escala Total	86,01	14,60	84,97	14,99	-,351

* significativa. $p > 0.05$.

Comentarios y Conclusiones

Se verifican diferencias significativas según sexo en la Capacidad para Perdonar, en la dimensión relacionada con Creencias. Las mujeres valoran con mayor frecuencia el perdonar que los varones y su comportamiento está basado en creencias que se sostienen en el valor de hacerlo, según datos encontrados en un estudio sobre Teorías Implícitas sobre el Perdón. (Casullo, 2006).

Se ha podido constatar una correlación inversa significativa entre presencia de sintomatología psicopatológica y capacidad de perdonar, lo cual refuerza la postura de quienes sostienen que el plantear la posibilidad del perdón en el contexto de intervenciones clínicas y de orientación psicológica favorece el desarrollo de comportamientos psicológicamente más sanos. Varias psicopatologías están vinculadas con la imposibilidad de perdonar y/o perdonarse, de vivir con resentimientos y enojos no elaborados (cuadros depresivos, trastornos psicósomáticos).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las subescalas de la técnica SCL-90-R según edad, ni en la escala CAPER, a excepción de la dimensión "Self" (sí mismo), en la que se registró una diferencia significativa a favor del grupo de los pacientes entre 16 y 20 años. Las personas más jóvenes parecen valorar el perdón como una manera de estar mejor con ellos mismos.

No se registraron diferencias estadísticamente significativas para las subescalas del listado de síntomas SCL-90-R ni la escala CAPER según la variable nivel educativo o estado civil.

Los datos presentados deben ser interpretados. Los problemas psicopatológicos humanos tienen una naturaleza sistémica, no lineal. La cuantificación de un fenómeno o proceso psicológico está siempre basada en operaciones que subyacen a distinciones primarias de tipo cualitativo. Al interpretar los datos que se presentan es necesario tener presente las dimensiones sociales y culturales que guían a los sujetos a responder

un inventario o cuestionario de una manera determinada. Las dimensiones psicopatológicas evaluadas reflejan tanto variaciones subjetivas como interindividuales. Como todo proceso psicológico, requieren diferentes niveles de análisis; deben ser analizadas desde alguna teoría o modelo teórico.

Como bien señala Valsiner (2004), a quien hemos citado en trabajos anteriores, es posible diferenciar dos funciones implícitas en todas las teorías psicológicas:

- 1) son herramientas que permiten mirar de una manera novedosa los datos que se analizan con la finalidad de poder comprenderlos y explicarlos o,
- 2) reflejan posiciones mentales (y socio-ideológicas) que se sostienen por la simple razón de adherir al “mercado epistémico” hegemónico.

En el quehacer científico, es preferible que predomine la primera de las posiciones mencionadas, aunque la historia del surgimiento y mantenimiento de las teorías psicológicas pone en evidencia que algunos sistemas teóricos han llegado a convertirse en ortodoxias.

La investigación empírica es esencial para la construcción de un sistema teórico; es esa construcción la que conforma el conocimiento científico y no la mera acumulación de datos.

Es un desafío tanto para las autoras como para los lectores de este trabajo, animarse a *crear* una perspectiva teórica enriquecedora desde la cual analizar e interpretar los datos obtenidos y no *simplemente seleccionar* una muy establecida o consolidada: dejar de ser meros consumidores de modelos teóricos vigentes y ser capaces de transformarlos o recrearlos, a fin de interpretar de una manera cultural y socialmente válida los datos presentados.

Referencias

- Casullo, M.M. (2004) Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*. 6, (1), 49-57. México.
- Casullo, M.M. & Fernández Liporace, M. (2005) Evaluación de la capacidad de perdonar. desarrollo y validación de una escala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*,. 51(1), 14-20, Buenos Aires.
- Casullo, M.M., (2005). La capacidad para perdonar desde una perspectiva psicológica, *Revista de Psicología*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Vol. XXIII, Primer semestre, 1, 39-63
- Casullo, M. M. (2005). Evaluación de la capacidad de perdonar. Informe preliminar. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología UBA*.
- Casullo, M. M.; Mele, S. & Morandi, P. (2006) Capacidad de perdonar y síntomas psicopatológicos. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología UBA*. 90--96.

- Casullo, M. M. (2006). Las razones para perdonar. Concepciones populares o teorías implícitas. *Revista Psicodebate VII. Psicología, Cultura y Sociedad*, 9-20.
- Coyle, C.T., & Enright, R.D. (1997). Forgiveness intervention with post abortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1042-1046.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Freedman, S.R., & Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 983-992.
- Hargrave, T. H., & Sells, J. N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, (1), 41-62.
- Mauger, P. A., Perry, J. E., Freeman, T., Grove, D. C., & McKinney, K. E. (1992). The measurement of forgiveness. Preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 170-180.
- Subkoviak, M.J., Enright, R.W., Wu, C.R., y cols. (1995). Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of Adolescence*, 18, 641-655.
- Valsiner, J. (2004). Culture in Psychology. Between social positioning and producing new knowledge. *Culture & Psychology*, 10, (1), 5-27.
- Witvliet, C., Ludwig, T.E., & Van der Laan, K. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology and health. *Psychological Science*, 12, (2), 117 -123.

