

AcPI

Actualizaciones
en
Psicoterapia Integrativa

Editorial

Con mucha satisfacción entregamos un nuevo número de nuestra revista AcPI, el cual contiene las contribuciones de colegas que se han formado en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático y nos presentas los aportes del Supraparadigma Integrativo y la Psicoterapia Integrativa EIS en áreas de relevancia y demanda para el trabajo clínico.

Una de estas temáticas corresponde a las agresiones sexuales. La alta tasa de agresiones sexuales ha generado una importante labor a nivel mundial para poder atender a las necesidades de la población afectada, sin embargo han estado esencialmente enfocadas a la prevención y tratamiento de las víctimas; resultando en una merma comparativa para la búsqueda de la comprensión etiológica de la conducta sexual agresora. En este número el lector encontrara una revisión actualizada sobre las conductas sexuales abusivas e inapropiadas en adolescentes; analizando la interrelación entre distintos paradigma contemplados en el Supraparadigma Integrativo y la importancia de abordar el fenómeno desde la perspectiva de la Psicoterapia Integrativa EIS.

Otra área de demanda para los clínicos es que en la consulta es altamente frecuente encontrarnos con pacientes que se diagnostican con un Trastorno Límite de la Personalidad, ya sea como diagnóstico único o en comorbilidad. Por otra parte, en la actualidad se ha resaltado la necesidad de considerar al Trastorno Límite de Personalidad como un fenómeno dimensional multicausado. Dentro de este contexto, en el presente número de AcPI, se entrega un trabajo que actualiza la información existente acerca de este trastorno, analizando sus dinámicas subyacentes desde los seis paradigmas y funciones del Sistema Self que propone el Supraparadigma Integrativo EIS; planteando estrategias de intervención en base a la evidencia científica que aporten a la predicción y el cambio en la psicoterapia de este trastorno.

Otro de los desafíos que enfrenta nuestra práctica terapéutica es el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los que revisten alta prevalencia, niveles de gravedad significativos y altos porcentajes de cronicidad. Ante un bajo porcentaje de recuperación exitoso desde los modelos de tratamiento que proponen intervenciones reduccionistas e insuficientes; en este número se presenta un modelo de tratamiento exitoso a nivel mundial, la hospitalización de día, analizándolo desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa EIS.

Una de las demandas con la que debemos enfrentarnos frecuentemente en nuestra práctica, se relaciona con la espiritualidad. En la búsqueda de los aportes y ventajas de la integración de la espiritualidad y religión en psicoterapia, tanto en el abordaje, manejo y afrontamiento de problemáticas psicológicas, como en la reparación, prevención y promoción de la salud mental y física; compartimos un trabajo que procura identificar posibles elementos que la Psicoterapia Integrativa EIS puede aprovechar de la religión y espiritualidad, para contribuir a la génesis de estímulos capaces de movilizar cambios terapéuticos (“estímulos significados terapéuticamente efectivos”).

Las demandas de la realidad actual y de los últimos acontecimientos mundiales ha llevado a los clínicos a tener que realizar el trabajo psicoterapéutico en formatos no tradicionales, dentro de ellos se plantea como altamente relevante la telepsicología. En este número se ofrece al lector una revisión de literatura disponible acerca de la identificación y evaluación de pacientes con consumo de sustancias en modalidad de telepsicología. Con el objetivo de rescatar elementos que ayuden a los profesionales a identificar problemáticas de consumo en telepsicología, al mismo tiempo identificar qué elementos de la Psicoterapia Integrativa EIS resultan relevantes y aportativos en este contexto.

Otro de los desafíos que se le presentan a la psicología clínica involucra generar modelos de atención que sean un aporte para la salud mental de la población atendida en Cuidados Paliativos. Es así que, en esta publicación, el lector se encontrará con un proyecto académico que plantea al Enfoque Integrativo Supraparadigmático como una aproximación que, al integrar dentro de un marco coherente información científicamente válida, evidencia, experiencia profesional y el arte de la Psicoterapia Integrativa EIS, aporta avances y herramientas que pueden favorecer la atención en salud mental en Cuidados Paliativos.

A partir de lo anteriormente expuesto estamos ciertos que en este número abordamos temáticas clínicas relevantes, considerando las problemáticas sociales e individuales de la realidad actual.

Verónica L. Bagladi L.

Directora

INDICE

Editorial	3
------------------------	----------

Artículos

Análisis bibliográfico descriptivo integrativo de las conductas sexuales abusivas e inapropiadas en adolescentes <i>Mariana C. Pizarro A.....</i>	7
Trastorno Límite de Personalidad: Actualización, análisis y propuestas de intervención desde el EIS <i>María Belén Maldonado A.....</i>	43
Aportes del tratamiento de hospitalización diurna en los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) <i>Anne Csaszar Hevia.....</i>	62
Posibles Aportes de la Espiritualidad Católica a la Psicoterapia Integrativa EIS (Enfoque Integrativo Supraparadigmático) <i>Virginia Z. Rusu1.....</i>	83
Telepsicología y consumo de sustancias, identificación y evaluación. Una revisión y aproximación desde la Psicoterapia Integrativa EIS <i>Carlos Henríquez Hernández.</i>	105
Atención Psicológica en Cuidados Paliativos y Fin de Vida, una aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS” <i>Vicente Álvarez Barría.</i>	115

Artículos

Análisis bibliográfico descriptivo integrativo de las conductas sexuales abusivas e inapropiadas en adolescentes

Mariana C. Pizarro Abad*

Abstract

Through this article, a descriptive analysis of the literature related to abusive and inappropriate sexual behaviors in adolescents will be conducted with a look from the different paradigms highlighted in the Supraparadigmatic Integrative Approach EIS.

keywords: *Abusive Sexual Behaviors, Adolescents, Supraparadigmatic Integrative Approach, EIS.*

Resumen:

Mediante el presente artículo se realizará un análisis descriptivo de la bibliografía relacionada con las conductas sexuales abusivas e inapropiadas en adolescentes, con una mirada desde los distintos paradigmas destacados en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS.

Palabras claves: *Conductas Sexuales Abusivas, Adolescentes, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, EIS.*

INTRODUCCIÓN

Desde hace años, las noticias sobre denuncias por delitos sexuales parecen ir en aumento, lo que ha permitido visibilizar mucho más a las víctimas y crear estrategias de prevención y reparación hacia ellas, donde limitados grupos se han encausado en la búsqueda de la comprensión de la etiología de la conducta sexual agresora, es decir, el entender qué motivó al agresor a ejercer dicha conducta transgresora, siendo aún un tema del que no se habla en la misma proporción en la que hoy se aborda la prevención y tratamiento de la víctima.

En esta línea, el grupo que se ha enfocado en estudiar y analizar a ofensores sexuales juveniles e infantes es aún menor, por lo que, lograr el objetivo

de comprender la conducta abusiva ha sido mucho más complejo y enlentecido, sumado a que la heterogeneidad ante la que se han encontrado un gran número de investigadores no ha permitido a la fecha, elaborar un perfil que calce solo con este tipo de delitos.

Por otro lado, se encuentra el problema de que, los adolescentes que han sido acusados e incluso sancionados por delitos sexuales tienden a ser tratados por la sociedad con un enjuiciamiento determinista respecto a su personalidad, etiquetándolos de “violadores”, “abusadores”, sin comprender que, a diferencia de los casos de adultos, este grupo etario se encuentran aún en etapa de crecimiento y por tanto de desarrollo; además no se cuenta en la actualidad con una gran cantidad de información al respecto que valide tan tajante afirmación.

A pesar de ello, el número de denuncias por delitos sexuales continúa siendo muy bajo,

* Ps. Universidad Central

Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI

abadmariana.pizarro@gmail.com

estimándose una cifra negra que alcanzaría un 70-75% de casos no denunciados (Cavas, 2011, citado en Carrasco. A, Ramírez. A, 2016). En este sentido, se estima que, por cada una denuncia de delito sexual, habría cinco o siete casos que no son denunciados, lo que, haría que las estadísticas conocidas al respecto sean poco confiables (Gaete. P, 2000).

Por otro lado, estudiosos en la temática han comprendido la conducta de agresión sexual como un problema multicausal (Gaete. P, 2000). Al respecto, Rodrigo Venegas (En prensa, 2019) en el lanzamiento del libro T-CACS refiere: “las intervenciones que tienen resultados son aquellas que se basan en estrategias multimodales”, agregando posteriormente que, para ello, hay que integrar aspectos de la criminología, sociología, psicología conductual, psicoanalítica, entre otras, aquellas que, en conjunto, han mostrado ser efectivas en el trabajo en esta temática.

En esta línea, han surgido diversas teorías explicativas en torno a la génesis de las conductas de agresiones sexuales, siendo estas desde diversas teorías tal y como podemos constatar en los libros de William Marshall en 2001, y de José Antonio Hernández y Miguel Ángel Soria en 1994, donde se ha intencionado realizar una integración de estas.

Ya en la línea de tratamiento, en Chile, la Corporación Opción elaboró un Manual de tratamiento de conductas sexuales agresoras CAS, que tuvo una edición revisada el año 2013 conocida como CAS-R, el que se ha replicado en otros países de Latinoamérica como Ecuador, y en Chile se utilizaría en los programas PAS y PSA de dicha Corporación (Vásquez. O, en prensa. 2019), presentando una aproximación a la elaboración de un perfil, y el abordaje más adecuado para estos casos, mediante la recopilación de trabajos y estudios realizados en España, Alemania, y otros países, por investigadores de la temática, sumado

a la experiencia profesional de los autores del manual.

Al ser la mirada de la persona que comete una conducta de agresión sexual, una temática que ha comenzado a estudiarse en mayor profundidad a partir de los años 60' (Marshall. W, 2001), y mucho después se enfocó en el estudio de los adolescentes, al integrar la mirada de derechos humanos de NNA en la visión del fenómeno, no existe abundante bibliografía al respecto ni una única teoría.

Es por ello que, la realización del presente estudio pretende ser un aporte mediante la elaboración de un análisis descriptivo integrativo de las conductas sexuales abusivas e inapropiadas en adolescentes, buscando facilitar una aproximación más al entendimiento del fenómeno donde, a mayor entendimiento, mejor calidad de los diagnósticos e intervenciones realizadas y por tanto, se podría esperar una reducción de las conductas, y el número de víctimas afectadas por esta, ya que, como menciona William Marshall (2001): “una sociedad concienciada ejercerá más presión sobre los gobiernos y los funcionarios que tratan el tema, y podrá sacar a la luz casos de abuso que, de otra forma, permanecerán ocultos” y, como bien habría referido Fiódor Dostoyevski en su libro Crimen y Castigo en 1866, "Nada es más fácil que denunciar a un delincuente. Nada es más difícil que entenderlo", donde al entenderlo no se justifica su actuar, pero sí es posible identificar los factores predisponentes y precipitantes asociados y, prevenir así, su ejecución, reiteración y/o cronificación.

Dicho de otro modo, se entiende que, las agresiones sexuales son las formas más violentas y dañinas que puede existir contra otra persona, siendo transgresiones a los límites del cuerpo e identidad más profundas, dejando no solo marcas, sino huellas imborrables, y en algunos casos, involucran pérdidas irrecuperables tanto para las

víctimas como para sus familias, para la persona que comete la ofensa, y su núcleo cercano.

Para ello, es importante entender en primer lugar, que el/la adolescente que realiza un acto de agresión sexual, no es necesariamente un agresor sexual, al no encontrarse comprometida en su totalidad la personalidad del individuo, por lo que, debemos entenderlo como una fase del proceso y no como una forma rígida de construir o definir su identidad (Castro. A, Ramírez. A, 2016),

Es por este motivo que, el trabajo en esta temática mediante la obtención de información, al no ser un problema que se aborde comúnmente, dado el problema personal, emocional y ético que podría representar el trabajar con los victimarios, sumado a la dificultad de realizar un perfilamiento único para este tipo de conductas debido a su heterogeneidad, es que, se postula la necesidad e importancia de profundizar mediante una comprensión que permita establecer objetivos terapéuticos e interventivos coherentes y apropiados desde la mirada del Supraparadigma Integrativo EIS.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EIS – Breve acercamiento

En base a lo señalado por Roberto Opazo, autor del Supraparadigma Integrativo y coautor junto a Verónica Bagladi, de la Psicoterapia Integrativa EIS, entre otros varios y destacables logros, plantea que, es necesaria la existencia de una buena teoría para que una disciplina avance, por lo que, antes de dejar de lado teorías válidas, hay que hacer un esfuerzo profundo por generar una teoría que sea realmente aportativa, y para que lo sea en psicoterapia, esta debe ser necesariamente integrativa debido a que los seres humanos poseemos una dinámica psicológica que no sólo es compleja, sino también multifacética y

multicompuesta, por lo que, requeriría ser explicada a través de una teoría lo más completa posible que pueda ser capaz de dar cuenta de dichos dinamismos, siendo en sí misma, orientada por la génesis de nuevas observaciones que enriquezcan la teoría misma (Opazo. R, 2017), por lo que, hablamos de una psicoterapia que no es que se plantee y quede estancada en principios que lleguen a ser en un futuro, arcaicos.

En otras palabras, como cita en su libro “Psicoterapia Integrativa EIS, profundizando la comprensión, potenciando el cambio” publicado en 2017: <<como lo ha señalado Henri Poincaré (1989): “Una casa está hecha de ladrillos, así como la ciencia está hecha de datos. Sin embargo, un montón de ladrillos no es una casa, así como un montón de datos no es una ciencia”>> (Opazo. R, 2017, pp. 118).

De esta forma, don Roberto plantea que podemos pretender integrar autores o terapias, pero lo que realmente aporta es integrar el conocimiento válido que proviene de distintas latitudes (Opazo. R, 2017) considerando además que, al parecer, como seres humanos somos simples “y” complejos, por lo que, “¿para qué forzar un “o” cuando lo que aporta es un “y”?” (Opazo, 2005 en Opazo. R, 2017, pp. 132)

En términos más concretos, en clase de Magíster de Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa dictada por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ICPSI, en conjunto con la Universidad Adolfo Ibáñez, en 2018, Roberto Opazo señala que, la Psicoterapia Integrativa lo que hace es plantear una visión donde la psicología observa a la persona desde una mirada de 360°, al considerar que, no es posible alcanzar un empate terapéutico en una persona y que hay que evaluar cada área de esa persona, entendiendo además que, no todas las personas son iguales unas a otras por lo que, lo que se busca desde este postulado es disminuir las brechas que

podieran presentarse. En función de ello, importante es entender que, el evaluar todas las áreas no significa que todas ellas sean importantes de la misma manera en el fenómeno de cada persona, pero si tan sólo se evalúan algunas áreas y no otras, se podría perder información relevante, perjudicando de esta forma más al paciente, pudiendo incluso llegar a ignorar el área donde se encuentre el problema o parte de él. De esta manera, se incluye la evaluación del mundo de significado del paciente, es decir, el cómo traduce esa persona la experiencia, entendiendo que, lo que le importa a un paciente puede no importarle a otro, lo mismo ocurre con la afectación de cada área, es decir, lo que es bueno para un paciente, no necesariamente es bueno para otro, por lo que, desde el psicodiagnóstico integral, uno de los beneficios que se obtienen es poder discernir clínicamente qué es lo relevante a priorizar (Opazo. R, en prensa, 2018).

Esta forma de observar el fenómeno de cada persona/paciente, permite un acercamiento más completo como a la posible génesis de la conducta o afectación que necesitamos abordar. Siendo más efectiva porque a su vez, el desde dónde nos “paramos a observar”, es en base a un sólido y constante estudio respecto a los conocimientos validados científicamente.

DELITO SEXUALES Y SU RELACIÓN CON EL ÁMBITO JUDICIAL

A nivel de estadísticas, durante años, se ha entendido que los delitos sexuales son casi en su totalidad efectuados de hombres a mujeres o de hombres a hombres, pero no desde mujeres. En 1994, se planteaba que existían mujeres que realizaban conductas sexuales inapropiadas, donde sus víctimas serían niños y donde ellas presentarían como “diagnóstico asociado o incluso justificativo”,

la presencia de alguna enfermedad mental, retraso mental y/o la presencia de alcoholismo. Pero incluso antes, en 1980, desde la psicopatología forense, ya se habrían descrito casos en 1846 y 1842 donde una mujer en cada año habría abusado de jóvenes de entre 11 a 15 años, aunque en esta misma lógica, se planteaba que, existía mayor posibilidad de que la mujer participara como cooperadora en agresiones de grupo más que ser la autora perpetradora del acto (Soria. M, Hernández. J, 1994).

Por esta razón, y la falta de antecedentes bibliográficos, es que, el presente se centrará principalmente en conductas sexuales abusivas y/o inapropiadas, perpetradas por hombres y no por mujeres.

En Chile, los delitos sexuales se encuentran normados y penados a través del Código Procesal Penal (CPP) donde se tipifican los siguientes delitos como delitos sexuales: Violación propia e impropia (si la víctima es mayor o menor de 14 años); delitos complejos asociados al delito de violación (homicidio, robo, secuestro, etc.); Estupro; sodomía de menor de edad; abuso sexual (en sus distintos tipos: agravado, calificado, propio, directo, impropio, indirecto, etc.); delitos de explotación sexual de menores de edad asociados a pornografía o prostitución (Cavada. J, 2020).

Por su parte, el Ministerio Penal Público chileno señala que, los delitos sexuales: *“son todos aquellos actos que atentan contra la libertad sexual y la indemnidad sexual de las personas, independientemente de su edad, estrato social, raza, etnia, sexo o nacionalidad”* (Ministerio Público, s/f).

Desde esta definición, niños, niñas y adolescentes (NNA) son más vulnerables a ser víctimas de los delitos sexuales por personas mayores ya que, no se reconoce el consentimiento de la víctima cuando esta es menor de edad debido a la diferencia de experiencias, madurez biológica y

expectativas entre ambos, ocurriendo estos delitos en muchos casos, de manera gradual y no como un evento único (Ministerio Público, s/f).

En este marco, es que, se contempló una adaptación de la ley que fuera atinente para aplicarse a adolescentes entre 14 y 18 años, entendiendo la fase evolutiva en la que se encuentran y que, por tanto, no deben ser juzgados de la misma manera que un adulto. Por ello, se creó la Ley 20.084 que entró en vigencia en julio de 2007 y que hoy se conoce como LRPA, es decir, Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, la que, ajustó las garantías jurídicas establecidas y armonizó el tratamiento que deben recibir los jóvenes que han infringido la ley penal, basado en los estándares que establece la Convención de los Derechos del Niño (CDN), creando un sistema especializado en la justicia juvenil cuyo objetivo es la reinserción de estos (SENAME, s/f).

Antes de la entrada en vigencia de la LRPA, se entendía que adolescentes entre 14 y 16 años eran inimputables penalmente, y entre los 16 y 18 años, se les aplicaba un examen de discernimiento con la finalidad de verificar la consciencia del delito cometido cuyo resultado se encontraba bajo la determinación de un juez. En caso de ser condenado, pasaba por el mismo proceso e ingresaba a los mismos centros de reclusión que un adulto (BCN, 2008).

Cabe señalar que, a partir del 01 de octubre de 2021, el Servicio Nacional de Menores dejó de ser responsable del área de Protección de infancia, pasando dicha responsabilidad al nuevo Servicio Mejor Niñez, donde, entre otros temas, no sólo los NNA que han sido “vulnerados” sino que, también quienes han cometido conductas delictivas o inapropiadas contra propiedades, objetivos, personas u otros, y que son inimputables bajo la LRPA, es decir, son menores de 14 años, pasan a ser derivados e intervenidos bajo el alero de dicho nuevo servicio.

Pero existen casos que no llegan mediante la LRPA, sino que, a través de un proceso judicial del Tribunal de Familia, es decir, desde el ámbito de protección, quienes, dentro de su oferta, mantienen los Programas Especializados para Agresores Sexuales (PAS), o conocidos actualmente como Programas que intervienen con NNA que han incurrido en prácticas sexuales abusivas, que trabaja con un perfil de 10 a 17 años (SENAME, s/f).

De esta forma, la misión del Servicio Mejor Niñez, tal como lo indica en su página web es:

“Proteger, restituir derechos y reparar el daño de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados (...) Aspiramos a que, en un marco de protección de derechos, cada niño, niña y adolescente recupere la confianza en sí mismo y en su entorno, que le permita establecer vínculos sanos y desplegar al máximo sus potencialidades para desarrollarse y vivir en plenitud”. (Servicio Mejor Niñez, 2021)

OFENSORES SEXUALES - CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL

Las agresiones sexuales, son conductas que han estado presentes en nuestras sociedades desde hace mucho, mucho tiempo, algunos incluso lo señalan desde el inicio de los tiempos de la humanidad, aunque existan personas que piensen que es un fenómeno que se está dando durante la última época, basados en la gran atención que se le ha dado en los últimos años (Marshall. W, 2001).

El abuso sexual es más común de lo que se piensa, donde sólo un 2% del abuso al interior de la familia y el 6% fuera del núcleo familiar es denunciado realmente a las entidades policiales, siendo mayormente entes externos como profesionales de la salud, vecinos, servicios sociales, quienes detectan y denuncian, más que la propia familia (Koss, 1983 en Soria. M, Hernández. J, 1994).

Si nos basamos en estadísticas penales de 1997 según el Ministerio del Interior de 1998, los

delinquentes sexuales jóvenes serían en su mayoría hombres en su etapa de adolescencia media o tardía (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999).

En Chile, según el informe del Boletín estadístico 2019, dicho año, las denuncias por Delitos sexuales presentaron un aumento de un 24,81% respecto al año anterior, destacando que, por el delito de abuso sexual, el aumento se dio en un 25,35%, mientras que, por el delito de violación, el aumento fue de un 22,9%. Del total de ambos, el 71,36% de las víctimas eran menores de 18 años (Ministerio Público Chileno, 2019). Lo que no aclara dicho informe, es cuántos de dichos delitos son cometidos por menores de edad.

Ahora bien, si observamos los resultados arrojados por el Boletín Anual 2021 de la Fiscalía chilena, es posible observar que, según lo señalado en el capítulo IV de Información Ley 20.084: Responsabilidad Penal Adolescente, hubo durante ese año, a nivel nacional, un total de 1.590 casos ingresados por delitos sexuales de los que, 487 (30,6%) fueron ingresados entre las 4 Fiscalías de la Región Metropolitana, aunque si lo observamos por sí solos, el mayor ingreso se da en la quinta región con 193 casos (Ministerio Público, 2021).

En función de las estadísticas, es posible señalar que, la edad en la que se manifiesta con mayor frecuencia el abuso sexual es en la etapa media de la vida (entre los 30 y los 50 años). No deja, sin embargo, de ser preocupante que el 20% de las agresiones sexuales sean cometidas por adolescentes y que el 50% de los abusadores sexuales mayores hayan llevado a cabo sus primeras conductas cuando tenían menos de 16 años (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Ahora bien, según William Marshall quien ya estudiaba y abordaba este tema en 2001, cuando se hace pública la realidad del problema, sectores como, por ejemplo, la clase alta o de profesionales, mantienen que, este tipo de conductas abusivas no

se da en su grupo. Dicha conducta, puede verse influenciada por la imagen de “monstruo” que tenemos de la persona que agrede sexualmente a otra, la que, no es del todo acertada debido a la heterogeneidad del perfil de estos (Marshall. W, 2001) Lo cierto es que, los “abusadores” son personas con apariencia normal, de estilo convencional y de inteligencia media y no psicóticos (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009, pp. 81).

El abuso sexual implica un alto costo económico y emocional, por lo que, todo lo que se haga para reducir las conductas sexuales delictivas, evitará que personas inocentes sufran, e implicará un ahorro para los contribuyentes. Además, es mucho mejor prevenir el abuso que curar a los involucrados, pero para ello, se requiere dejar de enfatizar el castigo como medida y dirigir los esfuerzos en la prevención al ser un problema social y, por tanto, la sociedad completa debe implicarse en el trabajo por reducir su incidencia, agregando que, en Estados Unidos, se ha optado por una actitud más punitiva, pero a pesar de ello, el índice de criminalidad no se ha visto considerablemente afectado, por lo que, se mantiene alto (Marshall. W, 2001).

Entonces ¿Qué debemos hacer? – según William Marshall, la clave está en intentar entender a los agresores sexuales, incluso cuando sus actos nos parezcan repulsivos ya que, de esta forma, es posible diseñar estrategias de prevención que pudieran permitir el desarrollo de un tratamiento psicológico y con ello, disminuir el riesgo de reincidencia, ello, ya que, según este autor, la mayoría de las personas acusadas de agresiones sexuales, podrían desarrollar cambios y reintegrarse a la sociedad si de les da una oportunidad, aunque también se encuentra de acuerdo en que el encarcelamiento es una de las respuestas ante estos casos, pero acompañado de tratamientos efectivos que permitan prevenir

futuras agresiones, los que sólo se pueden originar desde el estudio científico del comportamiento de estos individuos, por tanto, se hace indispensable investigar al respecto.

En este contexto - y en línea con lo que plantea Roberto Opazo-, una teoría descansa en dos aspectos *“cómo se integra en el marco teórico existente y qué nuevas predicciones permite hacer”*, por lo que, para poder elaborar un tratamiento eficaz, es necesario primero, estudiar científicamente a estos ofensores, o delincuentes como él los denomina (Marshall. W, 2001).

Según estudios norteamericanos realizados por ATSA en 1997, sin embargo, la mayoría de los adolescentes que cometen agresiones sexuales, no necesariamente realizan prácticas sexuales abusivas cuando llegan a la edad adulta, y si bien, cumplen más con un perfil heterogéneo, estos jóvenes parecieran tener en común, una serie de déficits en cuanto al desarrollo de habilidades sociales los que, a menudo se expresan en aislamiento social, habilidades de citas y conocimientos sexuales ausentes, altos niveles de ansiedad social, entre otros (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999), o con presencia de conductas disruptivas, orientación sexual dirigida a los niños, altos niveles de distorsiones cognitivas, historia vital de maltrato grave, presencia de rasgos psicopáticos, con dificultad de control de impulsos, deseos de poder y presencia de abuso de alcohol y/o droga (Save the Children, 2001).

Por ello es que, el esfuerzo principal se ha centrado en el desarrollo y utilización de técnicas psicológicas, con tratamiento farmacológico como apoyo, debido a que, rara vez, la utilización de la farmacología sería efectiva por sí sola.

Con la conjunción de ambas técnicas de tratamiento, se espera una reducción del número de víctimas de agresión sexual en el futuro, más, estos resultados sólo se esperarían en un limitado grupo de víctimas, es decir, aquellas potenciales en

que el agresor ya haya realizado un tratamiento completo (Marshall. W, 2001), dejando en un posible desamparo a las posibles víctimas de quienes no tienen acceso a tratamientos eficaces, por diversos motivos.

Ahora bien, como señala este mismo autor, nos queda aún camino por recorrer en lo que refiere a desarrollar tratamientos idóneos para este perfil de pacientes, donde sólo se podrá avanzar realmente en ello, cuando los gobiernos comprendan la necesidad y emprendan acciones exhaustivas y los ciudadanos trabajen en problematizar conductas normalizadas que facilitan las agresiones sexuales. Sólo ahí, podríamos ver cambios reales (Marshall. W, 2001).

Cuando nos encontramos ante la pregunta más básica respecto al tema, suele ser *¿Quiénes son los agresores sexuales?* Y lo primero que se tiende a responder, incluso por estudiosos en el tema como Douglas. J y Burges. A, en 1995 y Urra. J, en 2002, es que estos corresponden a hombres, pero la realidad refleja que, suelen ser de todas las profesiones, razas y grupos étnicos, siendo la mayoría conocidas ya por la víctima, y muchas veces, adultos en los que el/la niño/a debería poder confiar, según diversos autores citados por William Marshall en su libro publicado en el año 2001 (Marshall. W, 2001).

En esta misma línea, publicaciones de Save the Children señalan que: *“casi uno de cada tres agresores sexuales es menor de edad (...) muchos de ellos fueron en su día víctimas de abusos sexuales que repiten patrones de violencia”* (Save the Children, 2001, pp. 159).

Ahora bien, si buscamos elaborar un perfil, existen diversas teorías (las cuales no profundizaremos debido a que, no existiría comprobación de su precisión ni un consenso asociado), pero estas mantienen en común finalmente, el carácter heterogéneo que va más allá de la teoría, es decir, al momento de

enfrentarnos con los casos en la práctica, los ofensores sexuales serían un reflejo de la población general, donde ninguna persona parecería exento de cometer una conducta de estas características. De esta forma, sólo podremos identificarlos si es que un tribunal los condena o si ellos mismos confiesan (Marshall. W, 2001).

Por su parte, Finkelhor en 1979, se encontró en un estudio con que el 34% de las mujeres y el 39% de los hombres que recordaban haber tenido al menos un encuentro sexual durante su infancia con alguien que tuviera cinco o más años que ellos, informaron que, el mayor tenía entre 10 y 19 años (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999), lo que, iría en la misma línea de lo señalado por autores como W. Marshall respecto a que, los adolescentes también cometen agresiones sexuales, e incluso, en este estudio se ampliaría el rango hacia niños de 10 años.

Por otro lado, en estudios de prevalencia realizados en 1992, se consultó a adultos si habían sido víctimas de abuso sexual en su infancia, donde se reveló que, entre el 7 y 62% de las mujeres y entre el 3 y 16 % de los hombres, habían sido víctimas de este delito durante su desarrollo infanto-juvenil (Wurtele y Miller-Perrin, 1992 en Marshall. W, 2001).

Señalado en la misma bibliografía de Save the Children, investigadores tales como Abel et al., en 1985, se encontraron con que, aproximadamente la mitad de los delincuentes sexuales adultos con los que trabajaron, informaron haber comenzado a realizar ofensas de carácter sexual durante su etapa de la adolescencia. (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999).

Distinto, es el caso en que según el modelo traumagénico que desarrolló Finkelhor y Brown en 1986 respecto a la dinámica que se da en algunos casos donde el mecanismo por el cual algunos niños que han sido abusados en su infancia pasan a realizar conductas abusivas de carácter sexual

hacia otros como parte de una respuesta a sus propias experiencias de abuso (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999).

Desde otro punto de vista, la significación de experiencias desde la traición, pueden ser a su vez una consecuencia del abuso, disminuyendo la capacidad de formar relaciones apropiadas, y facilitando el desarrollo de sentimientos de hostilidad, desconfianza y posibilidad del deseo de represalia, e incluso, ser o sentirse estigmatizado tras el abuso pudiese facilitar aún más el desarrollo de una autoimagen corroída y generar la necesidad o incluso la mera sensación de un mayor aislamiento, aumentando el efecto de los otros factores (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999).

Skuse et al, en 1997, citado por la publicación de Save the Children en 1999, refieren haber identificado ciertos factores que podrían aumentar el riesgo de un comportamiento abusivo en la esfera de la sexualidad, más allá de si esta persona fue o no víctima de abuso sexual en su infancia y es que, tendría mayor preponderancia el haber sido víctima de abuso físico agravado por el rechazo familiar, lo que, contribuye a la falta de experiencia de la formación de accesorios personales de calidad (Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999).

Sin embargo, dicha experiencia estaría lejos de ser un factor predictivo para realizar una conducta sexualmente inapropiada en el futuro ya que, tan solo la mitad de los jóvenes que han abusado de otros, habrían experimentado una vivencia de victimización sexual según una cifra estimativa aproximada (Bentovim y William, 1998, en Masson. H, Erooga. M, Save the Children, 1999).

Es por lo ya explicitado que, es posible afirmar que, las personas que cometen agresiones en la esfera de la sexualidad no son tan distintos al resto como para lograr distinguirlos y diferenciarlos con facilidad, pero es importante recordar que, en cada

cruce hacia el camino de la conducta desviada, se presentan oportunidades para cambiar el curso de la conducta (Marshall. W, 2001), lo que, nos deja un panorama mucho más alentador del que se cree en algunas áreas. (Marshall. W, 2001).

Por otro lado, Koss, Dinero y Seibel en 1988, señalan que, en el caso de la violación, existen diferencias si estas se dan por parte a un conocido o a un extraño ya que, los conocidos suelen ser menos violentos excepto en casos de violaciones intrafamiliares que ocurren en contexto de consumo de alcohol o drogas. En esta misma línea, Siegel y sus colaboradores, un año después señalan que, cuánto conocimiento previo tiene el agresor sobre la víctima, determina la resistencia que esta pondrá (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Se sabe que, en general, las violaciones que terminan en una condena judicial suelen ser conductas donde hubo presencia de violencia, humillaciones y degradaciones contra la víctima, pero lamentablemente, la mayoría de los casos no serían denunciados, inclusive, considerando aquellos atendidos por profesionales. (Marshall. W, 2001).

Continuando, previo a la ejecución de la conducta sexualmente abusiva, la persona que comete la conducta realiza un proceso de evaluación a nivel cognitivo el que, le ayuda a decidir si realizará la conducta o no, escogiendo a su víctima de forma previa a la dinámica interactiva, momento en el que, evalúa los riesgos y beneficios de ejecutar la acción y su capacidad de controlar a la víctima y la situación. Es más, ni en los casos de conductas “impulsivas”, el agresor deja de evaluar los posibles riesgos de su conducta. Denno en 1986, plantea que, desde la perspectiva del agresor, no encontró evidencia de que la vulnerabilidad de la víctima fuera un incentivo para realizar o no el delito (Soria. M, Hernández. J, 1994).

Lamentablemente, aún no se contemplan todos los tipos de conductas sexuales inapropiadas en este concepto al no incluir, por ejemplo, en el marco legal-universal, la violación dentro del matrimonio (Soria. M, Hernández. J, 1994). Y, no fue sino hasta 1989, es decir, hasta hace sólo 33 años atrás, que no se aceptaba que un hombre fuese violado como una posibilidad plausible (Ruiz-Rico, 1991 en Soria. M, Hernández. J, 1994), e incluso, hasta hace algunos años, aún se penalizaba en varios países del mundo, las relaciones homosexuales consentidas entre adultos.

En Inglaterra hasta hace algún tiempo, se consideraba que desde los 16 años era posible consentir un acto sexual de índole heterosexual o lésbico, más para las relaciones homosexuales entre varones, estas estaban permitidas desde los 21 años (West, 1987 en Soria. M, Hernández. J, 1994) Mientras que, por otro lado, se señala que, no existen datos precisos de incidencia y se considera que por cada agresión homosexual hay dos heterosexuales (Revitch y Weiss, 1962).

En la actualidad, aún no hay un consenso global sobre cuál es la edad mínima de consentimiento, variando entre países (Soria. M, Hernández, J, 1994). En Chile y Colombia, entre otros, actualmente, esta es desde los 14 años, mientras que, en otros es de 16 años, y en otros, incluso ha sido de 12 años. Ello ha llevado a que, cuando se habla de consentimiento, muchas veces se habla de la conducta sexual entre extraños y no entre conocidos o parejas. Lo bueno es que, en Chile ya se encuentra penalizada esta conducta bajo concepto según edad, sea entre jóvenes que mantienen y/o mantuvieron una relación sexual consentida, haciendo excepciones según diferencias de edad, contexto, presencia de coerción, tipo de relación, entre otros (Pizarro. M, 2021, quien redacta el presente artículo, en prensa).

Dicho de otro modo, la agresión sexual puede observarse desde una mirada psico-jurídica, que implica un fenómeno sociocultural, posee un perfil transcultural, se entiende la sexualidad como un valor socialmente protegido, con factor dominante la agresión en diversas formas mediante una conducta interpersonal de contenido sexual, donde el objetivo no es meramente la satisfacción sexual (Soria. M, Hernández. J, 1994).

La evaluación de estos casos se recomienda, se hagan mediante entrevistas semiestructuradas con la persona que es acusada de realizar la conducta agresora y las personas de su entorno, principalmente aquellas significativas afectivamente, realizando una evaluación que integre todas las variables (Save the Children, 2001).

En este sentido, hay quienes sugieren que, facilitar que la persona reconozca su responsabilidad, y que su conducta supone un problema y, por tanto, puede modificarse, debe ser el primer objetivo de la intervención, ya que en ocasiones, es posible encontrarnos con negación como mecanismo de defensa ante lo traumático que puede implicar el reconocerse agresor sexual de otra persona, principalmente, si esta es menor en edad, mientras que, en otros casos, la negación puede ir incluso más allá, negando haber sido víctima previamente en los casos en los que sí lo fue. Por ello, si bien podría ser el primer objetivo, puede que este no se produzca sino hasta ya avanzado el tratamiento y en ocasiones, este reconocimiento no se va a producir (Save the Children, 2001).

Cabe señalar que, cuando se reconoce el hecho por parte de la persona que realiza la agresión, ésta en primera instancia puede no ser verbal ni directa, pero que, de igual manera, forma parte del proceso paulatino que se da en algunos casos al ser un reconocimiento muy ansiógeno (Pizarro. M, 2021, en prensa).

Estudios realizados en el ámbito forense asociado a los casos de negación de la conducta, se ha identificado la presencia de negación de los hechos, de la identificación de la víctima (la desconocen) e incluso, cuando no lo hacen, llegan a establecer la existencia de consentimiento (Soria. M, Hernández. J, 1994).

En Chile, lamentablemente hay pocos programas que se dirijan a la prevención primaria y terciaria en cuanto a personas que han cometido una ofensa sexual contra otras, sino más bien, se ha puesto énfasis en la prevención secundaria y terciaria de las víctimas, lo que, es posible observar con una simple búsqueda de las estrategias gubernamentales, escolares, entre otras (Pizarro. M, 2021 – Palabras de la redactora del presente artículo).

Y en general, los programas enfocados en la prevención de las conductas abusivas en la esfera de la sexualidad suelen centrarse casi exclusivamente en la prevención de la victimización (Marshall. W, 2001).

En este sentido, desde hace muchos años, se han escrito libros e informativos que enseñan sobre cómo evitar y prevenir ser víctima de abuso sexual, los que, tienden a mostrar la diferencia entre un tocamiento impropio y uno inapropiado, pero describiendo al agresor como un extraño o poco conocido, cuando es más probable que los agresores sean los mismos padres, hermanos, primos u otros familiares (Marshall. W, 2001).

Otro método de prevención es una adecuada educación sexual la que, debería impartirse en el hogar y en el colegio, seleccionando material de apoyo según la etapa etaria de cada NNA, intentando crear un ambiente que permita el realizar consultas y hablar respecto a dudas, inquietudes, mitos y otros, tanto en contexto académico como familiar. ya que, en ocasiones el agresor se aprovecha de la ignorancia del NNA y su curiosidad por la sexualidad (Marshall. W, 2001).

Desde esta mirada, aquellos programas que trabajan con la prevención de cómo evitar ser víctima de... acaban responsabilizando a la víctima sobre la agresión sufrida al insinuar que, son estas quienes, con sus comportamientos o faltas de precauciones, invitan a que sean violadas o abusadas (Marshall. W, 2001).

Es por todo lo señalado que, se debe intentar reducir la probabilidad de que, las personas que ya han cometido una conducta de abuso sexual reincidan (Abel y Reousseau, 1990, en Marshall. W, 2001).

Otra de las variables que suelen relacionar con los delitos sexuales es la ingesta de alcohol o incluso el problema de alcoholismo, pero desde la perspectiva forense, el alcoholismo severo se ha visto mayormente relacionado con el abuso intrafamiliar que, con la violación, y en los casos en que esta se produce, no es planificada, sino vista como el “aprovechar una oportunidad” de algún sitio solitario o alguna situación de mayor intimidad con la víctima (Soria. M, Hernández, J, 1994).

La principal dificultad con la que es posible encontrarse al momento de trabajar con “ofensores sexuales” es que, suelen presentar una escasa motivación para cambiar la conducta y, por tanto, escasa motivación para la terapia, siendo pocos los que en realidad se presentan, siendo principalmente motivados por problemas emocionales que se asocian a conductas sexuales, pero en general, la mayor presión es la consecuencia y presión judicial, familiar o incluso social (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009) y/o cuando estas conductas suponen una alteración en su adaptación (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Debido a que todo ello implica una mirada y trabajo clínico exhaustivo y preciso, de evaluación constante y bajo conocimiento de la temática, es que, quien realice este trabajo, debe estar

capacitado desde la mirada del ofensor y de la víctima (Pizarro. M, 2021, en prensa).

Los puntos que sí deben evaluarse y abordarse, se relacionan con la identificación y control de los estímulos de las situaciones que pudieran implicar un alto riesgo de reiteración de la conducta, evitando cualquier situación que lo exponga y facilite la conducta abusiva. En ese sentido, nos encontramos con los casos en que el control de los estímulos es más complejo y en ese caso, se recomienda la salida temporal de la persona en tratamiento, del hogar familiar o donde se encuentre (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Así mismo, es importante que, “el agresor” tome conciencia de cuáles son las consecuencias punitivas para él, tanto a nivel familiar, social, personal y judicial, y hay quienes recomiendan que, lo haga en una lista que lleve consigo con la finalidad de poder releerla en los momentos de mayor complejidad y dificultad de control (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Dentro de las estrategias de tratamiento, es importante incluir los tratamientos grupales. En el caso de adolescentes, esta puede ser de ayuda al sentir que no es el único a quien le pasa lo que experimenta, y el grupo puede convertirse en un espacio que le proporcione estabilidad y oportunidades educativas, así como también, de poner a prueba y mejorar sus habilidades sociales (Save the Children, 2001).

La intervención familiar es de gran relevancia debido al impacto que puede generar su respuesta en cuanto al proceso de reconocimiento y tratamiento de cada caso. En este sentido, en la familia se puede presentar culpa, incredulidad por el hecho de que el/la NNA haya podido realizar dicha conducta, incluso padres que piensan que sus vidas estarían mejor de no haber tenido ese/a hijo/a, entre otras situaciones. El incluir a la familia, permite que padres e hijos puedan hablar

directamente sobre cómo se sienten, además de, enseñarles a los adultos a escuchar e identificarse con su hijo/a (Save the Children, 2001).

Es importante tener en claro que, se asuma o no la responsabilidad de la conducta por parte del/a NNA, no sólo se deben tener en cuenta los aspectos legales y de protección, sino también aquellos interactivos de las disfunciones familiares, permitiendo de este modo, que no se rompan totalmente los lazos, y que se tomen decisiones y discusiones en conjunto tras el episodio respecto a evitar la reiteración de la conducta, con la precaución de no diluir responsabilidades (Save the Children, 2001).

En Canadá, no sólo realizan tratamiento específico para lo que denominan delincuencia sexual, sino que también, ofrecen otros programas de enfoque cognitivo conductual dirigido a otros aspectos asociados a otras dificultades que pudiesen presentar, y que se encuentran relacionados con la conducta delictual y en el que, participan junto con delincuentes no sexuales. Estos programas abordan el control de la ira asociado con la agresión física, el abuso de sustancias, la dificultad de la resolución de problemas, afrontamiento adecuado de problemas, parentalidad respetuosa, entre otros (Marshall. W, 2001).

En Chile, en el caso de los Programas de Salida Alternativa (PSA) de la Corporación Opción, se realizan además del abordaje de la conducta sexual, talleres psicoeducativos que abordan, al igual que como se señaló en las prisiones de Canadá, independiente del delito por el que lleguen, según las necesidades identificadas en el proceso diagnóstico de cada caso, se busca informar, promover la reflexión y problematización de diversos conflictos y necesidades. (Pizarro. M, 2021, en prensa).

El programa para el Control de la Agresión Sexual, CAS-R, de la Corporación Opción en Chile,

propone un proceso diagnóstico y de tratamiento, siendo en este último caso, a través de sesiones individuales y grupales, en las que, participa la familia por separado y dentro de la dinámica grupal. Cada grupo, se evalúa previamente con la finalidad de que, las características de los integrantes no resulten iatrogénica al momento de unirlos en la dinámica grupal (Vásquez. O, 2020, en prensa).

A diferencia de lo que se cree, Echeburúa y Guerricaecheverría plantean que, es necesario que se normalicen las relaciones del “agresor” con la víctima y las personas de su entorno con la finalidad de que, este sea capaz de diferenciar las muestras de afecto adecuadas, de aquellas que implican un comportamiento abusivo (Save the Children, 2001). Por lo que, mantener separados a víctima y victimario por siempre, no necesariamente es la respuesta de acción, aunque dependerá de diversas variables que deben evaluarse junto con los profesionales que pudiesen estar trabajando con la víctima.

REVISIÓN SEGÚN CADA PARADIGMA.

Es importante señalar que, a lo largo de los párrafos que a continuación se presentan, se realizan citas respecto a lo que refiere don Roberto Opazo en su libro “Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión, Potenciando el cambio”, según su investigación realizada por más de 12 años respecto a los 6 diversos paradigmas del ser humano, información que, se entrecruza con lo señalado por la bibliografía existente sobre las conductas sexuales inapropiadas y/o desviadas, por lo que, es menester aclarar que, al momento de citar al psicólogo Opazo, no se está insinuando en ningún momento que él aluda en alguno de sus libros citados a la temática aquí abordada.

Paradigma Biológico

No es posible comenzar este análisis, sin el Paradigma Biológico, pues *“todo hecho psíquico tiene su correlato biológico”* (Opazo. R, 2017, pp. 219), no habiendo ningún aspecto de este que no se relacione con un cambio en este nivel, aunque hay algunos procesos que son meramente biológicos. *“Sin embargo, cuando estos hechos biológicos influyen en etiologías y cambios psíquicos, pasamos a situarnos en lo que denominamos Paradigma biológico”* (Opazo. R, 2017, pp. 219).

Bajo este entendimiento, si bien, sabemos que somos más que la suma de nuestros genes y de la interacción de estos con el ambiente (Opazo. R, 2017), sabemos también que esta interacción puede afectar el desarrollo y/o actividad sexual. En 2001, se proponía que, en los hombres, el impulso sexual y la tendencia hacia la agresión, se relacionaban con la activación en las mismas áreas cerebrales, así como también, el sistema hormonal que determinaría el sexo de cada persona, desempeñaría también un papel importante en la agresión, entendiéndose que, a mayor testosterona, mayor preponderancia hacia reacciones agresivas, mientras que, por otro lado, la experiencia de cada humano podría ser determinante al momento de escoger el camino que tomará la motivación sexual (Marshall. W, 2001).

Ahora bien, una influencia biológica por sí sola, no bastaría para generar un desajuste psicológico, pero suele ser con mayor frecuencia el facilitador biológico de dichos desajustes, las inclinaciones genéticas. En este contexto, hay que considerar que, el 75% de nuestro cerebro se desarrolla en función de la interacción que tiene con su entorno (Opazo. R, 2017) lo que, confirmaría que el cuerpo y ambiente son interactuantes e influyentes entre sí.

Dicho ello, ¿será que las experiencias traumáticas de los padres modifican sus genes y estos son heredados ya modificados por sus hijos,

sumado a ello, se potencia con el estilo de crianza devenido de la significación (sana o no) de estos traumas?

Cuando la interacción que mantiene el cerebro con el ambiente es muy pobre, se espera que se presenten consecuencias negativas de alto impacto (Opazo. R, 2017).

Jorge Barudy y sus colaboradores abordan, trabajan e investigan sobre estos temas, y en su libro *“la inteligencia maternal”*, explican que, la calidad de las relaciones de los niños y los adultos, es en gran parte, determinante de cómo se desarrollará ese NNA, por lo que, quienes crezcan en un ambiente con constantes situaciones de violencia a nivel familiar, social, cultural, con desigualdades normalizadas, se ven perjudicados a nivel de una posible elaboración de traumas los que, suelen ser crónicos o incluso acumulativos, por lo que, estas experiencias y contextos no sólo afectarían a los padres/madres, sino también a sus hijos (Consuegra. G, 2015).

Como el mismo Jorge Barudy señala: *“La mente infantil emerge del interfaz entre las experiencias relacionales de un niño con sus progenitores y la estructura y funcionamiento de su cerebro”* (Barudy. J, 2013) Por ello, plantea que, la desnutrición y la negligencia afectiva, son considerados por él y Dantagnan como las peores formas de maltratos a NNA (Barudy. J, Dantagnan. M, 2006 en Barudy. J, 2013), y mantiene que, existen diversas investigaciones que han probado que la ausencia de estimulación táctil, continua y de calidad en la primera infancia, tienen un fuerte carácter destructivo para la maduración del cerebro y sistema nervioso infantil (Barudy. J, 2013).

William Marshall, en línea con ello, propone que, los hombres deben aprender a controlar sus impulsos innatos de satisfacción de sus propios deseos, especialmente aquellos relacionados con las conductas sexuales y la agresión, a pesar de

que, reconoce la existencia de factores que podrían interferir en el desarrollo de ciertos inhibidores que, bajo ciertas circunstancias, facilitarían la unión entre estas dos variables en determinados individuos con cierta predisposición genética (Marshall. W, 2001).

Existen estudios que muestran la relación de la biología con influencias del desarrollo de ciertos aspectos de la personalidad, conductas, afectos, etc. Entre estos, algunos se orientan a que el tamaño de la amígdala se relaciona directamente con el nivel de sociabilización de una persona (Biekart, Wright, Dautoff, Dickerson y Barrett, 2011, en Opazo. R, 2017).

Según los estudios de Gómez y sus colaboradores, algunos factores biológicos podrían facilitar afectos disfóricos, es decir, una propensión genética que los podría llevar a desarrollar niveles altos de introversión y, por tanto, poca sociabilidad, seriedad, reflexividad, rigidez, dificultad para disfrutar, pesimismo (Gómez et al., 2000, en Opazo. R, 2017). En este aspecto, el coeficiente de heredabilidad que presentaría la introversión según estudios sería de 0.50 (Bouchard, 1999, en Opazo. R, 2017).

También sucedería esta correlación con afectos “negativos” o disfóricos con la herencia a la propensión de altos niveles de neuroticismo (Gómez et al., 2000, y en Robinson et al., 2007 citados en Opazo. R, 2017), el que, involucraría mayor inestabilidad emocional, vulnerabilidad a la angustia, susceptibilidad, tensión, irritabilidad, inclinación a la preocupación, a la inseguridad (Eysenck y Eaves, 1974 en Opazo. R, 2017); así como también con auto-culpa, pensamiento de deseo, tornarse pasivo y solitario (Kato y Pedersen, 2005 en Opazo. R, 2017, pp. 232); siendo el coeficiente de heredabilidad correspondiente a 0.49 (Eysenck y Eaves, 1974 en Opazo. R, 2017).

El mismo Roberto Opazo, destacó la relación de la genética en la etiología del neuroticismo y la

introversión, así como también, que existiría una correlación entre identidad-introversión-neuroticismo (Opazo. R, 2001 en Opazo. R, 2017).

“La timidez es uno de los aspectos más hereditarios de la personalidad” (Plomin, 2010, p.67 en Opazo. R, 2017, pp. 234). Incluso, se estima que la autoestima tiene factores genéticos y no sería sólo conformada por la interacción social, por lo que, podría actuar sobre características de temperamento (Kendler, Gardner y Prescott, 1998, en Opazo. R, 2017). Así mismo, *“cualquier déficit en el accionar de la oxitocina pone en riesgo la seguridad personal, y la autoestima; adicionalmente, el déficit aumenta la vulnerabilidad a la ansiedad”* (Opazo. R, 2017, pp. 243).

En un estudio realizado por Roberto Opazo con una muestra de casi 3 mil personas, se documentó que, a mayor introversión y neuroticismo, mayor sería el empobrecimiento de los niveles de autoimagen, autoestima y expectativas de autoeficacia; fortaleciendo la idea de que, las predisposiciones genéticas influyen en la autopercepción, autoconcepción y auto apreciación (Opazo. R, 2001 en Opazo. R, 2017).

Barudy en función del conjunto de datos que ha obtenido mediante investigaciones propias, con otros, etc., lo llevan a señalar que, estos no son compatibles con la idea de que, el cerebro de NNA puede desarrollarse al margen de las influencias del entorno humano y social con el que se relaciona de manera permanente, por lo que, sea bueno o malo el contexto en que este desarrollo se dé, presenta una influencia evidente para el desarrollo del cerebro y la mente (Barudy. J, 2013).

Miembros de una misma especie, desarrollan pautas idénticas de comportamiento agresivo bajo determinadas condiciones, independiente de si crecieron o no en un ambiente que fuese propicio para aprender dicha conducta (Ebil – Eibesfelt, 1977 en Marshall. W, 2001, pp. 53).

Retomando la relación testosterona-agresividad planteada más arriba, si bien, la testosterona es la hormona sexual más investigada en los hombres, las primeras teorías biológicas aludían a elevados niveles en hombres que realizaban conductas delictuales sexuales (Berlín y Meinecke, 1981; Meyer-Bahlburg, Nat, Boon, Sharma y Edwards, 1974 en Marshall. W, 2001), pero son pocos los estudios que han logrado establecer una correlación realmente significativa entre una hormona sexual específica y las conductas sexuales delictivas (Grubin y Mason, 1997; Hucker y Bain, 1990 en Marshall. W, 2001).

Aun así, en otro estudio realizado esta vez por Honk et al en el año 2001, donde se le administró testosterona a un grupo de mujeres, los resultados arrojaron que, se redujo significativamente la capacidad empática en las 16 mujeres que participaron (Opazo. R, 2017).

Lo cierto es que, si bien, hay hombres capaces de utilizar la agresión, amenaza, o incluso la coerción para obtener beneficios sexuales, a pesar del placer y la gratificación que podría provocarles, no todos la utilizan (León, 1969; Storr, 1972; en Marshall. W, 2001), incluso hay quienes acosan a niños, y si bien todos podrían hacerlo, la gran mayoría de ellos no lo hace (Marshall. W, 2001).

Si las conductas responsivas agresivas y sexual fueran plenamente distintas, sería posible distinguir la una de la otra, pero según algunos autores, ello no es así ya que, ambas respuestas compartirían los mismos sustratos neuronales (Adams, 1968; MacLean, 1962), pareciendo tener entre estas conexiones neuronales, una alta similitud (Valzelli, 1981), sumado a que, según Moyer en 1976, los esteroides que activan la agresión activan a su vez, el sexo (Marshall. W, 2001); mientras que, las hormonas sexuales esteroideas tienen dos funciones en el comportamiento sexual y en el comportamiento agresivo, estas son, organizativa y activacional

(Bronson y Desjardín, 1969; Money, 1965 en Marshall. W, 2001).

A nivel evolutivo, la pubertad y los primeros años de la adolescencia, son etapas importantes que permiten aprender a expresar y canalizar tanto el sexo como la agresión, por lo que, según refieren Contoni y Marshall en 1999, los comportamientos sexuales en las primeras etapas de la adolescencia, podrían servir como predictores confiables de la existencia o no de conductas sexuales delictuales en la adultez, sin embargo, depende también de los aspectos biológicos ya que, por ejemplo, altos niveles de esteroides sexuales pueden hacer que sea muy difícil controlar una agresión sexual (Marshall. W, 2001).

Por lo señalado es que, de todas formas, es en su etapa de crecimiento cuando el hombre debe aprender a separar la conducta sexual de la conducta agresiva, y a inhibir la conjunción de ambas, aprendiendo que, no deben utilizar la fuerza o amenazas para satisfacer sus deseos sexuales, ni conductas que sean humillantes o causen temor en sus parejas (Marshall. W, 2001).

No obstante, lo señalado, lo cierto es que, cada persona desarrolla aquellos desajustes psicológicos que son facilitados por su biología, pero también hay quienes presentan pocos facilitadores hacia ello, por lo que, podemos decir que, “a contrario sensu” como dice el psicólogo Roberto Opazo, una “adecuada biología” puede disminuir la probabilidad de desarrollar desórdenes psicológicos, poniendo resistencia y sustentando el desarrollo personal (Opazo. R, 2017).

Debido a que, no somos sólo biología o sólo emociones, o sólo ambiente, se entiende que, los factores de desarrollo y ambientales, parecen determinar o influir en conjunto, respecto a la forma en que se expresarán las necesidades sexuales y se controlarán las conductas agresivas, entendiendo que, podrían presentarse circunstancias que llegasen a desinhibir los

controles socialmente arraigados, de la misma forma que tendencias sexuales delictivas específicas pueden desarrollarse en hombres “pro-sociales” (Marshall. W, 2001).

No es de extrañarse, que las personas sientan según cada etapa del ciclo vital, interés por las conductas sexuales, el que, como impulso, tiene una clara base genética ya que, sin este, posiblemente, no hubiésemos sobrevivido como especie, pero en el caso de las personas que cometen delitos sexuales, el problema se da en la dirección en que se manifiesta este interés sexual (Marshall. W, 2001), y no hablamos de la orientación sexual como parte del grupo LGTBI+, sino como camino para la realización de las conductas.

Si bien, la intensidad del impulso sexual varía según persona a persona, en el caso de quienes realizan conductas de agresión sexual, este impulso puede tener una intensidad demasiado elevada, lo que, podría explicar una posible tendencia a la promiscuidad, dificultad o incapacidad de vincularse afectivamente con una pareja, o incluso, que requieran incurrir en agresiones físicas para poder satisfacer sus deseos sexuales (Marshall. W, 2001).

Por otro lado, según algunos investigadores citados en el libro de William Marshall de 2001, se ha identificado que, hay agresiones sexuales realizadas por hombres con niveles de testosterona muy bajos (Harrison, Strangeway, McCann y Catalán, 1989), algunos incluso han sido castrados (Raboch, Herna y Zemek, 1987), y se han dado casos en adultos donde la relación entre los niveles hormonales y el impulso sexual no son significativos, si quiera, importantes (Hucker y Bain, 1990).

Dentro de las teorías que no incluyen a la testosterona como centro causal, se encuentran aquellas guiadas por investigaciones donde se planteó que, estas conductas podrían darse debido

a una anomalía cerebral (Langevin, 1990 en Marshall. W, 2001).

En otra investigación se habría encontrado diferencias entre los electroencefalogramas de quienes realizaron una agresión sexual versus “hombres normales” (Flor-Henry, Lang, Koles y Frenzel, 1991, en Marshall. W, 2001), aunque en este caso, se podría dudar debido a que, no hay cómo confirmar que, efectivamente el grupo control no haya agredido sexualmente a nadie.

Ahora bien, en base a lo expuesto, si bien, la conducta sexual y de agresión suelen compartir sustratos biológicos similares, aquí es donde entra la importancia del factor ambiental ya que, el aprendizaje social, sería el que mediaría y canalizaría, redirigiendo estos impulsos, o “poniendo frenos a la agresión”, en un gran número de hombres (Marshall. W, 2001).

Dejando de lado el aspecto genético, desde la neurobiología de la agresividad que plantea Rodríguez Delgado en 1990, es decir, hace 31 años atrás, se concluía que, la serotonina cumpliría un papel de inhibición de la conducta agresiva, por lo que, al reducir el nivel de serotonina neuronal, incrementarían las reacciones hostiles, agresivas y violentas (Soria. M, Hernández, J, 1994).

En otro aspecto del paradigma biológico, nos encontramos con que, según diversas investigaciones, se concluyó que, es raro encontrar personas con deficiencias mentales que hayan sido acusadas del delito de violación, pero sí es más frecuente que sean denunciados por abuso de niños, tocamientos o exhibicionismo e incluso, masturbación en grupo, pero más comúnmente, suelen ser víctimas de abusos sexuales o incluso víctimas de redes de explotación sexual infantil (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Hay quienes se cuestionan en cuanto a la influencia del alcohol y las drogas en la ejecución de las conductas sexuales. Al respecto, en un estudio realizado por Amir (1971), el alcohol se

encontraba en 2/3 de los casos de violación. Ello, ha planteado la idea de que el alcohol sería un potenciador de la agresividad, debido a que, por un lado, se cree que la agresividad puede ser potenciada por desinhibidor farmacológico de la conducta, especialmente en aquellos centros de control de la respuesta agresiva, mientras que, por otro lado, se cree que, en cuanto al alcohol, es más importante las creencias que se tienen respecto a este y la dosis ingerida, más que a la ingesta per se (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Como se ha mostrado, existe dificultad de encontrar causales concretas de la conducta de la agresión sexual, ya que, como es posible observar, las investigaciones han apuntado principalmente a la agresión como parte principal, cuando en ocasiones, las conductas abusivas sexuales se dan sin agresividad implícita de por medio, por ejemplo, mediante coerción, manipulación, que si bien, son formas de violencia, no necesariamente implican agresión.

En este sentido, a lo largo de los años, se ha tratado a los abusadores sexuales de diversas formas, inclusive desde el ámbito biológico.

Entre los años 1929 y 1959, muchos hombres condenados por agresión sexual, incluso aquellos que fueron condenados por mantener una relación homosexual consentida, fueron castrados en diversos países del continente europeo como previamente lo hacía Estados Unidos. Sin embargo, un análisis detallado del tema realizado por Heim y Hirsch (1979), puso de manifiesto que este no era un método aceptable y que, en dicho año, ya no era utilizado como tratamiento en la mayoría de los países que antes sí lo hacían (Marshall. W, 2001).

En función de ello, se buscaron tratamientos médicos alternativos, siendo uno, la castración química donde se reduce la producción o captación celular de testosterona mediante la ingesta de determinados fármacos (Berlin y Meinecke, 1981 en Marshall. W, 2001).

En este sentido, los que habrían resultado ser efectivos para este fin son los llamados agentes anti andrógenos, logrando la reducción del impulso sexual y, por tanto, proporcionan un mayor grado de autocontrol sobre la inclinación que tendría la persona a abusar de otros (Bradford, 1990 en Marshall. W, 2001). Esto, se lograría debido a que, dicho fármaco bloquearía la síntesis de testosterona y, por tanto, se reduciría el impulso sexual, así como también, las fantasías sexuales en los casos en que se encuentran exaltados patológicamente (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Ahora bien, si se junta la administración de dichos anti andrógenos y tratamiento psicológico, ello ayudaría a reducir de manera creciente, la tasa de reincidencia (Marshall, Jones, Ward, Johnston y Barbaree, 1991 en Marshall. W, 2001).

Los tratamientos farmacológicos son efectivos en estos casos, cuando la conducta se da por una activación sexual elevada, sin uso de la violencia, sin presencia de trastorno antisocial de la personalidad, ni bajo el consumo abusivo de drogas o alcohol (Walker y Meyer, 1981 en Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Paradigma Afectivo

En el cerebro, la corteza frontal podría ser un modulador del mundo afectivo, al estar involucrada en la génesis de las emociones, en los recuerdos, pensamientos, la forma en que se toman las decisiones, la postergación o no de los impulsos, etc. (Opazo. R, 2017)

Es en este contexto que radica la importancia de un adecuado desarrollo cerebral, pero también, del mundo afectivo de cada persona, siendo los impactos emocionales experimentados durante los primeros dos años de vida, los que podrían ser en mayor medida determinantes en cuanto a cómo se desarrollará el cerebro posteriormente (Opazo. R,

2017), al igual que como lo señaló Barudy en su libro ya citado en 2013.

Esto ocurre entendiendo que, en la primera infancia, el desarrollo del córtex frontal influye en el desarrollo del sistema límbico aumentando la capacidad en la regulación emocional y en la búsqueda de caminos para alcanzar sus objetivos y saciar sus necesidades, primero a través de otras personas y luego, por sí mismos. Ello promueve un mayor control de impulsos y un mejor manejo del mundo afectivo (Opazo. R, 2017).

Pero estas experiencias de vida e influencias, por más que afecten a una persona, no explican por sí solas la conducta de agresión sexual (Marshall. W, 2001).

Una respuesta afectiva, puede involucrar en su proceso, diversos grados de consciencia, e incluso, puede darse de manera completamente inconsciente, pero de igual modo que los esquemas cognitivos, las estructuras a nivel afectivo son centrales al momento de procesar una experiencia (Opazo. R, 2017).

Por su parte, se ha constatado que los afectos tienen un rol movilizador gatillado desde las necesidades que mueven el actuar de cada persona, por lo que, estas serían un prerrequisito para que se conviertan en agentes movilizadores, siendo nuestras acciones, por tanto, una búsqueda constante de satisfacción de nuestras necesidades, exceptuando el caso de las conductas no verbales las que vendrían a ser más un componente que una consecuencia del sentir emocional (Opazo. R, 2017).

Incluso hay quienes señalan que: *“Sin placeres, no tendríamos motivaciones afectivas para acercarnos o para repetir conductas; sin dolores, no tendríamos motivaciones para evitarlos o escapar”* (Opazo. R, 2017, pp. 339).

Para algunos teóricos, existe una relación clara entre bajos niveles de autoestima y la conducta de agresión sexual (Finkelhor, 1984; Groth, 1979 en

Marshall. W, 2001), lo que se confirmaría según la investigación realizada por Marshall, Anderson y Champagne, en 1996, la que apunta a que, cuando existen deficientes niveles de autoestima, ello puede incidir en la ejecución y mantenimiento de conductas sexuales desviadas (Marshall. W, 2001).

Considerando ello, una persona con bajos niveles de autoestima tiene mayor dificultad para ser disuadida de intentar cambiar su comportamiento (Rodin, Elías, Silberstein y Wagner, 1988), impidiendo así, que abandonen sus distorsiones cognitivas y percepciones asociados a su actuar (Willis, 1981). Por el contrario, un aumento de autoestima tendría efectos beneficiosos en otras áreas asociadas al tratamiento tal como la mejora en el desarrollo de la empatía, en el aumento de intimidad en sus relaciones, disminución del aislamiento y una reducción del interés previamente presentado por el sexo desviado (Marshall, 1997; Marshall, Champagne, Sturgeon y Bryce, 1997 en Marshall. W, 2001) y (Echeberrúa. E, Guerriechearría. C, 2009)

Debido a que, el comportamiento sexual también puede ser considerado como una respuesta liberadora de la ansiedad, de ser el caso, se propone entregar herramientas a la persona agresora que le permita mayor control sobre los episodios que le provocan los altos niveles de ansiedad (Save the Children, 2001).

Debido a que el nivel de autoestima y autoimagen es tan importante entre los factores que podrían aumentar o disminuir el riesgo de efectuar una conducta de agresión sexual, es que, hay quienes insisten en que se refiera a estas personas y ellos mismos lo hagan no como delincuentes ni agresores sexuales, sino como personas que han cometido un delito/agresión sexual, intentando disminuir sentimientos disfóricos tal como la vergüenza y culpa (Echeberrúa. E, Guerriechearría. C, 2009)

En cuanto a la empatía, Marshall, Hudson, Jones y Fernández, (1995) afirman que, las personas que cometen agresiones sexuales presentan no sólo falta de confianza en sí mismos, sino también de empatía, lo que, complementado por Fernández y Marshall, (2000), y por Fernández, Marshall Lightbody y O'Sullivan, (1999) se daría sólo con sus víctimas, no como carencia general de empatía, la que, estaría relacionada en dichos casos específicos con presencia de distorsiones cognitivas (Marshall, Hamilton y Fernández, 2000 en Marshall. W, 2001). O incluso, pocas personas que realizan una conducta agresora sexualmente carecen totalmente de empatía (Fernández, Marshall, Lightbody y O'Sullivan, 1999); Marshall, Hudson, Jones y Fernández, 1993).

De hecho, si no reconoce haber dañado a su víctima, es altamente probable que se dificulte el que muestre preocupación por esta. Ello sería lo que dificulte la responsabilización de su conducta, es decir, la carencia de conciencia del daño cometido como un hecho real (Marshall. W, 2001).

Otro polo, es la dificultad que presentan en cuanto a la diferenciación y expresión emocional, tendiendo además a una división de estados emocionales de tipo dicotómico "estoy" o "no estoy". Es decir, presentan dificultad para detectar, comprender y diferenciar emociones, y distinguir pensamientos de emociones, lo que, les dificulta el desarrollar una mayor capacidad de empatía hacia las víctimas (Save the Children, 2001).

Y es por ello que, tal vez, uno de los aspectos que más afecta a los "delincuentes sexuales" es su incompetencia social debido a sus escasas habilidades ya que, entablar relaciones interpersonales podría ser lo que todo ser humano busca (Hinde y Steevenson-Hinde, 1990), y al no lograrlo durante mucho tiempo, podría sufrir de soledad emocional lo que, podría eventualmente fomentar la agresión (Check, Perlman y Malmuth, 1985 en (Marshall. W, 2001).

Si a ello le sumamos que Dollard et al., en 1939 planteó que se ha habría constatado una posible causalidad desde la frustración hacia la ira la que podría transformarse en agresividad conductual, de existir, por ejemplo, un ambiente que lo permita (Berkowitz, 1990 en Opazo. R, 2017).

Ahora bien, se ha asumido que, el sobre controlar o su controlar las emociones, como es en el caso de la impulsividad, se entiende como una forma inapropiada de administrar el área emocional (Opazo. R, 2017).

Asociado a ello, se ha encontrado que, las personas que cometen conductas sexuales abusivas o inapropiadas pudieran presentar diversos problemas sexuales (Marshall, Barbaree y Fernández, 1995; Stermac, Segal y Gillis, 1990), experimentando además mayor sentimiento de soledad y un menor número de relaciones que otros delincuentes de delitos violentos y que los hombres comprendidos como "normales" (Seidman, Marshall, Hudson y Robertdon, 1994 en Marshall. W, 2001).

Un poco antes incluso, en 1989, William Marshall propuso que, los delincuentes sexuales con falta de relaciones íntimas, pudiera llevarlos a buscar mayor intimidad a través de los acercamientos y conductas sexuales, donde al carecer de confianza en sí mismos y habilidades sociales necesarias para relacionarse íntima y consensuadamente con otros, considerarían como opción viable el obligar a mujeres o niños a mantener relaciones sexuales con la finalidad de cubrir y satisfacer dicha necesidad (Marshall. W, 2001).

En esta misma línea, investigaciones de Ward, McCormack y Hudson en 1997, indicaron que, estos hombres suelen presentar carencias en distintos niveles de la esfera afectiva tal como, reticencia a la expresión abierta de sentimientos y las pocas habilidades desarrolladas para resolver adecuadamente sus conflictos, lo que, en conjunto,

suelen generarles problemas en sus relaciones sentimentales (Marshall. W, 2001).

Incluso hay quienes van más allá como son los estudios de Bumby y Hansen (1997) donde señalan que problemas relacionales se ven fuertemente influenciados por el miedo que les provoca la posibilidad de ser rechazados. (Marshall. W, 2001).

Además, a diferencia de lo que puede llegar a creerse, se ha considerado que las conductas de agresión sexual no se relacionan con la cantidad de relaciones sexuales, sino con la ausencia de implicación emocional por parte de este en las relaciones y el acto en sí mismo (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Paradigma Sistémico

Como se señaló en el paradigma biológico, según lo estipulado en los estudios de Jorge Barudy y sus colaboradores, una crianza negligente puede provocar daños a nivel del desarrollo neuroafectivo de cada NNA de manera distinta (Barudy, 2013).

En esta misma línea, se planea que, es determinante la forma en que se conforma la relación paterna/materna-filial, siendo la relaciones con mayores demostraciones de amor, sociabilidad adecuada, las que entregarían mayor certeza de un desarrollo de habilidades y confianza que le permita a su hijo/a/e, afrontar problemas y desarrollar su propio potencial de una manera que resulte constructiva, mientras que, quienes mantienen relaciones de rechazo y/o maltrato hacia sus hijos/as/es, en el nivel que sea, es decir, afectivo, físico o sexual, ello afectaría de modo tal, que este no sería capaz de desarrollar las habilidades necesarias que le permitan afrontar la vida, siendo más adelante adultos vulnerables, quienes inclusive podrían desarrollar comportamientos “anómalos”, incluyendo conducta sexuales desviadas (Marshall. W, 2001).

Adolescentes que cometen la conducta de violación contra otros, suelen venir de contextos familiares de abuso, con frecuentes y severos castigos los que, no necesariamente se relacionan con un mal comportamiento por parte de estos (Rada, 1978 en Marshall. W, 2001). Además, suelen no identificarse con ninguno de los dos padres, al ser estos, quienes ejercen una crianza agresiva, suelen ser alcohólicos, con problemas de la ley, lo que lleva a que, paradójicamente, repliquen esos mismos comportamientos como hijos (Langevin y cols, 1984 en Marshall. W, 2001).

Lo mismo descubrieron Smalbone y Dadds (1999), cuando identificaron que, los problemas de apego en la relación materno-filial podrían predecir la presencia/ausencia de un comportamiento antisocial de su hijo en la edad adulta, y aquellos problemas de apego en la relación paterno-filial, podrían predecir una posible conducta de agresión sexual en la adultez, siendo en ambos casos, determinados como *vínculos paternos/maternos-filiales destructivos* (Marshall. W, 2001).

J. Bowlby ya habló de ello entre 1969 y 1973 cuando señaló que, una relación de calidad entre padres e hijos proporciona el modelo que este tendrá en sus futuras relaciones, por lo que, de ser buena, el niño pensará que las relaciones con otras personas también pueden serlo, pero en caso de haber tenido vínculos pobres y/o problemáticos, pensará que sus relaciones también serán problemáticas (Marshall. W, 2001).

Investigaciones posteriores continúan con esta línea investigativa al señalar que, las relaciones establecidas en la primera infancia con sus progenitores, influyen en el desarrollo de la seguridad en sí mismo y de las habilidades sociales necesarias para relacionarse correctamente con su entorno (Marshall. W, 2001).

Pero no es sólo la relación entre padres e hijos lo que influye ya que, la relación entre los padres que observa el hijo también es elemento

importante. Al respecto, como malos padres se categoriza no sólo a quienes son negligentes en el vínculo paterno-filial, sino también a aquellos que, con frecuencia, abusan de la madre, se relacionan de manera negativa hacia las mujeres en general, etc., siendo propenso su hijo a imitar estas actitudes en pro de la búsqueda de control de su propio mundo (Marshall. W, 2001).

En un aspecto un poco más específico, nos encontramos con el apego. Si bien, mucho se habla de este, no nos detendremos en definiciones, sino más bien en la influencia de este en el desarrollo de cada ser humano. Al respecto, investigadores como Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978); Bell y Ainsworth (1972); La Freniere y Sroufre (1984); Sroufre (1983); Waters, Wippman y Sroufre (1979); han descrito tres estilos principales de vínculo afectivo o conocidos también como estilos de apego, los que se diferencian según la sensibilidad que tiene el o la cuidador o cuidadora hacia el /la/le niño/a/e, y estos son: seguro, evitativo y ansioso ambivalente. Por su parte, Bartholomew (1993), ha distinguido cuatro estilos de apego en la adultez, del que su origen, se presupone, podría darse desde la infancia (Marshall. W, 2001).

En el caso de los vínculos inseguros, aportan en el niño en el desarrollo de una visión negativa de sí mismo, de los demás, o inclusive, de ambos, por lo que, tienden a fracasar a la hora de aprender habilidades sociales, suelen desarrollar herramientas de resolución de conflictos y estilos de afrontamiento inadecuados, además de, volverse egocéntricos y con dificultad para empatizar con su entorno (Marshall. W, 2001).

Bartholomew (1993), además divide el vínculo inseguro en tres tipos: el primero es el **estilo preocupado** quienes tienden a ser más ambivalentes ansiosos, y en relaciones afectivas temen al rechazo por lo que se retraen previamente. Seguido, se encuentra el estilo evitativo el que divide a su vez en dos, siendo el

primero, el **estilo temeroso**, donde la persona se mantiene en relaciones superficiales; y el **estilo despreciativo**, donde a diferencia de los dos anteriores, en este caso, la persona presenta un gran concepto de sí mismo y tiende a infravalorar a los demás por lo que, suelen ser explotadores en sus relaciones interpersonales (Marshall. W, 2001).

Esta división entra en contexto y relevancia toda vez que, algunas investigaciones demostraron que, los delincuentes sexuales, tenderían a desarrollar uno de dichos estilos de apego inseguros (Marshall. W, 2001).

La relación materno-filial ha sido muy estudiada al respecto, principalmente en el caso de violadores, al ser una relación que se mueve entre sentimientos contrapuestos donde, por un lado, se encuentra la seducción, incluso, compartiendo cama hasta la adolescencia, y por otro lado el castigo físico, rechazo, o una actitud sádica, dominante y hasta cruel, con una ausencia de apoyo de la figura paterna en los momentos importantes (Holms, 1989 en Soria. M, Hernández, J, 1994).

En dicho contexto es que radica la importancia en la calidad de la relación materno/paterno-filial, ya que, al ser pobre, es decir, rechazan a sus hijos, son insensibles a sus necesidades, hay falta de cariño, dificultad para demostrar afecto e incluso, responden de modo incoherente ante las conductas de sus hijos, este tenderá a desarrollar un estilo más evitativo o ansioso-ambivalente al momento de relacionarse con otros, replicando dicho estilo vincular en sus relaciones amorosas las que, suelen ser breves y superficiales (Marshall. W, 2001).

Por lo que, todo lo anterior, podría llevar a afirmar que, la capacidad para establecer relaciones vinculares íntimas y maduras, dependerá en gran medida, de la calidad de las relaciones entre el cuidador y el niño durante su

primera infancia, tal como estipularon teóricos como Weiss en 1982 (Marshall. W, 2001).

En 1989, William Marshall señalaba que, las personas que cometían conductas delictivas en la esfera de la sexualidad carecerían de relaciones estrechas y cercanas en sus vidas por lo que, como consecuencia, presentaban un alto sentimiento de soledad. Según Diaman y Winholz (1981) y Loucks (1980), la soledad vendría a ser un alto predictor de la ira y la hostilidad como comportamiento general, mientras que, Check y sus colaboradores (1985) refieren que, es un fuerte predictor de la hostilidad específica hacia las mujeres, además de, identificar la relación entre sentimiento de soledad e informes previos de agresiones sexuales (Marshall. W, 2001).

Investigaciones posteriores a cargo de los grupos de investigadores Seidman, Marshall, Hudson y Robertson, (1994); Garlick, Marshall y Thorton, (1996) y Bumby y Hansen, (1997), mostraron que, los hombres que cometieron violación, los agresores sexuales de niños, quienes cometieron incesto, y los exhibicionistas, mostraron déficits significativos en sus relaciones interpersonales, lo que los llevó a encontrarse en extremo en solitario (Marshall. W, 2001).

Existe otro ángulo que tiene que ver con la experiencia más avanzada que aquella desarrollada en la primera infancia. En este contexto, en las publicaciones realizadas por Dhawan y Marshall, 1996; y por Hanson y Slater, 1988, un alto número de delinquentes sexuales refieren haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia, mientras que, según lo señalado por Cortoni y Marshall (1996), además, comenzarían a masturbarse antes y con mayor frecuencia que varones que no cometen agresiones sexuales (Marshall. W, 2001).

¿Por qué sería importante la masturbación como indicador o relación con las ofensas sexuales? Pues Cortini y Marshall en 1999, descubrieron que es la frecuencia y no la conducta

en sí, lo que sería un buen predictor de una posible agresión sexual en la edad adulta ya que, cuando se utiliza como método para escapar de la miseria, se convierte en una forma de afrontar problemas, siendo una forma de auto-condicionarse, convirtiéndose en una forma habitual para afrontar dificultades, incluyendo el malestar emocional (Marshall. W, 2001).

Una víctima de abuso sexual infantil, además de las consecuencias negativas y nefastas que tiene para él, puede, en niños que son mayormente vulnerables a nivel emocional, evocar ciertos sentimientos de placer y bienestar, siendo una mejor víctima al reducirse la probabilidad de que deleve la situación abusiva y, por tanto, que denuncie (Marshall. W, 2001).

En este caso, la relación abuso-placer puede ser una de las explicaciones que lleve a por qué una víctima pudiese eventualmente convertirse en una persona que agrede sexualmente a alguien, al relacionarlo desde los recuerdos agradables, por lo que, si asocia masturbación y la idea de una relación sexual con alguien menor o sin consentimiento, esta idea podría resultarle atractiva, desarrollando una predisposición a repicar la conducta en el futuro (Marshall. W, 2001).

En los casos de relación sin consentimiento, puede darse bajo el aprendizaje de que puede “coger de los demás lo que se le plazca” siempre que cuente con el poder suficiente para hacerlo. Por ello, es que existen variedades de agresiones sexuales incluso con gente de su misma edad o menores que él (Marshall. W, 2001).

Pero esto es sólo una parte del fenómeno ya que, como vimos, no todas las víctimas se convierten en ofensores, e incluso, habría ofensores que no han sido víctimas de abuso sexual (Marshall. W, 2001), lo que puede explicarse al convertirse en una conducta reforzadora en sí misma (Vásquez. O, Venegas. R, 2004).

Un joven que siente o que es constantemente rechazado por su grupo de pares a quienes desea, debido a su falta de habilidades sociales o de seguridad en sí mismo para poder acercarse y hablar con ellas, puede comenzar a fantasear con encuentros sexuales donde ellas se someten a sus deseos siendo sumisas y obedientes, él es poderoso e intimidador, pudiendo combinarlas con la excitación sexual que induce la masturbación. Si a ello le sumamos una posible observación de las conductas devaluadoras de su padre hacia las mujeres, los mensajes machistas de los medios de comunicación, entre otros, estas fantasías podrían aumentarse (Marshall. W, 2001). Existen ejemplos de ello en los casos que expone William Marshall en su libro citado, en caso de desear profundizar.

También influye el concepto bajo el que se entiende el abuso sexual ya que, este variaría entre personas, siendo entendido por algunos como penetración por la fuerza, mientras que, para otros, el sentir placer a través del contacto sexual con adultos pudiera no ser un abuso, al igual que para quienes mantuvieron contacto sexual con una mujer adulta, puede ser visto más como suerte que como una agresión, donde, según estudios, hasta un 22% de los hombres que cometen una agresión sexual de adultos, habrían sido víctimas de una mujer adulta en su infancia, sin considerar que se trataba realmente de un abuso (Marshall. W, 2001).

El hecho es que, como refieren Shawan y Marshall en 1996, si se evalúa la presencia de conductas sexuales inapropiadas bajo descripciones transversales, según la apreciación de dichos autores, la incidencia se elevaría respecto a quienes fueron víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia, independientemente del delito que cometan de adultos, sea de violación o agresión a niños.

En cuanto al abordaje del tratamiento, está lo que se conoce como “ciclo de eventos” donde se

busca identificar de manera gráfica el patrón particular que se presentó en esta persona para realizar la o las conductas de agresión sexual. En este, se identifica cómo experiencias ocurridas en la infancia podrían favorecer el desarrollo de sentimientos disfóricos como la indefensión, además de, problemas de autoestima, los que, a su vez, podrían generar bajas expectativas de su propio futuro, provocando que la persona evite experiencias de fracaso o en las cuales cree que fracasará, a partir de las que, buscará compensar, sexualizando. Este, es el punto de quiebre donde comienza a desarrollarse el proceso de abuso, apareciendo los correlatos fisiológicos como lo es la excitación, y la ocurrencia de la conducta sexualmente abusiva. Realizado el acto, suelen surgir ansiedad por temor a ser descubierto lo que, reactiva el círculo de emociones disfóricas, dificultades de afrontamiento, sumado a un posible reforzamiento positivo tras el acto, al no haber sido atrapado, la adrenalina asociada, el placer sentido, etc. (Save the Children, 2001).

Paradigma Ambiental-Conductual

A lo largo del tiempo, los estudios y teorías respecto a la agresión, han variado y cambiado, orientándose en algún momento en modelos hacia la persona, y cursando posteriormente en modelos interactivos persona-situación (Goldstein y Keller, 1991 en Soria. M, Hernández, J, 1994).

Según investigadores y teóricos como Dollard y cols (1939) y Dollard y Miller (1959), las teorías conductistas aportaron el entendimiento de que la agresión sería una conducta adquirida y que se reforzaba por las consecuencias de sí misma, mientras que, desde el conductismo social, se postuló que la agresión necesitaba de la frustración para surgir, así como también, se postuló que, la agresión vendría a ser una respuesta ante una interferencia producida en una conducta que iba dirigida hacia un fin, donde al ser bloqueada este

acceso a la meta, la persona se frustra y ello hace que reaccione de manera agresiva (Soria. M, Hernández, J, 1994)

Al respecto, las influencias sociales desempeñarían un papel relevante en lo que es la ejecución de una agresión sexual, debido a que, la tendencia social de actitudes despectivas hacia mujeres y niños, promueven en jóvenes un comportamiento antisocial con una mirada que les permite utilizarlos para satisfacer sus frustraciones, siendo estas conductas más propensas en sociedades donde a mujeres y niños se les ve y son tratados como una propiedad al antojo del hombre. Con o sin ello, la agresión sexual representa un grave problema social (Marshall. W, 2001).

En esta misma línea, diversos estudios antropológicos y sociocognitivos pusieron énfasis en lo importante que es la mediación de los aspectos culturales y cognitivos en la conducta agresiva (Soria. M, Hernández, J, 1994, pp.3).

William Marshall, a quien se le ha citado previamente en el presente, propone una pregunta muy a lugar en concordancia con lo planteado hasta el momento y es que, si la mayoría de las personas se presupone, desarrollan intereses sexuales adecuados, ¿es una experiencia lo que hace que otros desarrollen intereses desviados? (Marshall. W, 2001).

Ante esto, Bandura (1973) señala que, si bien la observación permite aprender nuevas conductas, ello no implica que estas sean ejecutadas, debido a la aparición de factores mediadores tal como castigos o recompensas, que median entre aprendizaje y ejecución. Para Soria y Hernández, la teoría del aprendizaje planteado por dicho autor es clave para comprender la conducta agresiva desde la interacción interpersonal humana (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Así mismo, hay quienes entienden que el proceso de desarrollo de un adolescente es una

etapa de vulnerabilidad la cual, se ve influenciada en mayor o menor medida por la sociedad, por lo que, una persona que se encuentra en crecimiento puede verse atraído por temáticas que son fácilmente expuestas y/o normalizadas en los medios de comunicación y que, enfatizan el poder y control de los hombres sobre el resto (Marshall. W, 2001). Esto, puede influir en una conducta sexual la que, a su vez, puede verse reforzada por la excitación y que se mantenga mediante el uso de fantasías en conjunto con la masturbación (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Ello, debido a que, en los medios de comunicación, tal como series televisivas, películas, y en la pornografía, suelen establecerse papeles donde el hombre tiene el control sobre la mujer (Marshall. W, 2001). El riesgo en cuanto a esta última radica en que, en muchos casos, en las familias no se habla de sexualidad y los jóvenes suelen aprender de esta mediante el uso de la pornografía (Pizarro. M, 2001, en prensa).

Ya desde 1983, autores como Green, proporcionaban datos que mostraban cómo la violencia televisiva favorece el aumento de agresiones y la normalización de estas en el espectador (Marshall. W, 2001).

Si bien, existen estudios antropológicos que hablan de la influencia de ciertos aspectos sociales sobre la ejecución de conductas sexuales desviadas, estas serían basadas en sociedades antiguas por lo que, existe dificultad para extrapolarlas a la actual, más, como punto importante que sí se puede extraer es que, en las sociedades donde la violencia interpersonal como resolución de problemas se ha normalizado, se ha visto un alto índice de violaciones (Marshall. W, 2001, pp. 64).

Tal como lo refleja un estudio realizado con 156 sociedades tribales en 1981, donde aquellas tribus que tenían interiorizadas conductas agresivas dominantes como atacar a otros grupos, entrar en

conflictos de guerra, algún grado de violencia dentro del núcleo social, con exaltación de la fortaleza masculina, tendían a ser tribus “más proclives a violar”, a diferencia de aquellas en que la violencia no primaba, raramente se producía una violación, y donde el rol de las mujeres era respetado, tenía prestigio y se ligaba a roles reproductivos (Sanday, 1981 en Marshall. W, 2001).

Ahora bien, ¿será posible extrapolar estos datos a las poblaciones actuales de Chile donde existen altos índices de normalización de violencia social? Posiblemente sí, pero al menos quien suscribe, no encontró ningún estudio que correlacionara o diera los indicios necesarios para dar respuesta a aquella consulta.

Lo cierto es que, los roles sociales establecen qué, cuándo, cómo, dónde y quién, debe realizar cierta conducta o no, mediante el otorgamiento de mayor poder, privilegio y prestigio a los hombres (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Ello, sí podría ser extrapolable a las sociedades occidentales actuales las que, estarían mostrando dichas características, además de, presencia de mitos respecto a la violación, y finalmente, el haber violado o el reconocimiento de que podría hacerlo de estar seguro de no ser descubierto (Burt, 1980; Malamuth, 1981, en Marshall. W, 2001), mientras que, tienden a restarle importancia a la violación, aquellos hombres que tienen una fuerte necesidad de dominar a otros, principalmente, a mujeres (Stewart y Sokol, 1977 en Marshall. W, 2001).

Yendo un poco más lejos, es importante recordar que, antiguamente, el amor romántico, cortés y cortesano, era exclusivo para las damas de la nobleza, mientras que, para el resto de las mujeres el trato era completamente distinto. En el libro de Jacquart y Thomasset publicado en 1989, se cita una obra de Andreas Capellanus del siglo XII llamada “*De Amore*” donde se aconseja a los clérigos a usar la violación con mujeres “de baja

condición” en caso de que el deseo de amar a una se presentase (Soria. M, Hernández, J, 1994). Y basta recordar que la relación sexual extramarital era permitida y normalizada hasta hace algunos años para los hombres, pero no así para las mujeres, quienes recibían un trato completamente distinto y discriminador en caso de hacerlo.

En este sentido, es entendible que exista un mayor aprendizaje a la agresión sexual, cuando se crece y desarrolla en una sociedad que tiende a distorsionar la sexualidad, siente admiración por la agresión, y normaliza mediante los medios de comunicación, una visión heroica y estereotipada de este tipo de masculinidad (Marshall. W, 2001).

El problema de los mitos es que se van pasando de generación en generación y se condensan y refuerzan en sociedades que no los cuestionan. Así, los estudios realizados en 1980 por Marta Burt mostraron que, los mitos que se vinculaban a la acción de violar enseñaron cómo estos mismos, forman parte de conductas interrelacionadas tal como la aceptación de las diferencias de roles, estereotipos sexuales tradicionales, aceptación de la violencia interpersonal, e incluso, el percibir la relación sexual como un conflicto (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Si se entiende la conducta sexual desviada como aprendida, la socialización sexual jugaría un rol importante en la conducta de los violadores, por ejemplo, en cuanto al concepto que adquieren de una relación intersexual y de cómo se conforma la división de roles, autodefiniéndose como masculinos con una visión negativa hacia las mujeres a quienes visualizan como dependientes y sin autonomía, preconcepciones que se tienden a difundir mediante la educación sexual informal, es decir, compañeros, grupos de pares, medios de comunicación, etc., especialmente aquellos asociados a un rol masculino conquistador y agresivo, aprendiendo valores y actitudes hacia la

mujer, validando la conducta violenta hacia esta (Soria. M, Hernández, J, 1994).

En un estudio realizado por Malamuth (1981), el 60% de los jóvenes señaló que, si tuviesen a oportunidad, les parecía atractiva la idea de forzar a una mujer (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Las teorías del aprendizaje plantean que, cuando una experiencia personal se asocia a un fuerte arousal sexual, esta experiencia puede convertirse en un estímulo condicionado a nivel sexual, incluso en otras ocasiones. Este proceso puede darse con mayor predominancia en la pubertad (West, 1987 en Soria. M, Hernández, J, 1994)

Por otro lado, Holms (1989) plantea que, algunos agresores sexuales mantienen dificultad y conflicto para relacionarse con las mujeres y mantener relaciones personales y sociales con ellas, mientras que, otros han fracasado en sus intentos por conseguir parejas sexuales idóneas para ellos (Soria. M, Hernández, J, 1994), encontrándose que, un 50% de los violadores y un 45% de los abusadores de niños presentan déficits en asertividad o en la capacidad de dar a conocer de manera apropiada sus emociones y sus deseos (Abel y cols., 1986 en Soria. M, Hernández, J, 1994).

Looman (1999), afirmó que, cuando se sienten solos, deprimidos o rechazados por una mujer, las fantasías sexuales desviadas aumentarían (Marshall. W, 2001).

Así mismo, se ha comprobado que tanto la intoxicación por alcohol como la ira, son desinhibidores de la represión de actos sexuales desviados (Barbaree, Marshall, Yates y Lightfoot, 1979; Yates, Barbaree y Marshall, 1984; en Marshall. W, 2001)

Lo cierto es que, a nivel de desinhibiciones, existen las internas tal como el sentimiento de soledad, la vergüenza, actitudes, creencias y percepciones, Bumby, Langton y Marshall, en prensa; Ward, Hudson, Johnston y Marshall, 1997;

Ward Hudson y Marshall, 1995 en Marshall. W, 2001), y otros que, como vimos, son externas como los mensajes sociales y culturales en los que se desarrolla la persona, sin dejar de lado, que, para ello, habría que contar con una predisposición para realizar dicha clase de actos, aunque hay quienes como Ward (1999), afirman que, si no se presenta la oportunidad, el hombre no podría realizar la conducta sexual delictiva por muy predispuesto que esté a hacerlo; William Marshall afirma por otro lado que, algunas agresiones sexuales, estarían planeadas con “muchas” anticipación (Marshall. W, 2001), aunque a veces, la primera vez se presenta de manera fortuita (Marshall y Serran, en prensa; en Marshall. W, 2001).

Independientemente de si se da de manera fortuita o no, una vez consumada la acción, la probabilidad de que el agresor repita su fantasía aumenta, recordando sólo lo planificado, y posiblemente, agregando más detalles para aumentar su nivel de satisfacción, repitiendo dichas fantasías mientras se masturba, reforzando así, los aspectos gratificantes de la conducta abusiva, consolidándose una mayor predisposición a reiterar la conducta mediante la eliminación de los aspectos no gratificantes como el miedo a ser detenido, resistencia de la víctima u otros (Laws y Marshall, 1990, en Marshall. W, 2001).

Por otro lado, está la probabilidad de que nada de lo señalado ocurra, es decir, que no se realice la agresión sexual, o que esta no se reitere. Puede ser que, el adolescente sienta mucho horror por su propia conducta y/o el temor a ser descubierto sea tan alto, que se aleje y no repita nunca dicho actuar (Marshall. W, 2001).

A diferencia de lo que se cree comúnmente, la motivación para realizar la conducta abusiva en la esfera de la sexualidad no es principalmente sexual, ya que, sus historiales conductuales tienden a mostrar actos adecuados y tendencia a preferir relaciones sexuales con parejas bajo

consentimiento, e incluso, fantasías sobre actos prosociales (Cortoni y Marshall, 2000 en Marshall. W, 2001).

Investigadores como Groth (1979), Groth y Burgess (1977), Yates, Babaree y Marshall (1984), mostraron que, los hombres presentan mayor excitación ante una escena de violación cuando se encontraban afectivamente enojados. En este estudio de Marshall y Drake (1982), se obtuvo que, el objetivo principal de la violación era humillar y degradar a su víctima (Marshall. W, 2001).

Bajo lo señalado, es que, Cortoni y Marshall en 2001, muestran que, los delincuentes sexuales utilizan con mayor frecuencia el sexo como método de afrontamiento de problemas, mientras que, bajo condiciones de estrés, tienden a buscar contacto sexual sea desviado o adecuado, pensando más en sexo que los demás hombres, y no necesariamente desviado. Pero lo que sí se ha visto, es que el interés hacia los actos desviados es mayor entre quienes prefieren maltratar a niños no familiares (Marshall. W, 2001).

Así mismo, cuando nos encontramos en presencia de déficit en el desarrollo de habilidades sociales de los jóvenes sean hetero u homosexuales, esto facilita que se desplieguen y mantengan conductas de no respeto por los derechos de otros (Soria. M, Hernández, J, 1994).

En 1977, Goldstein afirmó que los agresores sexuales tendían a ser personas con una alta frecuencia de masturbación con uso de material pornográfico, además de menor cantidad de contactos eróticos interpersonales, sumado a mucha curiosidad sexual reprimida por sus padres. Además, quienes tendrían mayor cantidad de contactos sexuales mostraban menor calidez emocional, sin dejar de lado que, el uso de pornografía violenta, normalización de programas de violencia/sexualidad difundidos socialmente por los medios de comunicación, entre otros factores, podrían favorecer y reforzar estereotipos

agresivos que posteriormente, mantienen en sus fantasías (Soria. M, Hernández, J, 1994). Es allí donde radica la importancia de la psico-educación sexual preventiva, tanto a nivel familiar como social (escolar, barrial, etc.).

En esta línea, el trabajo según Save the Children, es enseñarles a tomar control de sus deseos y excitación mediante un enfoque educativo, buscando co-identificar un patrón personal de su actuar y luego, cuáles son las señales de advertencia que pudieran favorecer su actuar desviado, con la finalidad de trabajar sobre él (Save the Children, 2001).

En el caso de quienes han sido víctimas de abuso sexual y además han agredido sexualmente a otros, esta conducta puede tener su emergencia debido a una agresividad contenida, no canalizada por medios adecuados, siendo en estos casos, recomendable un tratamiento similar al utilizado con las víctimas, además de, utilizar el “círculo del abuso” con la finalidad de explicar cuál es el proceso a través del que se lleva a cometer la conducta de agresión (Save the Children, 2001).

Otras formas de abordar la conducta son mediante técnicas de “masturbación dirigida” por Maletzky (1985) y “saciedad” por Marshall (1979), donde en el primer caso, se le pide al “agresor” que piense en fantasías adecuadas al momento de masturbarse, tal como, con alguien de su edad, que dé su consentimiento, etc., incluso si al comienzo estas no le producen mayor excitación ya que, la idea es desarrollar progresivamente que su cerebro sí relacione estas conductas con excitación y placer. Por su parte, la saciedad se da cuando tras haber llegado al orgasmo, inmediatamente el ofensor sexual diga en voz alta todas las posibles variantes de sus fantasías desviadas, buscando asociar pensamientos desviados con una baja o nula excitación sexual (Marshall. W, 2001; Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Dentro del tratamiento que reciben las personas que han agredido sexualmente, se encuentran el trabajo en autocontrol y solución de problemas con la finalidad de que, la persona no necesite recurrir a la conducta sexual como método de afrontamiento de la rabia o búsqueda de poder o control u otro problema (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009), trabajando ante los problemas irresueltos y situaciones de malestar entendiéndolos como posibles factores que podrían actuar como precipitantes de una recaída (Pithers, 1990 en Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Además, es importante trabajar en cuanto a la dificultad que podría presentar la persona para evaluar las consecuencias de su conducta tanto para sí mismo como para otros (Save the Children, 2001), es decir, que aprendan a responsabilizarse de sus actos.

Entre estas, se encuentran el aprender a relacionarse de manera adecuada con la víctima: aprender a discriminar las muestras de afecto apropiadas de aquellas que pueden implicar un comportamiento abusivo (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2000 en Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Paradigma Cognitivo

“La cognición se relaciona directamente con el procesamiento de la información” (APA, Dictionary of Psychology, 2007). Por supuesto, esa información puede ser de mejor o de peor calidad; y así lo serán también sus consecuencias” (Opazo. R, 2017, pp. 290).

Desde el ámbito clínico, este paradigma asume lo que planteaba Epíctetus en el sífalo I D.C. al señalar que: *“Los hombres no están perturbados por las cosas en sí mismas, sino por la visión que se forman de ellas”*, por lo que, cambiar el ambiente no es garantía de un cambio a nivel emocional y conductual (Opazo. R, 2017)

Es en este contexto que, se contemplan los problemas emocionales y conductuales sustancialmente como el resultado de formas de pensar e interpretar las experiencias erróneas y desadaptativas, por lo que, *“se asume que los desajustes psicológicos derivan de elaboraciones cognitivas disfuncionales hacia sí mismo, hacia los sucesos y/o hacia los demás” (Opazo. R, 2017, pp. 291).*

Aquí es donde entran en juego los errores de pensamiento o distorsiones cognitivas, las que, sirven de racionalización y justificación de su conducta (Abel y col. 1986 en Soria. M, Hernández, J, 1994) y en (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009, pp. 91), y las que, se encuentran de manera más desarrollados en personas con bajos niveles de autoestima (Blaine y Crocker, 1993; Tennen y Herzberger, 1987).

A comienzos de los años 80, se planteó la idea de que las personas que cometen agresiones sexuales tienden a distorsionar la información que interpretan de modo tal que, esta les permita fomentar la aparición de la conducta agresiva (Marshall. W, 2001).

En el caso de pedófilos, por ejemplo, o de jóvenes que agreden sexualmente a niños, al considerar ellos sus conductas como sexualmente apropiadas, es frecuente que estas distorsiones involucren ideas tales como que el niño lo sedujo, o que es una forma de educación sexual adecuada para los niños, entre otras, lo que, dificulta que presenten sentimientos tales como culpa o vergüenza por sus acciones, a excepción de los casos de pedófilos situacionales, donde sí suelen presentar dichas emociones tras su actuar (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Estas estructuras cognitivas de orden irracional pueden llegar a distorsionar la información que se está interpretando, magnificar el impacto disfórico que tiene sobre las emociones, presionando el estilo de atención, tiñendo la forma de procesar

cognitivamente, llegando incluso a sesgar reflexiones y conclusiones, y bloqueando el paso a la información contra esquemática que podría desenmarañarla (Opazo. R, 2017).

En el caso de quienes suelen maltratar niños, su distorsión se presenta en la creencia de que se encuentran autorizados a abusar, incluso sexualmente, de sus víctimas (Hanson, Gizzarelli y Scott, 1994 en Marshall. W, 2001).

Lo curioso es que, según Lipton, McDonel y McFall en 1987, los violadores interpretan erróneamente las reacciones de las mujeres como provocativas, pero no se equivocan en el caso de evaluar las reacciones de los hombres. Incluso, Hudson et. al., (1993) descubrieron estas dificultades de interpretación en el ámbito de lectura emocional de otros, especialmente en el miedo y el enojo, las que, tendían a evaluar de manera más positiva de lo normal, siendo estas precisamente, emociones presentes en las víctimas, por lo que, al presentar dicha distorsión, esto les permitiría seguir abusando sexualmente de otros, siendo incapaces de ver el daño que causan en ellos (Marshall. W, 2001).

Barbaree (1991) señala que, muchas de las personas que cometen una agresión sexual, niegan haber cometido la conducta o la minimizan al igual que los efectos que esta tuvo en su víctima. Ello es confirmado por diversas investigaciones donde, por ejemplo, Maletzky (1991) obtuvo que el 87% de su población estudio, negaba completa o parcialmente su conducta, mientras que, Sefarbi (1990) encontró que el 50% de los estudiados, no sólo negaba haber cometido la conducta, sino que también, contaba con apoyo de su familia. Ello, dificulta aún más la responsabilización sobre sus actos (Marshall. W, 2001).

Entre otras distorsiones presentes que han sido estudiadas, se encuentran aquellas en las que quienes han agredido a niños refieren negligencia o abandono por parte de sus padres por lo que, al

realizar la relación sexual con ellos, les estaban dando y enseñando amor, mientras que, quien abusa de una mujer que hace autostop, - o que haga “dedo” como se dice en Chile – la justificación es que ella es la culpable por no protegerse adecuadamente. De esta forma, no se responsabiliza por la conducta y se siente menos culpable por ella (Marshall. W, 2001) de manera consciente o inconsciente.

Ahora bien, la mayoría de ellos sabe exactamente que sus acciones no son correctas, en caso contrario, lo contarían abiertamente, pero para poder compatibilizar su conducta con su nivel de autoestima, requieren de la distorsión de la interpretación de sus acciones, de las víctimas y de su propio sentido de responsabilidad para poder procesarlas y proteger la frágil imagen que tienen de sí mismos, lo que, los lleva en ocasiones a sentir poca o nula empatía hacia sus víctimas (Marshall. W, 2001).

Otro ejemplo es cuando el alcohol facilita la agresión, donde a partir de una interacción en una discoteca, víctima y agresor comienzan a relacionarse creando él expectativas erróneas respecto a la intención de la mujer, seguido de la ingesta de alcohol y, normalmente de manera que no ha sido planificada, se produce la agresión cuando quien agrede, se siente frustrado al ser rechazado por la víctima para mantener relaciones sexuales, por lo que, se considera provocado y no admite la capacidad que presenta la otra persona para negarse, actuando el alcohol como desinhibidor (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Cada caso es particular y así mismo, las distorsiones que desarrolla, por lo que, se debe trabajar de manera adecuada en la evaluación para identificarlas, aunque algunas se repiten tal como (Save the Children, 2001, pp. 186):

- A los niños les gustan las relaciones sexuales.
- Si un niño acepta tener relaciones con un adulto, éste está libre de responsabilidad.

- Los contactos sexuales forman parte de la educación sexual de la víctima.
- ¿Qué van a pensar de mí cuando se enteren de lo que ha pasado?
- Si me acerco a una chica -sin utilizar la fuerza- me va a rechazar.

Es por lo señalado que, el trabajo del terapeuta debe orientarse en que la persona acepte y asuma su propia responsabilidad en su conducta, de lo ocurrido, y comprenda los efectos que tuvo esta sobre la víctima y su entorno (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Como en toda conducta, en las agresiones sexuales también hay un proceso a la base como lo representan Weisinger, H., 1988 y Goldstein, A. P. y Keller, H. R., en 1991, en agresiones violentas no planificadas, lo que, denominan el “circuito retroalimentado de la ira”:

1. Primero, deben presentarse actitudes favorables para la agresión por parte del agresor, tal como, actitudes negativas hacia la figura de la víctima, sea NNA, hombre, mujer, etc., y déficit en habilidades y/o valores pro-sociales.
2. Segundo, debe ocurrir una situación que puede ser neutral.
3. Luego, el agresor comienza la elaboración de pensamientos que interpretan dicha situación como una provocación, generando ideas asociadas a la ira y a la frustración.
4. Ello lleva a una excitación fisiológica de ira/sexual.
5. Posteriormente, el agresor expresa sus intenciones y nivel de excitación, siendo rechazado por la víctima.
6. Ante esto, surgen pensamientos que no aceptan la negativa de la víctima, asociados a excitación y acciones que le permitan retroalimentarse hasta que aparece la conducta agresiva.

Como plantea Roberto Opazo, si no se cuenta con mecanismos de retroalimentación adecuados, la persona puede quedar desinformada en lo que denomina territorios esenciales, pasando su conducta a desplegarse en conjunto, por ejemplo,

con desadaptaciones y cegueras asociadas (Opazo. R, 2017)

Pero, la persona puede escoger a lo largo de dicho proceso, si actuar o no y cómo hacerlo, si de modo agresivo o no (Goldstein, y Keller, 1991 en Soria. M, Hernández, J, 1994).

De esta forma, las distorsiones cognitivas pueden transformar lo que inicialmente era una preferencia por lo que ahora es una necesidad. Ello debido a que, como plantea Aaron Beck: “Las estructuras cognitivas disfuncionales facilitan el despliegue de conductas desadaptativas” (Opazo. R, 2017).

Como se señaló anteriormente, en ocasiones, existe apoyo por parte de otros ante un agresor que niega los hechos, y que, según Bartil y Bartol, 1986; Scully y Marolla (1984), corresponden a ideas erróneas acerca de las mujeres, autojustificaciones y que no sólo provienen de la persona que ejerce la conducta, sino que también, de su contexto familiar, social e incluso legal tales como:

- Las mujeres son seductoras y provocan.
- Las mujeres dicen “no” cuando quieren decir “sí”.
- Muchas mujeres tienen la fantasía de ser violadas.
- Las “buenas chicas” no son violadas, algo habrán hecho.
- Violación es sólo cuando se produce agresión física.

En el otro polo, nos encontramos con las fantasías sexuales, las que, constituyen un fenómeno universal en los seres humanos y que permite enriquecer la sexualidad, pero que, en el caso de quienes agreden sexualmente, estas suelen presentarse de manera reiterada donde se representan en relaciones sexuales forzadas, a la vez que, refuerzan dicha imagen con la práctica paralela de la masturbación (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Paradigma Inconsciente

Shevrin y Dickman (1980) señalan que, no es posible comprender la conducta sin tomar en

cuenta la experiencia consciente la que, a su vez, no se puede comprender en su totalidad si no consideramos los procesos inconscientes. De este modo, es posible señalar que, los contenidos que no se encuentran a nivel consciente, pueden influir o no en la dinámica psicológica en cierto momento, pero, además, gran parte de lo que se encuentra en el inconsciente, ha llegado a dicho nivel mediante mecanismos de represión, debido a la significación de vivencias amenazantes o desagradables las que son catalogadas y reprimidas para ser “olvidadas” (Opazo. R, 2017)

Como cita el psicólogo Roberto Opazo en 2017 a Richard Gross: *“Gran parte de nuestra conducta está determinada por pensamientos, deseos y recuerdos inconscientes. Aquello de lo que estamos conscientes en cualquier momento, representa la punta de un iceberg: la mayoría de nuestros pensamientos e ideas no son accesibles en ese momento o son totalmente inaccesibles”* (Opazo. R, 2017, pp. 400).

Según From (1975), Sigmund Freud se interesó por el estudio de la agresión y a finales de los años 20, cuando postula la dicotomía entre el Eros y el Tánatos, es decir, entre el impulso de vida y muerte respectivamente, señalando que, a través de la agresión, se busca reestablecer el estado de reposo, retornando al organismo a un estado no alterado, siendo una pulsión que puede dirigirse contra sí mismo o contra los demás, y se trataría de un impulso de carácter instintivo. Mientras que, Adler consideraría la agresión como una pulsión innata que tiene como propósito la búsqueda de poder y reconocimiento (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Por otro lado, K. Lorenz (1971), refiere que, la conducta agresiva sería instintiva o impulsiva, inagotable y que busca una selección intraespecífica para la preservación de la especie (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Debido a que, es imposible encontrarnos conscientes de cada movimiento, resultado, de cada partícula, átomo, célula, órgano, etc., es que, se plantea que mucho de lo que hace el cerebro, se realiza de manera inconsciente. Ello también se aplicaría a los procesos emocionales donde, gran parte del proceso de las emociones no se da de manera plenamente consciente, razón por la que, hay personas que, a menudo, encuentran que sus emociones son incomprensibles (Clore et. al., 2005 y Le Doux, 1999, en Opazo. R, 2017). Sin embargo, el filtro de lo que se hace en cada nivel no es voluntaria, pero, aun así, un esquema subyacente puede operar desde lo no consciente, y su paso hacia lo consciente puede encontrarse habilitado, facilitando de algún modo, que sea posible trabajar sobre este y modificarlo (Opazo. R, 2017)

En cuanto a las conductas sexuales abusivas propiamente tal, las teorías clásicas que provienen del psicoanálisis defenderían que el origen de estas es la ansiedad de castración durante la fase edípica, conduciendo a la sustitución de la madre por un objeto que es simbólico tal como el fetiche o el travestismo, o a la búsqueda de parejas sexuales no apropiadas como en el caso de la pedofilia y la zoofilia, o incluso, conductas “seguras” como el exhibicionismo o el voyerismo. De esta forma, el desarrollo de una parafilia serviría de intento de recrearse y vencer la humillación o el castigo sufrido en su primera infancia (Stoller, 1975 en Soria. M, Hernández, J, 1994).

Por su parte, Freud consideraba que el conflicto principal de las personas se daba entre los impulsos sexuales y los temores que el paciente tenía frente a estos (Opazo. R, 2017)

Cuando de conformación de la personalidad se trata, William Marshall defiende que es posible descartar la posibilidad de que las personas que cometen actos sexuales abusivos se caractericen por presentar trastornos psiquiátricos que les

impidan controlar su comportamiento sexual (Marshall. W, 2001).

Lo que sí afirman algunos teóricos es que, dejando de lado los trastornos de personalidad, quienes cometen delitos sexuales, presentarían personalidades problemáticas (Kalichman, 1991 en Marshall. W, 2001). Lo cierto es que, más teóricos e investigadores confluyen en que, la mayoría de ellos parecen tener una personalidad que llega a ser muy similar a la de los demás, por lo que, quienes ejercen estas conductas, según estudios, se habría comprobado que, a mayor intensidad de las agresiones, mayor sería la cantidad y calidad de sus rasgos mal adaptativos (Marshall. W, 2001).

Desde otra arista, podría ser probable especular que algunas variables biológicas pudieran incentivar los mecanismos de represión como, por ejemplo, cuando esta involucra altos niveles de impulso sexual, o fuertes disposiciones hacia la agresividad. En dichos contextos, puede que el organismo considere necesario activar ciertos mecanismos tales como el control, sobre control, supresión y represión (Opazo. R, 2017)

Ahora bien, los contenidos reprimidos no se relacionan exclusivamente con la sexualidad, y se debe comprender que, al hablar de contenidos reprimidos, estos operan en personas consideradas “sanas” como aquellas que son consideradas “enfermas” (Opazo. R, 2017), pero se hace referencia a ellas en el presente a modo de aportar mayores antecedentes que permitan comprender el fenómeno que nos encontramos abordando.

En base a la psicopatología, no la violación en sí, pero sí la conducta agresiva sería un síntoma de diversos diagnósticos de trastornos mentales (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Desde los estudios y planteamientos que sí relacionan las conductas sexualmente agresivas con los trastornos de personalidad, nos encontramos que, desde la psicopatología se plantea que, si bien, es común el diagnóstico de

psicopatía o trastorno antisocial de la personalidad (TAP), en los perfiles de agresores sexuales, esta se debe en mayor medida a que, dentro de los propios criterios del trastorno se incluyen las conductas asociales (Soria. M, Hernández, J, 1994).

En esta misma línea, en un estudio que se realizó en 1988 por Kavoussi y col., con 58 adolescentes de sexo hombre entre 13 y 18 años que fueron enviados a evaluación psiquiátrica y que habrían presentado conductas sexuales abusivas, se encontró que casi la mitad (48%) de ellos, presentaban trastorno de la conducta, un 19% abuso de drogas, y un 19% no presentaba ningún tipo de diagnóstico, lo que, les llevó a concluir que, en este grupo, la conducta inadecuada y/o violenta forma parte de un patrón con déficit en el control de impulsos y de conducta antisocial general (Soria. M, Hernández, J, 1994).

A diferencia de lo que se cree, quienes son diagnosticados con trastorno psicopático, suelen ser violadores impulsivos que cometen su agresión durante la ejecución de otro delito tal como el robo, sin elegir previamente a la víctima, pero de mayor gravedad se considera, cuando se asocia a una conducta de violación sistemática y/o sádica debido al tipo de violencia que sufren sus víctimas (Soria. M, Hernández, J, 1994).

En el caso de los agresores sexuales que han sido diagnosticados con trastorno esquizoide de la personalidad, la dinámica de la conducta delictual se produce en el contexto de déficit de habilidades sociales, sumado a una motivación compensatoria e incluso en ocasiones, una agresión oportunista. Mientras que, quienes presentaban diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, la motivación para efectuar la agresión suele basarse en la búsqueda de autoafirmación, compensando las dudas que presenta en cuanto a su autoconcepto en base al desarrollo de una conducta considerada masculina y estereotipada (Soria. M, Hernández, J, 1994).

Lamentablemente, no existe en la actualidad una vasta cantidad de estudios y teorías comprobadas respecto a las conductas sexuales que se hayan abordado desde el presente paradigma, pero lo que sí se sabe es que, en base a la teoría psicodinámica, los eruditos en esta coincidirían en que, el estereotipo de la persona que agrede sexualmente es alguien neurótico, y donde su conducta es resultado de problemas intrapsíquicos y relacionales, aunque estas conclusiones aluden en mayor medida a las parafilias (Soria. M, Hernández, J, 1994).

En esta misma dirección, por su parte, Winnicott destaca que un buen vínculo entre madre e hijo es lo que le permite a este último, organizar su yo de manera sana y estable (Opazo. R, 2017), lo que, va en línea con lo planteado por Barudy y ya señalado previamente respecto a la importancia de dicha relación. Heinz Kohut apoyaba esta perspectiva al señalar que el rol que tienen los padres es central para que el niño configure su self (Opazo. R, 2017).

Parkin (1993) refiere que existen criminales en los que pareciera que los recuerdos de sus crímenes han sido reprimidos, y Taylor y Kopelman (1984) agregan que, esto se daría con mayor probabilidad cuando la víctima es alguien cercano como un pariente o su pareja (Opazo. R, 2017).

En esta línea, Silverman, Bronstein y Mendelsohn en 1976, asumieron que existía una relación entre sintomatología y conflictos del inconsciente al plantear relaciones entre agresividad reprimida y esquizofrenia, incesto reprimido con homosexualidad y agresividad reprimida con depresión (Opazo. R, 2017).

De esta forma, no es extraño que el impulso sexual se manifieste abiertamente hoy en día, aunque a su vez, se mantiene manifestándose de un modo encubierto mediante sueños, lapsus, incluso, en algunas canalizaciones que se pueden considerar prohibidas. Ello, ligado a que, ante los

ojos propios y del resto, a los seres humanos nos agrada la idea de percibirnos de buen modo (Opazo. R, 2017). Ello puede influir en la aceptación o negación del hecho, como se mencionó en paradigmas anteriores.

Ante lo expuesto, entendiendo que la sexualidad hoy se encuentra menos reprimida a nivel social, se sigue comprendiendo que no son los impulsos sexuales tempranos y reprimidos quienes predominan, así como tampoco han disminuido los desajustes psicológicos con la disminución de la represión sexual (Opazo. R, 2017).

CONCLUSIONES

Sin lugar a dudas, tras lo revisado a lo largo del presente artículo, nos muestra la complejidad del fenómeno de las conductas de agresión sexual, y así también, la necesidad de ser observado y evaluado desde sus distintas aristas, tal como lo plantea el psicólogo Roberto Opazo en función de la Psicoterapia Integrativa EIS, dado que, al observar desde sólo un ángulo, podemos perdernos de aspectos importantes a trabajar.

Ello también lleva a destacar la necesidad de ampliar la investigación en el tema y no desde el prejuicio, sino desde la comprensión para poder desarrollar un trabajo de calidad que abarque a su vez la prevención de ejecución de conductas, y no que sólo le enseñe a los niños y a la gente a cómo no ser víctimas de abusos sexuales.

En esta misma línea, se eleva la necesidad de unificar criterios respecto a la evaluación de conductas abusivas, es decir, ¿se comprenderá igualmente abusivo una mujer de 26 años que se involucra sexualmente con un adolescente de 15 años como si fuera un hombre de 26 y una adolescente de 15 años? En este aspecto hay mucho que trabajar ya que, como fue posible revisar en un breve vistazo, hay conductas que no son igualmente percibidas como abuso y la

diferencia es sólo el sexo del agresor y/o de la víctima.

Y no se trata de generar conflicto al respecto, sino a abrir la invitación a dejar de contemplar los sexos de manera dicotómica como “el bueno” y “el malo”, y a observar el fenómeno de la manera más objetiva y realista posible que nos permita a su vez, abordar con datos concretos y menos “cifras negras” ni desigualdades.

Como se señaló en un comienzo, si bien, no hay un perfil que dé cuenta a ciencia cierta las características que presenta una persona que abuse/agrede sexualmente de otra, sí es posible identificar ciertos aspectos que pueden influir en la probabilidad de la presencia/ausencia del desarrollo de dicha conducta, por lo que, trabajando desde una mirada más global, menos punitiva, más comprensiva, podremos disminuir la posibilidad de que haya más víctimas y victimarios.

Para ello, el trabajo no es sencillo, y no está en manos de los profesionales que se intentan informar sobre el tema, sino que, se encuentra en manos de toda la comunidad, comprendiendo lo difícil que es, las emociones que pudiera despertar, y los prejuicios asociados. Si nos informamos, si trabajamos, podremos tener adolescentes más sanos a nivel de salud mental.

Actualmente, contamos con una vasta bibliografía, incluso, la mayoría de los estudios se encuentran enfocados en adultos, pero sí contamos con material elaborado por ONG's a nivel nacional e internacional.

Por otro lado, para poder trabajar esta temática, no sólo hace falta un profesional psicólogo que tenga una mirada en 360º del fenómeno, sino también un trabajo multidisciplinario que permita apoyar el desarrollo y estabilización de otros problemas que puedan encontrarse asociados tal como descompensaciones en el área psiquiátrica, consumo de sustancias, enfermedades crónicas,

entre otras, así como también, un trabajo que incluya y no que excluya a la familia.

La visión de monstruo en esta área se encuentra obsoleta, y es importante entender que, sobre todo cuando se habla de adolescentes, se habla de personas que han cometido ofensas/agresiones en la esfera de la sexualidad y no como agresores sexuales, ya que, de este modo, comprendemos que se asocia a conductas, contextos, afectos y otros factores, y no a un criterio cementado de identidad.

Como refiere William Marshall, no es necesario abordar directamente las fantasías desviadas para obtener resultados positivos en el trabajo de la búsqueda de formas alternativas y prosociales de satisfacer sus tendencias y necesidades sexuales lo que, a su vez, disminuye el riesgo de reincidencia de la conducta (Marshall. W, 2001).

Además, parecería ser que las alteraciones a nivel del paradigma biológico y los trastornos de personalidad no son necesariamente factores impulsores de conductas sexualmente agresivas (Marshall. W, 2001).

Hay que tener en cuenta además que, si para una persona “normal”, en ocasiones la motivación para acceder a tratamiento es baja, para el caso de quienes han abusado sexualmente es aún menor, ya sea por el temor a “ver lo que realmente son” como se plantearía desde la posibilidad de “ver el inconsciente”, o por el temor a ser rechazado, o porque niegan directamente la conducta, o la dan por “cerrada”, o son reticentes a aceptar su responsabilidad (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Por ello, el cómo se trabaja, cómo se aborda, desde el primer acceso tanto con la persona que ejecuta la conducta como con su entorno, es relevante, así como el fracaso o éxito de tratamientos previos asociados o no a la temática, sobre todo, si esta situación se asocia a una

experiencia jurídico-penal (Echeberrúa. E, Guerriechevarría. C, 2009).

Finalmente, a través de la presentación del fenómeno desde los diversos paradigmas, es posible ver la interrelación entre estos, es decir, es posible identificar cómo se intercomunican los

paradigmas, destacando por sí mismo, la importancia de abordar el fenómeno desde la perspectiva integrativa, y no desde cualquier enfoque “que parezca calzar”, ni tan sólo desde un área en particular.



REFERENCIAS

- Barudy J, 2013.** Artículo: “El impacto de los contextos de malos tratos en el desarrollo del cerebro infantil” Extraído en: <https://www.traumaterapiayresiliencia.com/sites/default/files/articulos/el-impacto-de-los-contextos-de-malos-tratos-en-el-desrrollo-del-cerebro-infantil.pdf>
- BCN, 2008.** Ley Penal Juvenil. Ley Fácil. Extraído en <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/ley-penal-juvenil>
- Cavada, J, 2020.** Concepto y catálogo de delitos sexuales Chile y legislación extranjera. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile BCN. Extraído en https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repository/10221/29603/2/BCN_Concepto_y_catologo_de_delitos_sexuales_edit_GW.pdf
- Consuegra, G, 2015.** Reseña sobre el libro “La inteligencia maternal” de Jorge Barudy, Mayorie Dantagnan, Emilia Comas y María Vergara de 2014. Extraído en http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/11879/La_inteligencia_maternal.pdf?sequence=2
- Echeberrúa, E, Guerriechevarría, C, 2009.** Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Editorial Ariel. S. A.
- Marshall W, 2001,** Agresores Sexuales. Estudios sobre violencia. Editorial Ariel. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.
- Masson, H, Erooga, M, 1999,** Incidence, characteristics, and causation. Children and young people who sexually abuse others: Changes and responses. Save the Children.
- Ministerio Público, 2019,** Informe de Boletín estadístico periodo enero-diciembre 2019, ubicado en: http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/sala_prensa/noticias_det.do?id=15644
- Ministerio Público, 2021,** Boletín Estadístico 2021 Ministerio Público, ubicado en file:///C:/Users/Corporaci%C3%B3n%20Opci%C3%B3n/Downloads/Boletin_anual_enero_diciembre_2021_v1.pdf
- Ministerio Público, s/f.** Áreas de persecución – Delitos sexuales, ubicado en <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp>
- Opazo, R, 2017.** Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión, potenciando el cambio. Andros LTDA.
- Opazo, R, 2018.** En prensa. Clase de Magíster y Post título de Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa ICPSI 2018-2019. Universidad Adolfo Ibáñez – Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Pizarro, M, 2020.** Curso para el abordaje del manual CAS-R a profesionales del área de justicia juvenil de la Corporación Opción. En prensa.
- Pizarro, M, 2021.** Curso de Trabajo y tratamiento en delitos sexuales desde la mirada CAS-R. Chile-Colombia. En prensa.
- Save the Children, 2001.** Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Madrid: Save the children con la colaboración del Ministerio del Trabajo y Comité de Asuntos Sociales, 2001.
- SENAME, s/f.** Servicio Nacional de Menores. Normativas Justicia Juvenil. Extraído en <https://www.sename.cl/web/index.php/marco-legal-ley-responsabilidad-penal-adolescente/>
- SENAME, s/f.** Servicio Nacional de Menores. Oferta de Protección. Extraído en <https://www.sename.cl/web/index.php/oferta-de-proteccion/>
- Servicio Menor Niñez, s/f.** Extraído en: <https://www.mejorninez.cl/mejor-ninez.html>
- Soria, M, Hernández, J, 1994.** El agresor sexual y la víctima. Editorial Boixareu Universitaria Marcombo.
- Vásquez, O, 2020.** Curso para el abordaje del manual CAS-R a profesionales del área de justicia juvenil de la Corporación Opción. En prensa.
- Vásquez, O, 2021.** Curso de Trabajo y tratamiento en delitos sexuales desde la mirada CAS-R. Chile-Colombia. En prensa.
- Vásquez, O, Venegas, R, 2004,** Manual de tratamiento para agresores sexuales CAS-R. Corporación Opción.
- Venegas, R (2019),** Lanzamiento libro T-CACS, Corporación Opción.

Trastorno Límite de Personalidad: Actualización, análisis y propuestas de intervención desde el EIS

María Belén Maldonado A.*

Abstract

At present, the need to consider Borderline Personality Disorder as a multi-caused dimensional phenomenon and to intervene from a personality theory consistent with the theoretical approach and its supporting techniques has been highlighted. The purpose of this work was to update the existing information in the literature about the disorder and to analyze its underlying dynamics from the six paradigms and functions of the Self System proposed by the EIS Integrative Supraparadigm. Based on the above, intervention strategies were proposed based on scientific evidence that contribute to the prediction of change in BPD.

Keywords: *Borderline Personality Disorder, EIS Integrative Supraparadigm, paradigms, functions of the Self System, intervention strategies from the EIS.*

Resumen

En la actualidad se ha resaltado la necesidad de considerar al Trastorno Límite de Personalidad como un fenómeno dimensional multicausado y de intervenirlo a partir de una teoría de personalidad en congruencia con el enfoque teórico y sus técnicas que lo sustenten. El presente trabajo tuvo por finalidad actualizar la información existente en la literatura acerca del trastorno y analizar sus dinámicas subyacentes desde los seis paradigmas y funciones del Sistema Self que propone el Supraparadigma Integrativo EIS. A partir de lo anterior, se propusieron estrategias de intervención en base a la evidencia científica que aporten a la predicción el cambio en la psicoterapia del TLP.

Palabras claves: *Trastorno Límite de personalidad, Supraparadigma Integrativo EIS, paradigmas, funciones del Sistema Self, estrategias de intervención desde el EIS*

INTRODUCCIÓN

La personalidad se puede definir como las causas internas al individuo que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia vivencial de éste (Cloninger, 2002). El DSM-IV-TR (APA, 2002), considera que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir y pensar sobre el entorno y uno mismo, manifestados en un amplio espectro de situaciones sociales y personales. Sólo al momento en que estos rasgos se vuelven desadaptativos e inflexibles, y causan un alto grado de malestar subjetivo y deterioro funcional se puede considerar un trastorno de personalidad.

En particular, el Trastorno Límite de Personalidad [TLP] representa a cerca del 2% de la población en general (APA, 2014). Puede ser considerado como el trastorno de personalidad más relevante y más frecuente para la práctica clínica asistencial, por la interferencia que genera en el funcionamiento psicosocial, su alta implicancia de recursos, comorbilidad con otros trastornos y alto riesgo de presentar conductas suicidas (Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012 en Kokoulina y Fernández, 2016; Aragonès, Fernández y Loayssa, 2015). Lo anterior puede explicar que sea el trastorno de personalidad más estudiado y del que se tiene mayor evidencia científica (Caballo y Camacho, 2000; Aragonès et al., 2015; Bateman, Gunderson y Mulder, 2015).

En una revisión bibliográfica en torno a la temática, realizada por Fernández y Palacios (2017), se establece que existe poco acuerdo entre los

* Ps. Universidad del Desarrollo
Psicoterapeuta Integrativa EIS ICPSI
ps.belenmaldonado@gmail.com

teóricos en torno a la conceptualización, etiología y abordaje terapéutico de éste, donde cada uno, desde su visión y paradigma teórico, realizan planteamientos que tienden a solaparse entre sí, con métodos de intervención que muestran poca comparación y que entregarían, de una forma reduccionista, un acercamiento a la comprensión del TLP. Se ha tendido a concebir el TLP más bien como un constructo que engloba todos los síntomas que el profesional no sabe dónde ubicar, debido, en gran parte, a su naturaleza multifactorial y a las dinámicas nucleares subyacentes, que hacen que cada paciente TLP sea diferente y, por tanto, las intervenciones terapéuticas sean variadas (Fernández y Palacios, 2017). Entonces, ¿Cuál es el estado actual de la literatura en torno al TLP? ¿Cuáles son las principales dinámicas subyacentes que permitan entenderlo de forma comprensiva, integradora y ordenada? ¿Cuáles serían los principales lineamientos de intervención psicoterapéutica?

Un enfoque que permitirá abordar las temáticas en cuestión es el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS (Opazo, 2017). Éste ayudará a visualizar y comprender de una forma integradora el TLP, a la luz de sus 6 paradigmas implicados en la dinámica psíquica del ser humano, vale decir, desde el paradigma biológico, afectivo, cognitivo, ambiental-conductual, sistémico e inconsciente. Además, permitirá plantear las dinámicas subyacentes en el TLP, a la luz de las 6 funciones del Sistema Self que articulan a los 6 paradigmas antes mencionados. Es por lo anterior que el presente trabajo tiene la finalidad de actualizar la información existente en torno TLP, acercándose a un diagnóstico dimensional-comprensivo del trastorno desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS, junto con realizar un análisis acerca de cómo se ven afectadas las funciones del Sistema Self subyacentes. Para finalizar, se propondrán objetivos de intervención para estas funciones.

Para los postulados a continuación, se seleccionaron publicaciones con la mayor novedad y actualidad posible, teniendo en consideración que importantes propuestas acerca del TLP tienen una gran antigüedad, las cuales no se pasaron por alto por ser una base científica que provee el impulso a nuevos planteamientos. Además, debido a la falta de precisiones diagnósticas y poco acuerdo en la delimitación conceptual del TLP, el criterio de selección de las fuentes de información, fueron aquellas que justamente mostraron la precisión del diagnóstico de las muestras, a la luz de los principales postulados y acuerdos a los que se han llegado a lo largo de la historia en torno al TLP y que ha permitido hablar, en general, en un “lenguaje común”.

PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Desde sus inicios el concepto de personalidad ha estado marcado por planteamientos diversos, sin embargo, se empezó a establecer una mirada en donde la etiología de la personalidad necesariamente tiene que ser explicada desde una visión integradora. El “Modelo Evolutivo” de Millon (1990), acercándose a esta visión de la personalidad, establece que es necesaria la integración de la perspectiva nomotética e idiográfica, entendiendo que es constructo multideterminado, multidimensional y multirreferencial (Cardenal, Sánchez y Ortiz, 2007). Desde un punto de vista psicológico, pareciera ser que la personalidad entonces es concebida como la suma de propiedades de distinta naturaleza (emocionales, afectivas, cognitivas, comportamentales, sociales), que caracterizan el modo de ser particular de un individuo y que lo identifican como ser único, a través del tiempo, de las diferentes situaciones y de los roles que ejerce (Montaño et al., 2009). Lo anterior guarda relación con la definición de personalidad expuesta por la Organización Mundial de la Salud (1992), donde se trataría de un perfil que predispone a ciertas conductas, y que en su base tiene estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes (Bagladi, 2004, 2005). El DSM-IV-TR (APA, 2002), considera que al momento en que los rasgos de

personalidad se vuelven desadaptativos e inflexibles y causan un alto grado de malestar subjetivo y deterioro funcional, se puede considerar un trastorno de personalidad.

Los manuales diagnósticos como el DSM en sus distintas versiones (APA, 1994, 2002, 2014), organizan las principales características y criterios para diagnosticar a los trastornos de personalidad en su Sección II. Ahora bien, en su última versión, el DSM-5 (APA, 2014) reconoce la necesidad de entender los trastornos de personalidad desde un enfoque dimensional, es por eso que en su Sección III se presenta un modelo – en investigación – para la conceptualización y diagnóstico. En este modelo dimensional, se entendería a los trastornos de personalidad como: A) Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad (auto/interpersonal); y B) Uno o más rasgos patológicos de personalidad. Ambos, serían relativamente inflexibles y persistentes, presentándose en situaciones personales e interpersonales. Cada criterio requiere de una evaluación clínica exhaustiva, que se muestran resumidas en la **Tabla 1**.

Tabla 1: Criterios A y B de la nueva propuesta de Trastornos de Personalidad DSM-5.

Criterio A	Las dificultades en el funcionamiento personal (<i>self</i>) e interpersonal constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, y en este modelo de diagnóstico alternativo éstas se evalúan en un continuo. El funcionamiento con uno mismo implica la identidad y la autodirección, y el funcionamiento interpersonal incluye la empatía y la intimidad.
	<p>Self:</p> <p>1. Identidad: La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.</p> <p>2. Autodirección: Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales; capacidad de autoreflexionar productivamente.</p>
	<p>Interpersonal:</p> <p>1. Empatía: Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los afectos de la propia conducta de los demás.</p> <p>2. Intimidad: La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; la reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal.</p>
Criterio B	Los rasgos patológicos de personalidad se organizan en cinco grandes ámbitos: el afecto negativo, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. Estos cinco grandes dominios se componen de 25 facetas de rasgos específicos que se desarrollan inicialmente a partir de una revisión de los modelos de rasgos existentes, y posteriormente a través de la investigación iterativa con muestras de personas que acudían a los servicios de salud mental.

Fuente: DSM-5 (APA, 2014).

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Es una enfermedad mental caracterizada por un patrón persistente de alteración en tres dominios característicos: identidad inestable e inconsistente; desregulación emocional intensa que incluye la impulsividad; y dificultades en las relaciones interpersonales (Behn, 2022). Muestran conductas disfuncionales agudas, como tendencia a la automutilación, pensamientos suicidas crónicos, actitud exigente, preocupación excesiva por el abandono y rechazo, junto con marcados sentimientos de vacío, que pueden entenderse como consecuencias inmediatas o como estrategias de afrontamiento de uno de los tres dominios patológicos (Millon y Davis, 1998; Gunderson et al., 2018).

Prevalencia

El TLP es un trastorno mental grave, crónico y con una elevada prevalencia, observado entre el 2% y el 5% de la población adulta comunitaria y entre el 15% y el 20% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y hospitalizados (APA, 2014; Behn, 2022). La prevalencia comunitaria parece mantenerse en adolescentes [2 - 3%] y disminuir en adultos mayores de 40 años [0,4 %] (Bohus et al., 2021). Además, durante los últimos años, diferentes estudios han hallado que las mujeres manifiestan más el trastorno en una proporción de 3:1 (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004). La mayoría de los estudios de prevalencia de TLP no muestran diferencias raciales o étnicas sistemáticas; sin embargo, los estudios son pocos, lo que justifica la atención urgente de investigaciones futuras (Ellison, Rosenstein, Morgan y Zimmerman, 2018).

Comorbilidad

En gran parte, la dificultad de realizar un diagnóstico y manejo del TLP en la práctica clínica, tiene que ver con que hasta en un 85% de los casos presentan una alta comorbilidad con otros trastornos del eje I y II, especialmente con los trastornos afectivos, el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria (Palomares et al., 2016; Aragonès, Fernández y Loayssa, 2015). Se han

identificado especialmente altas tasas de comorbilidad del 30,2% con el trastorno de estrés postraumático, del 33,7% con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, del 21,6% con trastorno bipolar I y del 37,7% con trastorno bipolar II (Tomko et al., 2014; Philipsen et al., 2009). Cabe destacar que la alta comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos agrava la patología clínica del TLP (ideación suicida, crisis emocionales, impulsividad, etc.) y explica que presenten un alto uso de recursos sociosanitarios (Cyders et al., 2007).

Sistema diagnóstico dimensional

En la sección III del DSM-5 (APA, 2014), el modelo alternativo para los trastornos de la personalidad [AMPD] permite el diagnóstico del TLP en un proceso de tres pasos. El especialista primero, determina la gravedad del nivel general de funcionamiento de la personalidad (criterio A: deterioro moderado o grave, manifestado por dificultades en dos o más áreas de identidad, autodirección, empatía e intimidad). Segundo, determina la gravedad en los cinco amplios dominios de rasgos patológicos, y tercero, puede diagnosticar TLP si el paciente muestra niveles altos en cuatro o más de los siete dominios patológicos de la personalidad: labilidad emocional, ansiedad, inseguridad por separación, depresividad, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad, donde al menos uno de ellos debe ser impulsividad, toma de riesgos u hostilidad (Bohus et al., 2021).

La impulsividad es un marcador clave del TLP y también de los estados maníacos e hipomaníacos, aunque no necesariamente comparten factores genéticos. Los síntomas depresivos pueden estar relacionados con el trastorno depresivo mayor o con el TLP, pero en estos últimos los síntomas depresivos son volátiles, reactivos al estrés y en su mayoría remiten en paralelo con mejoras en el estado de ánimo (Chanen, Sharp y Hoffman, 2017). En esta línea, Pérez (2016) señala que hay 256 maneras de ser un TLP, en función de la comorbilidad y del peso de los síntomas asociados, siendo difícil unificar el constructo, debido a que las posturas teóricas han planteado distintos criterios y definiciones que no se enmarcan dentro de una perspectiva que incluya todos los factores que la componen. Montañó et al.

(2009) establecen que debería haber una explicación del TLP a partir de una teoría de personalidad en congruencia con el enfoque teórico que la sustenta.

ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO EIS

Fue creado por el psicólogo Roberto Opazo en 1983 (Opazo, 2017) y plantea una “Macro-Teoría” en la cual integra en una unidad coherente los aportes y conocimientos, teóricos y prácticos, válidos de la psicología, para contribuir a la predicción y el cambio en psicoterapia. El Modelo entiende la dinámica psíquica como un esquema de mutuas influencias, en relación a seis paradigmas: biológico, cognitivo, afectivo, sistémico, inconsciente y ambiental-conductual. Todos éstos se integran a en torno al Sistema Self, unificando el sistema psicológico y dándole coherencia a través de sus seis funciones: significación integral, toma de conciencia, identidad, auto-organización, búsqueda de sentido y conducción de vida. Este Sistema corresponde a “la tendencia estructural estable en la configuración de los estímulos efectivos” (Bagladi, 2022, p. 451). Los estímulos efectivos son los estímulos procesados o significados por la persona, aquellos que efectivamente van a impactar en su dinámica psicológica (Opazo, 2022). A raíz de estos postulados y en conjunto con Verónica Bagladi, crean la Psicoterapia Integrativa EIS.

El Modelo entiende la personalidad como “una red de rasgos entrelazados, que configuran una totalidad única, estable y distintiva. Dicha totalidad, caracteriza e identifica a la persona; y establece las formas en que se relaciona consigo misma y con los demás (...). Se trata, de un perfil predisponerte a ciertas conductas, que tiene a la base estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes, las cuales influyen – establemente - en el procesamiento de los estímulos significados” (Opazo y Bagladi, 2017; Bagladi, 2004, 2005, 2022, p. 451). Por su parte, un Trastorno de Personalidad es entendido como una tendencia estable a procesar de forma rígida y/o desproporcionada ciertos eventos y a comportarse desadaptativamente en esos territorios (Opazo y Bagladi, 2006).

Opazo (2001) plantea los Principios de Influencia, que hacen referencia a la recurrencia constatada del

efecto de una influencia específica. En esta línea, señala que el Sistema Self recibe dos tipos de influencias en el proceso de significación de la experiencia, desde “fuera” serían los estímulos ambientales a “psicofacturar”, y desde “dentro” los paradigmas presionan al Sistema Self a procesar de una forma en particular. El resultado del proceso interno de “psicofacturación” son los estímulos significados que son diferentes de una persona a otra y recibirían influencias diferentes – desde cada paradigma – según la estructura y características de cada personalidad. Cada estructura de personalidad facilita el accionar de ciertos principios, dificulta la acción de otros e incluso puede contra actuar la influencia de algunos (Bagladi, 2017 en Bagladi, 2022). Por lo tanto, serían estas influencias específicas de recurrencia ‘causal’ las que debieran comprenderse a la hora del tratamiento de las dinámicas psicológicas de la personalidad. Un entendimiento gráfico se expone en la *Figura 1*

Figura Nº1: “EIS, Personalidad y Estímulo significado”



Fuente: Manual de Psicoterapia Integrativa EIS. Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada (Opazo y Bagladi, 2022, p.451).

Todos estos postulados entregan coherencia y nos permitirán entender a continuación la temática en cuestión acerca del TLP, desde una visión en 360°.

Análisis por paradigmas

Paradigma Biológico

Este paradigma propone que “ciertas características, disposiciones, alteraciones o cambios (...) a nivel anatomofisiológico del organismo, pueden influir en la génesis y/o en la modificación de desajustes en el plano psicológico (...) cogniciones, afectos o conductas” (Opazo, 2017). Las características nucleares del TLP comienzan a mostrarse entrando a la vida adulta, donde particularmente resaltan rasgos marcados de labilidad emocional, impulsividad, hostilidad y conductas de riesgo, que llevan a síntomas de ansiedad y depresión (Lewis, Caputi y Grenyer, 2012)

Estudios genéticos han estimado la heredabilidad del TLP, demostrando una concordancia del 35% en gemelos monocigóticos y del 7% en dizigóticos (Torgersen et al., 2000). En este sentido, los familiares de primer grado de pacientes diagnosticados serían más vulnerables de padecer TLP en relación a la población general (Gunderson et al., 2018).

Respecto a los sistemas de neurotransmisión, se entiende la desregulación de la afectividad y el descontrol de impulsos, desde una alteración de la transmisión colinérgica, noradrenérgica y serotoninérgica, y, por su parte, las alteraciones perceptuales y estados psicóticos transitorios desde una alteración dopaminérgica (Siever y David, 1991). La desregulación emocional, a su vez, implica serias dificultades en la activación psicofisiológica; orientar, mantener o reorientar la atención; y mantener un procesamiento cognitivo eficaz (Keegan, 2004). Los estudios de imagenología cerebral en TLP, utilizando resonancia magnética no funcional, mostraron que estos pacientes presentaban un lóbulo frontal significativamente más pequeño en 6,2%, que explican la impulsividad y dificultades cognitivas (Lyo, Han y Cho, 1998).

Los estudios sobre neurobiología y correlatos cerebrales estructurales y funcionales en el TLP, han permitido explicar ciertas manifestaciones psicopatológicas del trastorno. Sin embargo, expresan la importancia de entender la etiopatogenia del TLP integrando la genética y la evidencia de los factores psicosociales, siendo el resultado de un

proceso dinámico y multifactorial (Guendelman et al., 2014).

Paradigma Cognitivo

“...Se asume que los problemas emocionales y conductuales son – en una medida sustancial- el resultado de erróneas y desadaptativas formas de pensar e interpretar la experiencia (...) los desajustes psicológicos derivan de elaboraciones cognitivas disfuncionales: hacia sí mismo, hacia los sucesos, y/o hacia los demás” (Opazo, 2017).

De acuerdo con la teoría de Erik Erikson (1963) cada estadio del desarrollo postula nuevos desafíos que demandan el aprendizaje de nuevas habilidades. Se postulan puntos de equilibrio según cada etapa, por ejemplo, entre la capacidad de confiar y la desconfianza. Los pacientes con TLP no alcanzarían estos equilibrios, lo que llevaría en la adultez a formas de ver la realidad y de actuar que son extremas y disfuncionales (Keegan, 2004).

Los esquemas cognitivos son entendidos como una unidad de procesamiento de información, que aprehende y categoriza la información de la realidad. Están asociados a creencias nucleares, como reglas básicas por las cuales las personas traducen la percepción de sí mismos y el mundo (Beck, 1995; Keegan, 2004). Los pacientes con TLP, con un esquema basado en la incompetencia básica va a evitar los desafíos vitales, lo que da lugar a una conducta desadaptativa y, en consecuencia, se perpetúan este modo de ver las cosas (Keegan, 2004).

Se ha afirmado que algunas de las principales distorsiones cognitivas en el TLP serían la fusión de pensamiento-abandono, salto a conclusiones, sesgo de inflexibilidad de creencia, pensamiento dicotómico, sesgo de procesamiento autorreferencial y sesgo de evaluación interpersonal negativa (Pozo et al., 2018; Catalán et al., 2015; Puri et al., 2018; Winter et al. 2015). Éstas modulan el cómo las personas con TLP se ven sesgadamente a sí mismas (autoimagen), a los demás y al mundo. Caballo (2004), sistematiza y propone un resumen de los aspectos cognitivos que caracterizan al TLP, un resumen se presenta en la **Tabla Nº 2**.

Tabla Nº2. “Aspectos cognitivos característicos del TLP”.

- | |
|--|
| <p>A. Pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo.</p> <p>B. Falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones.</p> <p>C. Incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento.</p> <p>D. Dificultades para aprender de experiencias pasadas.</p> <p>E. Carecen de un sentido estable de quiénes son.</p> <p>F. Imágenes de uno mismo inestables y extremas.</p> <p>G. Sensaciones crónicas de vacío y miedo a la soledad, no soportan estar solos.</p> <p>H. Pensamientos anticipatorios de abandono.</p> <p>I. Valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo inestables.</p> <p>J. Pensamientos dicotómicos en sus relaciones interpersonales: o es muy bueno o es muy malo.</p> <p>K. Percepción de las personas importantes que fluctúa con rapidez desde la idealización / devaluación.</p> <p>L. Problemas para centrar la atención y la pérdida consecuente de datos relevantes.</p> |
|--|

Fuente: “Manual de los Trastornos de Personalidad” (Caballo, 2004).

Los aspectos cognitivos del TLP darían cuenta de la hipersensibilidad emocional, el sesgo atencional o hipervigilancia hacia estímulos ambientales negativos que hacen que el paciente sea vulnerable a cambios bruscos en su afecto y una dificultad de reclutar estrategias de modulación efectivas para propiciar una recuperación (Carpenter y Trull, 2013).

Desde todo lo propuesto hasta ahora se puede entender que las personas con TLP presentan características cognitivas como: autoimagen baja, perfeccionismo alto, pensamiento rumiativos constantes, magnificación y atención selectiva a lo negativo, pensamientos polarizados, alta exigencia a otros y autoexigencia, y baja sensación de autoeficacia (Opazo y Bagladi, 2006 en Bagladi, 2022)

Desde todo lo propuesto hasta ahora se puede entender que las personas con TLP presentan características cognitivas como: autoimagen baja, perfeccionismo alto, pensamiento rumiativos constantes, magnificación y atención selectiva a lo negativo, pensamientos polarizados, alta exigencia a otros y autoexigencia, y baja sensación de autoeficacia (Opazo y Bagladi, 2006 en Bagladi, 2022)

Paradigma Afectivo

Las emociones, sentimientos y estructuras afectivas, pueden tener una influencia causal en la generación de cogniciones, conductas y cambios anatomo fisiológicos en el organismo (Opazo, 2001; Opazo, 2004). Se espera un desarrollo de un

adecuado balance cognitivo/afectivo que permita a las cogniciones orientar a los afectos y que éstos den energía a las cogniciones (Opazo, 2004).

La exposición repetitiva eventos traumáticos e invalidación en la primera infancia son la más documentadas en el desarrollo del TLP. En este ambiente, el niño aprende respuestas emocionales negativas intensas, sin embargo, no aprendería a reconocerlas, modularlas, tolerar el malestar o confiar en sus repuestas emocionales como interpretaciones válidas de las experiencias. Como no han desarrollado estas destrezas, por lo general usan estrategias de supresión sintomáticas (evitación experiencial) poco efectivas para su regulación (De la Vega y Sánchez, 2013; Briere, 1992).

Según el modelo biosocial de Linehan (1993), la desregulación emocional, es la disfunción principal de los sujetos con TLP, siendo el resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante. De esta forma, el niño biológicamente vulnerable crece en un ambiente que responde de forma errada o exagerada a sus emociones, sensaciones y preferencias, negándolas (“deja de llorar”; “¿cómo vas a tener sed, si acabas de beber?”; “qué sabrás tú”) o atribuyéndolos a creencias de características personales (“eres un llorón”; “no seas cobarde”) (De la Vega y Sánchez, 2013). En consecuencia, durante la vida adulta tienen mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base emocional, lo que dificulta su capacidad de adaptación y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TLP (De la Vega y Sánchez, 2013).

Los individuos que sufren de un trauma en la infancia pueden inhibir defensivamente su capacidad para mentalizar, ya que la proximidad mental para víctimas de abuso se hace insoportablemente dolorosa, entonces paradójicamente, la necesidad de cercanía se expresa a nivel físico (Fonagy y Bateman, 2010). El reconocer el estado mental del otro puede ser amenazante para el self en desarrollo, los niños que reconocen el odio y agresividad en los actos de sus progenitores se ven obligados a percibirse como indignos de cariño, y así, el significado de los estados emocionales del otro es distorsionado o negado (Fonagy y Bateman, 2010; Escobar, Santelices y Paláez, 2013). El egoísmo y egocentrismo típico del

TLP también puede entenderse como una falta de conciencia de que los demás tienen pensamientos, sentimientos y una construcción de realidad diferente, pensando que su idea de las cosas es la única válida y la única que existe (Higgitt & Fonagy, 1992).

Algunas características propuestas por Opazo y Bagladi (2006 en Bagladi, 2022) acerca del paradigma afectivo en TLP, se asocian a: baja autoestima, alta alexitimia, autoimagen emocional, baja tolerancia a la frustración experimentando tristeza, desánimo y rabia, capacidad empática relativa, inestabilidad del ánimo, propensión a sentimientos de inferioridad como autodesprecio y odio y propensión a emociones displacenteras.

Paradigma Sistémico

Desde la mirada sistémica se resalta el papel de la familia en el desarrollo del individuo, que, en la relación con sus figuras significativas, van dando forma a su psiquismo y a su cerebro (Arranz y Olabarrieta, 1998 en Opazo, 2022). Para Linares (2007) la familia de origen de un individuo está compuesta por dos dimensiones relacionales: la conyugalidad y parentalidad. La combinación de ambas determina el tipo de personalidad de un individuo, inclusive explica los diferentes trastornos de personalidad.

Si bien la patología del TLP no se debe a un tipo de adversidad particular, la investigación ha reflejado que las experiencias relacionales traumáticas como el maltrato son frecuentes en este trastorno, y es coherente con la fuerte implicación relacional de esta patología (Guendelman et al., 2014). La interacción cotidiana marcada por la invalidación entre los cuidadores y el niño se podría considerar como una experiencia crónica de invalidación, jugando un papel relevante en la etiopatogenia del TLP (Linehan, 1993).

Para Linares (2007), una de las grandes áreas psicopatológicas corresponde a los Trastornos de la Vinculación Social, los cuales serían definidos como trastornos conductuales con déficit en la adaptación social, destructividad e impulsividad, dentro de los cuales se encontraría el TLP. Para este autor las disfuncionalidades relacionales básicas en la familia de origen de estos pacientes, se asocian a las triangulaciones y las deprivaciones. Ante ambas

disfuncionalidades los progenitores no ofrecen un vínculo sólido para el infante y se muestran incapaces de atender a las necesidades emocionales de sus hijos, aquí se están sentando las bases para el desarrollo del TLP, bajo la incapacidad de construir vínculos estables (Linares, 2007).

El proceso de enfermar no es algo individual, sino que incluye y afecta al contexto familiar del paciente. Ante el TLP, la familia puede reaccionar de distintas formas: resistirse a aceptar que algo no va bien y negar el trastorno, o bien desarrollar conductas de hipervigilancia, sobreprotección y/o codependencia sobre el paciente (Olabarría, 2009). Además, el trastorno puede generar patologías en la familia como desgaste emocional, cuadros depresivos, problemas de pareja, violencia doméstica, etc., que interfieran en el diagnóstico inicial (Rodríguez y Peláez, 2013).

En la década de los 90' se observó que un número importante de los progenitores presentaban a su vez problemas psiquiátricos como abuso de sustancias, depresión y TLP influyendo en el establecimiento de vínculos de apego disfuncionales con sus hijos y el desarrollo de trastornos de personalidad (Rodríguez y Peláez, 2013). Desde lo postulado anteriormente, se pueden entender que las características etiológicas del TLP en relación al paradigma sistémico, serían una comunicación familiar fragmentada, un ambiente familiar disfuncional y un déficit en la comunicación afectiva (Opazo y Bagladi, 2006 en Bagladi, 2022)

Paradigma Inconsciente

Los episodios traumáticos en la infancia actúan como factor de riesgo para la manifestación de representaciones objetales conflictivas, entendidas como imágenes mentales sobre la vinculación con los cuidadores principales. Los sujetos con TLP presentan severos síntomas postraumáticos y disociativos, y en consecuencia mayores dificultades en la vinculación con los demás, ya que tienden a desconfiar y a esperar un comportamiento abusivo similar en conexión al trauma infantil (Pérez et al, 2021; Reyes, Vargas y Tena, 2015).

Los pacientes TLP (como todos los seres humanos) necesitan defenderse de lo que les hace daño y es por ello que despliegan una serie de procesos, en su mayoría inconscientes, que les ayude con esta tarea

(Fernández, 2016). Para Kernberg (1984; Kernberg et al., 1989) los mecanismos de defensa en la línea de la escisión, como la idealización, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación, protegen al TLP de los conflictos intrapsíquicos, pero pagan con el alto precio de debilitar las fortalezas yoicas, y así, su capacidad de adaptación y flexibilidad, por ser de carácter primitivo y usados en exceso con alta intensidad. Respecto a los mecanismos de escisión, que origina todas las demás defensas, consisten en la separación de un mismo objeto en dos polaridades, por un lado, una parte buena, amada y que brinda satisfacción, y, por otro lado, una parte mala, odiada y que produce dolor. Esto da lugar en el mundo interno a dos objetos internos, ubicado en ambos polos, con los cuales el yo se relaciona según las características que les atribuye (Klein, 1946)

En relación a los mecanismos derivados, para el TLP la idealización primitiva es patológica, por crear confusión entre lo idealizado y la real, alterando el sentido de realidad. Desde aquí se entiende como los objetos escindidos, son totalmente buenos o totalmente malos, por efecto de la escisión se produce idealización. Ambas posturas no son fijas para el TLP, sino que pueden variar rápidamente tanto para los otros como para ellos mismos, incluso durante el día (Pérez et al., 2021). Mediante la identificación proyectiva, el yo "expulsa" emociones propias y partes de sí mismo que se tornan intolerables de su experiencia y los deposita en el objeto externo (Klein, 1946). Las consecuencias para el TLP se asocian a la dificultad para discriminar entre sujeto (propia persona) y objeto, generando un estado de confusión y obvias alteraciones en el sentido de identidad. A su vez, repercute en la intolerancia a la separación, envidia, celos, necesidad de control omnipotente, desconfianza y ansiedad persecutoria (Pérez et al., 2021).

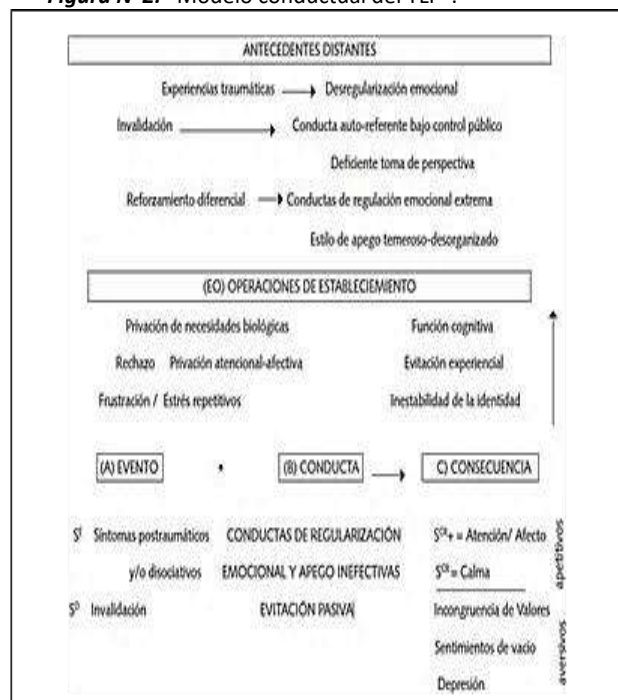
Los acting out como mecanismo defensivo, utiliza repetidamente la hetero y/o auto agresividad, y se explica desde la inestabilidad yoica, angustia de fragmentación, los afectos depresivos que amenazan con desbordes emocionales y la necesidad de confusión y de negar la realidad por falta de representaciones internalizadas (Monzón y Fernández, 2016).

Paradigma Ambiental Conductual

Como se ha mencionado, aunque existe una predisposición biológica o genética para desarrollar el TLP, se consideran más determinantes los factores ambientales en que se desarrolla, no sólo para determinar la presencia del diagnóstico sino la gravedad del mismo, siendo los pacientes de estratos socioeconómicos más bajos quienes suelen presentar síntomas más complejos (Salavera, Puyuelo, Tricás y Lucha, 2009). Esto puede entenderse desde la mayor exposición a variables socioeconómicas y sociodemográficas que aumentan la vulnerabilidad de los pacientes a enfrentarse a carencias de seguridad y protección social.

Reyes, Vargas y Tena (2015) ofrecieron aportaciones para la comprensión y el tratamiento del TLP, desarrollando un modelo desde la perspectiva conductual – contextual. En la Figura Nº 2, se muestran sus principales postulados.

Figura Nº2: “Modelo conductual del TLP”.



Fuente: “Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del TLP” (Reyes, Vargas y Tena, 2015).

El contexto se refiere a los antecedentes (A) y consecuencias (C) que influyen en la aparición y el mantenimiento de una conducta (B), esta operación

“A ■ B→C” es denominada contingencia de reforzamiento. En el modelo, un primer antecedente de interés es la exposición a estímulos que dan lugar a la experimentación de síntomas postraumáticos, paranoides y disociativos (SE). Estas experiencias (SD) desatan conductas de regulación extremas que resultan en el alivio (SCR-) y la obtención de apoyo a corto plazo (SCR+), pero a largo plazo llevan a la extinción de conductas congruentes con sus metas y una privación de valores que resultan en estados de ánimo negativos y sentimientos de vacío. En el modelo, la fusión cognitiva con pensamientos de desamparo, desesperanza, o ideas paranoides desalienta el uso de comportamientos alternativos, y funciona como un SD para la evitación pasiva (dependencia, inmovilidad, etc.) (Reyes, Vargas y Tena, 2015). En el modelo propuesto, las personas con TLP pueden mostrar estabilidad y alto funcionamiento psicológico, a menos que se encuentren expuestas a situaciones estresantes, las que incrementan su sensibilidad a la estimulación aversiva, y disminuyen la efectividad de las estrategias de afrontamiento deseables (Reyes, Vargas y Tena, 2015).

Para Opazo (2004), una persona es asertiva cuando es capaz de expresar lo que piensa y siente, cuando es capaz de defender sus derechos con seguridad y firmeza, en forma clara y en el momento oportuno, sin atropellar los derechos de los demás. La “latencia” excesiva entre la situación estímulo y la respuesta conductual puede indicar inseguridad y falta de asertividad, por el contrario, la “latencia” muy breve puede ser índice de impulsividad (Opazo, 2004). A la luz de lo expresado, las personas con TLP tendrían serias dificultades en la expresión de conductas asertivas, que estarían caracterizadas por respuestas impulsivas y poco reflexivas al encontrarse en situaciones interpretadas como amenazantes o estresantes, ya que podrían conectarlos con respuestas emocionales acostumbradas ante eventos traumáticos y ante constantes invalidaciones emocionales. Además, buscan la satisfacción de necesidades de forma rápida, impulsiva y agresiva pero el ambiente responde de forma desfavorable a largo plazo, lo que puede repercutir en cogniciones y afectos disfóricos, en una especie de círculo vicioso.

Funciones del Sistema Self

Según Bagladi (2004), en todos los trastornos de personalidad se encontrarán afectadas las funciones del Sistema Self, aunque cada uno con énfasis diferentes.

Función de Toma de Conciencia

Esta función guarda relación con el concienciar, entendida como una experiencia subjetiva en la cual el individuo toma conocimiento y se da cuenta de diversos hechos activados en su mundo psíquico, como la percepción de estímulos, pensamientos, recuerdos, fantasías, necesidades, etc. (Opazo, 2017). Algunas preguntas guiadoras son: ¿Cómo es mi entorno?, ¿Qué me pasa?, ¿Cómo funciona?, ¿Cuál es mi historia?

Desde el TLP se podría entender una dificultad en esta función, ya que, por definición, el trastorno de personalidad es un patrón de experiencia interna y del comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto (APA, 2014). Se podría entender que su alteración del sentido de la realidad socava su capacidad de interpretar – de una forma más o menos objetiva – los estímulos ambientales e internos. Debido a que nunca se sustentó una base para el reconocimiento emocional, muestran dificultad para saber qué sienten y para mirar sus características, incluso, probablemente les cueste confiar en que lo que sienten es una reacción válida ante sus experiencias, debido a su historia marcada por la invalidación y el menosprecio de sus sentimientos (De la Vega y Sánchez, 2013).

Función de Significación Integral

La significación hace referencia a la interpretación, relacionada con el procesamiento de estímulos de diferentes características. Los significados del Sistema Self serían una nueva totalidad a partir de los entrecruzamientos de los significados paradigmáticos, proceso al cual Opazo (2017) denomina “Significación Integral”. Las significaciones integrales son esenciales, en la capacidad de análisis de la realidad y al momento de tomar decisiones relevantes. Acceder a éstos, habla del “mundo de

significados” o del “estilo de significación” de la persona. Una buena estructuración de la personalidad sesgará menos los significados, y viceversa.

En el TLP, como ya hemos mencionado, existe una seria dificultad para integrar en “un todo” su identidad, lo que daría luces de un Sistema Self poco desarrollado e integrado, les cuesta tomar conciencia de su entorno y de quiénes son, por lo tanto, sus significaciones se encuentran sesgadas por la alteración del sentido de realidad, y sus decisiones están al servicio de las alteraciones que se producen en los otros paradigmas. Desde el paradigma biológico y su significación, los TLP presentan altos niveles de neuroticismo, y un neuroticismo alto tiende a “significar” mayores peligros que una persona promedio, mayores amenazas y riesgos. Al ser más sensible a estos estímulos, a la persona “le duele más”, por lo tanto, fácilmente significa las situaciones como amenazantes (Opazo, 2017).

En base una vulnerabilidad biológica que predispone a un procesamiento cognitivo, se ha estudiado que el TLP tiende a sesgos atencionales y a interpretar fácilmente las acciones de otros como una señal de rechazo, abandono o injusticia, que genera una cascada emocional de intensa reactividad afectiva y lo lleva al descontrol conductual (impulsividad y autoagresión) como una forma de recuperarse de la situación, que a su vez, produce mayores dificultades en el tiempo (Haliczer, Woods y Dixon-Gordon, 2021). Esta dinámica a largo plazo genera un inevitable impacto negativo acumulativo en la estabilidad del Self, por la dificultad para prestar atención a otros aspectos de la realidad y de sí mismos, si constantemente tienen que atender a esta emergencia emocional (Haliczer, Woods y Dixon, 2020).

Función de Auto-organización

La capacidad de autoorganizarse implica recuperar la organización perdida a partir de una experiencia desorganizadora. Implica la capacidad de autorregulación, autocontrol, capacidad de postergación de impulsos y la capacidad adaptativa (Opazo, 2017). Se refiere a la capacidad para regular los propios sistemas para responder de forma flexible

y adaptativa ante las demandas del ambiente (Cardemil, 2010).

Entendiendo que el TLP tiene como característica principal la desregulación de los afectos, inestabilidad emocional y conductas impulsivas (Behn, 2022), presentarían entonces, una marcada e importante afectación de esta función del Self. Presentan mayor sensibilidad emocional y dificultad para modular afectos, generando que sus experiencias sean vividas con alta intensidad y un lento retorno a su línea base para adaptarse a las demandas del ambiente (De la Vega y Sánchez, 2013).

Para Opazo (2017), las situaciones traumáticas dañan en distinta medida a los sujetos, donde algunas se recuperan mejor que otras, y así la capacidad de auto-organización se presenta con perfiles diferentes. En el caso del TLP, el trauma es uno de los principales factores etiológicos, por lo que tienden a presentar severos síntomas postraumáticos y mecanismos disociativos (Reyes, Vargas y Tena, 2015). En esta línea la auto-organización, se relaciona con la coherencia de un todo, si el sistema sufre incoherencias internas, de las cuales es incapaz de recuperarse, la persona queda internamente "fragmentada". En lo relativo a la identidad, pocas veces las experiencias pueden amenazarla, pero en los casos que ocurre, los mecanismos de auto-organización se vuelven defensivos (Opazo, 2017, pág. 929).

Función de Identidad

La identidad para Opazo (2017), identifica a una persona, la perfila en el mundo como un sujeto diferente de cualquier otro. Sus componentes se relacionan a la autoimagen, autoestima y la autoeficacia. La autoimagen, se relaciona con lo cognitivo, "qué pienso de mí" y "cómo soy", siendo una especie de balance de fortalezas y debilidades. La autoestima, por su parte, se relaciona con lo afectivo, "qué siento hacia mí" o "cuanto me quiero", siendo en parte como un eco afectivo de lo que genera la autoimagen. Entonces, ambas tienden a actuar recíprocamente e influir mutuamente. Las expectativas de autoeficacia hacen referencia a aquello que la persona cree que podrá hacer bien, enfrentando la situación con más seguridad y

tranquilidad. Es decir, esta función responde a preguntas: ¿Quién soy?, ¿Cuánto me quiero?, ¿Cómo quiero llegar a ser? (Ideal del Self) (Opazo, 2017).

La alteración de la identidad ocupa un lugar central desde la perspectiva dimensional para de los trastornos de personalidad (APA, 2014). Como se mencionó, los TLP tienden a una autoimagen negativa caracterizada por pensamientos dicotómicos y esquemas cognitivos de infravaloración y culpabilidad. Desde lo afectivo, difícilmente el TLP aceptará y valorará positivamente sus características, sintiéndose como personas dignas de sufrimiento o abandono y repercutiendo en su baja autoestima. De esta manera su autoeficacia en torno a las exigencias del medio y las relaciones interpersonales estarán marcadas por creencias en la línea de "no soy capaz de controlarme", "no soy bueno para esto" o "finalmente me abandonarán". Desde lo inconsciente y los mecanismos de defensa utilizados por el TLP, no se podría establecer una identidad estable y organizada si lo propio es "ajeno" y externalizado en el otro, desde aquí, el otro tomaría el control de la identidad, al margen de la fragilidad del Self del TLP.

Algunas de las características de la difusión de identidad del TLP se asocian a una autoimagen desintegrada, uso de fachadas para estabilizar el self, sentimientos dolorosos del self como dañado, necesidad de atención de otros para estabilizar la identidad, sentimientos de incapacidad de manejar relaciones interpersonales o vacío entendido como "no sé lo que quiero" (Jorgensen y Boye, 2022).

Función de Búsqueda de Sentido

"El sentido de vida se relaciona con finalidad, con objetivos, con propósitos. Cuando se habla del sentido de la vida, se está hablando de la razón de ser de la vida" (Opazo, 2017, p. 944). La búsqueda de sentido es inherente al ser humano, debido a que tenemos conciencia de nosotros mismos buscamos "algo más". Desde lo idiosincrático, cada quien le da a su propia vida su propio sentido, el cual nos provee un norte orientador (Opazo, 2017).

El mismo autor, promueve un Sentido de Vida Efectivo que espera ser Propio y profundo - se asume desde la individualidad y abarca distintas esferas de

la vida -, es Movilizador y guiador - un norte orientador que guía la conducta -, es Valórico - tiene a la base valores profundamente arraigados, que tienen sentido y le dan coherencia a su actuar-, Promueve el bienestar emocional - promueve estados afectivos placenteros -, es Preventivo: genera esperanza y afectos positivos, lo que potencia la inercia afectiva y contribuye a la tolerancia a la frustración - y, promueve la Resiliencia - no se deja abatir y sale fortalecido de las adversidades.

La patología de la identidad del TLP no solo se define por la inestabilidad en diversos ámbitos, sino que también por una rigidez excesiva (en autoevaluaciones negativas, sobreidentificación con un rol restringido o membresía en un grupo) y/o un comportamiento incongruente (es decir, simultáneamente creencias/valores/actitudes discordantes, acciones que son extremadamente contradictorias con los valores, sentido incoherente de uno mismo, etc.) (Kaufman y Meddaoui, 2021). Los TLP tienden a adoptar ideas, conductas e incluso opiniones de otros, con tal de dar sentido a su identidad. Son poco auténticos, lo que repercute en que se apropien de metas personales según lo que creen que se esperan de ellos o según las personas con las que estén en cada momento. Así, su sentido de vida carece de ser individual y propio. Su pensamiento dicotómico en la línea del “todo o nada” (Beck y Freeman, 1990), puede repercutir en que su sentido de vida sea poco realista o inalcanzable, marcado por sus altos niveles de autoexigencia, en un estilo de “Crónica de una muerte anunciada”, desde aquí, su sentido de vida carece de profundidad.

Por último, es interesante ver las altas tasas de intento suicida o suicidio en TLP. Marco, García, Pérez y Botella (2014), en su estudio, determinan que el suicidio en este trastorno estaría relacionado con la frustración y desesperanza que genera la falta del sentido de vida, que los lleva a la sensación de falta de control, y a ver la muerte como alternativa factible.

Función de Conducción de Vida

La fuerza es la característica principal para movilizar conductas hacia las metas propuestas, donde el esfuerzo es el mecanismo principal para el

alcance de estos objetivos. En caso de tener una actitud pasiva, las adversidades de la vida pueden facilitar impulsos de satisfacción inmediata y una conducción poco eficaz (Opazo, 2017). Algunas preguntas que responde esta función se asocian a ¿Soy capaz de activarme y satisfacer mis necesidades? ¿Logro postergar mis impulsos?, ¿Logro implementar mis decisiones?

Se puede decir que un rasgo importante de esta personalidad tiene que ver con la dificultad para postergar impulsos, dejándose llevar por lo mediato, lo que no permite que sus decisiones se implementen a largo plazo y abandonen rápidamente las tareas propuestas. Si no saben quiénes son, cuáles son sus necesidades, y cuál es su sentido de vida, difícilmente sabrán cómo conducirla.

Self Diádico

Se vuelve de relevancia mencionar abreviadamente el funcionamiento de este tipo de Self para el TLP, sobre todo por las implicancias a nivel interpersonal. Se entiende éste como aquel que se va conformando en conjunto con el Self de otros significativos, influyéndose bidireccionalmente. El grado en que el Self individual se modifica en la interacción con otros se entiende como campo de variación de éste. Si se toma en consideración la alteración y poca integración de la función de identidad del Self del TLP, se explica que tenga un alto campo de variación a la hora de establecer relaciones con otros (Bagladi, 2022).

Otros aportes desde el EIS al entendimiento del TLP

Otros aportes del enfoque, ya mencionados anteriormente, que son importantes de tomar en consideración a la hora de entender la dinámica de la personalidad son los Principios de Influencia. Específicamente para el TLP, los que han demostrado mayor facilitación desde los distintos paradigmas se resumen en la Tabla 4, ordenados de mayor a menor facilitación:

Tabla 4: “Tr. Límite de Personalidad y Principios de Influencia” Ejemplos.

"Trastorno Límite de Personalidad y Principios de Influencia" Ejemplos.	
P. Biológico (++)	"La ingesta de ciertos fármacos específicos influye <i>aumentando la probabilidad</i> de afectos, cogniciones o conductas específicas".
P. Cognitivo (++)	"Mayor no aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo/emocionales <i>aumenta la probabilidad</i> de mayor tensión y desgaste energético del Sistema Psicológico de la persona"
P. Afectivo (+)	"Un contexto terapéutico de activación afectiva <i>aumenta la probabilidad</i> de asimilación de la experiencia terapéutica para el paciente".
P. Inconsciente (+)	"La mayor conflictividad emocional asociada a un estímulo <i>aumenta la probabilidad</i> de que el estímulo no sea reconocido conscientemente"
P. Ambiental / Conductual (+)	"El despliegue conductual activo <i>aumenta la probabilidad</i> de reducir el afecto depresivo"
P. Sistémico (+/-)	"El predominio de conductas 'positivas' en una interacción <i>aumenta la probabilidad</i> de un desarrollo 'positivo' del Sistema Psicológico de cada uno de los miembros de la interacción (Potenciación Interaccional)"

Fuente: Psicoterapia Integrativa EIS en la Personalidad y sus Trastornos (Bagladi, 2022 en Opazo y Bagladi, 2022).

Para potenciar las fuerzas de cambio específicas en psicoterapia, Opazo (2017) propone los Conceptos Movilizadores, como aquellos capaces de movilizar activamente los cambios en la dinámica psicológica y motivan al paciente al alcance de sus objetivos terapéuticos. Respecto al cambio en psicoterapia, específicamente para el TLP, un resumen de los Conceptos que han demostrado mayor eficacia en su activación, según el funcionamiento de este trastorno se muestran en la **Tabla 5**

Tabla 5 Énfasis en la activación de Conceptos Movilizadores en Psicoterapia Integrativa EIS en el Tr. Límite de Personalidad

Cogniciones Afectivo Dependentes	Los afectos influyen en la génesis de las cogniciones del TLP. Demuestra etiológicamente las características egosintónicas de sus síntomas.
Awareness Integral	Es un darse cuenta claro en lo cognitivo, con arraigo estable en lo afectivo y movilizador hacia objetivos precisos y alcanzables por el paciente. Procura la confluencia entre cogniciones, afectos y conductas, ampliando el campo de conciencia, lo que se traduce en un estímulo efectivo para la participación activa del paciente en su proceso terapéutico.
Egocentrismo Semántico	Se asume que el significado que le otorga a los eventos y experiencias es el único posible. Lo que significa para ellos también significaría para otros. Dificulta la empatía y la comunicación, generando fricción interpersonal (Opazo, 2001).

Fuente: Manual de Psicoterapia Integrativa EIS. Potenciando el Cambio en la Clínica Aplicada (Bagladi, 2007-2022 en Opazo y Bagladi, 2022, p. 500).

Para la intervención psicoterapéutica de los Trastornos de Personalidad, el EIS propone estrategias y técnicas específicas a la luz de la investigación. Una sistematización de éstas, otros Principios de Influencia y más Conceptos Movilizadores implicados en el TLP, se exponen en el capítulo especial de Trastornos de Personalidad de Verónica Bagladi (2022).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Según lo revisado hasta ahora y a la luz de la propuesta dimensional para los trastornos de personalidad del DSM-5 (APA, 2014), se podría establecer de forma preliminar ciertas características principales del TLP. En el Criterio A, desde el Self, se puede observar una Identidad con límites poco claros entre ellos y los otros, una baja autoestima y sesgos en el autoconcepto, y desde la Autodirección, baja capacidad para establecer objetivos claros y coherentes con el sentido de vida, por la dificultad en la toma de conciencia y de awareness. Desde lo Interpersonal, se entiende que el TLP presenta una empatía con baja comprensión de las motivaciones y experiencias de los otros y poca capacidad para tolerarlas en caso de ser antagónicas a las propias, y respecto a la intimidad existe una dificultad para establecer relaciones profundas y duraderas, donde el deseo de cercanía se puede ver afectado por su capacidad de establecerla. Respecto al Criterio B, se considera que los ámbitos de los rasgos de personalidad que se verían más afectados en el TLP guardan relación con la Afectividad negativa – en contraposición a la estabilidad emocional – y la Desinhibición, por facetas como la irresponsabilidad, impulsividad y distraibilidad. En menor medida – no por eso menos importantes – serían los ámbitos del Desapego, en cuanto a su faceta de anhedonia y susceptibilidad, y Antagonismo por su faceta de manipulación y búsqueda de atención. Lo anterior, además de ser una propuesta según las características generales del TLP, guarda relación con conceptos y el entendimiento del funcionamiento del TLP desde el EIS. Claro está, cada paciente con TLP tendrá presentaciones distintas desde su idiosincrasia.

Por su parte, desde el Supraparadigma Integrativo EIS y la importancia que se otorga al Sistema Self – en consonancia con los nuevos postulados de la APA – es de relevancia recalcar que en todos los trastornos de personalidad se encontrarán afectadas sus funciones, aunque cada uno con énfasis diferentes (Bagladi, 2004). Para Bagladi (2022), la función de Toma de Conciencia se vería afectada en todos los trastornos de personalidad, y si bien se realizó una propuesta de

las alteraciones de cada función del Self, para Bagladi (2022) el TLP presentaría esencialmente alterada la función de Autoorganización, y desde ahí las de Identidad y Conducción de Vida, a las cuales se dará especial relevancia para el análisis y para proponer distintos modos de intervención.

A modo de integración de todo lo revisado hasta ahora, se propondrán intervenciones específicas para el TLP desde el EIS, que integran el funcionamiento de los paradigmas, las funciones del Sistema Self, Principios de Influencia y Conceptos Movilizadores.

Desde el Paradigma Biológico, se reconoce que los sujetos con TLP presentan altos niveles de ansiedad, depresión y conductas impulsivas. El Principio de Influencia “La ingesta de ciertos fármacos específicos influye aumentando la probabilidad de afectos, cogniciones o conductas específicas”, permite comprobar que la farmacoterapia es una excelente estrategia para el tratamiento de estos pacientes (Chávez, Ng y Ontiveros, 2006). Una técnica específica para aumentar la adherencia a este tratamiento es la psicoeducación.

Desde el paradigma Afectivo, las principales características del TLP guardan relación con la intensidad, inestabilidad y desregulación emocional (Behn, 2022). El Principio de Influencia “Un contexto terapéutico de activación afectiva influye aumentando la probabilidad de asimilación de la experiencia terapéutica” y el Concepto Movilizador “Un estado emocional ofrecerá resistencia al surgimiento de otro estado emocional que tenga una valencia diferente o antagónica” (Opazo, 1988), sustentan las bases para dirigir el trabajo terapéutico del TLP. Si se entienden los síntomas del trastorno desde el poco desarrollo de habilidades para reconocer y modular sus emociones, un desarrollo del procesamiento emocional adecuado y de la capacidad de afrontamiento de afectos disfóricos, serían estrategias convenientes de trabajar con estos pacientes. Para lo anterior, podrán utilizarse técnicas como el Trabajo Antialexitimia, Registros de Afectos y Reestructuración Afectiva.

Desde el Paradigma Cognitivo del TLP y en confluencia con el paradigma anterior, se entienden los Principios de Influencia “La presencia de ansiedad, pena o rabia influye aumentando la probabilidad de cogniciones ‘negativas’ (Pensamiento emocional) (Opazo, 2017), y “Mayor no aceptación en la

conciencia de contenidos cognitivo/emocionales aumenta la probabilidad de mayor tensión y desgaste energético del Sistema Psicológico de la persona”. Conceptos Movilizadores como las Cogniciones Afectivo Dependientes y el Egocentrismo Semántico explican el funcionamiento cognitivo disfuncional del TLP. Por su parte, el Concepto de Espacios de Significación Cognitiva, tiene la finalidad de lograr una adecuada significación de la realidad y así una satisfactoria adecuación a la misma. En base a lo anterior, posibles estrategias de intervención guardan relación con la modificación de Esquemas Disfuncionales, desarrollo de un Estilo Atribucional adecuado y cambios en el Procesamiento del Feedback. A través de técnicas específicas para cada una, como Reestructuración cognitiva, Entrenamiento Atribucional y Modeling de procesamiento respectivamente, ayudado por el Diálogo Socrático, los terapeutas pueden ejercer un cambio en el procesamiento de la realidad, de forma más ajustada y adaptativa.

Los eventos traumáticos, abusos y mecanismos de defensa, ya han sido mencionados como mediadores del funcionamiento del Paradigma Inconsciente del TLP. Los Principios de Influencia “La mayor conflictividad emocional asociada a un estímulo aumenta la probabilidad de que el estímulo no sea reconocido conscientemente”, y “Un proceso de ‘awareness’ gradual influye aumentando la probabilidad de aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo/emocionales conflictivos” (Opazo, 2017). De la mano con el Concepto Movilizador “Awareness Integral”, estrategias posibles a utilizar para el tratamiento del TLP tienen que ver con el Ensanchamiento de la Capacidad de Awareness y desarrollo de Mecanismos de Defensa maduros. Por lo delicado y perturbador que puede resultar para estos pacientes el tomar contacto con contenidos problemáticos, se sugiere ya haber trabajado los puntos anteriores y paulatinamente ir incorporando técnicas específicas como el Dibujo de Sí Mismo, “Seguimiento de la huella interna” y luego el Trabajo de Sueños y/o Imaginería.

Respecto al Paradigma Ambiental / Conductual, el Principio de Influencia “El despliegue conductual activo aumenta la probabilidad de reducir el afecto depresivo”, promoverá ‘ir ensayando’ fuera del espacio psicoterapéutico nuevas formas de

comportamiento. A través de la “Conducta Pulsante”, el paciente con TLP puede activar de mejor o peor forma su propio ambiente social, según la calidad de conducta pulsante que sea capaz de desplegar (Opazo, 1992). Para promover una conducta positiva, menos impulsiva, y aumentar la probabilidad de afectos positivos, algunas estrategias terapéuticas guardan relación con el Enfrentamiento de Ambientes Patodistónicos, y el desarrollo de la Asertividad y de la Capacidad de Afrontamiento del estrés. Técnicas específicas se relacionan con el Ensayo Conductual y el Entrenamiento Asertivo.

Por último, y en comunicación con el anterior, el Paradigma Sistémico, podría facilitar el Principio de Influencia “El predominio de conductas ‘positivas’ en una interacción aumenta la probabilidad de un desarrollo ‘positivo’ del Sistema Psicológico de cada uno de los miembros de la interacción”. El Concepto Movilizador “Potenciación Interaccional”, hace referencia a la creación de círculos interaccionales virtuosos entre dos personas, la conducta de cada uno potencia positivamente la del otro, y el resultado de la interacción es mayor a la suma de las conductas de cada uno. El desafío de los terapeutas es ayudar a que el paciente con TLP – y con cualquier TP – pueda generar Potenciación dentro y fuera del espacio psicoterapéutico, contando con personas idóneas para la interacción (Bagladi, 2022). Estrategias como la Relación Terapéutica Anti-Attachment Negativo, el desarrollo de la Comunicación Funcional y el favorecimiento de la Morfogénesis son buenas alternativas. Técnicas que permitirán trabajarlas deberían ir en la línea del fortalecimiento de la Alianza Terapéutica en relación al Self Diádico, del manejo familiar y de ambientes significativos, ampliación de redes, entrenamiento comunicacional y el uso del interrogatorio circular. Para este trabajo psicoterapéutico, se considera necesario haber intervenido primero – en alguna medida – desde el “Egocentrismo Semántico”, que abrirá un campo posibilidades empático para la interacción positiva del paciente con TLP.

Lo expresado hasta ahora busca en fin último potenciar las funciones del Sistema Self del TLP en particular la de Toma de Conciencia, al concienciar acerca de su realidad de una manera más objetivo y realista, la de Autoorganización al permitirles retornar rápidamente a su línea basal ante las

adversidades, la de Identidad, al fomentar la integración de distintos aspectos del sí mismo, y la de Conducción de vida al acompañarlos en descubrir cuál es su sentido de vida y hacia dónde dirigir sus objetivos, en base al desarrollo de las funciones anteriores. Como técnicas específicas para la intervención en estas funciones, son de utilidad las Fases didácticas, el Trabajo de fotos, Línea de vida y el Egograma.

CONCLUSIONES

El TLP, es considerado como el TP con mayor prevalencia y gravedad, por su alteración de la identidad, alta disfuncionalidad en la regulación emocional e impulsividad, relaciones interpersonales caóticas y tendencia a la automutilación, además de que presentan una alta comorbilidad con otros trastornos (Behn, 2022; Aragonès, Fernández y Loayssa, 2015).

Los manuales diagnósticos como el DSM establecen distintos criterios para diagnosticarlo, pero han mostrado la necesidad de reconocerlos desde un enfoque dimensional, realizando una evaluación del funcionamiento general de la personalidad y de los rasgos de ésta (APA, 2014). Se realizó un análisis desde esta propuesta, a la luz de las características del TLP expresadas en la literatura, dando cuenta de la similitud con lo propuesto por el Enfoque en cuestión. Al igual que la APA, el Supraparadigma Integrativo EIS basa su entendimiento de los Trastornos de Personalidad, desde una mirada de los rasgos, procurando la modificación, modulación y/o readministración de los más desadaptativos, entendiéndolos producto de la interrelación de paradigmas que confluyen entre sí y sustentan las bases para el desarrollo de las funciones del Sistema Self (Bagladi, 2004).

Por su parte, el fin último de la Psicoterapia Integrativa EIS busca fortalecer el operar de las funciones del Self, y en especial para el TLP busca el fortalecimiento de la Toma de Conciencia, la función de Autoorganización, la de Identidad y la de Conducción de vida. Se consideró de relevancia, por su alta implicancia en la dinámica interpersonal del trastorno, hacer referencia a cómo se ve afectado el Self Diádico del TLP. Se planteó también, cómo a

través del entendimiento de los Principios de Influencia, el uso de Conceptos Movilizadores, y apoyo de estrategias y técnicas específicas, hacen del actuar profesional en torno al tratamiento del TLP, una práctica integrada en un todo coherente y validada científicamente (Opazo, 2017; Bagladi, 2022).

A modo de resumen, desde el Paradigma Biológico, la psicoeducación y la farmacoterapia; desde el Afectivo, el trabajo antialexitimia y la reestructuración afectiva; desde el Cognitivo, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento atribucional; desde el Inconsciente, paulatinamente el trabajo en el ensanchamiento de la capacidad de Awareness y el desarrollo de Mecanismos de Defensa maduros; desde el Ambiental / Conductual el ensayo conductual y el entrenamiento Asertivo; y desde el Sistémico a través de la Potenciación Interaccional la ampliación de redes, entrenamiento comunicacional y el uso del interrogatorio circular... son solo algunas de las estrategias y técnicas consideradas de relevancia y que sustentan el trabajo científico de los psicoterapeutas integrativos EIS para el tratamiento del TLP, y que a su vez, impactan directa e indirectamente las funciones con mayor alteración.

Para finalizar, lo abordado en este trabajo entrega una forma de comprender al TLP como un fenómeno multifactorial y multidimensional. Aporta a la práctica clínica psicoterapéutica una manera de abordarlo desde los multifactores de su dinámica subyacente en base a la evidencia científica, tanto desde planteamientos novedosos provenientes de distintos teóricos como desde el Enfoque Supraparadigmático EIS. Permite en su fin último contribuir responsable y contundentemente a la predicción y cambio de estos pacientes, además de entregar una base en la cual los psicoterapeutas integrativos se posicionen como profesionales capacitados para enfrentar las diferentes demandas del TLP.

Para futuras líneas de investigación, sería interesante abordar las diferencias existentes entre los distintos rangos etarios en que se desarrolla el TLP y las diferencias por sexo. Podría ser interesante también considerar en las futuras líneas de investigación cómo, desde este Enfoque, se irán **desarrollando** las funciones del Self del paciente en plena etapa de desarrollo psicoevolutivo, es decir, en primera infancia y/o adolescencia, que permitan

intervenir desde un enfoque preventivo en salud mental.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994).** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 4ª Ed. Editorial Masson: Barcelona.
- American Psychiatric Association (2000).** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), 1ª Ed. Editorial MASSON: Barcelona.
- American Psychiatric Association (2014).** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª edición). Editorial Médica Panamericana: España.
- Aragonès, E., Fernández, A. & Loayssa, J. (2015).** Los Trastorno de personalidad. El trastorno límite de la personalidad. Revista Actualización en Medicina de Familia, 11(5), 265-271.
- Bagladi, V. (2004).** Trastorno de la Personalidad y Psicoterapia Integrativa. En Opazo, R. y Fernández-Álvarez, H. (Eds). La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones (pp., 183-227). Paidós: Barcelona, España.
- Bagladi, V. (2005).** Psicoterapia Integrativa en el Trastorno de Personalidad Límite. Revista Argentina de Clínica Psicológica.
- Bagladi, V. (2022).** Psicoterapia Integrativa EIS en la Personalidad y sus Trastornos. En Opazo, R. y Bagladi, V. (Eds). Manual de Psicoterapia Integrativa EIS: potenciando el Cambio en la clínica aplicada. Andros Impresores, Santiago, Chile.
- Bateman, A., Gunderson, J. & Mulder, R. (2015).** Treatment of personality disorder. The Lancet, 385, 735-743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Beck, A. & Freeman, A. (1990).** Cognitive therapy of personality disorders. Nueva York: Guilford.
- Beck, J. (1995)** Cognitive Therapy. Basics and Beyond. The Guilford Press: New York.
- Behn, A. (2022).** Trastorno Límite de la Personalidad: herencia psicodinámica y estado actual del conocimiento. APSAN 2022,2(1): 110-147.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. & Lieb, K. (2021).** Borderline personality disorder. The Lancet, 398(10310), 1528-1540.
- Briere, J. (1992).** Child abuse and trauma. New York: Sage Publications.
- Caballo, V. (2004).** Manual de Trastornos de la Personalidad. Descripción, Evaluación y Tratamiento. Síntesis: Madrid.

- Caballo, V. & Camacho, S. (2000).** Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el caribe: Revista del programa de psicología Universidad del Norte*, 5, 31-55.
- Cardemil, A. (2010).** Factores parentales que potencian el desarrollo de la autorregulación en preescolares. *Actualizaciones en psicoterapia integrativa*, 2, 7-26.
- Cardenal, V., Sánchez, M. & Ortiz, M. (2007).** Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Carpenter, R. & Trull, T. (2013).** Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current psychiatry reports*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Catalán, A., Simons, C., Bustamante, S., Olazábal, N., Ruiz, E., González de Artaza, M., Peñas, A., Maruottolo, C., González, A., Van Os, J. & González-Torres, M. (2015).** Data Gathering Bias: Trait Vulnerability to Psychotic Symptoms? *PLoS ONE*, 10 (7), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132442>
- Chanen, A., Sharp, C. & Hoffman, P. (2017).** Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 215-216. <https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Chávez, E., Ng, B. & Ontiveros, M. (2006).** Tratamiento farmacológico del Trastorno Límite de Personalidad. *Salud mental*, 29(5), 16-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229503>.
- Cloninger, S. (2002).** Teorías de la personalidad. Pearson Educación.
- Cyders, A., Smith, T., Spillane, S., Fischer, S., Annus, M., & Peterson, C. (2007).** Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychology Assessments*, 19, 107-18.
- De la Vega, I. & Sánchez, S. (2013).** Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Ellison, W., Rosenstein, L., Morgan, T. & Zimmerman, M. (2018).** Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Erikson, E. (1963).** *Childhood and society*. New York: Norton.
- Escobar, M., Santelices, M. & Peláez, G. (2013).** Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa psicológica UST*, 10(1), 155-160.
- Fernández, M. (2016).** Mecanismos de defensa en TLP. *Revista ALAI-TLP* (4), 1-14. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/304078847_Mecanismos_de_defensa_en_TLP
- Fernández, M. & Palacios, B. (2017).** Trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud*, 28, 147-153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2010).** Tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Psiquiatría Mundial*, 9(1): 11-15. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Guendelman, S., Garay, L. & Miño, V. (2014).** Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile*, 142(2), 204-210. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200009>
- Gunderson, J., Herpertz, S., Skodol, A., Torgersen, S. & Zanarini, M. (2018).** Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(18029), 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Haliczer, L., Woods, S. & Dixon-Gordon, K. (2021).** Emotion regulation difficulties and interpersonal conflict in borderline personality disorder. *Personality disorders*, 12(4), 347-353. <https://doi.org/10.1037/per0000436>
- Higgitt, A. & Fonagy, P. (1992).** Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 23-43.
- Jørgensen, C. & Bøye, R. (2022).** How Does It Feel to Have a Disturbed Identity? The Phenomenology of Identity Diffusion in Patients with Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. *Journal of personality disorders*, 36(1), 40-69. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_526
- Kaufman, E. & Meddaoui, B. (2021).** Identity pathology and borderline personality disorder: an empirical overview. *Current opinion in psychology*, 37, 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.015>
- Keegan, E. (2004).** Abordaje Cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad. *Rev. de Psiquiat.*, 15(58): 287-294.
- Kernberg, O. (1984).** Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas. México: El Manual Moderno.
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A. & Appelbaum, A. (1989).** *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York. Basic Books.
- Klein, M. (1946).** *Notas sobre algunos mecanismos esquizo-paranoides*. Desarrollos en psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé.

- Kokoulina, E. & Fernández, R. (2016).** Cuidados parentales en la infancia y Trastorno límite de la personalidad. *Behavioral Psychology*, 24(2), 237-252.
- Lewis, K., Caputi, P. & Grenyer, B. (2012).** Borderline personality disorder subtypes: A factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196–206. <https://doi.org/10.1002/pmh.1183>
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. & Bohus, M. (2004).** Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453–461.
- Linares, J. (2007).** La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.
- Linehan, M. (1993).** *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1.ª Ed.). New York: The Guilford Press.
- Lyoo, K., Han M. & Cho D. (1998).** A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *Journal of Affect Disorders*, (50): 235-243. DOI: 10.1016/s0165-0327(98)00104-9
- Marco, J., García, J., Pérez, S. & Botella, C. (2014).** El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. *Psicología Conductual*, 22(2), 293-305.
- Millon, T. (1990).** *Toward a new personology: an evolutionary model*. New York: Wiley-Interscience
- Millon, T. & Davis, R. (1998).** *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Masson, S.A.: Barcelona.
- Montaño, M., Palacios, J. & Gantiva, C. (2009).** Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>
- Monzón, S. & Fernández, M. (2016).** Guía diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes. *Psicopatol. Salud Mental*, 29(1), 55-65.
- Olabarria, B. (2009).** Ensanchar las fronteras de nuestra comprensión sistémica acerca del surgimiento y configuración relacional de los trastornos de personalidad. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 305-320.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación clínica*. Ediciones ICPSI: Santiago de Chile.
- Opazo, R. (2004).** *Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo*. *Psicoterapia Integrativa*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa: Santiago, Chile.
- Opazo, R. (2004).** *Psicoterapia integrativa y desarrollo personal*. En H. Fernández Álvarez y R. Opazo (Eds.), *La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico* (pp. 335-384). Barcelona: Paidós.
- Opazo, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión Potenciando el cambio*. Santiago, Chile: Andros.
- Opazo, R. & Bagladi, V. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS. Apuntes docentes*. ICPSI-UAI: Santiago.
- Organización Mundial de la Salud. (1992).** *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Ediciones Meditor: Madrid.
- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., Vega, I., Montes, A. & Carrasco, J. (2016).** Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas de Psiquiatría*, 44(6), 212-21.
- Pérez, J., Pimentel, A., Hernández, L., Martínez, M., Guzmán, G. & Cisneros, J. (2021).** Trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual infantil. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15), 37-40. DOI: 10.29057/esat.v8i15.6674
- Pérez, V. (2016).** *Tratamiento del TLP. Enfoque farmacológico*. En 23 Symposium Internacional sobre Controversias y Actualizaciones en Psiquiatría, España. 2016.
- Philipsen, A., Feige, B., Hessler, B., Scheel, C., Ebert, D., Matthies, S., Limberger, M., Kleindienst, N., Bohus, M. & Lieb, K. (2009).** Borderline typical symptoms in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 1(1), 11–18. <https://doi.org/10.1007/s12402-009-0001-7>
- Pozo, M., Harbeck, S., Zahn, S., Kliem, S. & Kröger, C. (2018).** Cognitive distortions in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 260, 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.043>
- Puri, P., Kumar, D., Muralidharan, K. & Kishore, M. (2018).** Individuals with Borderline Personality Disorder manifest cognitive biases implicated in psychosis. *Psychiatry Research*, 267, 414-419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.040>
- Reyes, L., & Russo, A. (2008).** Descripción de la organización estructural de la personalidad de los adolescentes que cursaron primer semestre en un programa de psicología de la ciudad de Barranquilla. *Psychologia Avances de la disciplina*, 2(2), 65-91. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225162002>
- Reyes, M., Vargas, A. & Tena, A. (2015).** Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23 (2), 66-76. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944231008>

- Rodríguez, L. y Peláez, J. (2013).** Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7035>
- Salavera, C., Puyuelo, M., Tricás, J. & Lucha, O. (2009).** Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. *Universitas Psychologica*, 9(2), 457-467.
- Siever L. & David, K. (1991).** A Psycho Biological Perspective on the Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 148 (12): 1647-1658.
- Tomko, R., Trull, T., Wood, P. & Sher, K. (2014).** Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambos, K. & Kringlen, E. (2000).** A twin study of personality disorders. *Compre Psychiatry*, 41: 416-25. DOI: 10.1053/comp.2000.16560
- Vanegas, G., Barbosa, A. & Pedraza, G. (2017).** Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159-176. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>
- Winter, D., Herbert, C., Koplin, K., Schmahl, C., Bohus, M. & Lis, S. (2015).** Negative Evaluation Bias for Positive Self-Referential Information in Borderline Personality Disorder. *PLoS One*, 10(1), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117083>

Aportes del tratamiento de hospitalización diurna en los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

Anne Csaszar Hevia*

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son una enfermedad mental grave que no han sido visibilizados de manera adecuada en el último tiempo. Esto ha traído como consecuencia una intervención poco acertada llevando a que se generen altos niveles de cronicidad. En Chile, el tratamiento se ha centrado principalmente en las hospitalizaciones cerradas y en la terapia ambulatoria multidisciplinaria con un bajo porcentaje de recuperación exitosa, todo esto desde modelos con un fuerte enfoque cognitivo- conductual o relacional, pudiendo generar intervenciones reduccionistas e insuficientes. En esta investigación se describe un tercer modelo de tratamiento exitoso a nivel mundial, la hospitalización de día, y se analiza el aporte que este genera desde el enfoque de Psicoterapia Integrativa EIS, que desde este modelo de intervención, puede ser ventajoso en la efectividad del tratamiento de los TCA.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, hospitalización diurna, psicoterapia integrativa

Abstract

Eating Disorders (ED) are a serious mental illness that have not been adequately visible in recent times. This has resulted in an unsuccessful intervention leading to the generation of high levels of chronicity. In Chile, treatment has focused mainly on closed hospitalizations and multidisciplinary outpatient therapy with a low percentage of successful recovery, all of this from models with a strong cognitive-behavioral or relational approach, which can generate reductionist and insufficient problems. This research describes a third model of successful treatment worldwide, day hospitalization, and the contribution that this generates from the EIS Integrative Psychotherapy approach, which from this intervention model, can be advantageous in the effectiveness of the treatment of ED.

Keywords: eating disorders, day hospitalization, integrative psychotherapy

Introducción

Los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), descritos en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5) como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (American Psychiatric Association, 2013), son una enfermedad mental

grave que afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes de todas las clases sociales, que se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física, mental o del funcionamiento psicosocial (Sanz, 2022). Estos trastornos han ido al alza a lo largo de los años a nivel mundial y es así como en el año 2011 se consideraba como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes, después de la obesidad y el asma (Fernández y Alburquenque,

* Ps. Universidad del Desarrollo
Psicoterapeuta Integrativa ICPSI
[ps. annecsaszar@gmail.com](mailto:ps.annecsaszar@gmail.com)

2021). Estas son enfermedades de alta seriedad, las cuales se asocian a una reveladora mortalidad y morbilidad, que han ido en aumento en los países en desarrollo (Gaete y López, 2020). Según estudios (Roslings 2011, citado en Cruzat, et al., 2010), en España este tipo de trastornos, especialmente los subtipos de anorexia, centrado en conductas restrictivas de la alimentación por un miedo intenso a aumentar de peso y bulimia, subtipo que utiliza métodos purgativos y compensatorios con la presencia del mismo temor, supone, la tasa más alta de muertes por salud mental ya sea por desnutrición o suicidios, especialmente en subtipos restrictivos como la anorexia, la cual se estimaba en ese entonces en un 5%. En Chile, considerando ese mismo año, 500.000 jóvenes entre 14 y 30 años de edad sufrían un TCA, componiendo un 20% de mortalidad por enfermedades psiquiátricas en ese entonces. Aproximadamente, hasta 2016, habían 2.000.000 de personas afectadas en nuestro país (Ley TCA, 2022). En la actualidad las cifras no han sido actualizadas y existe escasez de estudios recientes debido al escaso financiamiento para la investigación de esta patología, pero producto de la pandemia, se conoce un aumento del 30% en las consultas asociadas a trastornos alimentarios, siendo los tratamientos más frecuentados el ambulatorio con equipos multidisciplinarios (psicólogos, nutricionistas, nutriólogos y psiquiatras) y, en casos de mayor gravedad que cumplan con los criterios indicados, las hospitalizaciones cerradas (Gómez et al., 2018). En algunos países, incluido en Chile, se ha implementado un sistema de tratamiento intermedio en las últimas décadas, conocido como una hospitalización de día, que se encuentra actualmente menos documentada, pero que ha ido demostrando gran eficacia en el tratamiento de esta patología mental (Gómez et al., 2018).

Se ha reportado que entre un 70% y un 80% de los pacientes que son diagnosticados durante la adolescencia y acuden a tratamiento ambulatorio

logran la remisión, pronóstico que disminuye considerablemente en pacientes adultos o que requieren de hospitalización (Jagielska, y Kacperska, 2017). Por otro lado, un estudio dirigido por la Universidad de San Francisco evidenció que únicamente el 21% de pacientes que sufren de anorexia nervosa y acuden a un programa hospitalario y que continúan con atención ambulatoria logran una recuperación total y dentro de esto, el 94% es capaz de mantenerla posterior a los dos años del alta médica (Accurso, Sim, Muhlheim y Lebow, 2020). Con respecto a pacientes que sufren de bulimia nervosa, se sugiere que el 45% logra una recuperación completa, el 27% mejora considerablemente y el 23% permanece con TCA de manera crónica (Eddy, et. Al, 2017). Por otro lado, cinco décadas de literatura sugieren que menos de la mitad de los adultos con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se recuperarán; un tercio adicional mejorará pero permanecerá sintomático y hasta una quinta parte permanece con un TCA de duración crónica (Steinhausen y Weber, 2009). En este sentido, las cifras no han sido optimistas respecto a la remisión sintomática y recuperación de estos trastornos y se menciona que la prevención, la investigación y los tratamientos actuales de estas enfermedades se ven obstaculizadas por varios factores. Algunos de estos son específicos de los TCA, como la tendencia de las personas con estos trastornos a negarlos u ocultarlos, mientras que otros están relacionados con la falta de preparación de nuestros sistemas de salud para abordar adecuadamente estos problemas, en particular debido a la poca de comprensión, de formación profesional y de servicios de atención médica y psicológica apropiados y especializados para este problema emergente de salud (Gaete y López, 2020). A su vez, los tratamientos se han centrado principalmente en los modelos de atención ambulatoria y hospitalización cerrada, dejando de lado otras alternativas de tratamiento como lo es

una hospitalización de día, la cual puede traer consigo beneficios frente a una hospitalización cerrada y a un tratamiento ambulatorio que puede no ser suficiente por sus características, especialmente en casos que presentan mayores factores de riesgo para una adecuada recuperación, evidenciado en las cifras anteriormente expuestas. En este sentido, en este estudio se pretende describir y comprender las características presentes en una hospitalización de día que pueden resultar beneficiosas y ventajosas frente a los otros dos tipos de tratamiento descritos, con el fin de aportar en la evidencia de tratamientos adecuados para este tipo de trastornos. Para este análisis, se basará en el Modelo Integrativo Supraparadigmático, el cual “integra los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. El eje integrador del Modelo es el “Sistema Self”, el cual constituye el punto de confluencia de los paradigmas”. (Opazo, 2001, pág. 118). Se revisarán los diferentes modelos de intervención actualmente disponibles en Chile (hospitalización cerrada, hospitalización de día y tratamiento ambulatorio) haciendo énfasis en el tratamiento de hospitalización de día especialmente desde un enfoque como lo es el EIS desde el cual este sistema de tratamiento no ha sido analizado anteriormente, conociendo sus posibles ventajas y aspectos de mejora desde los diferentes paradigmas y sistema Self, además de distinguir qué principios de influencia se hacen evidentes en estos tratamientos y cuales no, buscando aportar por un lado, en conocimiento válido que actualmente se encuentra al debe, y por otro, en una intervención adecuada en estas patologías mentales, con la finalidad de intervenir con mayor precisión tanto casos de menor como de mayor cronicidad, fomentando el aumento de las posibilidades de recuperación en pacientes que cursan esta patología que, como fue mencionado anteriormente, ha ido en aumento. En este sentido, surge la pregunta: ¿Existe un aporte de los

tratamientos de hospitalización diurna para los Trastornos de la Conducta Alimentaria analizado desde la Psicoterapia Integrativa Supraparadigmática (EIS)?

Metodología

Para efectos de este trabajo, se respondió la pregunta de investigación desde una mirada no experimental cualitativa, ya que se buscó profundizar y no medir los datos obtenidos (Baptista, Fernández y Hernández, 2010) a través de distintos instrumentos, con el fin de entender las cualidades del objeto de estudio desde una comprensión reflexiva. En otras palabras, se buscó conocer el fenómeno en profundidad desde la perspectiva desde el EIS para generar el conocimiento sobre el aporte que pudiese generar este enfoque en tratamientos de hospitalización de día para TCA en base a los resultados de la investigación. Además, este estudio pretendió entender desde una profundidad descriptiva el problema, buscando detallar cómo es el fenómeno (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006).

Se aproximó a esta temática mediante una revisión bibliográfica, la cual comprende una búsqueda de información relativa a la temática tratada con el fin de adquirir una perspectiva completa y actualizada de la comprensión y abordaje de los TCA (Fuentelsalz, Icart y Pulpón, 2006). Se revisaron documentos tanto de habla inglesa como hispana de diversas locaciones a nivel mundial con énfasis en bibliografía desarrollada en Chile. Tanto las cifras como la información fueron escogida cuidadosamente haciendo hincapié en la fecha, buscando aquella lo más actualizada posible, como en la calidad, priorizando revistas indexadas o reconocidas nacional e internacionalmente. El alcance de esta investigación es de tipo exploratorio descriptivo, dado que es una temática que no ha sido estudiada con anterioridad desde el punto de vista del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Delimitación conceptual

Para fines de esta investigación, se hará especial énfasis en los subtipos de TCA de anorexia nervosa y bulimia nervosa, dado que son los trastornos alimentarios más recurrentes, llegando a quintuplicarse los casos diagnosticados desde la década del 2000 a la siguiente (Ochoa, et. Al, 2013). Según la Academia de Trastornos Alimentarios (AED), la anorexia nervosa (AN) se caracteriza por la restricción de la ingesta alimentaria respecto a los requerimientos del individuo, llevando a una baja significativa del peso corporal en relación a la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y estado de salud. A su vez, puede presentar una distorsión de la imagen corporal y aparece con un miedo intenso a ganar peso. Por otro lado, según la AED, la bulimia nervosa (BN) se caracteriza por la presencia de atracones alimentarios entendidos como la ingesta de una gran cantidad de comida en un período de tiempo relativamente corto, con la sensación de pérdida de control. Estos son posteriormente compensados mediante purgas (vómitos autoinducidos) u otros métodos como el abuso de laxantes y/o diuréticos, ejercicio excesivo y medicamentos para bajar de peso al menos una vez a la semana por al menos tres meses. Al igual que en los casos de AN, también es acompañado por un miedo intenso a ganar peso y una distorsión de la imagen corporal (Academy for Eating Disorders [AED], 2016). Si bien ambos trastornos tienen características que los diferencian, existen aspectos en común en los diferentes paradigmas afectivo, cognitivo, ambiental conductual, sistémico, biológico e inconsciente. De esta manera, las personas que padecen de estos trastornos pueden ciclar entre ambos subtipos en diferentes momentos y etapas de sus vidas, por lo que para fines de esta investigación se comprenderán la AN y la BN como parte de este continuo y se destacarán únicamente aquellos aspectos evidentemente distintivos que pueden ser relevantes para el tratamiento de las

personas que están cursando un TCA desde uno u otro polo.

Etiología y factores de riesgo

Hasta la actualidad se carece de una comprensión clara de la causa de los TCA. Sin embargo, las investigaciones existentes evidencian la confluencia de diferentes factores biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales que interactúan entre sí, contribuyendo a su aparición y su mantención (Portela de Santana et al., 2012).

Dentro de los aspectos biológicos, según estudios los factores genéticos, como la edad, el género, tener algún trastorno afectivo o factores familiares, son solo algunos de los factores predisponentes en el TCA, es decir, que aumentan el riesgo a padecerlo (Casanova et. Al, 2018). Además, se encuentran predisposiciones genéticas, neurobiológicas, como la desregulación del sistema dopaminérgico y serotoninérgico, y fisiológicas. Dentro de estas últimas cabe destacar los cambios que se generan en la pubertad y la malnutrición presente en la sociedad actual (Gaete y López, 2020). Esto trae consigo una mayor vulnerabilidad biológica, es decir, una predisposición hacia un desajuste psicológico centrado en elementos de base orgánica que son un factor de riesgo para el desarrollo (Bejer, 2010), en este caso, de un TCA.

A su vez, se ha evidenciado un nivel elevado de neuroticismo, es decir una alta inestabilidad emocional, en pacientes con AN y puntuaciones elevadas en neuroticismo y psicoticismo (utilizado en el EIS como indicador de impulsividad) en pacientes con BN, así como una mayor puntuación en extraversión (mayor orientación hacia el mundo externo) que en el caso de pacientes con AN, quienes evidencian mayor introversión (Rodríguez, Palomo, Sánchez y de la Gándara, 2001), entendida como una mayor orientación hacia el mundo interno (Bejer, 2010). Respecto al psicoticismo, en particular en BN, se asocia a una comorbilidad

mayor con trastornos de personalidad, principalmente trastornos límite, histriónico y dependiente. Sumado a esto, los sujetos con bulimia evidencian mayores niveles de impulsividad y aquellos con anorexia aparecen como más rígidos y obsesivos (Rodríguez, Palomo, Sánchez y de la Gándara, 2001).

El desarrollo evolutivo del individuo objetivamente genera cambios físicos. Haciendo mención a la pubertad, esta puede provocar preocupación acerca de la apariencia física, ya que los cuerpos comienzan a desarrollarse y a cambiar, sintiendo que se ensanchan o engordan, clarificando así que se están convirtiendo en adultos, lo cual puede generar incomodidad en los jóvenes (Behar, 2010). En un estudio realizado por Hoek et al., (1995 citado en Behar, 2010) una gran parte de las adolescentes estaban insatisfechas con sus cuerpos, lo que estaba directamente relacionado con el peso corporal, mencionando una incomodidad en el tamaño de sus muslos, caderas, bustos, cintura, y el tamaño de sus nalgas, lo que llevaba a conductas desadaptativas con el fin de controlar el peso; vómitos, laxantes, ayunos, dietas extremas, entre otras conductas perjudiciales para el cuerpo. Por otra parte, los adolescentes hombres, que, si bien son menos que el sexo femenino, también demostraron conductas preocupantes ante la insatisfacción respecto a su silueta corporal, deseando tener un cuerpo con tonalidades musculares mayores, más brazos, tórax y hombros más grandes, lo que los dirige a utilizar el deporte como un método abusivo (Hernández y Licea, 2016).

Según Casanova et al. (2018), los cambios físicos en el cuerpo de un individuo, ya sea el desarrollo evolutivo, un embarazo, dietas, traumatismos, entre otros, se consideran factores precipitantes para el trastorno, pues aceleran su desarrollo. Estudios de Raevuori et al. (2009, citado en Bolaños, 2012), demuestran que el embarazo y el periodo neonatal pueden adelantar un TCA o aumentar la gravedad de dicho trastorno, ya que

genera cambios en el comportamiento alimentario y distorsiones en el cuerpo: “Al recibir la noticia de embarazo, se comenzó a ver más barriga de inmediato” (Bolaños, 2012, p. 1844).

Los traumatismos o lesiones pueden afectar en el aumento de peso, lo que por consecuencia genera una restricción calórica llevando una dieta para compensar, debido a que el individuo debe disminuir sus movimientos (Yeager, 1993 citado en Márquez, 2008). Es así como se traen sintomatologías y acciones del TCA, las cuales se ven normalizadas con el paso del tiempo.

Respecto de los factores psicológicos influyentes en la aparición de estos trastornos, se han identificado tanto factores temperamentales y de personalidad, como también cognitivos, conductuales y afectivos. Respecto a este último, se ha demostrado un alto nivel de alexitimia, en pacientes con TCA, especialmente en pacientes con AN (Behar, 2011). En el caso de pacientes con AN, experimentan sus emociones con desconcierto y generalmente son incapaces de describirlas y reconocerlas. Por otro lado, las pacientes con bulimia nerviosa a menudo responden al estrés con comilonas y purgas, pero poseen dificultad para relacionar sus conductas con sus desencadenantes emocionales (Behar, 2011). A su vez, se evidencia un alto grado de ansiedad social, especialmente en situaciones que impliquen el comer y la exposición de situaciones que puedan implicar comentarios hacia el propio cuerpo con miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o beber en público y a hacer el ridículo, por sentimientos de baja autoestima, rechazo a su figura y menosprecio de sí mismas (Behar, 2007). Junto a esto, desde el paradigma afectivo también se evidencia una baja tolerancia a la frustración e hipersensibilidad en ambos subtipos de TCA (Sanz, 2022). Incluyendo a estas precipitaciones es que nos encontramos con variables psicológicas que afectan al individuo, como son sus crisis normativas o no normativas en la etapa evolutiva en cuestión: entre ellos,

divorcios, pérdidas, bullying (Casanova et al., 2018). Es decir, las situaciones de estrés generan cambios comportamentales en la alimentación. En la actualidad el estrés se define como: “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada” (Palmero et al., 2002, p. 424). Entendiéndose que, ante una situación que para el individuo sale de su control mental y/o físico, este actúa de una manera inadecuada o no sabe cómo responder, lo que puede traer por consecuencia cambios en su alimentación y estado de ánimo. Según estudios del año 2009, los pacientes con TCA, son caracterizados por tener altos niveles de estrés acumulado durante el año antes del inicio de su patología, a diferencia de personas sin esta (Behar y Valdés, 2009).

Respecto al paradigma cognitivo, se ha evidenciado una baja autoeficacia y un alto grado de perfeccionismo. Esto último en particular genera una mayor insatisfacción corporal, incidiendo en la percepción de una autoimagen disminuida (Laporta, Delgado, Rebollar y Lahuerta, 2020). A su vez, las personas que padecen de TCA presentan una alta irracionalidad cognitiva, manifestándose en pensamientos, emociones o conductas que sabotean, interfieren y bloquean el logro de las metas básicas o más importantes para el individuo (Ellis, 1997). Esto se evidencia en diferentes distorsiones cognitivas que tienen un impacto en una visión negativa de sí mismos, de sus experiencias y del futuro (Losada, 2020), ya que las personas con TCA tienen cambios en los procesos cognitivos, como la memoria, atención, funciones ejecutivas y el funcionamiento intelectual (Steinglass y Glasofer, 2011 citado en Aiquipa, 2018). En otras palabras, la persona comienza a tener interpretaciones erróneas de las situaciones, lo que por coincidencia genera pensamientos automáticos y creencias irracionales en las cuales piensan ser incapaces de todo y caen en una sensación de desamparo que no es justificada. Estas

sensaciones limitan sus actividades diarias, generando emociones como tristeza, angustia y culpa, que por consecuencia genera acciones de aislamiento y agresividad, lo que provoca que estas sensaciones aumenten, creciendo su intensidad, generando así un círculo vicioso (Aiquipa, 2018). El estar a cada instante pensando en el cuerpo, la comida, el conteo calórico de los alimentos, estrategias consideradas óptimas para no engordar y por ende adelgazar, como lo es el purgar sin ser descubiertas, repercute intensamente en los niveles atencionales y de concentración de la persona. Ello, sumado a esto, el cansancio propio de la malnutrición a la cual se ve exigida el cuerpo (Aiquipa, 2018), produce que no logren focalizar temáticas más allá de su corporalidad y la patología como tal.

De acuerdo al paradigma sistémico, se evidencia que el ambiente familiar juega un rol fundamental tanto en la aparición como en el mantenimiento de esta patología. Suelen ser familias autoritarias, críticas sobre la apariencia y la alimentación, con conflictos familiares no resueltos y escasa expresión emocional. A su vez, a nivel de pares, existe evidencia respecto al desenvolvimiento en ambientes de riesgo, ya sea por situaciones de bullying o acoso sexual. Sumado a esto, la presión cultural del “ideal delgado” juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de esta patología, generando a su vez una egosintonía importante con ella (Gaete y López, 2020).

Por otro lado, el malestar afectivo y cognitivo que provoca esta enfermedad produce un importante aislamiento social que dificulta las relaciones como tal, viéndose afectadas en el área laboral, educativa e interpersonal (Smethurst y Kuss, 2016, citado en Aiquipa, 2018). Hillege et al. (2006 citado en Aiquipa, 2018) habla de la influencia que tienen los TCA en la desintegración familiar, generando este trastorno altos niveles de angustia, estrés, entre otros. También así incluyen el factor

económico, ya que los tratamientos y terapias para poder mejorar la sintomatología no son algo menor, ya que el individuo está tan sesgado que no coopera en su mejora, siguiendo encarecidamente las indicaciones de los profesionales. Subiabre et al. (2015, citado en Aiquipa, 2018) comenta acerca de la desconfianza por parte de la familia, producto del nivel y cantidad de mentiras que los individuos suelen decir para poder seguir desarrollando su patología, de forma inconsciente y reiterada. Por ello, se produce una dinámica controladora por parte de las familias, con el fin de ayudar al paciente, lo que trae consigo un rechazo por parte de éste, entrando nuevamente a un círculo vicioso de soledad y desesperanza.

Los factores socioculturales, como el valor estético dominante de la sociedad en la época, el círculo y las relaciones sociales de los individuos, están estrechamente relacionadas con la insatisfacción corporal e inicio del TCA. Dentro de dichas presiones destacan los medios comunicacionales, que históricamente se ha centrado en un ideal de belleza que muchos adolescentes son incapaces de alcanzar, entregando información sumamente contradictoria, contenidos de la belleza que tiene el ser delgado, potenciando el uso de estrategias tóxicas para el cuerpo, y por otro lado, entregando contenido de alimentos sumamente atractivos que son químicamente dañinos para el organismo (Portela de Santana, et al., 2021). Además, nos encontramos con una gran presión proveniente de las relaciones personales, es decir, la interacción del individuo junto a sus pares, amistades y familiares. Estos son uno de los factores de mayor presión respecto a la visión corporal del individuo, ya que ellos son quienes aprueban la “imagen corporal ideal”, lo que eleva el riesgo a que, producto del entorno, se desarrollen problemas en relación con la alimentación, a obsesionarse con la figura y las medidas (Portela de Santana, et al., 2021). McCabe y Ricciardelli (2001, citado en Behar, 2010)

manifestaron que para los adolescentes el reforzamiento de la madre y amigos cercanos eran importantes influencias para ejercer cambios corporales.

Mellor et al. (2008, citado en Portela de Santana, et al., 2021) sugiere que la familia tiene un rol fundamental en la influencia de la insatisfacción corporal y pérdida de peso en ambos sexos. Según estudios de Schmidt (2003, citado en Losada, 2020), en la década de los 60 y 70, la familia fue una de las causas del TCA, teniendo dinámicas muy sobreprotectoras o, por el contrario, de poca entrega afectuosa y alta frialdad (Losada, 2020). Es así como la familia puede afectar de diferentes maneras: así como la existencia de un patrón familiar de constante preocupación por el peso y la figura puede contribuir a la sintomatología del TCA, también una familia disfuncional que desarrolla un ambiente constantemente tenso y estresor para una persona acompaña así la producción de sintomatología y el desarrollo de una baja autoestima en el individuo (Leung et al., 1996 citado en Ruiz et al., 2013).

Las amistades, por otro lado, juegan un papel sumamente importante en el TCA, siendo modelos a seguir, ídolos, guías, capaces de influenciar enormemente al individuo con sus opiniones, por ejemplo, remarcando sus “defectos”. Es más, hay varios estudios que informan que la frecuencia de bromas apoya a la restricción alimentaria, siendo las personas que habitualmente suelen molestar y ejercer bromas los hermanos con un porcentaje del 79%, los pares con un 62% y las amistades el 47% (Behar, 2010).

De acuerdo al paradigma ambiental conductual, Behar (2011) refiere una importante falta de asertividad tanto en pacientes con anorexia como bulimia, siendo esta característica ligeramente más notoria en las últimas. En consecuencia, y según lo planteado por Opazo (2004) esta genera un impacto en el ánimo, una autoimagen y autoestima positiva, viéndose

afectadas en el caso de personas con TCA. Esto, sumado al estilo parental comúnmente autoritario, se ha demostrado que, especialmente el autoritarismo materno, incide en una menor tolerancia a la frustración (Astengo, 2020). Por lo anterior, se infiere además un repertorio conductual deficiente, ya que este es fundamental para el despliegue de las conductas asertivas y situaciones difíciles que generan frustración.

Desde el paradigma inconsciente, la alta irracionalidad cognitiva que presentan pacientes con TCA y con ello, los pensamientos distorsionados, suelen operar desde un nivel más inconsciente de la dinámica psicológica. De esta manera, el *awareness* integral presente de los propios pensamientos junto al alto nivel de alexitimia, limitando consciencia de los propios afectos y necesidades, además de la poca consciencia de enfermedad que suele estar presente en este tipo de patologías es escaso.

Respecto a los mecanismos de defensa más comunes, un estudio de Bernal (2002) evidenció que tanto pacientes con diagnóstico de AN como de BN utilizan significativamente más el desplazamiento, la identificación proyectiva y la proyección que el grupo de control, y se diferencian en que las pacientes con BN presentan con mayor frecuencia la introyección y la regresión mientras que pacientes con AN tiene una menor capacidad para sublimar que personas sin este trastorno (Bernal, 2002).

Opazo (1992) menciona la importancia de las influencias subliminales en el paradigma inconsciente, estando estas “por encima del umbral sensorial y por debajo del umbral perceptual” (Opazo, 1992, p.461). En este caso, como ya fue mencionado, la influencia sociocultural respecto a la imagen corporal delgada como sinónimo de éxito y belleza, además de un refuerzo positivo por parte de los sistemas de los individuos con TCA juegan un rol fundamental tanto en el origen de estos

trastornos como en su mantención y baja consciencia de enfermedad.

Como fue visto anteriormente, los TCA suelen aparecer en la adolescencia. Es en esta etapa en la que comienza el proceso de definición identitaria. En este sentido, suele ocurrir que, al carecer de referentes desde su ambiente y de su propia experiencia, los adolescentes se construyen en base a su imagen corporal (Levin y Soto, 2011). Es así como el alcanzar el estándar de delgadez introyectado de la sociedad es la manera que tienen de construir una identidad “positiva”; la cual se ve afectada por el estado de ánimo que presenta la persona durante el día, teniendo de sí mismos o mismas una autoimagen emocional, viéndose afectada la función de identidad de estos pacientes (Opazo, 2001).

Por otro lado, respecto a la autoorganización del Self, la irracionalidad cognitiva, las cogniciones afectivo dependientes y conductas asociadas a esta manera de pensar y sentir, la identidad basada en la imagen corporal, entre otros, son concordantes con la mantención y perpetuación de esta patología (Levin y Soto, 2011). Lo anterior también afecta la función de significación, dado que se ve limitada a un *awareness* parcial, en que las conductas compensatorias o restrictivas son utilizadas como una manera de autorregulación o manejo emocional sin sintonizar con la experiencia emocional (Levin y Soto, 2011). Por último, las funciones de conducción de vida y búsqueda de sentido se ven limitadas a la misma temática centrada en la imagen corporal (Astengo, 2020), lo que genera un vacío existencial importante dado el empobrecimiento de su desarrollo personal limitado a una característica particular en vez de un todo, integral.

Tratamientos y dimensiones desde donde abordar los aspectos de un tratamiento

Los tratamientos de pacientes con TCA se realizan en diferentes niveles y deben ser siempre en compañía de un equipo multidisciplinario; psicóloga, psiquiatra, médico, nutricionista, etc., siendo estos los pilares fundamentales para la mejora del individuo. Respecto a los aspectos médicos, es que se consideran las comorbilidades que los pacientes puedan tener, considerando también el estado nutricional y conductas compensatorias, tomando en cuenta el daño que esto genera al cuerpo. Haciendo hincapié en la nutrición, más allá de la estabilización corporal del individuo, es que se debe considerar la psicoeducación respecto al cómo alimentarse, entregando información constantemente, la cual provoque cambios en la conducta alimentaria que la persona está ejerciendo (Gómez et al., 2018).

Los tratamientos para TCA varían dependiendo de la gravedad de la patología y se han desarrollado tres procedimientos, siendo unos más utilizados que otros, los cuales no son excluyentes entre sí en el proceso de mejora: hospitalización, ambulatorio y hospital de día.

Hospitalización

En Chile, si es que la persona se encuentra en un estado crítico, considerando la gravedad y el avance de la patología, el ingreso a la hospitalización se realiza en unidad psiquiátrica, medicina interna, nutrición o pediatría en menores de 18 años. Su objetivo es mantener la vitalidad del paciente, es decir actuar ante la desnutrición o complicaciones médicas y psiquiátricas que este pueda padecer, velando así por la vida del paciente y la reincorporación a su vida externa (Lechuga y Nieves, 2005). Existen modelos de hospitalización cerrada en países como España, Estados Unidos y Alemania en que sí se realizan intervenciones más

allá de la estabilización fisiológica, sin embargo en Chile se carece de este modelo.

Tratamiento Ambulatorio

El tratamiento ambulatorio, el más habitual y prolongado en los TCA, consiste en un plan integral que también considera un equipo multidisciplinario. Para ejercer este tratamiento, el paciente debe tener estabilidad clínica, tanto médica como psiquiátrica, comprometerse a generar un cambio en sus conductas alimentarias y restrictivas/purgativas/compensatorias, entre otros. Para aquello debe existir un apoyo familiar constante y comprometido a seguir indicaciones terapéuticas, ya que este tratamiento tiene altas dificultades en la adherencia. Al ser un tratamiento más “flexible”, es decir que está bajo el control y constancia del paciente junto a su círculo, este puede variar (Lechuga y Nieves, 2005; Gómez et al., 2018). A medida que el paciente va progresando en el tratamiento, se distancian las sesiones psicológicas, nutricionales y psiquiátricas y se reduce la medicación en caso de ser oportuno, hasta alcanzar el alta terapéutica.

Según estudios de Casanova et al. (2018), Los tratamientos clásicos que comienzan a protocolizarse en los años 70, suelen combinar dos fases: si es necesario, se comienza por un ingreso hospitalario con el objetivo de restaurar los efectos de la desnutrición y normalizar la alimentación para, posteriormente, de forma ambulatoria, generalizar las pautas alimentarias, prevenir recaídas, controlar el mantenimiento del peso y realizar psicoterapia. (p.88)

Hospital de día

Con el fin de evitar que el paciente se aisle de su red de apoyo y de los desafíos que implica su entorno habitual, los programas de tratamiento de día proporcionan una estructura de atención

colectiva en torno a las comidas y, simultáneamente, otorgan una terapia individual y grupal, facilitando la transición entre ingresos y tratamientos ambulatorios, sin perder los beneficios de ellos y disminuyendo el riesgo de reincidencia, ideas de cronicidad y desesperanza (Lechuga y Nieves, 2005; Gómez et al., 2018).

Además de afrontar diariamente relaciones interpersonales, situaciones laborales o educativas, los pacientes tienen que normalizar su peso y las pautas alimentarias, actividad que facilita el proceso de integración personal al exterior. Un beneficio de este tratamiento es que los pacientes no pueden ser controlados de forma externa, pero sí cuentan con el apoyo y compromiso por parte de sus familias en el tratamiento, lo cual conlleva a una mayor aceptación del tratamiento y a una relación más empática con el equipo, facilitando el proceso. A esto se le suma que el tratamiento en hospital de día interfiere psicológicamente de menor manera que el ingreso hospitalario, permite mantener el contacto con sus círculos mientras recibe el tratamiento y, además, ayuda a que desarrollen dentro de estas habilidades como la tolerancia, comprensión, empatía, solidaridad, etc. con sus compañeras de tratamiento a la hora de tener sesiones grupales terapéuticas (Lechugas y Nieves, 2005).

Según Vingradov y Yalom (1996), en la psicoterapia de grupo existen factores de mecanismos terapéuticos que operan en la psicoterapia de grupo. Si bien los autores se refieren al espacio psicoterapéutico propiamente tal, es posible amplificarlo a una hospitalización de día, puesto que el trabajo colectivo opera de la misma manera. Dentro de estos mecanismos se encuentran la universalidad, lo que refiere al sentirse parte de un grupo de personas en el dolor y alivio de este, entendiendo que no son los únicos que cursan por este tipo de patología. Además, el transmitir información, en la que, entre pacientes se dan consejos y apoyo frente a sus dificultades. El

altruismo, logrando sentirse útil para otros miembros del grupo, lo que resulta beneficioso y ayuda además a reducir el ensimismamiento generado comúnmente en TCA. El desarrollo de técnicas de socialización, trabajado a diario mediante las interacciones constantes que ocurren en el grupo, donde reciben retroalimentación sincera por parte de otros en cuanto al manejo de sus habilidades sociales. Junto a esto, aprendizaje vicario producido entre los miembros del grupo, la catarsis, al poder compartir con los demás y expresar su sentir. Los autores agregan la cohesión de grupo y los factores existenciales, refiriéndose en este último caso al *awareness* que se genera a que la ayuda del resto tiene un límite; toman conciencia de que en cada quien recae la responsabilidad final de autonomía y elección de cómo vivir su vida, tomando finalmente la decisión de querer mejorarse o no de la enfermedad (Vingradov y Yalom, 1996).

Existen modelos diferentes en el hospital de día. Algunos están orientados a tratamientos cortos y precisos, que pesquistan el control de síntomas y la estabilización del peso. Otros trabajan de manera más integral, considerando todos los aspectos necesarios para la reincorporación del paciente a su exterior, relaciones interpersonales, sintomatología, estado ponderal lento, entre otros. Si bien la modalidad es más larga, el procedimiento no presenta un elevado estrés psicológico, pues se trabaja de manera gradual apoyándose colectivamente en el equipo y grupo patológico en cuestión (Gómez et al., 2018).

Los criterios de inclusión para que pacientes sean considerados para esta modalidad de tratamiento suelen ser el fracaso o estancamiento en el tratamiento ambulatorio, sintomatología aguda que ha invadido actividades cotidianas impidiendo poder llevar una vida "normal", presencia de contextos familiares (o sociales) complejos que pueden formar parte en la mantención del trastorno y, finalmente, el hospital

de día permite facilitar una transición gradual para pacientes que vienen saliendo de una hospitalización total y/o puede ser una antesala para una internación a la cual la paciente se muestre altamente reticente o simplemente se niegue. Por otro lado, las circunstancias que dificultan o impiden la integración de una paciente a este tipo de programas pueden ser la presencia de hetero o auto agresividad reiterada, problemas graves de abuso de drogas y/o alcohol, ideación suicida reiterada, no contar con apoyo familiar o social mínimo para las horas fuera del centro, tener otra patología o condición, que impida el desarrollo del programa tanto para sí misma, como para el resto de las pacientes y alguna descompensación física que requiera la intervención de elementos médicos de mayor complejidad (Pulido, Monari y Rossi, 2008).

Además, sería importante evaluar los desplazamientos que los pacientes deban realizar para acceder a la hospitalización diurna, ya que, si implican traslados de demasiado esfuerzo y/o tiempo, suele resultar en un abandono de tratamiento. Por otro lado, con respecto al peso, el Índice de Masa Corporal (IMC) puede ser considerado como un criterio de diferenciación entre la hospitalización completa y una de día. Este punto es de suma importancia y suele generar controversias entre los expertos en el tema, sin embargo, si bien se suele hospitalizar a pacientes con un IMC inferior a quince, existen investigaciones que han mostrado resultados eficaces, en hospitalización parcial, incluso para personas con indicación de hospitalización cerrada (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Al igual que en el caso de una hospitalización cerrada, el tratamiento de hospital de día no termina ahí, sino que continúa en el sistema ambulatorio una vez que el paciente alcanza los objetivos terapéuticos esperados en esta etapa. Estos objetivos pueden depender del centro hospitalario y de la idiosincrasia de cada

paciente y la duración varía según los mismos factores. Sin embargo, en términos generales, se espera que para que él o la paciente alcance el alta de una hospitalización de día mantenga la recuperación de peso (recuperación ponderal) en caso de que sea necesario, que corrija las conductas alimentarias alteradas, los pensamientos distorsionados y que asegure el apoyo socio-familiar necesario para establecer las redes de apoyo necesarias en la continuación de un tratamiento ambulatorio (Gómez et al., 2018).

Enfoques psicoterapéuticos en la intervención de TCA

Existen diferentes enfoques psicoterapéuticos desde los cuales se ha intervenido en TCA a lo largo de los años, los cuales varían dependiendo de la sintomatología, etapa del desarrollo, cronicidad, entre otros. A modo general, la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica Mejorada (en inglés, *Trans- diagnostic Cognitive Behavioural Therapy-Enhanced*) ha demostrado tener el mayor impacto en la reducción sintomática en aproximadamente 20 semanas de tratamiento en el caso de pacientes purgativas, y 40 semanas en pacientes restrictivas (Fairburn, 2008).

A un nivel más específico, en el caso de adultos con AN, no se ha demostrado superioridad de un enfoque por sobre otro y las investigaciones se han centrado en los resultados a corto plazo (Kass, Kolko y Wilfley, 2013). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), centrada en las creencias distorsionadas y conductas desadaptativas, y la Psicoterapia Interpersonal, que interviene en las dificultades interpersonales que mantienen la sintomatología de TCA, son las más estudiadas y revelan que en el 49% de los pacientes se logra el control de la sintomatología. Aun así, estudios han demostrado que en aspectos que van más allá de los síntomas propiamente tal, no existe superioridad de un enfoque por sobre otro en este caso de pacientes

(Kass, Kolko y Wilfley, 2013). La TCC y la Psicoterapia Interpersonal siguen siendo los tratamientos más establecidos para la BN con enfoques de atención por escalones comenzando por la estabilización del peso e intervención sintomatológica para posteriormente intervenir en aspectos más amplios que mantienen los TCA. Sumado a lo anterior, la TCC mejorada transdiagnóstica (en inglés, CBT-E) ha demostrado reducir la sintomatología en adultos y jóvenes, mientras que el modelo MANTRA (en inglés, *Maudsley family-based therapy*) el cual aborda las distorsiones cognitivas sobre la utilidad de la AN y la rigidez, los déficits socioemocionales y los comportamientos mantenedores del trastorno de los padres y parejas, es el tratamiento más establecido para los jóvenes con anorexia nerviosa y puede ser eficaz para los jóvenes con bulimia nerviosa, con un enfoque integrador y transdiagnóstico (Kass, Kolko y Wilfley, 2013).

Adicionalmente, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) es un tipo de terapia que ha ido adquiriendo mayor apoyo y reconocimiento en el tratamiento de TCA en el último tiempo (Gómez, et al, 2018). La diferencia principal con la TCC tiene que ver con que en este último, el foco está puesto en reducir y controlar el síntoma, mientras que en la ACT se parte desde la aceptación de éste y en no hacer nada por intentar controlarlo, esperando que los pacientes cambien su relación con el contenido de los pensamientos y emociones en vez de intentar controlarlos (Gómez, et al, 2018).

Como es de observar, los enfoques más utilizados se centran en la intervención desde paradigmas específicos, y empatando en la eficacia de las intervenciones psicológicas. En este sentido, el Enfoque Integrativo Supraparadigmático permitiría, por su naturaleza, posicionarse por sobre los demás enfoques al considerar aspectos como el uso no común de factores comunes, principios de influencia, la mirada nomotética de la evidencia como la idiosincrasia del paciente y la

especificidad de cada uno de los paradigmas y sistema Self, abordando de manera integrada y completa la complejidad de los TCA que por lo visto, hasta el momento no se ha logrado en su totalidad dada la baja tasa de recuperación existente.

Análisis de los tratamientos de TCA desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático y Psicoterapia Integrativa EIS

Para fines de este análisis, y comprendiendo el objetivo de una hospitalización cerrada en Chile, centrada en la estabilización física de un paciente con TCA sin necesariamente intervenir psicológicamente dada la desnutrición y desconexión experiencial que presentan los pacientes internados, lo que imposibilita un trabajo de este nivel, se hará énfasis en la atención ambulatoria y de hospitalización de día, que sí trabajan desde un punto de vista psicológico, relevante para esta investigación. Entonces, considerando lo anteriormente descrito, se comprende el siguiente análisis por paradigmas, tomando en cuenta conceptos movilizados, aspectos capaces de motivar a las personas a comprender sus experiencias (Opazo, 2017), y principios de influencia de causalidad “humanizada” que hace referencia a la relación entre un hecho específico precedente y consecuente, haciendo que el primero aumente la probabilidad de que ocurra el segundo (Opazo, 2017).

Desde el paradigma biológico, el modelo de hospitalización cerrada es aquel que pone mayor énfasis en este aspecto, dado que busca la estabilización física del paciente ingresado. Sin embargo, al ser la alteración de la alimentación central en este trastorno, el trabajo desde el paradigma biológico por parte del equipo multidisciplinario es fundamental; considerando también la importancia del tratamiento farmacológico para trabajar el desequilibrio de neurotransmisores comentado con anterioridad, así

como también la alteración de la actividad física y ciclos de sueño.

Si bien se trabaja este paradigma en los tres tipos de intervención descritos anteriormente, el concepto movilizador de la *significación biológica* se ve potenciada en mayor medida en un tratamiento de hospital de día. Esto, dado que tanto en una hospitalización cerrada como en un tratamiento ambulatorio, los pacientes mantienen una sensación de aislamiento, sintiendo que son los únicos que atraviesan por este tipo de problemas. En este sentido, la idiosincrasia de lo que ellos van necesitando para lograr remitir la sintomatología y prevenir una futura recaída puede verse sesgada por intentar pertenecer a un grupo sin TCA (por ejemplo, por presión familiar) limita la comprensión de las particularidades y vulnerabilidades biológicas que presenta un individuo con esta patología. Al ingresar a un tratamiento grupal y comunitario, son capaces de entender que no son los únicos que cursan por este trastorno, facilitando la comprensión del concepto movilizador de la *significación biológica* la que es reforzada por otros pacientes que cursan por una historia similar. De esta manera, se refuerzan aspectos como que un paciente con TCA tiene que mantener horarios de alimentación ordenados a diferencia de otras personas que no padecen de esta patología (conducta que comúnmente genera una recaída cuando está el intento de adaptación al medio sin TCA), que tienen que continuar rigurosamente con un esquema farmacológico, mantener una rutina diaria planificada y ordenada, etc., aspectos en los que se ven acompañados por parte de otros pacientes y van enfrentando en conjunto.

Junto a esto, desde los principios de influencia, existe una ventaja comparativa de una hospitalización de día frente al tratamiento ambulatorio, en que existe mayor control de lo que hacen los pacientes durante la jornada, en que, por ejemplo, se puede incluir gimnasia sistémica controlada, permitiendo un aumento en la

relajación y una resignificación de la actividad física como un elemento diferente a la compensación de la ingesta calórica, se maneja el esquema farmacológico y se potencia un orden en el ciclo de sueño y vigilia, evitando que duerman en cualquier momento del día con el fin de fomentar el sueño por las noches. El control que existe en las hospitalizaciones de día está fuera de alcance en la atención ambulatoria, dado que en esta última se requiere una cooperación mayor por parte de cuidadores y familiares que no siempre está disponible, pudiendo dificultar un adecuado avance en el tratamiento de estas patologías.

Se puede añadir que el trabajo en características propias de pacientes con TCA como lo son la inestabilidad emocional y el descontrol de impulsos (neuroticismo y psicoticismo altos) son intervenidos *in situ* en un espacio de hospitalización de día al encontrarse constantemente acompañados de un equipo terapéutico además de presentar diferentes terapias al día, a diferencia de un tratamiento ambulatorio en que las intervenciones se basan en narrativas asincrónicas en muchas ocasiones, dificultando la posibilidad de intervención en el mismo momento en que ocurre un descontrol de impulsos o inestabilidad emocional.

Desde el paradigma afectivo, el tratamiento grupal permite un sentimiento de altruismo en los pacientes al lograr ser útil para otros a la hora de escuchar, dar consejos y fomentar la resolución de problemas en otros, generando un efecto positivo en la autoestima y en las expectativas de autoeficacia (Vingradov y Yalom, 1996). Esto, sumado al estar constantemente inmerso en actividades y compañía genera *inercia afectiva*, potenciando sentimientos de bienestar. A su vez, el ver la mejoría de otros pacientes que pasan por experiencias similares genera motivación al cambio, trabajando la disminución de egosintonía de la enfermedad.

Como se mencionaba con anterioridad, los pacientes con TCA presentan altos grados de alexitimia (Bejar, 2007) y una importante baja tolerancia a la frustración e hipersensibilidad (Sanz, 2022). Estos aspectos pueden ser abordados tanto en el tratamiento ambulatorio como en una hospitalización de día. Sin embargo, respecto al alto grado de ansiedad social que presentan estos sujetos, la hospitalización de día presenta ventajas importantes al ser de por sí un tratamiento comunitario; dado que la exposición controlada y acompañada frente a su grupo de pares tanto en espacios de comedor como en actividades y terapias grupales es inminente, facilitando la habituación ante estos aspectos que provocan ansiedad y miedo dada la repetición diaria de estos espacios sin que se presente la posibilidad de aislamiento, posible en los espacios entre sesiones de un tratamiento ambulatorio.

Sumado a lo anterior, suele ocurrir que el sistema familiar, de pares, laboral, entre otros, son un factor de estrés importante en pacientes con TCA. En el caso de un tratamiento ambulatorio, el paciente se mantiene inserto en estos sistemas exponiéndose constantemente a posibles estresores, lo que dificulta el avance en el tratamiento y perpetuando las conductas alimentarias alteradas. En el caso de una hospitalización diurna, el estrés proveniente del entorno se ve disminuido al encontrarse limitado el contacto con el entorno a momentos específicos de la semana y fines de semana, de manera controlada y gradual dependiendo de las particularidades de cada caso, generando un espacio de mayor seguridad que permite el avance en el desarrollo de estrategias de afrontamiento de estrés psicosocial, pudiendo repercutir positivamente en las conductas alimentarias y compensatorias.

Si bien algunos de los aspectos anteriores son trabajados de igual manera en la atención ambulatoria, la hospitalización de día tiene la ventaja de intervenir diariamente en las

cogniciones, afectos y conductas de los pacientes en las distintas terapias grupales diarias, intervenciones espontáneas fuera de estos espacios o psicoterapia individual, en el momento en que suceden, sin tener que esperar a la siguiente sesión individual con él o la terapeuta. De esta manera, se trabaja sobre la experiencia misma y no, por ejemplo, sobre el recuerdo del malestar, pudiendo generar la movilización afectiva, cognitiva y conductual *in situ*.

En relación al paradigma cognitivo, tanto los tratamientos ambulatorios como los de hospitalización de día hacen énfasis en el trabajo de la irracionalidad cognitiva y esquemas disfuncionales fuertemente arraigados en personas con TCA. Los pacientes comienzan sus tratamientos respectivos con autoexigencias rígidas de perfeccionismo (especialmente en subtipos de AN), lo que influye en un aumento en la probabilidad de que se presente ansiedad (Opazo, 2017). Dentro de los objetivos de los diferentes tipos de tratamiento se busca intervenir sobre esquemas disfuncionales de pensamiento asociados al perfeccionismo, facilitando una disminución en la sensación de ansiedad.

Por otro lado, al ser una hospitalización de día un tratamiento intensivo, se interviene constantemente sobre el pensamiento emocional propio de la irracionalidad cognitiva común en TCA, pudiendo cambiar tanto esquemas cognitivos como separar estos de la emocionalidad sentida a lo largo del día, modificando la autoimagen ascensor mencionada anteriormente.

El tratamiento de hospitalización de día permite a pacientes, especialmente en aquellos que llevan menos tiempo en terapia el observar los cambios y mejorías de otros pacientes, lo que influye positivamente en las expectativas de cambio dado el alto grado de desesperanza frente al cambio que suele ir acompañado de este trastorno, sobre todo en casos de mayor cronicidad. De esta manera, esta influencia que provocan las demás

personas que enfrentan procesos similares pueden producir expectativas de cambio positivas personales, lo que influye en que aumente la probabilidad de cambio en psicoterapia (Opazo, 2017). A su vez, el ir compartiendo las propias sensaciones de desesperanza o diálogos internos autoderrotantes a sus pares influye en la disminución de presentar ánimo depresivo (Opazo, 2017), dado que estos son cuestionados por otros pacientes, lo que en ocasiones genera mayor credibilidad por parte de los mismos pacientes al ser intervenidos por otros que pasan por situaciones similares a diferencia de únicamente un equipo terapéutico que puede ser percibido con mayor rechazo por “no saber lo que se siente pasar por un trastorno de esta índole”.

Un tratamiento grupal, de hospital de día, permite el enfrentar situaciones difíciles acompañados, como lo son los momentos de comidas, exposición en diferentes actividades como lo puede ser el hablar en grupo, exposición corporal frente a otros. Esta compañía facilita el enfrentamiento de lo que genera miedo en TCA, generando mayor motivación en pacientes a la hora de exponerse a estos estresores, lo que influye en el aumento de autoeficacia. En este sentido, se utiliza el principio de influencia de *“Altas expectativas de autoeficacia en relación a cierta conducta específica influyen aumentando la probabilidad de enfrentamiento sin ansiedad del objeto relacionado con esa conducta”* (Opazo, 2017).

Otros principios de influencia fundamentales en la mejoría de los TCA pueden ser *“Una mayor valoración cognitiva de las consecuencias positivas de la conducta influye aumentando la probabilidad de que esas consecuencias tengan un valor reforzante”* y *“La atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos negativos”* (Opazo, 2017). Todos los principios de influencia mencionados anteriormente son una importante herramienta a la hora de intervenir

tanto de manera ambulatoria como en hospitalización diurna, sin embargo, el hecho de que en este último exista el factor de pares, estos principios de influencia se ven reforzados por quienes pueden percibir que los comprenden de mejor manera, entregando un valor adicional a este tipo de intervención.

Sumado a lo anterior, la ansiedad social propia de los TCA se evidencia en el principio de influencia de *“Una estructura cognitiva del tipo mi valor como persona depende de lo que otros piensen de mi influye aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad social”* (Opazo, 2017). Nuevamente, la exposición grupal y constante esfuerzo en deshacer estas distorsiones cognitivas por personas más allá de un equipo terapéutico facilitan la separación de la atribución valórica de la persona (alta extraversión) de lo que piensan otros, fortaleciendo la autoimagen, autoestima y autoeficacia.

Vinculando el paradigma anterior y al trabajo que se realiza desde el ámbito cognitivo, en que se evidencia un importante foco en el pensamiento de compensación, restricción y búsqueda de estrategias para bajar de peso, con el paradigma ambiental conductual, el monitoreo y control por parte de un equipo terapéutico presente constantemente en el día a día de los pacientes en un tratamiento de centro de día limita la acción de estas conductas nocivas, facilitando la extinción de la respuesta a estos pensamientos desde que entran a tratamiento, fomentando búsqueda de conductas más adaptativas para manejar ansiedades y malestares.

Como se mencionaba anteriormente, un tratamiento ambulatorio mantiene al paciente en su sistema familiar, que generalmente perpetúa el trastorno. Al ser extraídos parcial y temporalmente de este contexto en tratamiento de centro de día, situándolos en un espacio seguro y de contención, se ven involucrados principios de influencia como lo son *“Un ambiente contingente influye aumentando*

la probabilidad de bienestar psicológico”, “Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de las necesidades, con el consiguiente bienestar psicológico (realización)”, “Un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico” (Opazo, 2017).

Si bien el repertorio conductual deficiente presente en este tipo de trastornos es potenciable los diferentes tipos de tratamiento, la imposibilidad de aislamiento en un tratamiento de centro de día permite el trabajar en estas herramientas durante la jornada completa con retroalimentación constante. Estas herramientas pueden ser posteriormente aplicadas en el sistema familiar, aumentando la conducta pulsante en más contextos, una vez que estén más arraigadas en el funcionamiento del paciente a medida que también va aumentando su autoeficacia en este ambiente controlado.

Cabe tener en cuenta que los cambios conductuales los puede hacer un paciente en diferentes contextos sin la necesidad de encontrarse en tratamiento de centro de día. Sin embargo, y como ha sido expuesto a lo largo de este trabajo, las variables y características de este tratamiento facilitan la exposición a cambios y enfrentamientos conductuales, lo que permite un aumento en la probabilidad de cambios específicos a nivel cognitivo y afectivo con mayor rapidez y consistencia. La presión y motivación generada por pares y el equipo terapéutico disminuyen la posibilidad de no enfrentar el objeto ansiógeno por evitación de manera gradual, fomentando la habituación a nuevas conductas más adaptativas con menor posibilidad de volver a conductas anteriores. A su vez, *“El reforzamiento positivo de una conducta específica influye aumentando la probabilidad de futura emisión de esa conducta” (Opazo, 2017),* reforzamiento que no necesariamente es común en sistemas familiares por soler ser autoritarias, altamente exigentes y

comúnmente críticas, y que, si se da, afecta positivamente en la autoeficacia de los pacientes.

Tomando en consideración lo último mencionado, los sistemas familiares suelen ser patosintónicos para la mantención de los TCA. Dicho esto, es común que en los diferentes tratamientos de TCA se involucre al sistema completo mediante terapia familiar con la finalidad de promover la patodistonia mediante la morfogénesis de éste. Al haber un familiar con TCA en el sistema explicado en parte por las tendencias del funcionamiento familiar, es posible la resistencia al cambio de la familia, lo que requiere tiempo para trabajar. En el intertanto, la potenciación de los otros paradigmas en el paciente es relevante para que así este pueda influir positivamente en el ambiente. De esta manera, el introducir al paciente a un nuevo sistema (el sistema de tratamiento comunitario), en el que se potencian despliegues conductuales positivos, fomenta la probabilidad de generar cambios en el sistema familiar, al movilizar una de las partes hacia un estilo interaccional (positivo) diferente.

Por otro lado, la introducción de la persona con TCA a un sistema interaccional en el que *“Se emiten conductas “positivas”, favorables para el individuo, influye aumentando la probabilidad de que ésta responda a su vez con una conducta “positiva” (Opazo, 2017).* El desplegar conductas positivas influye entonces, en otro principio de influencia mencionado con anterioridad: *“Un cambio específico a nivel conductual influye aumentando la probabilidad de cambios específicos a nivel cognitivo y afectivo” (Opazo, 2017),* posibilitando cerrar un círculo virtuoso.

Continuando con el paradigma inconsciente, tanto un tratamiento ambulatorio como uno de hospitalización diurna buscan contribuir a generar un *awareness* integral en los pacientes que padecen de este trastorno. Sin embargo, las características propias de una terapia colectiva antes mencionadas facilitan con mayor intensidad el darse cuenta de las cogniciones,

afectos y conductas (positivas y a mejorar) de los pacientes mediante la retroalimentación de sus compañeros de tratamiento y equipo tratante, no solamente durante las sesiones psicológicas individuales, sino que mediante los demás espacios terapéuticos y extraterapéuticos. Lo anterior junto al altruismo que se genera en estos contextos entre pacientes, que aumenta la autoestima, aumenta la probabilidad de que se presente un mejor *awareness* el propio mundo cognitivo y emocional (Opazo, 2017), trabajo en autoestima que es menos posible de generar en un tratamiento ambulatorio por el aislamiento que existe en este. Lo mismo ocurre respecto al uso de ciertos mecanismos de defensa, los cuales pueden aparecer con mayor intensidad en momentos de estrés (Bernal, 2002). Un punto importante a considerar también es el mecanismo de “universalidad” y “cohesión de grupo” (Vingradov y Yalom, 1996) mencionados con anterioridad, que fomentan el despliegue del principio de influencia de *“La modificación de las emociones de angustia, culpa o vergüenza ligadas a ciertos contenidos específicos influye aumentando la probabilidad de que tales contenidos sean aceptados en la conciencia”* (Opazo, 2017), ya que los pacientes no se encuentran solos enfrentando sus miedos, vergüenzas o culpas, sino que lo hacen acompañados por otros que pasan por situaciones similares, ya sea en relación a la ingesta de alimentos, a la exposición corporal o social.

Se ha referido anteriormente a la egosintonía propia de los TCA, aspecto que es fundamental tener en cuenta tanto en terapia individual como en hospital de día. En este último caso, el aprendizaje vicario, la transmisión de información entre pacientes y la concientización de factores existenciales (Vingradov y Yalom, 1996) son fundamentales en la aplicación del principio de influencia de *“Entre mayor sea la no aceptación en la conciencia de contenidos cognitivo/emocionales, mayor será la tensión y el desgaste energético del sistema psicológico de la persona”* (Opazo, 2017) y

“La no aceptación en la conciencia de algunos defectos personales influye aumentando la probabilidad de inseguridad de la persona” (Opazo, 2017); al experimentar la mejoría de otros e ir comprendiendo que la egosintonía es parte de la enfermedad desde la mirada de los mismos pacientes más que de un equipo terapéutico que puede ser visto con suspicacia especialmente en un principio. Esto es especialmente útil durante el tratamiento en la adolescencia, puesto que la opinión de un grupo de pares al que pueden pertenecer dado el proceso de definición identitaria que se da en esta etapa evolutiva (Levin y Soto, 2011), puede ser más relevante que la mirada de un equipo de profesionales adulto.

Ahora bien, respecto a las influencias subliminales en el paradigma inconsciente, y tomando en consideración lo referido con anterioridad respecto a la influencia sociocultural y los estereotipos de belleza culturalmente aceptados que pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de un TCA, depende del enfoque del terapeuta o del centro hospitalario donde la persona se atiende. Una hospitalización de día que pone énfasis en la influencia sociocultural sobre la percepción individual como parte de los objetivos de tratamiento y lo integra como parte de la cultura del lugar claramente trabaja de manera importante estas influencias. Sin embargo, si no es el caso, la atención ambulatoria propiamente tal también puede ser efectiva en trabajar este aspecto y mejor aún, si incorpora al sistema familiar con la finalidad de generar egodistonia con este factor de riesgo para el TCA. De esta manera, en ambos tipos de tratamiento se buscaría trabajar el principio de influencia de *“Los valores específicos de la sociedad, del colegio y especialmente de la familia, influyen aumentando la probabilidad de que ciertas cogniciones y afectos específicos sean marginados de la conciencia”* (Opazo, 2017), buscando disminuir la importancia que la sociedad le da a la imagen

corporal fomentando la seguridad de la identidad individual de cada quien.

Finalmente, tomando en consideración el sistema Self, un tratamiento colectivo tiene la ventaja de ayudar a desarrollar una identidad individual (y también colectiva) distanciada de la centrada en la imagen corporal dado que este es uno de los principales aspectos a trabajar. Esto, ya que se generan nuevos referentes tanto ambientales como personales en base a logros y otro tipo de atributos no físicos, y no ligada a las emociones (autoimagen emocional) sino que desde un punto de vista más integral y sólido. Sumado a esto, los factores existenciales (Vingradov y Yalom, 1996) de un tratamiento colectivo fomentan el desarrollo de la propia identidad y autonomía y la conducción de vida. Lo anterior trae como consecuencia una búsqueda de sentido resignificada más allá de la temática corporal, logrando, gracias al pertenecer y sentirse parte de un grupo que valora al paciente más allá de su aspecto físico, un sistema Self integrado que integra funciones más allá de las temáticas que giran en torno a la corporalidad.

Discusión y conclusión

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades complejas y difíciles de tratar. Existe poca evidencia actualizada respecto a esta patología y en Chile los tratamientos suelen no ser óptimos para una remisión completa. El foco en los tratamientos ha estado puesto en la atención ambulatoria multidisciplinaria, la cual ha demostrado ser insuficiente en muchos casos, generando cronicidad en las personas que padecen de TCA y por otro lado, en la hospitalización completa, que en el caso de Chile, tiene el fin de estabilización fisiológica para luego continuar con un tratamiento ambulatorio. Sin embargo, existe un tercer tipo de tratamiento menos documentado que se encuentra en una etapa intermedia entre la hospitalización cerrada y la atención ambulatoria

para TCA: la hospitalización de día. Como hemos evidenciado a lo largo de esta revisión bibliográfica, este tratamiento tiene ventajas por sobre la atención ambulatoria, especialmente por generar dinámicas grupales no posibles de llevar en un tratamiento individual, que facilitan el despliegue de ciertos principios de influencia útiles para lograr un awareness integral, como también el no extraer al paciente por completo de su sistema social, lugar donde generalmente nacen los conflictos que fomentan la aparición y el mantenimiento de esta patología. Las personas que padecen de TCA hacen sus vidas (sin quererlo muchas veces) en torno a este trastorno. Todas las dinámicas conductuales, sociales, escolares, laborales, etc., giran alrededor de esta patología; se aíslan socialmente, rehúyen de situaciones en las que pudiesen enfrentarse a comidas y no conectan con otras personas dada la invasión de pensamientos respecto al cuerpo y a la alimentación que presentan. Es decir, este trastorno invade a las personas que lo padecen sin descanso y la egosintonía que presenta hace incluso más difícil el luchar y querer deshacerse de él. Es así como un tratamiento ambulatorio, en muchos casos, puede no ser suficiente: un importante aporte de un tratamiento de hospitalización de día es el trabajo de automatismos. Todo aquello que no es visible para familiares o en sesiones ambulatorias es posible de intervenir en el momento en una hospitalización de día, facilitando la extinción de estas conductas desadaptativas, lo que genera un impacto en los pensamientos y una manera diferente de regulación emocional desde un punto de vista adaptativo. Esta intervención intensiva permite que los pacientes vean resultados y avances en cuanto a la remisión sintomática y un aumento de awareness, lo que puede facilitar una mayor adherencia al tratamiento al mejorar su autoeficacia en un tiempo más acotado. No así en casos ambulatorios que, como se ha demostrado hasta la actualidad, la tasa de abandono de tratamiento es sumamente alta, lo que se puede

deber a esta falta de intervención en el día a día, generando que los cambios y mejorías que se puedan generar sean más lentos, trayendo como consecuencia que la egosintonía de la enfermedad genere resistencia y lleve al abandono de tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior, una hospitalización de día puede ser una contribución terapéutica importante para pacientes, tanto con sintomatología aguda como crónica, antes de pasar a una atención ambulatoria, permitiendo disminuir considerablemente o incluso remitir la sintomatología característica de los TCA, como también trabajar aspectos cognitivos, afectivos y conductuales relacionados a estas patologías, dado el mayor control que hay sobre las conductas sintomatológicas de los pacientes. En este sentido, un tratamiento de hospital de día puede ser considerado un complemento previo a un tratamiento ambulatorio, permitiendo una mayor estabilización del paciente antes de pasar a tener mayor autonomía y a exponerse en mayor o menor medida a un sistema que puede ser disfuncional, adquiriendo de antemano herramientas útiles para enfrentarse a este.

Las hospitalizaciones de día, a pesar de demostrar ventajas importantes por sobre el tipo de hospitalización cerrada en Chile y los tratamientos ambulatorios, entra la duda de cuál es la razón por la que este tipo de intervención no ha sido mayormente documentada ni implementada en este país. Por un lado, se puede hipotetizar que la falta de documentación se debe a una escasez en la importancia que se le ha dado a este tipo de trastornos, trayendo como consecuencia menor visibilidad en leyes y políticas públicas, lo que derechamente acota la posibilidad de perfeccionar los tratamientos para TCA. De esta manera, se espera que esta revisión aporte en el desarrollo de tratamientos efectivos para esta patología.

Por otro lado, se ha evidenciado que no solo la modalidad de tratamiento ha sido insuficiente,

sino que también el enfoque utilizado para tratarlos en su mayoría; siendo las metodologías centradas en aspectos de la conducta y cognitivos y/o relacionales los principales para este cuadro, pero dejando de lado otros aspectos fundamentales que son propios de la Psicoterapia Integrativa EIS, que generan una ventaja comparativa por sobre otros enfoques como lo es una adaptación de la teoría al individuo y no del individuo a la teoría al acentuar aquellos aspectos específicos de cada uno de los paradigmas y sistema Self necesarios a trabajar desde la idiosincrasia de cada persona. Se suma el aporte de los principios de influencia que, como fue evidenciado a lo largo de esta investigación, pueden ser aplicados a esta dinámica de tratamiento lo que generaría un aporte importante a la hora de intervenir en esta dinámica. El utilizar este tipo de psicoterapia en la intervención en TCA, sumado a un tratamiento que ofrece buenos resultados en aquellos lugares donde ha sido implementado, sería una ventaja comparativa importante frente a otros modelos por la complejidad y completitud que ofrece este modelo, adecuado para trastornos igualmente complejos. Si se fomenta la implementación del EIS en el tratamiento de esta patología, puede generar un impacto positivo en la manera en que la recuperación de este cuadro es visto en la actualidad, al poder llevar a los pacientes a mayores tasas de recuperación. Esto traería como consecuencia un cambio en la mirada crónica que existe actualmente en estos casos, aumentando la posibilidad de generar políticas públicas y financiamiento para implementar más hospitalizaciones de día en Chile que además incorporen este tipo de psicoterapia.

Como se mencionó con anterioridad, esta línea de investigación es emergente en nuestro país y escasa a nivel mundial, y podría ser interesante ahondar, a futuro, en aspectos más específicos como la intervención en hospitalizaciones de día desde la Psicoterapia Integrativa EIS en diferentes etapas evolutivas, por género, nivel

socioeconómico, entre otros, con el fin de que la complejidad del despliegue de este trastorno quede absolutamente cubierta y sea un verdadero aporte tanto a nivel personal de cada paciente, como para lo sistémico familiar y el entorno social y a nivel político y socio- cultural.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* DSM-5.
- Aiquipa, J. (2018).** *Beneficios y prejuicios atribuidos a los trastornos de conducta alimentaria.* Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Astengo, D. (2020).** ¿Qué nos hace más o menos tolerantes a la frustración? Una mirada desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático. *AcPI*, 12.
- Academy for Eating Disorders [AED]. (2016).** *Eating disorders. A guide to medical care. Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders.* [Archivo PDF]. <https://www.massgeneral.org/assets/mgh/pdf/psychiatry/eating-disorders-medical-guide-aed-report.pdf>
- Accurso, E. C., Sim, L., Muhlheim, L., & Lebow, J. (2020).** Parents know best: Caregiver perspectives on eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1252-1260.
- Baptista, M. Fernández, C. & Hernández, R. (2010).** Metodología de la investigación. McGraw-Hill.
- Bejer, T. (2010).** Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas. *AcPI*, 2.
- Behar, R. (2010).** Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2).
- Behar, R. (2011).** Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 49(4), 338-346. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400005>
- Bernal, M. D. F. (2002).** *Rasgos de personalidad y mecanismos de defensa psíquicos en pacientes con trastornos alimentarios* [Tesis de doctorado, Universidad de Granada].
- Bolaños, P. (2012).** Influencia del embarazo en la evolución de un Trastorno de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 16(2012), 1831-1847
- Casanova, I., Cabañas, V. & Fernández, I. (2018).** Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 85-117.
- Cruzat, C. Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., & Haemmerli, C. (2010).** Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen. *Psyche*, 19(1), 3-17. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000100001>
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., Edkins, K., Meera, K., Herzog, D., Keel, P. & Franko, D. L. (2017).** Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(2), 17085.
- Fairburn, C. (2008).** *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders.* Guilford Press.
- Fernández, C. & Alburquenque, M. (2021).** Anorexia Nerviosa y la pandemia por COVID-19: Un llamado de atención para los cardiólogos. *Revista chilena de cardiología*, 40(1), 82-83. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602021000100082>
- Franko, D. L. (2017).** Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(2), 17085.
- Fuentesal, C., Icart, M.T. & Pulpón, A. (2006).** *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina.* Salut Pública.
- Fuertes, J., Pérez, R. & Hernández, A. (2010).** Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia. *Elsevier*. 29(2), 72- 77.
- Gaete, V. & López, C.(2020).** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Gómez, C., Palma, S., Miján, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos del Portillo, R., Virgili, M., Martínez, M., Mories, M.J., Castro, M.J. & Martín, Á. (2018).** Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la

- conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35, 49-97.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.1562>
- Hernández, J. & Licea, M. (2016).** Algunos aspectos de interés sobre la vigorexia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3).
- Jagielska, G. & Kacperska, I. (2017).** Outcome, comorbidity, and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*, 51(2), 205-18.
- Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013).** Psychological treatments for eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 549.
- Laporta-Herrero, I., Delgado, M. P., Rebollar, S., & Lahuerta, C. (2020).** El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97-107
- Lechuga, L. & Nieves, M. (2005)** Trastornos de la Conducta Alimentaria, (2) 142-157.
- Losada, A. V. (2020).** Distorsiones cognitivas alimentarias en H, Fernandez, *Enciclopedia de Salud Mental*. Fundación Aiglé.
- Levin, B. & Soto, J. (2011).** Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes desde el E.I.S.: Paradigma Sistémico, Conceptos Movilizadores y Sistema SELF. *AcPI*, 3, 68- 92.
- Márquez, S. (2008).** Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 183-190.
- Morandé, G., Graell, M. & Blanco, M. (2014).** *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. Editorial Médica Panamericana
- Ochoa, N. C., Ramos, E. C., Méndez, A. J. G., & Alamilla, E. K. M. (2013).** Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.
- Opazo, R. (1992).** Integración en Psicoterapia. Santiago de Chile. Ediciones CECIDEP.
- Opazo, R. (2001).** *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2004).** *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal*. Paidós.
- Opazo, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS, Profundizando la Comprensión, Potenciando el Cambio*. Andros Ltda.
- Palmero, F., Fernández, E. & Chóliz, M. (2002).** *Psicología de la motivación y emoción*. McGraw-Hill.
- Portela de Santana, M., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R. M.ª. (2012).** La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Pulido, R., Monari, M. & Rossi, N. (2008).** Institutional Therapeutic Alliance and Its Relationship with Outcomes in a Psychiatric Day Hospital Program. *Arch Psychiatr Nurs*, 22(5), 277-287.
- Rodríguez, S., Palomo, J., Sánchez, B. & de la Gándara, J. (19 de febrero de 2001).** *Dimensiones de personalidad (T.C.I.) en los trastornos de la alimentación*.
https://psiquiatria.com/trastorno_control_impulsos/dimensiones-de-personalidad-t-c-i-en-los-trastornos-de-la-alimentacion/
- Sanz, M. (2022).** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y su relación con las redes sociales; anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. [Tesis de grado de enfermería, Universidad Europea].
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/1465>
- Steinhausen HC, Weber S. (2009).** The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1331–1341.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996).** *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Ed. Paid

Posibles Aportes de la Espiritualidad Católica a la Psicoterapia Integrativa EIS (Enfoque Integrativo Supraparadigmático)

Virginia Z. Rusu¹

Abstract

The incorporation of a vision of the corporeal-psychic-spiritual totality of the human being (highlighted by Victor Frankl) in a psychology with an integrative approach, has allowed different studies over time to demonstrate the contributions and advantages of the integration of spirituality and religion in psychotherapy, considering the approach, management and coping with psychological problems, as well as reparation, prevention, and promotion of mental and physical health. Considering that Catholicism is the religion of 70% of the Chilean population, and of 63.9% of the American population, this study seeks to identify possible elements that Integrative Psychotherapy SIA (Supraparadigmatic Integrative Approach) can take advantage of this form of religion and spirituality, being able to contribute to the genesis of stimuli capable of mobilizing therapeutic changes (“therapeutically effective meaningful stimuli”). The elements of catholic spirituality collected in this study are considered with respect to the 6 paradigms of the Supraparadigmatic Integrative Approach (biological, environmental-behavioral, affective, cognitive, unconscious, and systemic) as well as the 6 functions of the “self” (search for meaning, conduction of life, identity, “awareness”, self-organization, and significance), in which SIA Integrative Psychotherapy deepens, to observe and intervene in psychological dynamics.

Palabras claves: Psicoterapia, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Espiritualidad, pacientes creyentes, catolicismo.

Resumen

La incorporación de una visión de totalidad corpóreo-psíquica-espiritual del ser humano (destacada por Víctor Frankl) en una psicología con enfoque integrativo ha permitido que distintos estudios a lo largo del tiempo evidenciaran aportes y ventajas de la integración de la espiritualidad y religión en la psicoterapia, considerando el abordaje, manejo y afrontamiento de problemáticas psicológicas, así como la reparación, prevención y promoción de la salud mental y física. Teniendo en cuenta que el Catolicismo es la religión del 70% de la población chilena, y del 63,9% de la población americana, este estudio busca identificar posibles elementos que la Psicoterapia Integrativa EIS (Enfoque Integrativo Supraparadigmático) puede aprovechar de esta forma de religión y espiritualidad, pudiendo contribuir a la génesis de estímulos capaces de movilizar cambios terapéuticos (“estímulos significados terapéuticamente efectivos”). Los elementos de espiritualidad católica recogidos en este estudio son considerados respecto de los 6 paradigmas del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (biológico, ambiental-conductual, afectivo, cognitivo, inconsciente y sistémico) así como de las 6 funciones del “self” (búsqueda de sentido, conducción de vida, identidad, toma de consciencia, auto-organización y significación), en que ahonda la Psicoterapia Integrativa EIS para observar e intervenir en la dinámica psicológica.

Palabras claves: Psicoterapia, Enfoque Integrativo Supraparadigmático, Espiritualidad, pacientes creyentes, catolicismo.

Introducción y Relevancia

En el ámbito de la psicología, autores como Víctor Frankl (1994^a, 2002^a, 2002^b en Araya, 2009) y Perrone (2018, en Perrone,

2019) han destacado al ser humano, desde una totalidad corpóreo (incluyendo el cuerpo y sus necesidades)-psíquica (incluyendo pensamientos y emociones)-espiritual (incluyendo el mundo de las aspiraciones más allá de lo material). Frankl (2001^b, 2002^a, en Araya, 2009) concibe a la persona con “capas” psicofísicas que recubren una esencia fundamentalmente espiritual, considerándola como

* Ps. Universidad Católica de Valparaíso
Psicóloga Clínica - Psicoterapia Integrativa EIS
psi.virginia.z.rusu@gmail.com

la dimensión de mayor profundidad y la más humana y verdadera; hacia la cual orientaría su logoterapia o terapia en base al sentido. Van Bremen (1992, en Hevia Mattera, 2020) explica respecto a la fe, que ésta busca responder “a las interrogantes más profundas del corazón humano” (p. 83). Pudiendo entender según lo expuesto que las cuestiones existenciales y espirituales podrían ser de un alto nivel de relevancia para la psicología —entendida también históricamente como el “estudio del alma”— (Fernández Jiménez, 2022) y la psicoterapia de enfoque integrativo.

Cabe mencionar que para este trabajo investigativo, se considerará la espiritualidad como el impulso del ser humano a trascender, a dar propósito a su vida y existencia (Perrone, 2019), mediante la conexión con lo sagrado (Frankl 2000, 2002^a en Araya, 2009; Rodríguez, 2010, en Duque López, 2018; Koenig, 2009, en Perrone, 2019); y la religión como un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, símbolos, valores, orientado a fomentar la espiritualidad, a facilitar al acercamiento y relación con lo sagrado, a consolidar un estilo de vida coherente y consistente, compartido por una comunidad de fe (Schreurs, 2011; Sessana, 2007, Koenig, 2009, en Perrone, 2019).

En esta línea, diversos estudios a lo largo del tiempo han destacado las ventajas del uso de la espiritualidad y su integración en la psicoterapia, aportando en niveles relevantes al abordaje, manejo y afrontamiento de problemáticas como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, duelo, problemas relacionales, manejo de frustración, adicciones, trastornos de la conducta alimenticia, así como a la prevención de psicopatología y a la propiciación de mayor bienestar personal, mayor sensación de felicidad, impactando incluso favorablemente a nivel de la salud física, además de psicológica (Post & Wade, 2009, Byrne, 2008, en Mestre, Rama, Martín— Marfil, & Chiclana, 2014; Layard, 2005, Ray, 2004, en Opazo Castro, 2017; Chidarikire, 2012, Cobb, Puchalski, & Rumbold, 2012, Dein, Cook, Powell, & Egger, 2010, Koenig, 2008, 2009, 2012, en González—Rivera, 2017; Trapaga, 2020).

Siendo el catolicismo la religión —y cosmovisión existencial-espiritual— del 70% de la población de Chile (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2022), y del 63,9% de la población de América (Agencia Fides, 2022), es que el considerar la cosmovisión, cultura, sistemas de creencias, referentes valóricos para relacionarse con otros y para orientar el actuar, asociadas a esta forma de espiritualidad y religión, podría potenciar de forma relevante el trabajo terapéutico, según lo que distintos autores han observado (Pallavicini, 2001; Schreurs, 2011; González-Rivera, 2015; Richards & Bergin, 2005, Sperry & Shafranske, 2005, en González-Rivera, 2017; Perrone, 2019; Fernández Jiménez, 2022). De esta manera la fe católica podría contribuir a la génesis en la población creyente de “estímulos significados terapéuticamente efectivos”; siendo este un concepto de la Psicoterapia Integrativa EIS —Enfoque Integrativo Supraparadigmático— (Opazo Castro, 2017) para referirse a los estímulos que tras un proceso de “psicofacturación” o procesamiento de los pacientes, son significados por éste (con la ayuda de la psicoterapia) de un modo que sea efectivo para movilizar cambios terapéuticos.

Este estudio busca hallar posibles aportes de la espiritualidad y religión —en general y en específico desde el catolicismo— a la Psicoterapia Integrativa EIS —guiada por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) desarrollado por el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (s.f)— que busca integrar todo conocimiento válido (aportativo en términos de predicción y cambio, y con respaldo científico y/o clínico). El estudio se estructura principalmente desde los aportes potenciales a nivel de los 6 paradigmas en que se desglosa el EIS para observar intervenir en la dinámica psicológica humana —“Biológico”, “Ambiental/Conductual”, “Afectivo”, “Cognitivo”, “Inconsciente” y “Sistémico”—, y de las 6 funciones principales que se ha identificado que desempeñaría el Sistema “Self” (eje central para organizar el contenido de cada paradigma) en cada persona —“Búsqueda de Sentido”, “Conducción de Vida”, “Identidad”, “Toma de

Conciencia”, “Auto-organización”, “Significación”– (Opazo Castro, 2017).

Como método se utilizó la revisión bibliográfica desde la literatura científica sobre la temática (Google Scholar, libros en formato físico), así como algunas fuentes básicas del catolicismo (Biblia, Catecismo, Magisterio de la Iglesia Católica, literatura teológica de doctores de la Iglesia y otros santos, libros espirituales, etc.), para analizar distintas posibilidades de integración entre psicoterapia y espiritualidad católica así como contribuciones de esta última a la primera.

ESPIRITUALIDAD CATÓLICA Y PARADIGMAS DEL SUPRAPARADIGMA INTEGRATIVO

Paradigma Biológico

A nivel del paradigma y ámbito biológico (considerando genética, funcionamiento endocrino, neuroanatómico, actividad física, alimentación, sueño, descanso, uso de sustancias etc.), destacan aportes positivos de la práctica de la espiritualidad y religión (en general y/o católica) tanto a la salud mental como física (Becerra, 2013, en Perrone, 2019). Actuando sobre los mecanismos psiconeuro-inmunológicos y psicofisiológicos (Rossi, 1993, en Yoffe, 2007), afectando -las fuertes creencias religiosas, el rezo y la meditación- positivamente al cerebro, sistema endocrino, sistema nervioso periférico, el sistema inmune (Ray 2004, en Opazo Castro, 2017)–; protegiendo contra la enfermedad cardiovascular (Powell et al., 2003, en Opazo Castro, 2017); disminuyendo -la oración y meditación - a la presión sanguínea, el pulso, la actividad endocrina y el metabolismo corporal (Ray, 2005, en Opazo Castro 2017)–; mejorando la salud y acelerando la recuperación ante enfermedades, mediante el optimismo que se favorece en las personas con el “gen de Dios” VMAT2, predisponente a la espiritualidad (Hamer, 2004, en Opazo Castro, 2017); mejorando la recuperación en enfermedades agudas,

por medio de las oraciones cristianas ofrecidas por los enfermos (Powell et al., 2003, Byrd, 1988, en Opazo Castro, 2017)–; promoviendo -el asistir regularmente a la Iglesia- una mejor salud y prolongando la expectativa de vida (Powell et al., 2003, en Opazo Castro, 2017); contribuyendo a los proceso de rehabilitación en adicciones a alcohol y drogas, mediante la motivación y reforzamiento de la voluntad, sentido de vida, adherencia a sistema de valores y desarrollo de vínculos interpersonales significativos en torno a estos, y al cambio en el estilo de vida (Trapaga, 2020; Hevia Mattera, 2020).

En esta línea, a propósito de las experiencias de las enfermedades o malestar físico asociado a la vejez, los consultantes católicos tienen la posibilidad de hallar mediante el “Sacramento de la Unción de los enfermos”, una resignificación del sentido, efectos y tratamiento del sufrimiento padecido, al tratarse de una unión con el sufrimiento de “Cristo crucificado” (considerando también la connotación salvífica de este suceso). Pudiendo recibir de este sacramento: posible alivio o restablecimiento de salud corporal y del alma; consuelo, paz, ánimo para afrontarlo; absolución de culpas y preparación psicológica y espiritual para el eventual fallecimiento (Catecismo de la Iglesia Católica [CEC], 1499.1520.1532).

Cabe destacar también que la fe católica propone una visión respecto del cuerpo de la persona, consistente con la promoción de la salud, al elevarlo al estatus de “santo”, y “templo del Espíritu Santo”, siendo habitado por Éste, lo que les otorgaría a los pacientes creyentes una importante responsabilidad de (auto)cuidado (Biblia de Jerusalén, 2009, 1 Cor 3,16-17; 2 Cor 6,16).

Por otro lado, desde la visión integrativa del catolicismo sobre la persona, como una totalidad alma-cuerpo (León, 1978), asimismo se persigue una experiencia espiritual integral, vivenciada en uno de los significados angulares de esta fe: el “misterio eucarístico de la transustanciación” –mediante el cual el pan y el vino se convertirían en Cuerpo y Sangre del “Cristo crucificado por el mundo y resucitado”– y la

(sagrada) comunión. El comulgar con esta ostia y vino que han sido consagrados, implicaría a nivel espiritual una unión del creyente a esta “biología” de Cristo, propiciando a su vez una unión desde el alma con Dios (Jn 6,51.54.56; 1 Cor10,16.17). Así, la Iglesia Católica explica: “lo que el alimento material produce en nuestra vida corporal, la comunión lo realiza de manera admirable en nuestra vida espiritual” (CEC, 1392), convirtiendo esta experiencia en un “alimento para el alma” de los consultantes feligreses.

Paradigma Ambiental – Conductual

A nivel de la esfera ambiental (considerando cultura, normas y valores de la sociedad, estímulos ambientales, ámbito académico, laboral, etc.), cabe tener en cuenta la “naturaleza normativa” de la actividad humana, así como las “leyes vitales y fundamentales” que gobiernan nuestro desarrollo psíquico e intelectual desde la primera infancia, aportando a construir la realidad cotidiana. Considerando por ejemplo los principios de los “10 mandamientos” – (Montessori, 1896, en Pablo VI, 1970; Robert Jiménez, 1995), que podrían reflejarse en valores que rigen la conducta (Hevia Mattera, 2020). En esta dimensión, la cosmovisión cristiana y católica puede aportar a los pacientes fieles, un sistema de valores existenciales y dadoras de sentido, de comunión y de “pertenencia” (Mafla Terán, 2013); a nivel de conducción de vida buscaría invitar a que la persona logre mayor madurez emocional, ética y moral (May, 1985, en Fernández Jiménez, 2022), así como un “bienestar mental y espiritual propio del sujeto «sano»” (Fernández Jiménez, 2022, p. 666). Estimulando principios trascendentes como el amor, la misericordia, el altruismo (“amor al prójimo”), respeto, gratitud, bondad, trascendencia, responsabilidad social, incluso autodeterminación y emancipación, libertad y justicia, entre otros (Robert Jiménez, 1995; Mafla Terán, 2013; Salgado Lévano, 2016; Perrone, 2019). Estos valores se entenderían desde el catolicismo, “objetivamente” como ejes para “una vida

digna”, y como una “ley natural” que: participaría a niveles espirituales “en la sabiduría y la bondad de Dios (...), Expresa la dignidad de la persona humana y constituye la base de sus derechos y sus deberes fundamentales” (CEC, 1978), pudiendo nutrir así la conducción de vida de los consultantes.

En esta línea, Domínguez (2011, en Fernández Jiménez, 2022) expresa que no todo vale como personas: “el consumo de drogas es destructivo y la fidelidad al amigo es constructiva, la mentira es degradante y el respeto mutuo resulta personalizante”, así como “la codicia daña a la persona y la generosidad la libera y engrandece, la ira empobrece y el perdón plenifica” (p. 666), distinguiendo algunos modos de vivir adaptativos de otros no adaptativos.

Por otra parte el sentido de pertenencia y comunión de los pacientes católicos se ve reforzado y mediado por la Iglesia, que es entendida desde lo espiritual con una “doble naturaleza humana y divina”. De esta manera, es significada y conceptualizada como: un entorno visibilizador y “portador de vida divina” (CEC, 770); “unión íntima” entre Dios y las personas; asamblea para el “pueblo y familia de Dios”; comunidad espiritual de fe, esperanza y amor; “madre y educadora”; “convocatoria de salvación” contando con una plenitud de medios de salvación (“Unitatis redintegratio” [UR] 3 en CEC, 824), “Reino de Dios en la tierra” y poseedora de “las llaves del cielo” (Mt 16,17-19) y sus bienes; “sacramento” nacido del “costado y corazón traspasado” de Cristo crucificado; sociedad dotada del Cuerpo Místico de Cristo; “Templo del Espíritu Santo” recibiendo su diversidad de dones y carismas; lugar propio de la oración litúrgica y privilegiado para la oración personal (CEC, 759.767.770.771.775.777.779.780.809.1199.2030; “Sacrosanctum Concilium” [SC] 5 en CEC, 1067; San Ambrosio, s.f., Lc 2,85-89 en CEC, 766, “Lumen Gentium” [LG] 5 en CEC, 768). Así, el pertenecer a la comunidad de la Iglesia, compartiendo sus mismas creencias y valores, contribuiría a desarrollar lazos de

fraternidad, esparcimiento, apoyo social, orientación –por ejemplo en dificultad, tristeza, necesidad–, aliviando el impacto psicológico del estrés y reduciendo el efecto negativo de los problemas del diario vivir (Restrepo Madero, 2013, en González-Rivera, 2017; González-Rivera, 2017; Hevia Mattered, 2020), a favorecer actitudes de solidaridad, cooperación, lealtad, desarrollo de competencias, y responder a necesidades de identidad, pertenencia y sentido (Gissi, 1995, Moffat, 1972, San Martín, 1990, en Pallavicini, 2001) y plenitud (Baker, 2007).

A nivel del ámbito conductual (repertorio conductual, relación conducta-consecuencia, asertividad, actividades y uso del tiempo, etc.), la fe católica pretende fundamentalmente movilizar a los devotos a “amar al prójimo como a uno mismo” y como Dios los ha amado (Mt 22,34-37; Jn 15,12; Mt 7,12). Invitando a los consultantes hacia un “modo de ser” y un “modus operandi” capaz de ser traducido en un accionar guiado por el amor (Benedicto XVI, “Spe Salvi” [SS], 28, 2007). En este sentido, el Papa Juan Pablo II (1990, en Verdier Mazzara, 2011) explica: “el amor es el elemento mediador de una síntesis positiva entre mente y vida social (...) porque en Cristo Jesús (...) tiene valor (...) solamente la fe que actúa por la caridad (Gal 5, 6)” (p. 182).

Siguiendo esta línea, el ejercicio de la caridad y el voluntariado han sido recomendados por Plante (2009, en González-Rivera, 2017) y Richards y Bergin (2005, González-Rivera, 2017) señalando como beneficios: aprendizaje para mayor amor y generosidad, adquirir un sentido de pertenencia e interconexión con un grupo, brindar la oportunidad de poner en práctica valores y creencias religiosas, aumentar el nivel de empatía, conexión y compasión por el resto, mejora de la calidad de vida satisfaciendo necesidades esenciales, y proporcionar sentido de dirección, significado y propósito.

Cabe destacar por otra parte, que en relación a la práctica de la espiritualidad y religión cristiana, destacan aportes posibles en la esfera conductual en distintas dimensiones: realización de conductas más

meduradas y reflexivas (Pallavicini, 2002, en Hevia Mattered, 2020), mejora de las relaciones interpersonales (Moritz, Kelly, Xu, Toews & Rickhi, 2011, en Mestre et al., 2014; Pallavicini, 2002, en Hevia Mattered, 2020), mejora de la calidad de comunicación y resolución de conflictos (González-Rivera, 2017), ampliación de la red social, reparación de conflictos interpersonales, mayor desarrollo de capacidad de amar a otros y a Dios, mayor conexión con lo divino, incorporación de estrategias de afrontamiento de estrés mediante disciplinas espirituales, mejor administración del tiempo libre, cambios en la rutina diaria “que de estar centrada en sí mismos «en el yo», pasaa estar más enfocada en otros” (Hevia Mattered, 2020, p. 232), además de buscar nutrir en la relación con Dios un vínculo más cercano, cotidiano y recíproco (Pallavicini, 2002, en Hevia Mattered, 2020), búsqueda y ofrecimiento a otros de apoyo espiritual (Joffe, 2007).

Paradigma Afectivo

A nivel del paradigma y ámbito afectivo (considerando emociones, estabilidad anímica y capacidad de regulación emocional, necesidades y tendencias, motivación al cambio, balance satisfacción-frustración, autoestima, etc.), destacarían aportes positivos de la práctica de la espiritualidad y religión (en general y/o católica) –mediante la fe, oración, meditación, música cristiana, creencias sobre la vida y la muerte, el acompañamiento espiritual, los actos de bondad, rituales católicos, sacramento de la confesión, abandono a la Divina Providencia, entre otros– los que contribuirían a incrementar el bienestar psicológico, el estado de ánimo, el autoestima, la protección psicológica y la felicidad. Distintos autores han observado en esta línea en los creyentes y practicantes: mayores sentimientos de gozo, alegría, esperanza, optimismo, paz, sosiego, serenidad, estabilidad emocional, calma espiritual, tranquilidad, seguridad, fortalecimiento, confort, armonía, claridad, gratitud, amor (amar y sentirse amado, especialmente por Dios), sensación de catarsis y relajación, capacidad

de disfrute, motivación, valentía, compromiso, responsabilidad, compasión, perdón, mayor adaptación a la vida cotidiana y mejor afrontamiento del estrés, afrontamiento de duelo, tolerancia a la frustración y al fracaso, amparo, consuelo, confianza (especialmente en Dios), resiliencia, aceptación personal y autovalía, extroversión, amabilidad; disminuyendo a su vez los sentimientos de ansiedad, soledad, depresión, desesperación, sensación de vulnerabilidad ante adversidades, rabia, neuroticismo, confusión, miedo (Escrivá de Balaguer, 1939, 1987; León, 1978; Joffe, 2007; Baker, 2007; Pío XII, 1953, en Verdier Mazzara, 2011; Mafla Terán, 2013; Mestre et al., 2014; Simkin, 2016; Lyubormirsky, 2007, Hamer, 2004, Ray, 2004, en Opazo Castro, 2017; Perrone, 2018 en Perrone, 2019; Perrone, 2019; Pallavicini, 2002, en Hevia Mattera, 2020; Hevia Mattera, 2020; Trapaga, 2020; Schuchts, 2021; Fernández Jiménez, 2022). De esta manera Godine (2007, en Mafla Terán, 2013) resaltaría que “la religión tiene el poder de compensar «necesidades importantes» en el ser humano (...), la religión es portadora de felicidad” (p. 445).

Cabe mencionar que el amor se sitúa desde la espiritualidad y religiones cristianas, como un pilar y motor fundamental para los fieles, reflexionando respecto de este, May (1985, en Fernández Jiménez, 2022): “la experiencia amorosa se convierte (...), en el núcleo necesario de toda auténtica curación, ya que mediante el amor el hombre se afirma y afirma al otro, acepta (al otro o al universo)”, agregando que se siente “aceptado, cuida y se siente merecedor de cuidado. Quien ama y se ama tiene cuidado de los otros y de sí mismo y así, vive su vida con la responsabilidad y el esmero de lo que merece la pena” (p. 665). Baker (2007) explica respecto del cristianismo que “la estructura concreta de la religión existe para facilitar la abstracta experiencia de amar a Dios y a otros” (p. 130), señalando -a propósito de la satisfacción de necesidades de pacientes- que “nada satisface al corazón humano más que el amor” (p. 161).

En la fe católica destaca el ofrecimiento al consultante creyente de un tipo de “sanación”

catalizada por la experiencia del “amor y la gracia incondicional” de Dios –a diferencia del amor humano en mayor o menor grado condicionado (Pallavicini, 2001)–, al concebir a este Dios como “rico en amor y fidelidad (Ex 36, 6), ya que “su ser mismo es Verdad y Amor” (CEC, 231). El Papa Francisco (2014) manifiesta como se podría experimentar y “gustar la ternura de este amor en cada estación de la vida: en el tiempo de la alegría y en el de la tristeza, en el tiempo de la salud y en el de la enfermedad y la dificultad” (párr. 6), lo que favorecería asimismo la capacidad de auto-organización de los consultantes feligreses.

Se trataría según Maurial Chávez (2017), de un amor por medio del cual a su vez “estamos vinculados profundamente con el mundo”, buscando que el católico “no sea movido al bien sólo por su voluntad, sino también por su «corazón»” (CEC, 1775). Además, al creyente se le invitaría desde el catolicismo construir aquel corazón en semejanza y unión el “corazón de Cristo”, pleno de amor, fidelidad, humildad y mansedumbre” (Mt 11, 29; Francisco, 2014), orientando así su afectividad.

Paradigma Cognitivo

A nivel del paradigma y ámbito cognitivo (considerando expectativas y creencias, estructuras cognitivas, autodiálogos, estilos atribucionales, nivel de racionalidad, errores y sesgos cognitivos, toma de decisiones, etc.), cabe resaltar que la fe católica aporta a los pacientes un sistema de creencias acerca del sentido de vida, de la muerte y otros temas existenciales (Salgado, 2016). Pudiendo proveer “estructuras simbólico-cognitivas que dotan de un sentido del mundo y de la existencia propia” (Trapaga, 2020, p. 109), esquemas de relaciones interpersonales y modelos de experiencias (Mestre et al., 2014), fuentes de conocimiento y significado que pueden nutrir la conducción de su vida (Korman et al., 2008; Hevia Mattera, 2020) y favorecer el progreso de los consultantes (Faller, 2001, en Joffe, 2007). Resaltarían dentro de estas creencias: Dios como único pero compuesto de 3 personas en la Santa Trinidad: Padre–

Hijo –Espíritu Santo (Mt 28-19; 2 Cor 13,13; 1 Cor 12,4-6, CEC 261.266.267); imagen y semejanza del hombre a Dios, la comunión con Él (creador de todo) -mediante Jesucristo- buscada para conseguir la máxima plenitud humana (Gn 1,27; Jn 6,51.54-56; Jn 15,4-5; CEC 357.1701); identidad del creyente como “hijo de Dios” adoptada tras el sacrificio de Cristo (Dios-Hijo) por la salvación de los hombres en la cruz (sufrimiento con sentido) y resurrección (Jn 20, 17; Rm 4,25; 1 Cor 15,20-22; CEC 460.654); Cristo como modelo de santidad al tener doble naturaleza humana y divina (Jn 1,14.18; Jn 13,15; Jn 14,6; Col 9,31; CEC 459.482.483.520); vida terrenal existente para guiar a la vida eterna unida a Dios (Jn 3,16; Jn 17,21; CEC 1012.1013); fundación de la Iglesia Católica por Cristo encomendado el inicio del papado a San Pedro para guiar a los fieles en compañía del Espíritu Santo (Mc 3,14-15; Lc. 10,1-2; Mt. 16,18-19; Jn 20,21; CEC, 737.765.881), entre otros.

Cabe mencionar que la inteligencia y la capacidad de razonamiento de la persona le son atribuidas de modo inherente desde el catolicismo, al ser “creado a imagen y semejanza de Dios” (Gen 1,26; Pablo VI, 1974, en Verdier Mazzara, 2011, p. 110) –aportando a su autoimagen y autoestima –, puntualizando el Papa Benedicto(2006) que “no actuar según la razón es contrario a la naturaleza de Dios” (párr. 3). El Papa Juan Pablo II (1993, en Verdier Mazzara, 2011) destaca el “lazo inquebrantable entre la libertad autentica y la verdad” (p. 201) ya que para los devotos, “conoceréis la verdad, y la verdad os hará libres” (Jn 8, 32). Orientando la conducción de vida hacia una Verdad Divina (que busca otorgar plenitud y capacidad de superar los límites, defectos, impulsos, debilidades, presiones, etc.); en la cual a su vez participaría la verdad científica (Juan Pablo II, 2003, en Verdier Mazzara, 2011).

El cristianismo provee de la Biblia para acceder a aquella Verdad Divina “de las profundidades del alma”y “palabra de Dios, eterna” (“Dei Verbum” [DV] 24, en CEC, 135; Mt 24, 35). Según Richards y Bergin (2005, en González-Rivera, 2017), este instrumento se puede utilizar en la psicoterapia con fieles, para

distintos propósitos como: (1) reto y modificación de creencias disfuncionales e irracionales; comprensión de la vida y problemas cotidianos desde una perspectiva espiritual; (3) clarificación y enriquecimiento de conocimiento de doctrinas religiosas; (4) fortalecimiento de identidad espiritual y sentido de vida; y (5) búsqueda de iluminación, consuelo y dirección.

Por otro lado, la oración, es propiciada en el catolicismo al ser concebida como “la subida del alma y/o dela mente a Dios” (San Juan Damasceno, “De fide orthodoxa” 3,24, en CEC, 2590), o como “una llamada recíprocaentre Dios y el hombre” (CEC, 2591), para expresarle mediante la comunicación interna y/o externa, los pensamientos, sentimientos, problemáticas, inquietudes, peticiones, alabanzas, etc (González-Rivera, 2017; Hevia Mattera, 2020). Esto puede favorecer en los pacientes fieles el experimentar insight respecto al mundo propio y el entorno, generar resignificación de eventos, circunstancias o experiencias, además de generar alivio, fortaleza, resiliencia, acogimiento, consuelo, o expresar amor y gratitud a Dios (Hevia Mattera, 2020).

La meditación, a su vez, es resaltada para los pacientes devotos como una “búsqueda orante, que hace intervenir al pensamiento, la imaginación, la emoción, el deseo”, para confrontar “la realidad de sus vidas” (CEC,2723), buscando al mismo tiempo “el conocimiento del amor del Señor Jesús, la unión con Él” (CEC, 2708). Porotro lado, la contemplación sería “una mirada de fe, fijada en Jesús, una escucha de la Palabra de Dios, un silencioso amor” (CEC, 2724), “amistad, estando muchas veces tratando a solas con quien sabemos nos ama” (Santa Teresa de Jesús, “Libro de la vida” 8, en CEC, 2709), un recogimiento del corazón y de “todo nuestro serbajo la moción del Espíritu Santo” (CEC, 2711), “entrega humilde y pobre a la voluntad amante del Padre, en unión cada vez más profunda con su Hijo amado” (CEC, 2712), “una relación de alianza establecida por Dios enel fondo de nuestro ser” (Jr 31,33, en CEC, 2713). Así , en consultantes creyentes, estas prácticas espirituales

podrían nutrir la toma de consciencia y conexión emocional.

Finalmente, cabe mencionar que en la esfera cognitiva se han destacado posibles aportes positivos tras la práctica de la espiritualidad y religión cristiana, como: la fe como motor de cambio (Hevia Mattera, 2020), reducción de patrones de pensamientos negativos de hipercrítica, autocentramiento, bajo autoconcepto (Mestre et al., 2014), incremento de la capacidad de reinterpretación positiva de circunstancias desfavorables en pos de mayor crecimiento del individuo (Becerra, 2013, en Perrone, 2019), de posturas ante los conflictos interpersonales y cambios en la puntuación de secuencias comunicacionales asociadas (Perrone, 2019), disminución del sesgo de atención selectiva a lo negativo (Hevia Mattera, 2020), desviación de la atención hacia estímulos estresores – mediante la oración–, discusión cognitiva, autoinstrucciones –en pos de normas valóricas– (Loredo & Blanco, 2014).

Paradigma Inconsciente

A nivel del paradigma y ámbito inconsciente (considerando contenidos reprimidos, experiencias traumáticas, mecanismos de defensa, capacidad de “darse cuenta”, etc.), cabe resaltar la posible dimensión de un “inconsciente espiritual” o trascendental, que consideraría Viktor Frankl, como una tendencia inconsciente –pero intencional– hacia Dios (Frankl, 2006, en Mafla Terán, 2013; Frankl, 1995, en Duque López, 2018; Frankl, s.f., en Hevia Mattera, 2020). Se trataría de una disposición o inclinación hacia una relación con Dios que podría quedar inconsciente, si es reprimida por la sociedad o por la persona, que si bien en ese caso permanecería oculta para uno mismo, no obstante operaría en la vida del ser humano, desde la “profundidad del ser” y del alma, dotando de leyes inmanentes el modo de obrar (Pío XII, 1953, en Verdier Mazzara, 2011; Frankl en Mafla Terán, 2013; Frankl, 1995, en Duque López, 2018). El Papa Pío XII (1955, en Verdier Mazzara, 2011) explica que “en los dinamismos innatos del subconsciente y del inconsciente, hay una

tendencia que empuja hacia lo trascendente y hace gravitar el ser del alma hacia Dios” (p. 317), mientras que el Papa Juan Pablo II (1991, en Verdier Mazzara, 2011) describe “la consciencia de esta raíz divina de la vida espiritual que se expande desde lo íntimo del alma, a todos los sectores de la existencia, incluso los externos y sociales” (p. VII). Esto podría explicar la espiritualidad como una necesidad intrínseca que distintos pacientes fieles podrían buscar y requerir satisfacer.

La fe católica ofrece a su vez una visión, expectativa e incitación de la capacidad de encauzar, regular, administrar o gobernar los dinamismos del inconsciente de la persona, no dejando que este necesariamente influya sustancialmente y/o determinadamente en la libertad de la persona (Pío XII, 1958, Juan Pablo II, 1988, en Verdier Mazzara, 2011). El Papa Pablo VI (1972, en Verdier Mazzara, 2011) explica así que “en el hombre queda un (...) amplio margen (que es su verdadero «yo») de indeterminación, que solo el resuelve por medio de una decisión suya autónoma”, agregando “en una palabra queda a su libertad. A pesar de ser muy restringida, muy asediada y muy engañosa, la libertad psicológica y moral del hombre permanece” (p. 259). El catolicismo invitaría de este modo al ser humano, desde sus facultades que trascienden a su corporeidad y lo distinguen de los demás seres vivos, para “situarse en el orden del Espíritu” –inteligencia, voluntad y libertad (Chomalí, 2011, en Verdier Mazzara, 2011, p. XVI)– a sobreponerse a aquellas dimensiones inconscientes (incluyendo impulsos, sensaciones) sin quedar preso de estas, para lograr mayor consciencia y/o “awareness” –y “vincularse significativamente con la totalidad del ser” (Allport, 1963, en Mafla Terán, 2013, p. 447)– y lograr conducir sus propias vidas.

Paradigma Sistémico

A nivel del paradigma y ámbito sistémico (estructuras, vínculos, dinámicas, estilos comunicacionales, expectativas familiares, satisfacción en pareja, complementariedad con esta, relaciones

tempranas de apego, etc.), el catolicismo subraya para el fiel, la entrada hacia una dimensión familiar, a partir del sacramento del Bautismo: “a fin de que, en Cristo, «los hombres constituyan una sola familia y un único Pueblo de Dios» (“Ad Gentem” [AG] 1, en CEC, 804). Sería para los pacientes católicos un “ámbito familiar” - encabezado por Dios como padre, y María madre (siendo madre del Hijo de Dios- Jesús”), orientado a responder tal como lo requiere el ser humano por parte de sus figuras significativas, incluso desde la primera infancia, a las necesidades de coherencia, nutrición emocional y entrega de normas y valores (Maurial Chávez, 2017).

Los consultantes católicos podrían hallar desde una dimensión espiritual, en el Dios-Padre (1 Jn 3,1; CEC, 2798), un amor eterno (Is 5,8; Jr 31,3) – “porque los montes se correrán y las colinas se moverán, más mi amor de tu lado no se apartará” (Is 54,10)–, con “ternura paternal”, “bondad y solicitud amorosa para todos sus hijos”, pero que trasciende la experiencia de paternidad humana, siendo a diferencia de los progenitores, infalible (CEC, 239); sin dejar de guiar, proveer, acoger y perdonar, pero a la vez respetar el libre albedrío de sus hijos (tal como se manifiesta en la “Parábola del Hijo Pródigo”, en Lc 11,32). San Josemaría Escrivá de Balaguer (1987) resaltaba así, la necesaria alegría generada como “consecuencia necesaria de la filiación divina, de sabernos queridos con predilección por nuestro Padre Dios, que nos acoge, nos ayuda y nos perdona” (n. 332). Por otra parte, los pacientes católicos podrían hallar en María – Madre de Jesús, la madre de la humanidad (misión asignada desde Cristo en la Cruz en Jn 19,26-27; LG 58) – una “abogada, auxiliadora, socorro, mediadora” para sus hijos espirituales (LG 62, en CEC, 969; Credo del Pueblo de Dios [SPF] 15, en CEC 975). Aquello podría resultar reparador, esperanzador y capaz de resignificar u orientar a algunos pacientes fieles respecto de un posible concepto de familia.

La religión católica aporta además a nivel del núcleo familiar, partiendo por el subsistema conyugal, elevando la institución del matrimonio “a la dignidad

de sacramento”, para constituir una “íntima comunidad devida y de amor” (“Gaudium et Spes” [GS] 48,1 en CEC, 1660), dando “a los esposos la gracia de amarse con el amor con que Cristo amó a su Iglesia” (también en Ef 5,25), buscando perfeccionar de esta manera el amor humano de los esposos (CEC, 1661). Por otra parte, desde la propuesta a conformar la familia como “Iglesia Doméstica”, se le invita a convertirse en una “comunidad de gracia y de oración, escuela de virtudes humanas y de caridad cristiana” (CEC 1666). Nutriendo así la espiritualidad católica a esta forma de vida, de compromiso, y de vínculo de pareja.

Cabe mencionar a su vez que la práctica (adaptativa) de la fe cristiana se ha podido vincular también con la reparación de conflictos interpersonales con familias de origen, con una mejoría en las relaciones familiares y en el estilo comunicacional asociado, a la disminución de la dependencia de pareja (Hevia Mattera, 2020), a una concepción de la pareja desde un enfoque de mayor compañerismo y complementariedad, y un mayor protagonismo del sistema conyugal frente al parental, y de la familia por sobre el trabajo (Pallavicini, 2002, en Hevia Mattera, 2020). Al ser empleada en terapia familiar, se ha asociado al logro de una disminución de dinámicas familiares de poder, manipulación y materialismo, a lograr mayor apertura de los distintos miembros para compartir su vulnerabilidad, incertidumbre, anhelos íntimos, al desarrollo de mejores capacidades de afrontamiento del estrés y la adversidad, al reforzamiento de la reinterpretación positiva y la creación de nuevas posturas ante los conflictos – situando a cada integrante como protagonista responsable de sus actos superando la dinámica culpable-víctima–, al aporte desde las creencias y rituales de cada miembro a mayor bienestar individual y familiar, al fomento del crecimiento familiar en su capacidad de lidiar con futuros problemas, de respeto y fomento de la diferenciación (Perrone, 2019).

ESPIRITUALIDAD CATÓLICA Y FUNCIONES DEL “SISTEMA SELF”

Búsqueda de Sentido

A nivel de la función de búsqueda de sentido (considerando Nortes y valores guadores de vida, metas a futuro, capacidad de proyección y trascendencia, etc.), la espiritualidad y religión -en general y/o católica- aportaría a una “vinculación significativa con la totalidad del ser (Allport, 1963, en Mafla Terán, 2013, p. 447). Siendo según González-Rivera (2017) capaz de conectar al sujeto consigo mismo, con los otros y con lo divino, ya que “uno no puede vivir en una isla de sentido rodeado de un océano de sinsentido” (May, 1967, en FernándezJiménez, 2022, p. 658). La fe apuntaría sin embargo a un ser humano “abierto a adaptarse a su entorno, sin perdersu sintonía personal, su diálogo interno” (Perrone, 2019, parr.21), su libertad y espontaneidad (Mafla Terán, 2013) pero llevando a la persona a horizontes experienciales más amplios (Duque López, 2018) y a experiencias vitales profundas (Mafla Terán, 2013). De esta manera, distintos estudios han destacado la capacidad “terapéutica” (Fernández Jiménez, 2022) de la espiritualidad y religión para ofrecer un (mayor) sentido existencial y de vida –un sentido superior o suprasentido (Frankl, 2001, en Hevia Mattera, 2020), un significado– también “último” (Frankl, 1999, en Mafla Terán, 2013), propósito, dirección, misión en la vida, conexión (Baker, 2007; Mafla Terán, 2013; Salgado Lévano, 2016; González-Rivera, 2017; Perrone, 2019; Trapaga, 2020). França-Tarragó (2008, en Duque López, 2018) explican para desentrañar el valor de lo religioso en el ser humano, que “la responsabilidad individual frente al propio destino es un asunto religioso, porque insta a la persona a tratar de comprender y dar un sentido a su existencia” (p. 27). Frankl (2000, en González-Rivera, 2017) en este sentido, destaca que “el verdadero sentido, es aquel que responde a las exigencias más profundas e íntimas

de la persona;es decir, el sentido que se inspira en la dimensión espiritual del ser humano” (p. 60); siendo una idea que podría asimismo identificar a los consultantes devotos, a nivel de su búsqueda de sentido.

Este potencial para responder a necesidades intrínsecas y esenciales de la persona, contribuyen de esta manera según distintos autores (Frankl, 1965, 1967, Maslow, 1965, Fromm, 1985, Gissi, 1995, en Pallavicini, 2001; Richards & Bergin, 2005, en González-Rivera, 2017) a la mejora en la calidad de vida y a la prevención de patología mental. Adler (1973, en Mafla Terán, 2013) señala que la fe puede responder a su vez a los anhelos humanos proporcionando a los consultantes “la capacidad de confiar más allá de sus debilidades y limitaciones, curándolo del miedo a vivir”, proveyendo un sentido al sufrimiento (Fernández Jiménez, 2022, p. 665), e incluso un “valor de sobrevivencia”, marcando la diferencia entre la “diferencia entre salir con vida y salir muerto” (Mafla Terán, 2013, p. 450) en circunstancias como las de los campos de concentración nazis.

Por otro lado, el catolicismo resume su cosmovisión, sentido y dirección, en el amor a Dios y al prójimo (Mt, 22,34-27), entendiéndose desde las enseñanzas de Jesús que “nada satisface más al corazón humano que el amor”, y que los vínculos con Dios y los demás serían los mayores potenciales de sentido de plenitud (Baker, 2007) para los consultantes fieles practicantes. En este sentido, el Papa Pío XII (Haurietis Aquas [HA] 36, 1956) reflexiona: “el reino de Jesucristo saca su fuerza y su hermosura de la caridad divina: su fundamento y su excelencia es amar”. Frankl (1999, en Hevia Mattera, 2020) explicaría en esta línea que la persona “cuanto más se olvida de sí, cuanto más pasa por encima de sí, por entregarse a una causa o a otros individuos, más se realiza a sí mismo” (p. 79).

Por otra parte, la unión y relación personal con Dios, que sería hallado en las “profundidades del alma” de los pacientes creyentes (Pío XII, 1953, en Verdier Mazzara, 2011; Frankl, 2006, en Mafla Terán, 2013;

Frankl, 1995, en Duque López, 2018) –al ser su Creador (CEC)– respondería desde la fe católica a “nuestro primer origen y nuestro último fin (CEC, 229), expresando San Agustín (“Confesiones”, I, 1,1: PL 32, 661, en Francisco, “Christus Vivit” [ChV], 138, 2019): “Señor, nos creaste para ti, y nuestro corazón está inquieto, hasta que descanse en ti”. El catolicismo apuntaría a la trascendencia de este vínculo, hasta “participar en la vida divina” y celestial, mediante la resurrección y vida eterna, ya que “al deshacerse nuestra morada terrenal, adquirimos una mansión eterna en el cielo” (Misal Romano [MR], Prefacio de difuntos, en CEC, 1012; 1 Ts 4,13-14). Esto sería traído por el sacrificio, muerte y resurrección del Dios hecho hombre (Cristo): “con su muerte destruyó nuestra muerte y con su resurrección restauró nuestra vida” (CEC, 1067), “abriendo así a todos los hombres la posibilidad de la salvación” (CEC, 1019). El Catecismo de la Iglesia Católica resume en este ámbito: “el fin último al que Dios nos llama: el Reino, la visión de Dios, la participación en la naturaleza divina, la vida eterna, la filiación, el descanso en Dios” (CEC, 1726).

Conducción de Vida

A nivel de la función de conducción de vida (considerando capacidad de agenciamiento, perseverancia, de satisfacer necesidades, postergar impulsos, ser coherente con los “nortes” para la vida propia, de tomar e implementar decisiones, de crecimiento personal, etc.), el catolicismo posiciona el amor como eje principal para un “modus vivendi”, “porque el amor es de Dios y todo el que ama ha nacido de Dios y conoce a Dios” (1 Jn 4:7), agregando [si] “no tengo amor, nada soy” (1 Cor 13,1-3). Así, este elemento se haría distintivo de una conducción de vida católica de la persona: “por el amor que se tengan los unos a los otros reconocerán todos que son mis discípulos” (Jn 13,35). De esta manera la Iglesia Católica enseña en su catecismo: “la caridad es el alma de la santidad a la que todos están llamados: «dirige todos los medios de santificación, los informa y los lleva a su fin»” (LG 42, en CEC, 826). San Josemaría

Escrivá de Balaguer (1939) invita en esta línea: “hacedlo todo por Amor.

–Así no hay cosas pequeñas: todo es grande.– La perseverancia en las cosas pequeñas, por Amor, es heroísmo” (n. 813). Otorgando así el catolicismo, distintos ejes orientadores aportativos para posicionarse y conducir la vida en los consultantes practicantes.

La donación de sí mismo, se constituye desde esta fe, como un camino privilegiado para los pacientes devotos, de encontrarse a sí mismos (Concilio Vaticano II, 1965, en Schuchts, 2021), capaz de entregar una libertad interior y espiritual, ya que “nuestra libertad viene al aprender como recibir al amor de Dios y luego entregarlo” (Schuchts, 2021, p. 190), siendo esta la “gloriosa libertad de los hijos de Dios” (Rom 8,21). Cristo se presentaría como un rey de humildad que “no vino para ser servido, sino para servir y para dar su vida en rescate por muchos” (Mt 20,28), convocando a los fieles a esta misma vocación de servicio (CEC, 786).

Siendo Jesús para los cristianos, “el camino, la verdad y la vida” (Jn 14,6), y el “único Mediador entre Dios y los hombres” (CEC, 480) –al ser enviado para establecer esta alianza con Dios, desde su doble naturaleza divina y humana (CEC, 483)– es que los creyentes se enfrentan al llamado a “reproducir la imagen del Hijo de Dios hecho hombre” (CEC, 381). Buscando lograr una unión cada vez más íntima – hasta que como explica San Pablo que sería “Cristo quien vive en mí” (Gal 2,20)–, lo que conllevaría a su progreso espiritual (CEC, 2014). El Papa Benedicto (SS 28, 2007), reflexiona que “estar en comunión con Jesucristo nos hace participar en su «ser para» todos, hace que éste sea nuestro modo de ser” y que sólo “estando en comunión con Él podemos realmente llegar a ser para los demás, para todos”. El cuestionamiento del Padre Alberto Hurtado “¿qué haría Cristo en mi lugar?” (s.f., en Francisco, 2018) se presenta así, como un norte orientador para la conducción de vida de los consultantes católicos.

Cabe mencionar por su parte, en la lógica de

conducción de vida, que los católicos son conceptualizados desde un “libre albedrío” –lo que sería inherente a la dignidad humana desde la antropología cristiana–, con lo cual se “goza de la capacidad de determinarse a sí mismo” (Pío XII, 1954, en Verdier Mazzara, 2011, p. 257). Se trataría no obstante de una libertad que lo haría al mismo tiempo a las personas y/o pacientes católicos responsables de sus actos, y de su existencia (Frankl, 2002a, en Hevia Mattera, 2020; CEC, 1745.1747), buscando su agenciamiento. En este sentido el Papa León XIII (1988, en Verdier Mazzara, 2011), señala que para el católico “lo más importante en esta dignidad es el modo de su ejercicio, porque del uso de la libertad nacen los mayores bienes y los mayores males” (p. 249). En la misma línea, Schuchts (2007) llama la atención en relación a las posibilidades de conducción de vida que: “a menudo ejercemos nuestra libertad en modos que no nos traen un bien verdadero y duradero. Como resultado nos quedamos presos, atados en la vergüenza y escondidos tras muros de temor y defensa propia”, agregando “seguimos estando manejados por nuestras heridas y compulsiones y nos hacemos esclavos del pecado” (p. 189).

Identidad

A nivel de la función de identidad (considerando la percepción de sí mismo, autoconocimiento, autoimagen-autoestima-autoeficacia, autoaceptación, reconocimiento de los propios límites, presencia de un “self” ideal, etc.), los pacientes católicos adquirirían una nueva construcción de subjetividad (Trapaga, 2020). Esta “eleva la dignidad de la persona y enriquece la naturaleza humana” (Mafla Terán, 2013, p. 439)– conllevando a concebir la persona como obra de Dios. El Papa Pío XII (1958, en Verdier Mazzara, 2011) explica: “dos características importantes para el desarrollo y el valor de la personalidad cristiana: su semejanza con Dios, que procede del acto creador, y su filiación divina en Cristo (...) la personalidad cristiana resulta incomprensible si se olvidan estos

datos” (p. 43). Además, desde la cosmovisión católica, mediante el bautismo (sacramento de iniciación cristiana) otorgaría en los fieles “el nacimiento a la vida nueva, por la cual el hombre es hecho hijo adoptivo del Padre, miembro de Cristo, templo del Espíritu Santo” (CEC, 1279).

Cabe resaltar por otra parte que el Catecismo de la Iglesia Católica enseña: “por haber sido hecho a imagen de Dios, el ser humano tiene la dignidad de persona; no es solamente algo, sino alguien. Es capaz de conocerse, de poseerse y de darse libremente y entrar en comunión con otras personas”, agregando “y es llamado, por la gracia, a una alianza con su Creador, a ofrecerle una respuesta de fe y de amor” (CEC, 357). De esta manera la persona es visualizada “por naturaleza y por vocación un ser religioso. Viniendo de Dios y yendo hacia Dios” (CEC, 44), que adquiere las características de su Creador - ya que “el hombre creado a imagen y semejanza de Dios (Gen 1,26)- que “es ante todo inteligencia y amor” (Pablo VI, 1974, en Verdier Mazzara, 2011, p. 110). Pudiendo impactar significativamente en el autoconcepto y autovalía de los consultantes feligreses.

En cuanto a la identidad de hijos de Dios, el Papa Juan Pablo II (1996, en Verdier Mazzara, 2011), explica: “el hombre (...) participa realmente en esta afiliación divina, convirtiéndose en hijo de Dios en el Hijo (...) En él (Jesús) la naturaleza humana ha sido asumida”, agregando “por eso mismo también en nosotros ha sido elevada a una dignidad sublime. Pues el mismo, el Hijo de Dios, con su encarnación, se ha unido en cierto modo a todo hombre (GS 22)” (p. 211). La fe católica enseña respecto a la identidad, ley, misión y destino de cada miembro del Pueblo de Dios: “la identidad de este Pueblo es la dignidad y la libertad de los hijos de Dios en cuyos corazones habita el Espíritu Santo como en un templo”, “su ley, es el mandamiento nuevo: amar como el mismo Cristo mismo nos amó (Jn 13, 34)”, “su misión es ser la sal de la tierra y la luz del mundo (Mt 5,13-16)”, “su destino es el Reino de Dios (LG 9)” (CEC 782). Además, cabe resaltar que considerando desde la cosmovisión católica el sacrificio de Jesús como

expiación y salvación del resto (Jn 3,16-17), es que el valor percibido de la persona – y de los pacientes católicos - se elevaría infinitamente hasta llegar a ser equivalente al de “la sangre que Cristo derramó por cada uno” (Hch 20,28; Lev 17,11; 1 Cor 7,23).

Por otro lado, los consultantes católicos al convertirse en uno de los diversos “miembros del cuerpo de Cristo”, y pudiendo aportar desde su propia particularidad, característica o función – correspondiente a aquel miembro e insustituible por otro–, serían posicionados desde un valor intrínseco único y necesario para el resto “de los miembros”, quedando al mismo tiempo unidos y envueltos en un sentido de pertenencia a este cuerpo, ya que “si un miembro sufre, todos los miembros sufren con él; y si un miembro es honrado, todos los miembros se regocijan con él” (1 Cor 12,12-27).

De este modo, según observa también Hevia Mattera (2020), las distintas dimensiones de la identidad cristiana conllevarían a “un mayor autoconocimiento, un cambio en la identidad y la autoimagen junto a un aumento de la autoestima” (p. 234).

Toma de consciencia

A nivel de la función de toma de consciencia (considerando la capacidad de observación del entorno y de sí mismo, conexión emocional, autoconocimiento en el presente y respecto a historia de vida, reconocimiento de “puntos ciegos” personales, etc.), cabe mencionar que la espiritualidad y religión (en general y católica) podrían contribuir según Mafla Terán (2013) con un nivel de consciencia ética y espiritual, asociada con un sentido de relación consigo mismo, los otros, el resto y el mundo según (Mestre et al., 2014).

El catolicismo, aportaría con un nivel de consciencia moral, planteándolo como una lógica “inscrita por Dios en su corazón”, que podría ser descubierta en lo más profundo de la persona, “cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, llamándole siempre a amar y a hacer el bien y

a evitar el mal”. Siendo para esta fe, esta consciencia “el núcleo más secreto y el sagrario del hombre, en el que está solo con Dios, cuya voz resuena en lo más íntimo de ella” (GS 16, CEC, 1776). El Papa Pablo VI (1972, en Verdier Mazzara, 2011) reflexiona que “en el lenguaje religioso, la consciencia asume el nombre de corazón, con todo aquello que este centro del alma puede significar de vivo, de personal, de profundo y hasta de sentimental” (p. 304); mostrando además que “la consciencia psicológica y la consciencia moral están llamadas por Cristo a una plenitud simultánea” (Pablo VI, 1964, en Verdier Mazzara, 2011, p. 301).

Siguiendo esta línea, desde la fe católica, se invitaría a los pacientes devotos a examinar aquella consciencia hallable en la profundidad de su interior, prestar atención para “oír y seguir su voz” (CEC, 1779), siguiendo la exhortación de San Agustín (“In epistulam Ioannis ad Parthos tractatus” 8,9, en CEC, 1779): “retorna a tu consciencia, interrógala... retornad, hermanos, al interior, y en todo lo que hagáis mirad al Testigo, Dios”.

Considerando lo expuesto, Hevia Mattera (2020) y González-Rivera (2015, en González-Rivera 2017), observan el impacto de la espiritualidad cristiana en un “awareness” integral, conllevando un incremento del autocuestionamiento, autoobservación y autoconocimiento, de la toma de consciencia respecto de las creencias, actitudes, valores, comportamientos, afectos, vínculos, identidad, debilidades, la historia personal y su impactos (positivos o negativos) en su estilo de vida, así como de los cambios a los que pueden estar expuestos, pudiendo contribuir a mayor concientización respecto de problemáticas personales, y generar mayor egodistonia en relación a conductas no saludables, antes no visualizadas.

Auto-organización

A nivel de la función de autoorganización (capacidad de auto-organización y afrontamiento de adversidades, de regulación emocional, de

adaptación al cambio, etc.), resalta la resignificación de las crisis, adversidades, sufrimiento por parte de la espiritualidad y religiones cristianas. Pudiendo ser revaloradas como experiencias de aprendizaje (Pallavicini, 2002, en Hevia Mattera, 2020), de crecimiento y aportativas al desarrollo personal (Hevia Mattera, 2020), con lo cual lo espiritual se convertiría según distintos autores (Mafla Terán, 2013; Perrone, 2019) en fuente de estabilidad, fortaleza, resistencia, equilibrio o salud mental. Cabe mencionar que May (1967, en Fernández Jiménez, 2022), destaca el planteamiento de la religión no desde el neuroticismo –concebido por Freud– “que pretende eliminar toda angustia y que surge de la cobardía ante el verdadero enfrentamiento con la existencia (...) una forma de huida, una estrategia para escapar de la soledad y la ansiedad”, lo que sumergiría a las personas “en un perpetuo estado de infantilismo que quiere apartarlo de la inseguridad y la impredecibilidad intrínseca a la propia existencia” (p. 661). Por el contrario el autor observa la religión como algo que “fomenta el coraje de existir”, y que tal como la psicoterapia, “la función [de la religión] (...) no es, como algunos han creído, borrar la angustia de la existencia, sino convertirla en motor de búsqueda y crecimiento” (Fernández, 2022, p. 657).

Por otro parte, respecto al afrontamiento adaptativo de adversidades a los que pueden quedar expuestos los pacientes fieles, desde el cristianismo se contaría siempre con un sentido, significado, propósito (Perrone, 2018, en Perrone, 2019), ya que “sabemos que todas las cosas cooperan para el bien de los que aman a Dios” (Rom 8, 28) –“lo positivo y lo negativo”–, y como indica Araya (2009, en Hevia Mattera, 2020), para la persona que se fortalece en esta fe [cristiana] nada acontecería en vano” (p. 81). En este sentido el catolicismo enseña: “la permisión divina del mal físico y del mal moral es misterio que Dios esclarece por su Hijo, Jesucristo, muerto y resucitado para vencer el mal”, agregando “la fe nos da la certeza de que Dios no permitiría el mal si no hiciera salir el bien del mal mismo, por caminos que

nosotros sólo conoceremos plenamente en la vida eterna” (CEC, 324). San Josemaría Escrivá de Balaguer (1978, n. 332), a su vez, reflexiona en esta línea: “sabernos queridos con predilección por nuestro Padre Dios, que nos acoge, nos ayuda y nos perdona. Recuérдалo bien y siempre: aunque alguna vez parezca que todo se viene abajo, ¡no se viene abajo nada!, porque Dios no pierde batallas”. Schuchts (2021) explica: “hay algún área de tu vida que crees que te impide la gracia y la sanación de Dios? Si es así tu Dios no es lo suficientemente grande y la cruz de Jesús no es lo suficientemente real” (p. 200).

Considerando el sentido de vida que otorga la espiritualidad (en general y /o católica) ante la adversidad, Nietzsche (s.f., en Perrone, 2019) observaba que “quien tiene un porqué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo” (párr. 42). Perrone (2019) ahonda respecto de la persona devota: “no es un hombre dispuesto a sufrir, es un hombre que ante situaciones que no pueda revertir, tendrá una razón por la que vivir, su espíritu dará batalla a la adversidad, encontrando recursos internos para superarla, cambiar y fortalecerse” (párr. 42). La autora explica en esta misma línea: “la posibilidad de encontrar sentido a ese dolor es lo que le permite sobreponerse y salir fortalecido de esa situación”, agregando “es su capacidad de trascender a lo inmediato, lo material, a las circunstancias que le han tocado vivir, y sentirse protagonista, no víctima de la situación, pudiendo resolver, comunicarse, cambiar y ampliar sus capacidades y fortalezas personales” (Perrone, 2019, párr. 44). Concluyendo de esta manera que “en síntesis, la integración del sufrimiento a la narrativa existencial personal puede proporcionar la capacidad para encontrar el sentido a la vida y a adversidad, pudiendo trascender a las circunstancias, fortaleciendo al sujeto y ampliando su capacidad de estar resiliente” (Perrone, 2018, en Perrone, 2019, párr. 29). Durkheim (1993, en Mafla Terán, 2013) reflexiona a propósito de la función de la religión, a modo de una “ayuda para vivir”, señalando “el fiel que ha comulgado con su Dios

no es solamente un hombre que ve verdades nuevas que él ignora; es un hombre que puede más”, agregando “siente en sí más fuerza para soportar las dificultades de la existencia o para vencerlas. Está como elevado por encima de las miserias humanas porque se ha elevado por encima de su condición de hombre” (p. 446).

Siguiendo las variadas investigaciones y autores que destacan el aporte de la espiritualidad a la resiliencia (APA, 2008, Dugal, 2009, Flach, 1997, Jacob, 1997, Pargament, Kenneth, Sweeney & Patrick, 2011, Tick, 2008, Rogers, 2009, Shay, 2002, Walsh, 1999, Snider, 2007, en Perrone, 2019), resalta desde la “Psicología de la Religión y la Espiritualidad”, el desarrollo del concepto de “afrontamiento religioso” por parte de Pargament y Koenig (1997, en Joffe, 2007). Esta posibilidad de manejo se referiría a “aquel donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas” (p. 193). Estos autores distinguen dentro del “afrontamiento religioso positivo” que podrían implementar los creyentes: la apreciación de Dios como benevolente, la intención de colaborar con Dios, la búsqueda de una relación de mayor contacto con Dios, la búsqueda de apoyo espiritual de parte de la congregación religiosa y sus representantes, la confianza por entero en Dios, ofrecer ayuda espiritual a otras personas, la purificación religiosa por medio de plegarias, oraciones y el pedir y otorgar perdón, entre otros (Pargament & Koenig, 1997, en Yoffe, 2007).

Cabe mencionar asimismo, que Perrone (2019) plantea el concepto de “resiliencia espiritual” como “la capacidad del sujeto de reparar el trauma espiritual, el «estar roto» y fortalecerse, encontrando la forma de recuperar el sentido, la coherencia interna y estar en estado de gratitud” (párr. 36). Esto podría aportar según la autora a la posibilidad de afrontamiento de situaciones sumamente adversas evitando la aparición de síntomas psicopatológicos o la disminución de capacidades vitales como las: espirituales –poder amar,

perdonar o servir a los demás–; mentales –poder pensar racional, objetiva y equilibradamente–; corporales –funcionar saludablemente–.

Por otro lado, dentro del contexto del “vínculo terapéutico que se entabla entre Dios y el creyente” (Pallavicini, 2001, p. 113), Tillich (1973, en Fernández Jiménez (2022) subraya el potencial de la fe como una “verdadera autoafirmación” mediante la cual la persona puede “aceptarse como aceptado a pesar de ser inaceptable” (p. 660). Fernández Jiménez (2022) observa en este sentido: “así, la inaceptabilidad del hombre que se revelaba en la angustia existencial y que le recordaba su finitud, su contingencia, su posibilidad de error o su eterna búsqueda de sentido vital, es reconducida en la fe”, explicando que esta “hace posible que, en vez de caer en la desesperación, se acepte como ser frágil y permita ser ayudado y acogido en un todo de significación mayor” (p. 660); pudiendo así reforzar significativamente las capacidades de auto-organización en consultantes feligreses. Por otro lado, cabe mencionar que la fe católica enseña a propósito de la “Divina Providencia” que si bien “pedid, y se os dará; buscad, y hallaréis; tocad, y se os abrirá” (Mt 7,7), según lo esclarece León (2008), “Dios no hace por nosotros lo que podemos y debemos hacer, pero nos ayuda cuando nuestras fuerzas son insuficientes” (p. 35), sin dejar de destacar asimismo la necesidad de agenciamiento y movilización de los propios pacientes respecto de sus problemáticas y necesidades.

El catolicismo, además propone un sentido ulterior para la vida presente y sus adversidades, según Cristoya que “Jesús afirmó: «Yo soy la resurrección y la vida. El que cree en mí, aunque haya muerto vivirá; y todo el que esté vivo y crea en mí, no morirá para siempre»” (Jn 11,25); explicando San Pablo que “si hemos muerto con Cristo, confiemos en que también viviremos con Él” (Rom 6,8). De este modo, la fe católica enseña: “la vida de los que en ti creemos, Señor, no termina, se transforma; y, al deshacerse nuestra morada terrenal, adquirimos una mansión

eterna en el cielo (MR, Prefacio de difuntos, en CEC, 1012); pudiendo mediante la entrega de un sentido último trascendental, fortalecer asimismo la capacidad de auto-organización en consultantes devotos.

Significación Integral

A nivel de la función de significación (considerando modos de significar e interpretar, de considerar distintos ángulos, de priorizar algunos sobre otros, etc.), según explican Korman et al. (2008), “la religión sirve como un lente para leer el mundo, el yo y las relaciones que se establecen entre ellos” (p. 54). Aquello permitiría enriquecer al mismo tiempo los modos de significación e interpretación de distintas experiencias a lo largo de la vida. En este sentido, distintos estudios han destacado entre algunos de los aportes de los marcos de significación que provee la espiritualidad y religiones cristianas (en general y católica): la revalorización de crisis y sufrimiento como experiencias de aprendizaje y crecimiento (Pallavicini, 2002 en Hevia Mattera, 2020), la gratitud como modo de afrontamiento (resignificado) ante la adversidad (Perrone, 2019), el aumento de la capacidad de reinterpretación positiva de circunstancias desfavorables para un mayor crecimiento del individuo (Becerra, 2013, en Perrone, 2019), el tránsito desde el egocentrismo a mayor conexión, empatía y ayuda al prójimo (Mestre et al., 2014; Mc 10,45).

Cabe mencionar que respecto a la conexión de los pacientes católicos con su espiritualidad como dimensión relevante para su vida, el catolicismo proveería un sistema de puentes entre la dimensión mundana y/o humana y los significados espirituales, aportando mediante los 7 sacramentos (bautismo, confirmación, eucaristía, confesión y penitencia, ordenación sacerdotal, matrimonio, unción de los enfermos), constituyéndose como “formas de expresión de tipo bisagra que por medio de símbolos permiten el encuentro (el abrazo) entre Dios y el hombre, entre lo sagrado y lo mundano” (Maurial Chávez, 2017, p. 59). La Iglesia explica cómo estos sacramentos fortalecerían la fe, “la alimentan y la

expresan con palabras y acciones” (SC, 59, en CEC, 1123), aportando a nivel espiritual de la siguiente manera: “el fruto de la vida sacramental consiste en que el Espíritu de adopción deifica (2 P 1,4) a los fieles uniéndolos vitalmente al Hijo único, el Salvador”, curándolos y transformándolos (CEC, 1129). De esta manera el Catecismo enseña respecto de este encuentro Dios-hombre, sobre la presencia de Cristo en la Iglesia, especialmente en los actos litúrgicos y las especies eucarísticas –pan y vino como cuerpo y sangre de Cristo (Lc 22,17–20, 1 Cor 11,23-27)–, “en el sacrificio de la misa”, en la persona del ministro, “ofreciéndose ahora por ministerio de los sacerdotes el mismo que entonces se ofreció en la cruz”, en los sacramentos “de modo que, cuando alguien bautiza, es Cristo quien bautiza”, “en su palabra, pues es El mismo el que habla cuando se lee en la Iglesia la Sagrada Escritura” así como “está presente, finalmente, cuando la Iglesia suplica y canta salmos, el mismo que prometió: «Donde están dos o tres congregados en mi nombre, allí estoy yo en medio de ellos» (Mt 18,20)” (SC, 7, en CEC, 1088).

Asimismo, en relación al vínculo espiritual o puente entre consultantes católicos y Jesús, mediante la figura del sacerdote católico, que se configuraría desde la realidad espiritual, como un “alter Christus”, u “otro Cristo”, el Papa Benedicto XVI (2009) explica: “el sacerdote es siervo de Cristo, en el sentido de que su existencia, configurada ontológicamente con Cristo, asume un carácter esencialmente relacional: está al servicio de los hombres en Cristo, por Cristo y con Cristo”; agregando “precisamente porque pertenece a Cristo, el sacerdote está radicalmente al servicio de los hombres” (párr. 10). A su vez el catolicismo enseña que esta capacidad espiritual, sería transmitida por sucesión a partir de los 12 (primeros) apóstoles (mediante la imposición de manos por parte del obispo) para que estos puedan seguir con la misión de salvación cristiana, actuando en el nombre y en la persona de Cristo (2 Tm 1,6; Tt 1,5; CEC, 1536, sacra potestas, LG 10 en CEC.1538.1590.1591.1594.1597), lo que

posteriormente se consolidaría en el ministerio sacerdotal. No obstante, la Iglesia explica que se trata de una capacidad y sacramento que: “no actúa en virtud de la justicia del hombre que lo da o que lo recibe, sino por el poder de Dios” (S. Tomás de Aquino, “Summa theologiae”, 3,68,8, en CEC, 1128); el poder de Cristo y de su Espíritu actúa en él y por él, independientemente de la santidad personal del ministro. Sin embargo, enseña asimismo los frutos de los sacramentos dependen también de las disposiciones del que los recibe” (CEC, 1128). De esta manera esta figura se dispone para el servicio espiritual de los católicos (incluyendo pacientes), pero distinguiendo al mismo tiempo los límites humanos de este servicio, así como la necesidad del respeto hacia los feligreses como personas libres para conducir su vida.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Pese a distintas posturas en ciencias sociales, que se han desarrollado de forma suspicaz o incluso aversiva hacia la espiritualidad y/o religión –como la de Freud al considerar la religión como una fuente de neurosis colectiva (s.f., en Fernández Jiménez, 2022) o Marx (1844, en Ferretti, s.f.), al considerarla “opio del pueblo”–, múltiples estudios a lo largo del tiempo han observado, por el contrario, la riqueza con la que estas dimensiones espirituales pueden contribuir al mundo de significados, conductas, sentimientos, relaciones, referentes valóricos, de los consultantes, así como al trabajo psicoterapéutico (según lo expuesto a lo largo del estudio). Habiéndose en este estudio investigativo, desde el propio modelo de la Psicoterapia Integrativa EIS, tratado de explorar los posibles aportes de la fe católica, a nivel de los diversos paradigmas y funciones del “self”.

Tal como la espiritualidad y religión se pueden emplear de formas significativamente beneficiosas para el servicio de la psicoterapia (por ejemplo a nivel de los paradigmas y funciones del “self”), no obstante según las formas de vivir, experimentar y conducir

estas dimensiones, pueden resultar por su parte perjudiciales y/o desadaptativas para las personas y su entorno. De esta manera, los valores, creencias, prácticas religiosas pueden “ser fuente de opresión y ansiedad o de liberación y alegría (Burns, 2006, en Korman et al., 2008, p. 52)”, “pueden proveer soluciones a numerosos problemas de la vida; sin embargo, pueden a su vez crear conflicto, culpa y miedo” (Patel, 1995, en Korman et al., 2008, p. 55), contribuir al desarrollo de la persona y sus potencias, o por el contrario paralizarlas y anularlas (Mafla Terán, 2013). May (1967, en Fernández Jiménez, 2022) explica así que “hay una religión que debilita al hombre, pero hay otra que lo fortalece y esa sí es fuente de salud mental” (p.662). De esta manera, cabe destacar que en los pacientes (junto al trabajo psicoterapéutico) debiese permanecer la capacidad de “hacerse cargo de su mundo, de sí, a cambiar formas de pensar, sentir y actuar y a que se responsabilice de sí y de su proceso de personalización” (Domínguez, 2011, en Fernández Jiménez, 2022).

Para este estudio, cabe distinguir en este sentido, la fe católica integrada, coherente y adaptativa, como un punto de equilibrio, al que le terminaría contradiciendo tanto las posiciones fundamentalistas como las posiciones incoherentes y/o inconsistentes. Las posturas fundamentalistas se entenderían como aquellas que se concentran en ciertos principios de la fe, hasta convertirlos a través de éste reduccionismo, de alguna manera en ideología; llegando a entrar en conflicto y/o antagonismo con la misma religión a la que se pretende adherir, y perdiendo la comunicación y armonía con criterios de realidad adaptativos (y de racionalidad) como los de la propia ciencia –ya que desde el catolicismo “la verdad científica (...) es en sí misma participación en la Verdad Divina (Juan Pablo II, 2003, en Verdier Mazzara, 2011, p. 224), coartando así incluso posibilidades de desarrollo y de plenitud de la persona propias de la fe católica. Un ejemplo en esta línea podría ser el apuntar con el dedo al resto por “pecadores” y apartarse de

ellos “para no contaminarse” contradiciendo la enseñanza cristiana “el que esté libre de pecado que tire la primera piedra” (Jn 8,7) y los dos “mandamientos” que resumen el cristianismo: el amar a Dios y al prójimo (Mt, 22,34-27). Por otro lado, la postura y modo de vivir de la coherencia (el “católico practicante coherente”) apuntaría a la integración de los distintos principios del catolicismo, sin dejar de abrirse adaptativamente al mismo tiempo al desarrollo de las ciencias naturales e incluso sociales, permitiendo la mayor plenitud de la persona, su crecimiento personal y la responsabilidad social (Robert Jiménez, 1995). La otra oposición a la postura de la coherencia sería la posición de la incoherencia, desde la cual se pueden al mismo tiempo aceptar (por ejemplo “teóricamente”) y rechazar (por ejemplo en la práctica, en la conducta, actitudes, etc.) principios, o bien acoger algunos y rechazar otros según la conveniencia propia, –excluyendo en vez de integrar–, pudiendo conllevar a choques y un nivel de desorganización interna en la práctica de la fe, así como en el sentido de sí mismo.

De esta manera se vuelve relevante que los consultantes creyentes puedan definirse frente a la fe que profesan, incluyendo sus paradigmas, sus criterios de “realidad”, principios, motores, buscando así una fe integrada y coherente que pueda aportar a su plenitud, sentido de vida, identidad, significados, toma de consciencia y modos de interpretación, conducta y modo de conducir su vida, emociones, relaciones interpersonales, ambiente, estilo de vida, hábitos, autoorganización.

Cabe destacar que siguiendo las explicaciones de Fernández Jiménez (2022) y Korman et al. (2008), el intento de la psicología de adquirir el estatus de ciencia, –separándose progresivamente de la religión y disgregando y/o excluyendo la comprensión del ser humano de los fenómenos, dimensiones y vivencias espirituales, desde un etnocentrismo cientificista que terminaría incluso manifestando concepciones de lo religioso y lo espiritual sesgadas hacia la patología, sin entender los orígenes de la creencia o del grupo cultural asociado– daría cuenta de una falta y necesidad

de mayor sensibilidad cultural con estas aristas que integran asimismo la experiencia humana. Mafla Terán (2013) señala en este sentido que la ciencia y la técnica “son portadoras de conocimiento y de innegable bienestar, pero por sí solas no son portadoras de sentido, de utopía, deguía, de soporte, de poder vital y de esperanza ante la adversidad, el dolor y la muerte” (p. 429) concluyendo “la ciencia y la técnica llegan hasta donde empieza la religión con su poder de sentido” (p. 450).

Por su parte Lacan (2005, en Mafla Terán, 2013) resaltaba respecto al potencial positivo de la dimensión espiritual que: “la religión es inagotable (...) tiene recursos que ni siquiera podemos sospechar (...) la religión dará sentido a las pruebas más curiosas, esas en las que los propios científicos comienzan a experimentar un poquito de angustia”, agregando que la religión “será capaz de segregar sentido de modo tal que nos ahogemos verdaderamente bien en él (...). Hallará una correspondencia de todo con todo” (p. 450).

CONCLUSIONES

Según lo analizado a lo largo del presente estudio, considerando la concepción de la persona –visualizada por Víctor Frankl (1994^a, 2002^a, 2002^b en Araya, 2009)– como una totalidad corpóreo-psíquica-espiritual, y la orientación de la espiritualidad y religión (en general y católica) hacia “las interrogantes más profundas del corazón humano” (Van Bremen, 1992, en Hevia Mattera, 2020, p. 83), es que las materias y temáticas existenciales y espirituales no dejarían de ser relevantes para la psicología y psicoterapia de enfoque integrativo de la psicología y psicoterapia (Pallavicini, 2001; Schreurs, 2011; González-Rivera, 2015, Richards & Bergin, 2005, Sperry & Shafranske, 2005, en González-Rivera, 2017; Perrone, 2019; Fernández Jiménez, 2022). Resaltando en este sentido, Frankl (1995, en Duque López, 2018), que “la autorrealización no es lo último que busca el ser humano sino la autotranscendencia, que consiste en haber encontrado

un significado más allá de uno mismo” (p. 29).

En consonancia con los planteamientos de Benson (1996, en Pallavicini, 2001) -que destaca el impacto positivo de la espiritualidad y religión en la salud tanto psíquica como física-, siguiendo las estructuras de observación de la dinámica psicológica de la Psicoterapia Integrativa EIS (Enfoque Integrativo Supraparadigmático) de los distintos paradigmas a observar y funciones del “self”, es que se identificaron múltiples aportes posibles para la integración de la espiritualidad y religión católica (correspondiendo al 70% de las personas y/o pacientes chilenos (PUC, 2022) y al 63,9% de los americanos (Agencia Fides, 2022), al trabajo psicoterapéutico (Ver Tabla Resumen en Apéndice). Aportando y/o propiciando en los distintos paradigmas a nivel de: mejor salud, prolongación de la expectativa de vida y autocuidado (P. Biológico); un sistema de valores, sentido de pertenencia y comunión (P. Ambiental); conductas prosociales, más reflexivas, mayor autoresponsabilización, mejores relaciones interpersonales y resolución de conflictos (P. Conductual); mayor bienestar psicológico, estado de ánimo, autoestima, experiencias de amar y ser amado (P. Afectivo); estructuras simbólico-cognitivas que proveen sentidos y significados y posibilidades de resignificación y de reinterpretación positiva, y de modificar creencias disfuncionales, irracionales, desadaptativas, reducción de patrones de pensamiento negativista (P. Cognitivo); incremento de “awareness” y encauzamiento de dinámicas del inconsciente (P. Inconsciente); inserción en “sistema familiar espiritual” mediante la filiación divina, mejora de dinámicas y relaciones familiares (P. Sistémico). Contribuyendo a las distintas funciones del “self” a nivel de: sentido existencial trascendente, de vida (terrenal y posterior), del sufrimiento (F. Búsqueda de sentido); un “modus vivendi” de “amor al prójimo”, guiado por el ejemplo de Jesucristo (F. Conducción de vida); una identidad de “hijo de Dios”, creado a Su imagen y semejanza, que incide en su autovalía (F. Identidad); aportes con tipos de consciencia espiritual, ética y moral y “awareness” integral, incremento en

auto-observación y autoconocimiento (F. Toma de consciencia); mejora en mecanismos de afrontamiento de adversidades y su resignificación como oportunidades de crecimiento y desarrollo personal, incremento de resiliencia y agenciamiento, integración adaptativa del sufrimiento a la narrativa existencial personal (F. Auto-organización); enriquecimiento en modos de significación e interpretación para la lectura del yo, mundo, relaciones, futuro (F. Significación).

De esta manera el uso de las dimensiones espirituales en contextos psicoterapéuticos podría aportar siguiendo la línea de distintos autores (Frankl, 1965, 1967, Maslow, 1965, Fromm, 1985, Gissi, 1995, en Pallavicini, 2001) tanto en términos reparatorios, como de prevención de problemáticas psicológicas y promoción de la salud mental. Contribuyendo asimismo a la génesis de estímulos capaces de movilizar cambios terapéuticos (conceptualizados en la Psicoterapia Integrativa EIS como “estímulos significados terapéuticamente efectivos”), además de poder “favorecer el desarrollo de una inteligencia espiritual” según explica Perrone (2019) “que le permite desarrollar potencialidades como: trascender lo físico y material, desarrollar estados complejos de conciencia y la capacidad para afrontar problemas y situaciones de estrés” (p. 23).

Finalmente cabe mencionar que este estudio apunta a las posibilidades y desafíos de ofrecer atención psicológica culturalmente sensible con los consultantes que adhieren y se interesan en las oportunidades de integración de las dimensiones espirituales en sus procesos terapéuticos, habiéndose planteado los análisis realizados, como una introducción (más no una pretensión de alcance exhaustivo) a las posibilidades de aportes de la espiritualidad y religión en general y católica en particular (predominante en Latinoamérica), a la psicología y psicoterapia de enfoque integrativo.

Bibliografía

- Agencia Fides (2022).** *Las estadísticas de la Iglesia Católica*. 96° Jornada Mundial de las Misiones – 23 de octubre de 2022. http://www.fides.org/es/attachments/view/file/Dossier_Estad_sticas_de_la_Iglesia_2022.pdf
- Araya, M. (2009).** *Búsqueda de sentido y Enfoque Integrativo* [Tesis para optar al grado de Magister en psicoterapia Integrativa, Universidad Adolfo Ibáñez – Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa]
- Baker, M.W. (2007).** *Jesus the greatest therapist who ever lived [Jesús el terapeuta más grande que jamás haya existido]*. Harper One.
- Benedicto XVI (12 septiembre 2006).** *Discurso del Santo Padre en la Universidad de Ratisbona. Fe, razón y universidad, Recuerdos y reflexione* [Discurso]. Encuentro con el mundo de la cultura, Ratisbona, Alemania. https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/es/speeches/2006/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20060912_university-regensburg.html
- Benedicto XVI (30 noviembre 2007).** *Carta encíclica “Spe Salvi” [SS], sobre la Esperanza Cristiana*. https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/es/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe_salvi.html
- Benedicto XVI (24 junio 2009).** *Audiencia General*. https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/es/audiences/2009/documents/hf_ben-xvi_aud_20090624.html
- Biblia de Jerusalén (2009).**
- Descleé de Brouwer, Duque López, C. F. (2018).** *Psicoterapia y espiritualidad, El reto de la transformación interior desde Anselm Grün*. Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente. <https://repositorio.uco.edu.co/jspui/handle/20.500.13064/276>. Universidad Católica (2022). *Encuesta Nacional Bicentenario UC*. <https://encuestabicentenario.uc.cl/resultados/>
- Escrivá de Balguer, J. M. (1987).** *Forja*. <https://www.ebookscatolicos.com/forja-san-josemaria-escriva-de-balguer/>
- Escrivá de Balguer, J. M. (1939).** *Camino*. <https://www.ebookscatolicos.com/camino-san-josemaria-escriva-de-balguer/>
- Fernández Jiménez, L. C. (2022).** *Psicoterapia y Religión: la influencia de Paul Tillich en la Psicoterapia Existencial de Rollo May*. *Pensamiento*, 78(298), 653-668. <https://doi.org/10.14422/pen.v78.i298.y2022.021>
- Ferretti, P. (s.f.).** *Apuntes sobre León Rozitchner y la crítica marxista de la religión. Aportes del Pensamiento Crítico Latinoamericano 5, León Rozitchner: un marxismo con cuerpo propio*, 81-96. <http://iealc.socials.uba.ar/wp-content/uploads/sites/57/2018/09/Le%C3%B3n-Rozitchner.pdf#page=81> marx
- Francisco (27 junio 2014).** *Homilía del Santo Padre Francisco leída por el Cardenal Angelo Scola [Homilía]*. Santa Misa en la Solemnidad del Sagrado Corazón de Jesús, visita al Policlínico Gemelli y a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Sacro Cuore, Milán, Italia. https://www.vatican.va/content/francesco/es/homilies/2014/documents/papa-francesco_20140627_omelia-ospedale-gemelli.html
- Francisco (17 enero 2018).** *Discurso del Santo Padre [Discurso]*. Encuentro con los jóvenes. Santuario Nacional de Maipú, Santiago, Chile. https://www.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2018/january/documents/papa-francesco_20180117_cile-maipu-giovani.html
- Francisco (25 marzo 2019).** *Exhortación Apostólica Postsinodal “Christus Vivit” [ChV]*. https://www.vatican.va/content/francesco/es/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20190325_christus-vivit.html
- González-Rivera, J. A. (2017).** *Integrando la Espiritualidad en la Consejería Profesional y la Psicoterapia: Modelo Multidimensional de Conexión Espiritual*. *Revista Griot*, 10(1), 56-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7047994>
- Hevia Mattera, B. (2020).** *Cambios subyacentes a la conversión religiosa al cristianismo protestante/evangélico: ¿Cambios terapéuticos? Un estudio en jóvenes universitarios chilenos a partir del Enfoque Integrativo Supraparadigmático* [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Integrativa EIS, Universidad Adolfo Ibáñez – Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa]
- Iglesia Católica (1997).** *Catecismo de la Iglesia Católica [“Catechismus Ecclesiae Catholicae”- CEC]*. http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/index_sp.html
- Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (s.f).** *Quienes somos*. <https://www.icpsi.cl/quienes-somos/enfoque-2/>
- Korman, G.P., Garay, C. J., & Sarudiansky, M. (2008).** *Psicoterapia cognitiva y religión: ¿Qué debe saber un terapeuta cognitivo de la diversidad religiosa de la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense?*. *SUMMA Psicológica UST*, 5(2), 53-

62.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2774203>
- León L. A. (1978).** *Psicología Pastoral De La Iglesia*. Editorial Caribe
- https://www.academia.edu/37767025/Psicolog%C3%ADa_pastoral_de_la_iglesia
- Loredó, J. C. & Blanco, F. (2014).** La práctica de la confesión y su génesis como tecnología psicológica. *Estudios de Psicología*, 32(1), 85-101.
<http://dx.doi.org/10.1174/021093911794834612>
- Mafla Terán, N. (2013).** Función de la religión en la vida de las personas según la psicología de la religión. *Theologica Xaveriana*, 63 (176), 429-459
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=191029949006>
- Maurial Chávez, I. (2017).** Confesión sacramental y psicoterapia, Una aproximación teleoanalítico-transaccional acerca de la fe cristiana, el pecado, el secreto y la reconciliación. *Consensus*, 22(2), 57-85. <https://doi.org/10.33539/consensus.2017.v22n2.1268>
- Mestre, S., Rama, D., Martín-Marfil, P., Chiclana C. (1-28 Febrero 2014).** *Integración de espiritualidad y psicoterapia*. XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014.
https://www.researchgate.net/publication/260156631_INTEGRACION_DE_ESPIRITUALIDAD_Y_PSICOTERAPIA
- Opazo Castro, R. (2017).** *Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión. Potenciando el cambio*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Pallavicini, P. (2001).** Un Acercamiento hacia la Dimensión Psicoterapéutica del Cristianismo Bíblico: Un Estudio con Relatos de Vida. *Revista Psíke*, 10(1), 103-114.
<https://doi.org/10.7764/psykhe.v10i1.19507>
- Pablo VI (17 septiembre 1970).** *Discurso a los participantes en el Congreso Internacional dedicado a «María Montessori y el problema de la educación en el mundo moderno»* [Discurso].
https://www.vatican.va/content/paul-vi/fr/speeches/1970/documents/hf_p-vi_spe_19700917_centenario-nascita-montessori.html
- Perrone, M. (2019).** *“La Dimensión Espiritual en la Terapia Familiar Ultramoderna”, Espiritualidad y Terapia Familiar Ultramoderna*.
https://www.researchgate.net/publication/350823040_La_Dimension_Espiritual_en_La_Terapia_Familiar_Ultramoderna
- Pío XII (15 mayo 1956).** *Carta encíclica “Haurietis Aquas” [HA] sobre el Culto al Sagrado Corazón de Jesús*.
https://www.vatican.va/content/pius-xii/es/encyclicals/documents/hf_p-xii_enc_15051956_haurietis-aquas.html
- Robert Jiménez, J. R. (1995).** Psicoterapia y religión: Una perspectiva psicosocial. *Reflexiones*, 36(1).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4796554.pdf>
- Salgado Lévano, A. C. (2016).** Acerca de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Revista Educa UMCH*, (07), 06-27. <https://doi.org/10.35756/educaumch.201607.2>
- Schreurs, A. (2011).** *Psicoterapia y espiritualidad: la integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica*. Editorial Desclée de Brouwer.
<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433018403.pdf>
- Schuchts, B. (2021).** *Sé Sanado, Una guía para el encuentro con el poderoso amor de Jesús en tu vida*. Ave María Press.
- Simkin, H. (2016).** *Espiritualidad, religiosidad y bienestar subjetivo y psicológico en el marco del Modelo y la Teoría de los Cinco Factores de la Personalidad* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de la Plata].
<https://www.aacademica.org/hugo.simkin/14>
- Trapaga, I. (2020).** Cristoterapia: una aproximación teórica a centros de rehabilitación cristianos del norte de México. *Revista Cultura y Droga*, 25 (29), 89-112. DOI: 10.17151/culdr.2018.23.26.5
- Verdier Mazarra, P. (2011).** *Psicología y psiquiatría, Textos del Magisterio Pontificio*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Yoffe, L. (2007).** Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (7), 193-206.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645307>

Abreviaciones

- **Catecismo de la Iglesia Católica: (CEC)** –“ *Catechismus Ecclesiae Catholicae*”
- **Biblia:** (1 Cor) – 1ª epístola a los Corintios (San Pablo); (2 Cor) – 2ª epístola a los Corintios (San Pablo); (1 Jn) – 1ª epístola de San Juan; (2 P) – 2ª epístola de San Pedro; (2 Tm) – 2ª epístola a Timoteo (San Pablo); (Col) – Epístola a los Colosenses (San Pablo); (Ef) – Epístola a los efesios (San Pablo); (Ex) – Libro del Éxodo; (Gal) – Epístola a los Gálatas (San Pablo) ; (Gen) – Libro del Génesis ; (Hch) – Hechos de los Apóstoles; (Is) – Libro de Isaías; (Jn) – Evangelio según San Juan; (Jr) – Libro de Jeremías; (Lc) – Evangelio según San Lucas; (Lev) – Libro de Levítico; (Mc) – Evangelio según San Marcos; (Mt) – Evangelio según San Mateo; (Rom) – Epístola a los Romanos (San Pablo); (1 Ts) – 1ª epístola a los Tesalonicenses (San Pablo); (Tt) – Epístola a Tito
- **Magisterio Pontificio:** (ChV) – *Exhortación Apostólica Postsinodal “Christus Vivit”* (Papa Francisco); (HA)

- Carta encíclica “Haurietis Aquas” (Papa Pío XII); (SS)
- Carta Encíclica “Spe Salvi” (Papa BENEDICTO XVI)
- **Documentos del Concilio Vaticano II:** (AG) – Decreto “Ad Gentem”; (DV) – Constitución Dogmática “Dei Verbum”; (GS) – Constitución Dogmática “Gaudium et Spes”; (LG) – Constitución Dogmática “Lumen Gentium”; (SC) – Constitución Dogmática “Sacrosanctum Concilium”; (UR) – Decreto “Unitatis redintegratio”
- **Otros:** (MR) – Misal Romano (Papa Pablo VI); (SPF) – “Credo del Pueblo de Dios” (Papa Pablo VI)

Telepsicología y consumo de sustancias, identificación y evaluación. Una revisión y aproximación desde la Psicoterapia Integrativa EIS

Carlos Henríquez Hernández*

Abstract

The following article is a review of the available literature on the identification and evaluation of patients with substance use in telepsychology modality. The main objective of this review is to rescue elements that help professionals to identify consumption problems in telepsychology, at the same time to identify which elements of EIS Integrative Psychotherapy respond to or contribute to the subject. A conceptual tour of consumption, dependence and addiction is made, as well as the different definitions of telepsychology. In addition, the main difficulties and obstacles of the subject are recognized, and the viable solutions and contributions found are reflected on.

Keywords. - Substance use, Telepsychology modality, EIS Integrative Psychotherapy

Resumen

El siguiente artículo, es una revisión de literatura disponible acerca de la identificación y evaluación de pacientes con consumo de sustancias en modalidad de telepsicología. El principal objetivo de esta revisión es rescatar elementos que ayuden a los profesionales a identificar problemáticas de consumo en telepsicología, al mismo tiempo identificar qué elementos de la Psicoterapia Integrativa EIS, responden o aportan a la temática. Se hace un recorrido conceptual del consumo, dependencia y adicción, al igual que las distintas definiciones de telepsicología. Además, se reconocen las principales dificultades y obstáculos de la temática y se reflexiona sobre las posibles soluciones y aportes encontrados.

Palabras clave. – Uso de sustancias, Telepsicología, Psicoterapia integrativa EIS

Introducción

La pandemia COVID-19 produjo que el trabajo de psicoterapia se realizará de modalidad online, debido al confinamiento y cuarentenas. Con el paso del trabajo en persona al teletrabajo a distancia, aparecen conceptos como telepsicología, teleterapia entre otros, que permiten explicar este fenómeno. En este contexto aparece la necesidad de indagar el proceso de la psicoterapia virtual, desde cómo la tecnología que permite esta es usada hasta sus implicancias en el proceso psicoterapéutico, y si bien, es una práctica válida y eficaz, es de suma importancia entender sus ventajas y sus limitaciones.

Para lograr este objetivo se realizará un análisis de publicaciones y textos acerca de psicoterapia, el teletrabajo y la virtualidad en conjunto a drogodependencia, consumo problemático, trastorno de uso de sustancias y adicción y se contrastará con la Psicoterapia Integrativa EIS, la cual será considerada como base dentro de este trabajo. Junto a la telepsicología, se toma la problemática del consumo de drogas, la drogodependencia y adicciones y su evaluación dentro de la psicoterapia a distancia.

Tomando en cuenta lo anterior, se buscó profundizar en el concepto de telepsicología, y en el trabajo terapéutico en sí, viéndolo desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, teniendo en cuenta también la eficacia y la ética. Siguiendo esta idea, se propuso que investigar esta temática permitirá encontrar formas de potenciar el trabajo terapéutico

* Ps. Universidad Central
Psicoterapeuta Integrativo ICPSI
carloshehe94@gmail.com

tradicional y a distancia, se buscará desprender elementos que ayuden a profesionales de la salud mental a tener procesos exitosos dentro y fuera de la virtualidad a evaluar pacientes que presentan un consumo de sustancias.

La problemática del consumo de sustancias y adicción es uno de los retos que ha enfrentado nuestro país desde hace muchos años, de acuerdo al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en su programa Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 (SENDA, 2021), también plantea un mayor consumo de los jóvenes, superando el consumo de los adultos.

Siguiendo la idea anterior, los estudios de población general y escolar de Chile muestran que el consumo de marihuana, pasta base, tranquilizantes sin receta médica y cocaína entre los jóvenes de un rango etario de 13 años a 18 años o que cursan entre 8° básico y 4° medio, es mayor que en la población general.

Con una edad de inicio de consumo siendo aproximadamente a los 14 años, existe la preocupación del daño que provoca el consumo de sustancia en edades donde aún existe un desarrollo neurológico.

Se entiende que los efectos de las medidas para enfrentar la crisis de la pandemia por covid-19, entendiendo estas como las cuarentonas y el aislamiento tuvo su efecto en el consumo de sustancias en las personas. Una revisión de literatura científica de Sixto Costoya, et al., (2021) acerca de las repercusiones de la pandemia en adicciones, específicamente la interrelación e incidencia entre las medidas para afrontar la pandemia y las consecuencias en la salud mental y adicciones.

Entonces, reconociendo que la problemática del consumo de sustancias es un problema no solamente nacional, sino que global, en donde este es causante de daños biopsicosociales significativos no solamente en la persona que consume sino también su entorno.

Fernández-Artamendi y Weidberg (2016), plantean que la correcta evaluación de la gravedad de

la adicción es de suma importancia, especialmente para ofrecer un tratamiento adecuado de acuerdo a las necesidades de cada paciente/cliente/usuario. Existen una gran cantidad de evaluaciones psicométricas para facilitar el diagnóstico de trastorno de sustancias, así también como entrevistas centradas en ver la gravedad del consumo o adicción, si bien menciona que estas herramientas están en constante evolución, estas van en escasez en cuanto a la traducción al castellano y en lo que respecta a los jóvenes.

De acuerdo a Elosua (2020) existe la problemática de la evaluación y aplicación de test o pruebas psicológicas a través de la telepsicología especialmente frente a la demanda por este cambio de lo presencial a lo no presencial por lo que realiza un análisis de los posibles riesgos de esta aplicación de estos test que están diseñados y considerados para un uso presencial de forma virtual o en telepsicología.

La identificación y evaluación de consumo de sustancias, consumo problemático y/o adicción a sustancias o dependencia a través de la telepsicología como una problemática actual que quizás vienen antes de que la telepsicología se volviera tan prominente por una parte por la pandemia sars/cov-19 y las medidas para mitigar la crisis y con el paso de un proceso terapéutico de lo presencial a lo no presencial.

De acuerdo a lo anterior nacen dos problemáticas que resultan fundamentales, el buen diagnóstico de trastorno de uso de sustancias para que los pacientes puedan acceder a un tratamiento basado en evidencia llevado por especialistas y que esté adecuado a sus necesidades y como la telepsicología con sus ventajas y limitaciones influye en estos diagnósticos. Al mismo tiempo que se indague en como el EIS podría aportar o responder a estas problemáticas.

En el presente artículo, se realizó una revisión de bibliografía o literatura científica en torno a la temática de la evaluación de drogodependencia, consumo problemático y adicciones en conjunto al concepto de telepsicología. Para lo anterior se hizo uso de motores de búsqueda de bases de datos de artículos

científicos como Google Scholar y Redalyc, en donde se aplicaron los siguientes términos: “Telepsicología”, “adicción”, “consumo”, “problemático”, “trastorno”, “sustancia”, “droga”, “Psicoterapia”, “online”, “TUS”, “evaluación”. Estos términos son filtrados por idioma español e inglés y se ocuparon publicaciones desde el 2014 al presente año 2023.

Lo anterior se realizó con el objetivo de encontrar la mayor cantidad de literatura científica en torno a la temática investigada. Al mismo tiempo para abordar esta investigación se utilizarán los conceptos de telemedicina, telepsicología, el diagnóstico del DSM-V trastorno por consumo de sustancia, así también como se apreció desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Respecto a la telemedicina, esta es definida como el uso de tecnologías electrónicas de información y telecomunicaciones para apoyar la atención médica clínica a larga distancia, la educación relacionada con la salud de pacientes y profesionales, la salud pública y la administración de la salud (Washington, DC, Department of Health and Human Services citado en Liu et al, 2020). Entendiendo que la telemedicina se refiere específicamente a servicios clínicos remotos.

Como antecedente, Liu et al (2020), indican que aproximadamente dos millones de videoconferencias de atención primaria se realizaron en los Estados Unidos en 2015, un número que se espera que supere los cinco millones para 2020, con un total de videoconferencias proyectado en 27 millones y la actual pandemia de COVID-19 probablemente se acelere este aumento.

Telepsicología, o también ciberpsicología, terapia online, terapia no presencial, psicoterapia online, entre otros conceptos que van variando de acuerdo autor y publicación, para la confección de este artículo, se utilizará el concepto de tele-psicología, entendiendo este concepto como prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, que entre otras incluyen el uso de teléfonos, dispositivos móviles, videoconferencias, correo electrónico, chats o

mensajes de texto, y abarca un amplio espectro de actuaciones, tanto síncronas como las videoconferencias, el teléfono y el chat, y asíncronas, es decir correos electrónicos, foros y otros medios, en los cuales la información puede transmitirse de forma escrita, oral e incluir imágenes, sonidos u otro tipo de datos de acuerdo al .Consejo General de la Psicología (2017).

Por otro lado, dentro del DSM-5 de la American Psychological Association APA (2014) , los trastornos relacionados con sustancias y si bien el manual tiene un diagnóstico para los distintos tipos de sustancias, así también como los trastornos por el consumo en sí y los trastornos que inducidos por el consumo. La principal característica del trastorno por consumo es la aparición de sintomatología cognitiva, fisiológica y conductual que aparentan que la persona sigue consumiendo pese a los problemas que la genere. Cabe comentar que también existen los trastornos de abstinencia de ciertas sustancias .

Revisando conceptos, desde el abuso de sustancias a la adicción.

Respecto a los conceptos, Ortiz (2021) indica que no es difícil encontrar distintos conceptos y confusión en la temática de uso de sustancias, conceptos como abuso, consumo, consumo de riesgo y adicciones; se entiende consumo como cualquier ingesta de una sustancia, el consumo de riesgo como aquel consumo que se encuentra afuera de las pautas establecidas ya sea por normas legales o recomendaciones médicas, en donde existe un riesgo para la salud física, psicológica o social para la persona que consume, entendiendo que el término en sí, consumo de riesgo, no es un diagnóstico del DSM o el CIE-10; del concepto anterior se desprende el consumo de bajo riesgo, entendido como un consumo que si se encuentra dentro de las recomendaciones médicas y normas legales.

Por otra parte el término abuso de drogas, se emplea al referirse tanto a un consumo de riesgo como para una dependencia a una sustancia y si bien este concepto no es utilizado por el CIE-10, si lo es por la versión IV del DSM indicando que es diferente a una dependencia y además no es evidenciado por síntomas de abstinencia y/o tolerancia, sino más bien por patrones de consumo que traen consecuencias negativas para la persona que consume.

Siguiendo los conceptos anteriores, el término consumo perjudicial, es usado por el CIE-10, y se refiere a un patrón de consumo que ha causado daño, sea físico, mental o social. El concepto de dependencia, utilizado en el pasado por el DSM-IV, y en la actualidad por el CIE-10 en donde indican una sintomatología cognitiva, conductual y fisiológica por al menos 12 meses que muestran una pérdida del control sobre el consumo por parte de la persona, puede incluir síntomas relacionado a la abstinencia y la tolerancia; existe un consumo aun cuando este tiene consecuencias negativas para la persona.

De las adicciones, el término adicción es caracterizado como un “trastorno complejo biológico, psicológico y social que necesita ser guiado por varias aproximaciones clínicas y de salud pública” (Becoña 2016 citado por Ortiz 2021), también hace referencia una cronicidad en el tiempo en conjunto a una búsqueda y un consumo compulsivo.

Siguiendo esta idea, existen criterios globales para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia el cual, de acuerdo a la APA (2014), está basado en un patrón patológico de comportamientos, los cuales están relacionados al consumo de sustancias. Respecto a la organización diagnóstica, considerando lo general, serían los criterios de: control Deficitario, Deterioro Social, Consumo de Riesgo y el criterio Farmacológico. Otro punto a considerar sería la abstinencia, que es considerada un síndrome que ocurre cuando se disminuye la sustancia en la sangre o tejido de una persona que ha consumido tal sustancia de forma prolongada.

Siguiendo esta idea, existen criterios globales para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia el cual, de acuerdo a la APA (2014), está basado en un patrón patológico de comportamientos, los cuales están relacionados al consumo de sustancias.

Respecto a la organización diagnóstica, considerando lo general, serían los criterios de: control Deficitario, Deterioro Social, Consumo de Riesgo y el criterio Farmacológico.

Otro punto a considerar sería la abstinencia, que es considerada un síndrome que ocurre cuando se disminuye la sustancia en la sangre o tejido de una persona que ha consumido tal sustancia de forma prolongada.

Para contextualizar aún más allá, SENDA, utiliza las bases anteriores para constituir un consumo problemático de drogas y/o alcohol, tanto desde el DSM-IV y desde el CIE-10, es decir considera un consumo problemático cuando existe sintomatología de abuso de alcohol y/o drogas.

Además, dentro de este consumo, se desprenden dos variables, el consumo de riesgo alto y el consumo de riesgo bajo. Por un lado se considera un consumo de riesgo alto en los casos de emborracharse 3 o más veces en un mes, usar cannabis 10 o más veces en la vida y usar LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína una vez en la vida; por otro lado el consumo de riesgo bajo tiene los siguientes criterios, emborracharse entre 0 y 2 veces en 1 mes, haber consumido 9 o menos veces cannabis en la vida, no haber consumido nunca LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína en la vida. (SENDA, 2021)

Telepsicología

Un estudio del 2020 que realizó una revisión bibliográfica acerca de la salud conductual, en donde la evidencia examinada indicó: “el uso de modalidades específicas de telemedicina (videoconferencias, llamadas telefónicas o servicios basados en la web) es tan efectivo como los servicios en persona para diagnosticar y manejar algunas condiciones de salud conductual entre niños y adultos.” (Liu et al., 2020)

También, se encontró más evidencia que respalda el uso de la telemedicina para controlar las condiciones de salud conductual que para diagnosticar estas condiciones. Por otra parte, el uso de la telellamada o videoconferencia fue apoyada por más estudios que los servicios telefónicos o servicios basados en la web. Liu et al (2020) recalca que no se encontró estudios empíricos que indiquen que la telemedicina sea menos efectiva que la atención presencial.

Una revisión sistemática de las ventajas y desventajas respecto a la telepsicología indica: La telepsicología, que no es una estrategia nueva, genera opiniones divididas en cuanto a su aplicación. “Algunos profesionales mencionan que es difícil de ejecutar y que requiere mucho más esfuerzo de lo habitual, en cambio, quienes la usan con frecuencia le describen como fácil y dinámica” (Rojas-Jara et al. 2022) Además, entre las ventajas que arrojó esta investigación, se encuentran: la reducción de la distancia geográfica, debido a la modalidad a distancia; el aumento de la privacidad y la reducción del estigma, entendiendo que la sensación de la privacidad y anonimato permite disminuir la inhibición, así también como el estigma asociado a la búsqueda de ayuda psicológica; permitir una mayor flexibilidad, mejorar el acceso a la atención debido principalmente a que permiten incluir a personas que tienen limitaciones ya sea físicas, geográficas o financieras entre otras; finalmente el bajo costo de implementación de la telepsicología. Por otro lado entre las desventajas, se puede encontrar una mayor dificultad en la accesibilidad, especialmente cuando no se tiene un acceso a un servicio de internet o dispositivo necesario; otra desventaja es el compromiso respecto a la privacidad, seguridad y la confidencialidad, entendiendo que el uso de dispositivos tecnológicos, internet y/o aplicaciones conllevan riesgos; el límite de conocimientos respecto a la telepsicología y para finalizar, los obstáculos de la comunicación entre terapeuta y paciente, se entiende en como el medio puede afectar la calidez, la espontaneidad o la empatía en la relación o alianza,

también se reconoce la limitación en observar el lenguaje no-verbal. (Rojas-Jara et al. 2022)

Respecto a la evaluación y aplicaciones test vía telepsicología, no es mucho lo que se encuentra en términos académicos, pero la autora Elosua, P. (2020), plantea que el uso de estos supone una amenaza tanto para la validez científica de las pruebas como a la ética del proceso evaluativo. Respecto a lo anterior indica una serie de recomendaciones en la aplicación de tests, estas recomendaciones incluyen asegurarse que es necesaria la aplicación de la prueba, una buena selección de test a aplicar, considerar las características del paciente/cliente/usuario quien recibe tal prueba que permitan la aplicación de esta, la consideración de la tecnología, respecto a la privacidad de los datos y el acceso al servicio de conexión, también se indica considerar al momento de la aplicación el impacto del cambio en las condiciones y por último estar consciente de posibles alteraciones en los resultados del test aplicado.

Se concluye que en el uso de test psicométricos en la telepsicología expertos llaman a ser prudentes en su uso y que exista un entendimiento respecto a cómo cambian los resultados debido al impacto que tiene el cambio del medio.

Lo anterior puede dificultar la evaluación respecto a un diagnóstico de trastorno por uso de sustancia, ya que si entendemos que la problemáticas de consumo y su evaluación requieren o necesitan instrumentos psicométricos robustos (Fernández-Artamendi, S. y Weidberg, S. 2016). En consideración con ya sea la misma enfermedad Covid-19 o la medidas de prevención y su impacto en las adicciones de distintas sustancias, pero por sobre todo el alcohol, el tabaco y los opioides, también entendiendo la comorbilidad con trastornos más severos y como la importancia se centró en la mantención de los tratamientos que requieren las personas. (Sixto Costoya, et al., 2021).

Sin embargo, la telemedicina fue la estrategia más utilizada para el mantenimiento de la atención, alcanzando su objetivo de mantener los tratamientos y

la atención ofrecida por diferentes tipos de profesionales en distintas poblaciones en tratamiento por trastorno de uso de sustancias. Aunque pocos estudios han abordado la aceptabilidad de esta intervención, resulta necesario mencionar que, en algunos casos, la adherencia y los resultados del uso fueron positivos. En líneas generales, el apoyo de telesalud, telemedicina y telepsicología es un recurso importante que puede convertirse en una parte permanente de la atención en los centros de tratamiento de trastorno de uso de sustancias. (de Vargas et al 2021)

Detección del consumo, herramientas, intervención y derivación

La detección, la intervención breve y la derivación a tratamiento o SBIRT, en sus siglas en inglés, “es una forma accesible y eficaz de evaluar a los pacientes para detectar trastornos por consumo de sustancias, así como asesorar y derivar a los pacientes con trastornos por consumo de sustancias, que ha sido validada en una variedad de entornos clínicos” (Stubbs y Merrill, 2019)

Siguiendo esta idea, la detección es referida como una forma preguntar al paciente sobre su propio consumo ya sea formal, realizada a través de instrumentos validados o informal cuantificando el uso de sustancias. En ambas formas es importante conocer si el uso de sustancias contribuye o no a la sintomatología del paciente, en donde la alianza terapéutica es fundamental para que este procedimiento sea efectivo o no.

Sobre la intervención breve, una intervención terapéutica o preventiva de corta duración con el propósito de identificar problemáticas actuales o futuras del consumo del paciente, además de medir y trabajar la motivación del paciente frente al cambio y su propio consumo. (Ortiz, J. 2021) Cabe mencionar que la entrevista motivacional, una herramienta ocupada para “mover al paciente a través del cambio continuo hacia una búsqueda de un cambio” (Stubbs y

Merril 2019) La cual cuenta con cuatro principios. La expresión de la empatía, el desarrollo de discrepancia entre los objetivos del paciente y su consumo actual; trabajar con la resistencia, lo implica que la resistencia al cambio es algo esperable que hay que trabajar y superar y por último, generar autovalencia, esto indica que el paciente tiene el rol fundamental de generar un plan para lograr este cambio.

El último paso del SBIRT, de acuerdo a Stubbs y Merrill (2019), es la derivación a tratamiento, y este consiste principalmente en que el clínico esté al tanto y utilice los recursos e infraestructura de tratamiento de adicciones en la comunidad en donde se encuentra el profesional. Existen múltiples recursos, pero se desprende como mínimo, el conocer grupos de apoyo tanto para la persona que consume como para la familia, centro de tratamiento de adicciones, servicios ambulatorios o de ser necesario hospitalización; también debe tener en consideración tratamientos específicos a adicciones a ciertas sustancias.

En Estados Unidos, Lin et al (2023) recopilaron y revisaron investigaciones de servicios relacionados con la detección de rutina para trastorno de uso de sustancias, así también, servicios que evalúan la naturaleza y gravedad del consumo o buscan síntomas específicos en trastornos por uso de sustancias. Entre estos servicios, se encuentra el uso de herramientas para evaluar el consumo de opioides fue comúnmente utilizado a través de videoconferencias; también varios clínicos han diagnosticados y asesorados trastornos de uso de sustancias de forma remota a través de video. El uso de llamada telefónica, con solamente el audio, fue el mayor medio utilizado en la búsqueda de historial y tamizaje de alcohol y drogas en la mayoría de las organizaciones, de acuerdo Molfenter et al (2021) citado por Lin et al (2023). Cabe especificar que si bien la mayoría de las intervenciones mencionadas anteriormente no entregan más detalle respecto a la evaluación de uso de sustancia, por lo menos una investigación detalla que la detección y evaluación inicial por vía virtual, podría durar entre 30 y 45 minutos. (Tofighi et al 2022 citado por Lin et al 2023)

Análisis y Discusión

En el desarrollo de este artículo, se han revisado los conceptos que se encuentran en la literatura respecto a trastornos de sustancias y el consumo de alcohol y drogas en la clínica. Se hace un recorrido desde lo que es el consumo propiamente tal, hasta el diagnóstico de trastorno de uso de sustancia, usado por el actual manual diagnóstico DSM-V. Al mismo tiempo se revisó la literatura disponible respecto a la telepsicología, como emerge en el contexto de las restricciones por las medidas de mitigación de la pandemia COVID-19, los alcances y limitaciones en psicoterapia, así también en dar un contexto de la telemedicina especialmente cuando se trata con personas que consumen sustancias. Esto en conjunto a los distintos métodos para detectar y diagnosticar el consumo, no entrega una visión clara de la problemática de la telepsicología y la detección, evaluación y el diagnóstico de una persona que consume.

El aporte del Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS a esta problemática, proviene del psicodiagnóstico integral, el cual puede ser definido como la caracterización de las distintas áreas de funcionamiento de la persona en relación a los seis paradigmas, más las funciones del Sistema SELF. Lo anterior quiere decir que este psicodiagnóstico se preocupa de evaluar las particularidades del paradigma biológico, ambiental-conductual, afectivo, cognitivo, inconsciente y sistémico; al mismo tiempo, evalúa cada función del sistema SELF, la función de toma de conciencia, significación integral, de identidad, de autoorganización, de búsqueda de sentido y conducción de vida (Opazo 2017). Entendiendo que lo anterior es parte del proceso de la psicoterapia integrativa EIS, es posible distinguir cómo la teoría integrativa permite al clínico apreciar las fortalezas y debilidades de los seis paradigmas y funciones del SELF; logrando así una evaluación del mundo de significados del paciente. Respecto a lo anterior, Opazo (2017)

indica: *“no solo aporta en términos descriptivos o de pronóstico; aporta, muy relevantemente, en términos etiológicos y en términos de opciones psicoterapéuticas. De ser efectivo esto, nuestro psicodiagnóstico integral nos aporta relevantes ventajas comparativas en relación a quedarnos tan solo con una evaluación DSM.”* (Opazo, 2017. p. 1050)

Resulta necesario mencionar la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), el cual es un instrumento fundamental dentro del psicodiagnóstico integral, corresponde a un cuestionario de autoinforme por parte del paciente, en donde se evalúa el funcionamiento de sus seis paradigmas y funciones del SELF, asimismo también el mundo de significados de la persona; con el propósito dentro del psicodiagnóstico, ver las fortalezas y debilidades al mismo tiempo iluminado áreas de lo descriptivo, etiológico, predictivo y terapéutico. El FECI posee variantes de acuerdo a la etapa vital del consultante, existiendo un FECI para un sistema infantil, adolescente, adulto y pareja y adulto mayor. (Bagladi et al 2022) También se ha desarrollado un FECI para el contexto de paciente adictos (FECIAD), este último posee más preguntas del tipo cualitativa respecto al consumo en sí, además de evaluar el estilo de apego. (Guajardo 2022).

De esta misma manera, Guajardo (2022), plantea que el psicodiagnóstico integral posibilita un acceso a las posibles causas de la dependencia a drogas y sustancias de un paciente, permitiendo ver el “perfil causal” sin omitir posibles etiologías; al mismo tiempo que este psicodiagnóstico integral cumple una función predictora respecto a qué tipo de intervención va a ser de más ayuda o aporte a cada paciente.

Es importante reconocer que en la labor de la psicoterapia nos vamos a encontrar con personas que consumen o han consumido sustancias, que posee dependencias a estas o tengan una adicción. Dentro de este ámbito es importante poder discriminar entre las distintas definiciones para poder actuar clínica y éticamente mejor para la persona que tenemos enfrente. Por un lado, se encuentran las intervenciones

breves, la cuales permiten el reconocimiento y una posible eventual derivación a centros especializados en el tratamiento del consumo de sustancias, al mismo tiempo hay que reconocer los riesgos de la aplicación de herramientas clínicas en el contexto de la telepsicología, especialmente al considerar la dificultad de la problemática del consumo. Entendiendo lo anterior, el psicodiagnóstico integral aporta al permitir conocer el mundo de significados del pacientes, estando informado, el clínico podrá realizar una mejor toma de decisiones respecto a la posible derivación o no de un paciente con consumo de sustancias, también los reconociendo la severidad de la sintomatología, teniendo en cuenta los aportes de la detección, la intervención breve y la derivación a tratamiento (SBIRT) el clínico no solamente deberá tener en cuenta los recursos en donde este práctica la clínica, si no en una modalidad de telepsicología, este deberá tener en cuenta los recursos locales de donde se encuentra su paciente, y si es necesario activar estos recursos de forma remota.

Resulta necesario mencionar que la mayoría de los datos encontrados respecto al consumo y trastornos de uso de sustancias en la telepsicología se centran en la mantención del tratamiento o en el tratamiento en sí; La pandemia COVID-19 ha ofrecido una ventana de oportunidad para avanzar en la experiencia telemedicina en general, incluyendo la telepsicología, en donde mediante la formalización de la orientación clínica, la rutina de capacitación del servicio de tratamiento a distancia en los trastornos de uso de sustancia; en conjunto a la promoción y el relajo de políticas en torno a la telemedicina se ha logrado este avance. (Lin et al 2023).

Por otro lado, Figueroa (2022) al plantear sus experiencias y reflexiones acerca de la mantención y seguimiento de sus pacientes drogodependientes durante la pandemia COVID-19, desde la Psicoterapia Integrativa EIS, este desprende conclusiones que podrían ser útiles al llevarlas a la problemática de la detección y evaluación del consumo en la telepsicología. Estas son definidas como parciales y

limitadas pero permiten apreciar como el formato de telepsicología afectó tanto a pacientes como a terapeutas, entre estas, se destaca el gran cambio al paradigma ambiental-conductual de la pandemia; que la no interacción cara a cara genero un cambio en la aplicación de instrumentos por parte del clínico además de la pérdida de un espacio significativo y/o salutogénico para los pacientes; también se reconoció que la literatura científica respecto a la telepsicología previa a la pandemia, tenía un carácter paliativo y específico a ciertos contextos. Lo anterior da cuenta de que el contexto de la pandemia dejó a la telepsicología con un carácter de grado paliativo o de mantención de un tratamiento, la literatura revisada deja en evidencia esto, especialmente al contrastar con la problemática de la drogodependencia, sin embargo también existen formas de poder evaluar el consumo, estando informado tanto de los criterios diagnósticos y conceptuales desde el consumo a la adicción, así también como de las prácticas clínicas de la psicoterapia integrativa EIS y la intervención breve; logrando así tener una imagen más clara de esta problemática a través en un medio a distancia como la telepsicología.

Conclusiones

Como resultado, se entiende que la detección y evaluación del consumo de sustancia en la telepsicología es una temática sumamente compleja, en gran parte debido a la severidad de la sintomatología y del consumo, la dependencia y adicciones. Entendiendo también que la modalidad de la telepsicología se populariza tras una crisis sanitaria en donde el contexto y el propósito es distinto al actual, se desprende, que si bien permite tiene grandes ventajas como el ensanchar el acceso a psicoterapia, al momento de aplicar instrumentos o realizar intervenciones, existe la necesidad de estar conscientes de este cambio de la presencialidad a lo remoto o virtual, de las limitaciones de esta modalidad.

Debido a la complejidad de la evaluación del consumo, y en conjunto a una modalidad a distancia, al desarrollar este artículo se buscó de cierta forma una certeza, criterios y protocolos para tener presente cuando o no seguir tratando un paciente; lo que se encontró fue que la Psicoterapia Integrativa EIS a través del psicodiagnóstico integral puede aportar al permitir conocer el mundo de significados del pacientes, estando informado además con los diferentes conceptos y criterios respecto al consumo y conociendo los alcances y limitaciones de la telepsicología, el clínico, podrá realizar una mejor toma de decisiones respecto a la derivación o no de un paciente con consumo de sustancias. Además, el terapeuta no solamente deberá tener en cuenta los recursos en donde este práctica la clínica, si no en una modalidad de telepsicología, este deberá tener en cuenta los recursos locales de donde se encuentra su paciente, y si es necesario activar estos recursos de forma remota. Reconocer las propias habilidades, técnicas y conocimientos del propio terapeuta es igual de fundamental que reconocer los signos o síntomas de una adicción en un paciente, además de estar al tanto de recursos y/o redes de apoyo que son accesibles a pacientes con problemas de consumo.

Referencias

- American Psychological Association. APA. (2014).** Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- Consejo General de la Psicología (2017).** Guía para la práctica de la telepsicología. Madrid: COP. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- de Vargas D, Pereira CF, Volpato RJ, Lima AVC, da Silva Ferreira R, de Oliveira SR, Aguilar TF. (2021)** Strategies Adopted by Addiction Facilities during the Coronavirus Pandemic to Support Treatment for Individuals in Recovery or Struggling with a substance use disorder: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 18;18(22):12094. doi: 10.3390/ijerph182212094. PMID: 34831850; PMCID: PMC8624445.
- Elosua, P., (2021).** APLICACIÓN REMOTA DE TEST: RIESGOS Y RECOMENDACIONES. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 33-37. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2952>
- Fernández-Artamendi, S., & Weidberg, S. (2016).** AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE LAS ADICCIONES. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 52-61.
- Figuroa, J. (2022).** Cap 11: Psicoterapia Integrativa EIS (Formato Digital) y Drogodependencias. En Opazo, R. y Bagladi, V. *Manual de Psicoterapia Integrativa: Potenciando el cambio en la clínica aplicada*. Santiago: icpsi@icpci.cl
- Guajardo, J.(2022).** Cap 10: Psicoterapia Integrativa EIS y Adicciones. En Opazo, R. y Bagladi, V. *Manual de Psicoterapia Integrativa: Potenciando el cambio en la clínica aplicada*. Santiago: icpsi@icpci.cl
- Lin C, Pham H, Zhu Y, Clingan SE, Lin LA, Murphy SM, Campbell CI, Sorrell TR, Liu Y, Mooney LJ, Hser YI. (2023)** Telemedicine along the cascade of care for substance use disorders during the COVID-19 pandemic in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2023 Jan 1; 242:109711. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2022.109711. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36462230; PMCID: PMC9683518.
- Liu, J., Obioha, T., Magpantay, J., Kanovsky, D., Niles, L., & Scholle, S. H. (2020).** Inclusion of Telemedicine in Behavioral Health Quality Measures. *Psychiatric Services*, 71(12), 1288-1291. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900449>
- Opazo, R. (2017).** Psicoterapia Integrativa EIS. Profundizando la comprensión. Potenciando el cambio. Santiago: Andros Ltda.
- Opazo, R. y Bagladi, V. (2022).** Manual de Psicoterapia Integrativa: Potenciando el cambio en la clínica aplicada. Santiago: icpsi@icpci.cl
- Ortiz, J. (2021)** Del consumo de riesgo de drogas a la adicción: epidemiología, neurobiología, conceptos, tratamiento y más. Una revisión del estado actual, evidencias y sus implicancias para la Psicoterapia Integrativa EIS de las adicciones. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, Volumen (XIII), 42-63. https://www.icpsi.cl/wp-content/uploads/2022/11/acpi_2021.pdf
- Rojas-Jara, Claudio; Polanco-Carrasco, Roberto; Caycho-Rodríguez, Tomás; Muñoz-Vega, Catalina; Muñoz-Marabolí, Mariela; Luna-Gómez, Tamara; Muñoz-Torres, Tamara (2022)** Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19 *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, vol. 56, núm. 2, e1733, 2022, Mayo-Agosto Sociedad Interamericana de Psicología San Juan, Puerto Rico DOI: <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i2.1733>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2021). Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Para un Chile que Elige Vivir sin Drogas. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>

Sixto-Costoya, Andrea & Lucas, Rut & Agulló Calatayud, Víctor. (2021). COVID-19 y su repercusión en las

adicciones. *Salud y Drogas*. 21. 259-278. 10.21134/haaj.v21i1.582.

Stubbs K, Merrill BM (2019). Addiction Disorder Considerations for Patients Seeking Psychotherapy. *Innov Clin Neurosci*. 2019 Mar 1;16(3-4):11-15. PMID: 31214477; PMCID: PMC6538396.

Atención Psicológica en Cuidados Paliativos y Fin de Vida, una aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS

*Ps. Mg. Vicente Álvarez Barría**

Abstract

In Chile, Law 21.375, which entered into force on March 21, 2022, enshrines access to Palliative Care for all people suffering from terminal or serious illnesses as a universal right. Along with this, the health budget for the same year contemplated 13 billion pesos for the hiring of professionals and the purchase of drugs and supplies for Palliative Care (MINSAL, 2023). Although these advances are very positive, the challenge of improving care and continuing to train specialized professionals in the area remains. This challenge also involves psychology and includes generating care models that may be a positive and significant contribution to the mental health of the population treated in Palliative Care. The Supraparadigmatic Integrative Approach in psychology may be the appropriate approach for this subject, by integrating within a coherent framework scientifically valid information, evidence, professional experience, and the art of integrative psychotherapy, it provides advances and tools that can favor mental health care in Palliative Care.

Keywords. - *Palliative Care Terminal or serious illnesses, Supraparadigmatic Integrative Approach*

Resumen:

En Chile la ley 21.375, que entró en vigencia el 21 de marzo del año 2022, consagra como un derecho universal el acceso a los Cuidados Paliativos (CCPP) para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Junto con esto, el presupuesto de salud del mismo año contempló 13 mil millones de pesos para la contratación de profesionales y compra de fármacos e insumos destinados a Cuidados Paliativos (MINSAL, 2023). Si bien resultan muy positivos estos avances, permanece el desafío de mejorar la atención y continuar formando profesionales especializados en el área. Este desafío también involucra a la psicología e incluye generar modelos de atención que sean un aporte positivo y significativo para la salud mental de la población atendida en Cuidados Paliativos (CCPP). El Enfoque Integrativo Supraparadigmático en psicología puede ser la aproximación adecuada para esta temática, al integrar dentro de un marco coherente información científicamente válida, evidencia, experiencia profesional y el arte de la psicoterapia integrativa. Desde el análisis realizado en el presente proyecto académico, es posible afirmar que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático aporta avances y herramientas que pueden favorecer la atención en salud mental en Cuidados Paliativos.

Palabras clave. – *Cuidados Paliativos, Enfermedades Terminales o Severas, Enfoque integrativo Supraparadigmático*

INTRODUCCIÓN

Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor

Según el informe de la Comisión Lancet sobre el acceso global a los Cuidados Paliativos y el Alivio del Dolor, la carga de sufrimiento severo relacionado con la salud es alta, se estima que en el mundo hay 61

millones de personas con enfermedades avanzadas que presentan sufrimiento severo (se comprende este sufrimiento como aquel que no puede aliviarse sin intervención médica y compromete el funcionamiento físico, social y emocional de la persona). Según las estadísticas presentadas por la comisión en 2017, alrededor de 25,5 millones de los 56,2 millones de personas que murieron en 2015 experimentaron un sufrimiento severo relacionado con la salud, y otros 35,5 millones experimentaron un sufrimiento severo debido a condiciones que amenazan o limitan la vida

* Ps. Pontificia Universidad Católica de Chile
Magister Universidad Católica de Chile
Post Título Psicoterapia Integrativa ICPSI
ps.vicentealvarez@gmail.com

(como falta de acceso a servicios sanitarios e insumos básicos). Además, se estima que más del 80% de las personas que viven en países de bajos y medianos ingresos cuentan con un acceso muy limitado a cualquier cuidado paliativo, incluso a la morfina oral para aliviar el dolor. Para finalizar, la comisión agrega que casi 2,5 millones de niños en todo el mundo mueren al año necesitados de atención en cuidados paliativos y de alivio del dolor (Knaul et al. Lancet Commission, 2017).

Es en este escenario global tan desafiante, donde resulta relevante profundizar la comprensión sobre los cuidados paliativos y el alivio del dolor. Especialmente desde una disciplina como la psicología, la cual se encuentra integrada dentro de los modelos de atención en cuidados paliativos modernos a nivel nacional e internacional, y no es ajena a este desafío (MINSAL, 2022).

A modo de introducción, los cuidados paliativos surgen como una respuesta a la constatación del sufrimiento que experimentan los pacientes en el período final de sus vidas. Este sufrimiento es producto de una gran variedad de síntomas que las personas pueden experimentar, el alivio de estos síntomas es el área específica a la que se dedican los equipos de cuidados paliativos. En este sentido, los modelos de atención en cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana de síntomas, la evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. Las características principales de los modelos de atención en cuidados paliativos se vinculan a aspectos tales como el alivio del dolor y otros síntomas angustiantes. También se valora la vida de las personas y se considera la muerte como un proceso normal, en este sentido, no intentan acelerar ni retrasar la muerte. Los modelos de atención integran aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente, además de ofrecer un sistema de apoyo para

ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte, y a la familia a afrontar la situación de enfermedad del paciente y en su propio duelo (Rodríguez, López, Muñoz, Wenk, 12 de abril de 2018).

Uno de los aspectos principales de los cuidados paliativos es que utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de pacientes y familias, incluido el apoyo emocional en el duelo. Buscan mejorar la calidad de vida y pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad. Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos orientados a prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor las diversas complicaciones clínicas (Rodríguez, López, Muñoz, Wenk, 12 de abril de 2018).

De lo planteado anteriormente podemos destacar que todo modelo de atención de salud en cuidados paliativos contempla las dimensiones físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes. También, es preciso indicar que los cuidados paliativos modernos se integran de forma temprana desde el diagnóstico de la enfermedad grave, durante y después de los tratamientos curativos y finalmente durante el duelo de los familiares y cuidadores.

Existen diversos niveles de atención en cuidados paliativos, particularmente en Chile se cuenta con la atención hospitalaria que es prestada por los equipos móviles intrahospitalarios; la atención ambulatoria que es prestada en centros policlínicos; la atención domiciliaria que es prestada por los servicios de apoyo domiciliario (típicamente vinculados a hospitales), y la atención de hospicio (Rodríguez, López, Muñoz, Wenk, 12 de abril de 2018).

Con respecto a los orígenes y al desarrollo de los programas de cuidados paliativos en Chile podemos indicar que surgen con la creación del programa nacional de cáncer en 1994. Posteriormente en el año 2005 la reforma de salud crea las Garantías Explícitas en Salud (GES) las cuales incorporan la garantía de cuidados paliativos y manejo del dolor para pacientes

con cáncer avanzado (Ley 19.966), la cual contempla el acceso a controles profesionales y canasta de fármacos e insumos tanto para el sistema público como para el privado. Desde el 1 de julio 2016 el programa pudo ser ampliado para pacientes con Cáncer no progresivo. El 10 de enero de 2023 se publicó en el Diario Oficial el decreto supremo N° 41 (del 21 de abril de 2022) que aprobó el reglamento sobre cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves (MINSAL, 2023).

Perspectiva Integrativa

Ya se ha planteado anteriormente que el trabajo en cuidados paliativos implica una atención integral para pacientes y familias, este punto adquiere profunda relevancia al momento de plantear el abordaje de los cuidados paliativos desde la atención psicológica.

En esta temática los profesionales de salud mental requieren contar con información científicamente válida que logre ser aplicable a una vasta diversidad de situaciones, también el profesional debe comprender una amplia gama de conocimientos y nociones desde diversos enfoques en psicología por lo que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS, desde sus planteamientos y desarrollo, puede constituir un aporte diferencial sumamente significativo a la temática al integrar coherentemente evidencia válida, experiencia y el arte de la psicoterapia desde diversos enfoques en psicología.

En palabras de la Dra. Verónica Bagladi el aporte diferencial del Supraparadigma Integrativo radica en que:

El Supraparadigma Integrativo nos ofrece un marco completo, profundo y dinámico, para comprender las problemáticas y demandas de nuestros consultantes. El dinamismo de nuestro enfoque, originado en la constante demanda de búsqueda de conocimiento válido y de aporte a nuestros pacientes, nos ha obligado, a lo largo de los años a investigar y a desarrollar propuestas teórico prácticas diversas... y de gran aporte en la atención

de nuestra población consultante. Dentro de ellas, podemos señalar que la consolidación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS), el cual involucra al Supraparadigma Integrativo y a la Psicoterapia Integrativa EIS, constituye una propuesta teórico-práctica atingente a las demandas que nos presenta nuestra población consultante (Bagladi, 2016, p. 196).

Además de aportar un marco amplio y coherente, el Supraparadigma Integrativo cuenta con sus propios desarrollos teórico-prácticos que aportan de forma significativa al abordaje de las problemáticas psicológicas, algunas de ellas son:

Instancias como el Psicodiagnóstico Integral, las Fichas de Evaluación Clínica Integral (FECL). Propuestas como las Funciones del Self, el concepto de Self Diádico y otros conceptos movilizadores, el concepto de Manipulación Intrafamiliar (MIF), las conceptualizaciones del Cambio en Trastornos de Personalidad; las propuestas de intervención como el Protocolo de Terapia Revinculatoria, los Talleres de Habilidades Parentales, la Psicoterapia Integrativa EIS en Pareja, las propuestas de desarrollo del Apego Seguro desde el EIS... junto con herramientas clínicas como la Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo, entre otros, son formas concretas de enfrentar el desafío correspondiente al diseño de modelos teóricos, programas y técnicas de intervención apropiadas a las necesidades de nuestra población (Bagladi, 2016, p. 196).

A modo de síntesis, desde la interacción de los distintos paradigmas (Biológico, Afectivo, Cognitivo, Ambiental-Conductual, Inconsciente y Sistémico) y la comprensión sobre las Funciones del Sistema Self (Significación Integral, Toma de Conciencia, Identidad, Auto Organización, Sentido de Vida y Conducción de Vida), todos aportes del Supraparadigma Integrativo EIS, es posible lograr una aproximación a la complejidad de la dinámica psicológica, en el contexto de la atención en cuidados paliativos, para así dar una mejor atención y responder eficazmente a las necesidades de los pacientes.

Delimitación

Para efectos del presente proyecto académico, el análisis sobre la aplicación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) a la atención psicológica en Cuidados Paliativos será acotado y enfocado principalmente a la comprensión de dos funciones del Sistema Self. De esta forma se centrará el análisis en lo que es la atención psicológica directa al paciente (individual) ingresado a una unidad de cuidados paliativos en cualquier nivel de atención (hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria u hospicio). Además, el análisis estará dirigido al trabajo sobre las funciones del Sistema Self en dicha etapa de la vida, particularmente centrado en las funciones de Búsqueda de Sentido y Conducción de Vida.

En primera instancia, se realizará un análisis general e introductorio sobre los seis paradigmas, sobre la totalidad de las funciones del Sistema Self y algunos principios de influencia relevantes que pueden ser generalmente aplicados al trabajo sobre esta temática. Posteriormente se profundizará en las dos funciones del Sistema Self mencionadas.

Grado de relevancia

El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) como un marco teórico amplio, coherente y preciso ha logrado un amplio desarrollo y se mantiene en constante actualización. Es por esto que considero relevante aportar a su actualización profundizando en aspectos como su aporte diferencial en una temática tan relevante como lo son los Cuidados Paliativos y los procesos de Fin de Vida.

ANÁLISIS INTEGRATIVO DESDE LOS PARADIGMAS

A continuación, se analizarán las temáticas más relevantes en relación a la atención psicológica en Cuidados Paliativos ordenadas según los paradigmas planteados por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS, para así obtener una visualización amplia sobre las dimensiones de la

dinámica psicológica que pueden verse afectadas en estos contextos de atención en salud.

Análisis desde el paradigma Biológico:

En términos etiológicos, la patología severa (oncológica principalmente) surge en el plano biológico y modifica una gran cantidad de factores en la vida de la persona afectada. En este punto resultará significativo el concepto de “significación biológica” desarrollado desde el EIS, pues nos podrá ayudar a comprender el desarrollo e impacto que tiene la patología para la realidad idiosincrática de cada paciente (Opazo, 2017).

En primera instancia es relevante la comprensión detallada de la patología (o las patologías) presentes, pues dependiendo de estas conjunciones de características el proceso tomará un curso u otro. Sin ir más lejos, es muy distinta la afectación que puede provocar una patología oncológica de tipo pancreática con metástasis óseas, versus una patología oncológica hepática con metástasis cerebral. Para el análisis diferencial de cada una, será necesario contar con la mayor cantidad de información posible, suministrada principalmente por el equipo médico tratante.

Posteriormente, será relevante contar con información precisa sobre el esquema farmacológico que mantiene el paciente. Existen múltiples esquemas posibles para el manejo de los principales síntomas de la enfermedad, algunos de ellos con menor participación de opioides (morfina principalmente) y otros con un énfasis en estos compuestos, ambos esquemas tendrán un efecto muy distinto en la condición del paciente y en las posibilidades de intervención psicológica que existan (mayor o menor grado de compromiso de conciencia por la acción de fármacos sedantes).

No sólo es relevante conocer la medicación para el manejo del dolor, también otros fármacos que van a afectar la condición general del paciente (por ejemplo,

fármacos ansiolíticos fuertes o antipsicóticos que formen parte del esquema farmacológico de base).

Para finalizar este punto, es necesario destacar que uno de los factores a manejar son los efectos secundarios de la medicación (por ejemplo, los opioides aumentan drásticamente los requerimientos de hidratación del paciente), estos efectos secundarios formarán parte de la constelación de síntomas y malestares a evaluar.

El siguiente elemento por considerar es el avance de la enfermedad y el consecuente compromiso funcional progresivo. Este elemento resulta especialmente difícil de manejar pues la persona va perdiendo (en distintos grados) su autonomía y funcionalidad, este proceso suele ser vivenciado como un duelo constante con repercusiones muy concretas en la vida de la persona (por ejemplo, perder progresivamente la capacidad para desplazarse de forma independiente).

Otro elemento a considerar son las alteraciones en los ritmos biológicos tales como los ciclos de sueño-vigilia (insomnios de conciliación y mantención son las alteraciones más frecuentes), los ritmos de alimentación (hipofagia e inapetencia son las más frecuentes), la posibilidad de realizar actividad física, el disfrute de los tiempos de ocio, entre otros.

También es necesario pesquisar la presencia de patologías de salud mental de base que puedan ser susceptibles a descompensarse durante la atención paliativa, por ejemplo, diagnósticos de bipolaridad, TOC, esquizofrenia u otros que complejizan la situación y modifican los esquemas de intervención.

Para finalizar este apartado, retomaremos el concepto de "significación biológica". Es posible comprender que una persona con un alto neuroticismo* padecerá estos cambios biológicos de una forma muy distinta a otra persona sin esta característica. Es así como adquiere relevancia la conceptualización sobre "Significación Biológica" planteada por el Dr. Roberto Opazo e implica que un sistema biológico, dependiendo de sus características y su historia de funcionamiento responderá de una

forma muy distinta a otro, ante un mismo estímulo. En palabras del Dr. Opazo, "se trata de una predisposición biológica, influyendo en la significación" (Opazo, 2017, p. 862). Por lo tanto, la configuración sintomática o la vivencia que se tiene del malestar va a variar de una persona a otra y una de las razones por las cuales esto será así, es la "Significación Biológica".

Análisis desde el paradigma Cognitivo:

Podemos señalar que las situaciones más frecuentes se relacionan con el deterioro cognitivo, típicamente progresivo (ya sea por el progreso de la enfermedad o por los efectos secundarios de la medicación). En este sentido las intervenciones suelen ir dirigidas a preservar y favorecer las funciones cognitivas de la persona (a través de la interacción social, actividades recreativas, lúdicas, lectura, entre otras).

Al igual que en otros contextos, las personas atendidas presentarán sesgos cognitivos, además de estructuras cognitivas desarrolladas de forma idiosincrática (Opazo, 2017).

Típicamente las estructuras cognitivas se ven rigidizadas ante las tensiones que supone el proceso de enfermedad. Los procesos atencionales suelen verse afectados (disminuidos en cuanto a capacidad) por las alteraciones de la patología (ya sean metástasis, alteraciones en la toxicidad sanguínea, entre otras) o por la medicación para el manejo del dolor (opioides). También - en interacción con el paradigma afectivo-puede verse aumentada la tendencia hacia estilos atribucionales disfuncionales, con énfasis en lo negativo y con sesgos depresogénicos. Se suelen presentar autodiálogos negativos que impactan de forma muy perjudicial, especialmente en la configuración de la identidad tal como es planteada desde el EIS (autoestima, autoimagen y autoeficacia), es más, las expectativas de autoeficacia suelen ser bajas vinculadas a la pérdida de funcionalidad y sintomatología depresiva. Explorar nuevas

perspectivas sobre la propia autoeficacia es una de las intervenciones posibles en este punto (Opazo, 2017).

Análisis desde el paradigma Afectivo:

Suelen presentarse una gran cantidad de necesidades usualmente dirigidas a las personas más cercanas para el paciente (por ejemplo, dirigidas hacia el cuidador principal o tutor). En estas circunstancias las necesidades más frecuentes se orientan hacia la contención, regulación diádica de afectos disfóricos o hetero-regulación afectiva.

En este apartado, resulta relevante la evaluación con respecto a la salud de la red de apoyo y el grado de respuesta que puedan generar.

Con respecto a otros elementos vinculados con el paradigma afectivo, usualmente se presenta una baja motivación con respecto al cambio, la mayoría de los cambios pueden ser percibidos como negativos o vinculados al deterioro funcional progresivo, por lo que es relevante a nivel clínico explorar el mundo de significados de paciente para identificar áreas donde el trabajo psicológico pueda ofrecer cambios favorables para la salud mental del paciente y su red de apoyo.

Usualmente se evidencia un profundo desbalance entre Satisfacción/Frustración (Opazo, 2017) derivado en la mayoría de los casos del proceso tortuoso de diagnóstico, tratamiento curativo (quimioterapia, radioterapia, entre otras), notificación sobre la baja expectativa de vida y deterioro funcional. En este punto resulta fundamental comprender el curso de los eventos que ha vivido el paciente en este proceso de enfermedad, para posteriormente identificar posibles satisfacciones que pueda experimentar y así, manejar de mejor forma el desbalance entre Satisfacción/Frustración.

En relación con el punto anterior, desde la evaluación muchas veces es posible sospechar en los pacientes una baja tolerancia a la frustración (vinculada a la atención médica, la atención que reciben de sus redes de apoyo, cuidadores, entre

otras). Es fundamental comprender que las estructuras de procesamiento afectivo del paciente suelen estar saturadas en este tipo de contextos, por lo que su capacidad de respuesta a otros estresores estará muy disminuida.

En este sentido resulta relevante comprender que muchas veces la red de apoyo, los cuidadores principales e incluso el equipo de atención médica cumplirán el rol de apoyo en el procesamiento de afectos disfóricos y manejo de frustración, en este sentido se puede manejar una noción de "Self auxiliar" donde es un cercano o miembro del equipo de atención quien ofrece sus recursos/estructuras de procesamiento afectivo como apoyo.

Finalmente es relevante mencionar que los "umbrales afectivos" de los pacientes suelen verse acotados ante situaciones de altas tensiones (Opazo, 2017), en este sentido la persona afectada puede ver superados sus umbrales con mayor facilidad por lo que es esperable presentar mayor labilidad emocional y un profundo malestar derivado de situaciones que en otro contexto no habrían generado tanto malestar. Este punto resulta relevante transparentarlo al equipo de atención específico, por ejemplo, con enfermería, kinesiología u otras disciplinas, para que lo consideren dentro del diseño de sus intervenciones.

Análisis desde el paradigma Ambiental – Conductual:

El repertorio de conductas sociales que haya logrado desarrollar el paciente a lo largo de su vida será relevante (Opazo, 2017), pensando en la articulación de la red de apoyo y el oportuno contacto con las unidades de atención especializadas.

También, resulta relevante la configuración de un ambiente que favorezca el bienestar del paciente, por ejemplo, en los niveles de atención hospitalaria y de hospicio es responsabilidad del equipo de atención el diseño de un ambiente seguro y acogedor para el paciente, donde se puedan brindar las atenciones necesarias y estén cubiertas gran parte de las

necesidades del paciente. A diferencia de los niveles de atención ambulatoria y domiciliaria, donde el equipo de atención puede indicar de qué forma se puede diseñar un ambiente favorable para el paciente mientras se está en la unidad ambulatoria específica o se realiza la visita a domicilio, pero es responsabilidad principalmente de la red de apoyo el favorecer este ambiente y principalmente de quien cumple las labores de cuidador principal.

Análisis desde el paradigma Sistémico:

A nivel intrapsíquico es relevante evaluar la coherencia interna y los mecanismos homeostáticos que mantienen las dinámicas y las hacen resistentes al cambio (Opazo, 2017), particularmente resistentes a la asimilación de la nueva situación en salud. Por lo general es esperado que el paciente busque mantener su estilo de funcionamiento, sin mayor integración de la información con respecto a su pronóstico acotado de vida o deterioro funcional.

A nivel psicosocial, resulta relevante comprender el desarrollo de dinámicas comunicacionales a nivel de metacomunicación, diferenciando niveles de contenido versus niveles de interacción vincular entre el paciente y el cuidador principal. Este punto resulta relevante al momento de tramitar tensiones o discrepancias a nivel de la red de apoyo de los respectivos pacientes. Suelen ser frecuentes los conflictos entre pacientes y cuidadores principales, donde la conflictiva a nivel de contenido, progresivamente deteriora el vínculo. La propuesta en este punto para superar dicha dinámica es el trabajo vincular entre paciente y cuidador principal.

En este paradigma - muy relacionado con el operar del Sistema Self - otro elemento relevante es la capacidad de mentalización, esto hace referencia a la capacidad que tiene una persona de elaborar una imagen clara y distinta de otra persona con la cual interactúa. Este es un punto muy significativo, ya que, tanto para los pacientes como para los cuidadores principales, es relevante contar con una imagen mental

clara y delimitada entre sí. A nivel del equipo de atención, contar con una comprensión más acabada sobre el paciente y sobre los cuidadores, nos permitirá anticiparnos a determinadas situaciones adversas o a generar protocolos de manejo específicos para dichas situaciones de emergencia.

Análisis desde el paradigma Inconsciente:

Resulta sumamente relevante el análisis de las influencias no consientes, y las influencias no identificadas. Estas corresponden a elementos que afectan nuestro actuar y estilo de funcionamiento, sin que estemos plenamente conscientes de ellas, ni del nivel de afectación que implican (Opazo, 2017).

En este sentido, lograr identificar las influencias no consientes que afectan la forma en que el paciente vive el proceso de atención en Cuidados Paliativos y próximo fin de vida, será relevante para el proceso de atención psicológica. Con estas conceptualizaciones el profesional en salud mental que esté a cargo de la atención podrá aproximarse al mundo de significados del paciente, así favorecer la comprensión por parte del paciente sobre el proceso que se está viviendo y contribuir a que este último sea activamente partícipe de su proceso de término de vida.

ANÁLISIS INTEGRATIVO DESDE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA SELF

A continuación, se analizarán las afectaciones más relevantes que se pueden visualizar en la atención psicológica en Cuidados Paliativos sobre las Funciones del Sistema Self tal como es propuesto por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS. El Sistema Self es considerado el eje central del Supraparadigma y es el elemento que coordina e integra la dinámica psicológica y su devenir (Opazo, 2017).

Profundizar en las formas en que puede verse afectado el Sistema Self desde sus funciones nos ayudará a comprender el impacto sobre la dinámica psicológica y a perfilar intervenciones más efectivas y

contextualizadas a lo que es la atención de salud mental en Cuidados Paliativos.

Dentro de estas influencias no conscientes, que pueden operar en los pacientes que requieren de cuidados paliativos, podemos señalar como especialmente relevantes

Análisis sobre la función de Toma de Conciencia (Awareness):

Usualmente resulta relevante para los pacientes lograr tomar conciencia en cuanto a cuál es su historia y cómo es su entorno. En este punto elementos como la elaboración biográfica, con perspectivas sobre el fin de la vida resultan sumamente relevantes.

En la mayoría de los casos, para las personas que son atendidas en Cuidados Paliativos y mantienen un pronóstico de vida acotado, les es especialmente complejo lograr consolidar un Awareness Integral ya que presentan dificultades al explorar el arraigo de sus vivencias. Esto los lleva a tener un Awareness limitado y con tendencia a destacar los aspectos negativos de su experiencia. Esto suele relacionarse con los eventos adversos vividos en lo que ha sido el proceso de enfermedad, el deterioro funcional y la afectación integral de su salud física y mental. Por lo anterior, la toma de conciencia en estos casos está frecuentemente centrada en las dolencias y malestares presentes en esta etapa final de la vida.

En este sentido, resulta relevante la exploración del awareness integral de los pacientes ya que desde la función de awareness se aporta la materia prima para el significar consciente. Este material puede ser de mayor o menor calidad, “cuando es de baja calidad puede facilitar el surgimiento de significados erróneos y/o desajustes psicológicos” (Opazo, 2017, p. 847).

En contexto de la atención psicológica en Cuidados Paliativos, favorecer el Awareness integral del paciente puede impactar positivamente el mundo de significados que se logre elaborar al final de la vida.

Análisis sobre la función de Identidad:

Según lo señalado por el Dr. Roberto Opazo la función de Identidad del Sistema Self tiene un rol central, tanto en la dinámica psicológica general, como en el ámbito de la práctica clínica. De su análisis se desprende que una autoimagen positiva contribuye a formar una autoestima alta y viceversa. También indica que “una autoimagen positiva y autoestima alta contribuyen a la seguridad personal y al bienestar emocional” (Opazo, 2017, p. 913).

Gran parte de la población que es atendida en contexto de Cuidados Paliativos, con una expectativa de vida acotada, son personas que mantienen aspectos identitarios poco desarrollados, como una autoimagen poco elaborada, la cual tiende a ser difusa y muchas veces dependiente del estado afectivo del momento o es eclipsada por el actual grado de deterioro funcional que se pueda estar experimentando.

Además, muchos pacientes mantienen una escasa sensación de autoeficacia lo que les dificulta sobrellevar los cambios y movilizar las redes de atención. También, se destaca entre la mayoría de los pacientes una baja autoestima. Si bien, en general pueden identificar aspectos positivos de sí mismos durante la situación de enfermedad y su progresión, usualmente éstos no se logran integrar entre sí (se tiende a concebir como elementos aislados) y no se logran valorar de forma estable en el tiempo ni de forma continua y coherente.

En este sentido, es relevante el trabajo del profesional en salud mental sobre la función de Identidad. Desde el trabajo psicológico es posible identificar elementos que aporten a las expectativas de autoeficacia de la persona afectada, también es posible trabajar en la construcción de una autoimagen más positiva y así reforzar su autoestima con los beneficios en salud mental que ello puede significar.

Análisis sobre la función de Significación Integral:

Desde lo planteado por el Dr. Roberto Opazo, existen procesos de significación por cada paradigma, lo que se comprende como las significaciones paradigmáticas. En la Significación Integral, las significaciones paradigmáticas pasan a entrelazarse y a integrarse en una significación mayor (Opazo, 2017). Un proceso que puede comprenderse como un fenómeno emergente, es mucho más que la simple suma de las partes.

La Significación Integral, deriva de una participación activa del Sistema Self de la persona en el proceso de significación y cualquier cambio en la dinámica psicológica, deriva en cambios en los procesos de significación (Opazo, 2017).

Comprendiendo lo anterior, resulta evidente que el proceso de enfermedad avanzada altera profundamente la Significación Integral de la persona afectada, y es parte del trabajo del profesional en salud mental explorar y favorecer los procesos de significación, en vista del término de la vida de la persona afectada.

Es relevante favorecer la traducción y significación de las experiencias de los pacientes, en la mayoría de los casos el proceso de significación paradigmática resulta afectado, no traducido o permeado por aspectos negativos del contexto de atención y la situación de enfermedad. Esto suele implicar que la persona afectada presenta una percepción parcial de la situación de la propia salud y los cursos de acción que se esperan tomar en el futuro. En este sentido, es relevante que los pacientes tengan espacios dónde logren elaborar una significación de sus experiencias integrando los posibles aspectos negativos y positivos de la situación que viven.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, la Significación Integral que logren desarrollar las personas ingresadas a unidades de cuidados paliativos será relevante al momento de identificar o generar recursos para la atención, adaptada a la situación idiosincrática de cada paciente.

Análisis sobre la función de Autoorganización:

Según lo indica el Dr. Roberto Opazo la función de Autoorganización:

Involucra la capacidad de la persona para recuperar sus equilibrios emocionales y cognitivos, después de experiencias que de algún modo amenazan esos equilibrios. Esta función, a su vez, involucra la capacidad para desorganizarse poco... y la capacidad para recuperarse pronto, después de experiencias amenazantes para los equilibrios emocionales y cognitivos. A su vez, la homeostasis, el instinto de conservación, y la búsqueda de coherencia sistémica están en la base del accionar de la función de autoorganización. (Opazo, 2017, p. 919).

En general los pacientes presentan un deterioro en la función de Autoorganización, por las tensiones del proceso de enfermedad y el deterioro funcional. Usualmente, son los cercanos (los tutores, familiares) o los equipos de atención quienes favorecen la organización de los pacientes manteniendo un régimen de atención específico. Uno de los elementos a trabajar es lograr elaborar procesos difíciles como el propio duelo, integrando la pena, el dolor de la pérdida y la aceptación, ponderando en cada caso el riesgo de desorganización para el paciente y manteniendo en perspectiva las técnicas y procedimientos para favorecer su pronta reorganización.

Resulta relevante considerar siempre la posible ocurrencia de eventos puntuales relacionados con la situación de salud, que pueden generar mucho malestar y una profunda desregulación (como, por ejemplo, un mayor deterioro funcional). También, suelen presentarse complicaciones en sus vínculos cercanos, ya sea con los cuidadores principales o con otros miembros de la red de apoyo, ellos también están sujetos a posibles alteraciones en procesos de autoorganización, por lo que será relevante para el equipo de atención su monitoreo.

Análisis sobre la función de Búsqueda de Sentido:

Con respecto a la función de Búsqueda de Sentido, el Dr. Roberto Opazo señala:

Un sentido de vida, psicológica y existencialmente efectivo, habitualmente es asumido como algo propio, y no impuesto desde fuera; es derivado sustancialmente de las propias reflexiones, y de las propias conclusiones; por lo cual, es creído con convicción por parte de la persona (...). Un sentido de vida efectivo contribuye al bienestar emocional, es decir a la salud mental en su acepción más completa. Y ejerce un rol preventivo, generando esperanza y afectos positivos lo cual va fortaleciendo los aportes de la inercia afectiva, y va contribuyendo a la tolerancia a la frustración. Y un sentido de vida efectivo aporta resiliencia, es decir, a salir fortalecido en medio de las adversidades (Opazo, 2017 p. 964).

En relación a lo anterior, resulta sumamente relevante el trabajo psicológico sobre el sentido de vida en un contexto de atención en Cuidados Paliativos, sobre todo si existe una expectativa de vida acotada por el progreso de la enfermedad.

Gran parte de la población atendida en contexto de Cuidados Paliativos usualmente no logra identificar sus valores y el modo en que sus decisiones son guiadas por estos. También suelen presentar muchas dificultades al describir cuáles son los principios rectores de su actuar. Todo lo anterior sumado al esperable deterioro de la salud mental en general, por las dificultades en el manejo de la enfermedad y la proximidad de la propia muerte.

Tal como lo indica el Dr. Opazo, es relevante trabajar la búsqueda de sentido desde una perspectiva psicológica integrativa, favorecer este proceso puede impactar positivamente en salud mental y para las personas que son atendidas en Cuidados Paliativos cuya expectativa de vida es acotada, puede significar un aporte a su resiliencia y afrontar el término de la vida de una forma más saludable mentalmente y digna.

-Más adelante se profundizará en esta función del Sistema Self y su aplicación a la atención psicológica en Cuidados Paliativos.

Análisis sobre la función de Conducción de Vida:

Suele presentarse está afectada. En general, los pacientes se presentan con poca capacidad para activarse, poca disposición para perseverar en sus intereses personales, suelen postergar la satisfacción de sus necesidades y suelen inhibirse.

Estos malestares son frecuentes, y suele ser necesario su evaluación, en favor de una muerte digna y mantenerse activo hasta el final de la vida.

-Más adelante se profundizará en esta función del Sistema Self y su aplicación a la atención psicológica en Cuidados Paliativos.

ANÁLISIS INTEGRATIVO DESDE LOS PRINCIPIOS DE INFLUENCIA

A continuación, se analizarán brevemente los principios de influencia más relevantes que se pueden aplicar en la atención psicológica en Cuidados Paliativos, organizados por paradigma tal como son propuestos por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS. Según lo precisa el Dr. Roberto Opazo “un principio de influencia hace alusión a un antecedente A el cual, si se presenta, aumenta significativamente la probabilidad de que a continuación se presente B” (Opazo, 2017 p. 1137).

Principio de Influencia desde el Paradigma Biológico:

En términos biológicos, durante la atención psicológica en CCPP será relevante aportar a la estabilización los síntomas principales de la enfermedad. Desde el EIS podemos considerar el siguiente Principio de Influencia: *aspectos biológicos como el balance neuroquímico afectan la dinámica psicológica*. Será relevante para la atención psicológica entonces evaluar aspectos como el neuroticismo y las alteraciones que se produzcan por la acción farmacológica. Por lo tanto, una forma de abordar terapéuticamente este punto, considerando el principio de influencia, será acompañar al paciente y

evaluar en términos psicológicos el proceso de estabilización farmacológica.

Principio de Influencia desde el Paradigma Cognitivo:

En términos cognitivos, será relevante identificar sesgos cognitivos. Desde el EIS podemos considerar el Principio de influencia: *autodiálogos negativos influyen en el ánimo de los pacientes, y pueden ser un antecedente de patologías en salud mental tales como cuadros depresivos*. Será relevante para la atención psicológica evaluar aspectos como los posibles sesgos cognitivos e identificar autodiálogos negativos. Esto puede ser abordado terapéuticamente a través de la identificación y modificación activa de autodiálogos Negativos y/o disfuncionales.

Principio de Influencia desde el Paradigma Afectivo:

En términos afectivos, será relevante identificar estados afectivos negativos. Desde el EIS podemos considerar el Principio de influencia: *un estado afectivo negativo disminuye las expectativas de Autoeficacia*. En general en CCPP los pacientes tienden a identificar más los afectos negativos. Será relevante para la atención psicológica trabajar los estados afectivos desde elementos fundamentales como la distinción positivos/negativos y agradables/desagradables.

Principio de Influencia desde el Paradigma Sistémico:

En términos sistémicos, será relevante comprender los mecanismos de homeostasis y las tendencias en cuanto al funcionamiento del paciente. Desde el EIS podemos considerar el Principio de influencia: *los sistemas tienden a restaurar su homeostasis lo que influye en la resistencia al cambio*. En general en CCPP los pacientes suelen presentar un funcionamiento más depresivo y ansioso, lo que dificulta el cambio. Será relevante en la atención psicológica trabajar aspectos como la reelaboración biográfica, destacando aspectos propios de su estilo de funcionamiento más allá de la patología actual.

Principio de Influencia desde el Paradigma Ambiental-Conductual:

En términos ambientales-conductuales, será relevante identificar estresores. Desde el EIS podemos considerar el Principio de influencia: *un ambiente patosintónico dificulta el cambio*. En CCPP los factores ambientales dependerán en gran medida del nivel de atención en salud en el cual se encuentre el paciente ya sea hospitalario, domiciliario, ambulatorio u hospicio. Un ambiente con una alta variación en las condiciones de atención, generarán ansiedad y un malestar muy significativo. Para resguardar la atención del paciente (independientemente del nivel de atención) resultará relevante que la atención brindada por los profesionales sea estable en el tiempo y logre dar respuesta a los principales malestares identificados. Por lo tanto, en cuanto a la atención psicológica, será relevante explicitar claramente las características del nivel de atención en el cual se encuentre el paciente, con antecedentes tales como las posibles intervenciones, los tiempos de intervención y los recursos disponibles para el paciente.

Principio de Influencia desde el Paradigma Inconsciente:

En términos inconscientes, será relevante comprender la influencia de sus mitos y creencias no totalmente conscientes sobre la muerte y los cuidados paliativos. Desde el EIS podemos considerar el Principio de influencia: *la identificación de mitos infundados o ideas negativas no conscientes aumenta la probabilidad de que se presente un mayor Awareness Integral*. Usualmente en CCPP existen mitos sumamente arraigados en la cultura popular y en el imaginario colectivo sobre los procesos de muerte y duelo. Por lo tanto, será relevante en la atención psicológica identificarlos con claridad y favorecer su modificación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación, se profundizará en el análisis sobre la aplicación del Supraparadigma Integrativo al contexto de la atención psicológica en Cuidados Paliativos, centrando el análisis y discusión en las funciones del Sistema Self Búsqueda de Sentido y Conducción de Vida.

Análisis específico Funciones del sistema Self – Búsqueda de Sentido, la Avenida Material-Monista y la Avenida Espiritual-Dualista.

Según lo planteado en el documento de Orientación Técnica para los Cuidados Paliativos Universales desarrollado por el Ministerio de Salud, dentro del actual modelo de atención en CCPP se considera la dimensión espiritual, incorporando la siguiente definición: “Espiritualidad es el aspecto humano que se refiere a las formas en las que los individuos expresan sentido y propósito y el modo en que expresan su conexión al presente, a sí mismos, a los otros, a la naturaleza y a lo significativo o sagrado” (MINSAL, 2023, p. 145). También se agrega que la investigación desarrollada en el área de CCPP demuestra que el abordaje de las necesidades espirituales de pacientes y familias favorece la atención en salud, en el documento se señala: “La introducción de la espiritualidad en cuidados paliativos ha mostrado ser beneficiosa tanto para el control del dolor (Peres, et. Al, 2007) como del estrés espiritual y la ansiedad (Kandasamy, et. Al, 2011)” (MINSAL, 2023, p. 145). A pesar de lo anterior se destaca que existen múltiples dificultades para incorporar esta dimensión a la atención que pueden ofrecer los equipos de profesionales. Una de las principales dificultades es precisamente la definición operacional de espiritualidad, se menciona que: “La primera barrera en implementación de espiritualidad en el ámbito clínico es justamente el ya mencionado problema de la definición. Para ello, se sugiere adoptar alguna definición operacional que permita comprenderse al interior de cada equipo de cuidados paliativos y que genere consenso” (MINSAL, 2023, p. 146).

Es en este punto donde los desarrollos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, y particularmente su conceptualización sobre la *Búsqueda de Sentido* como una Función del Sistema Self, se posicionan como un aporte significativo para lo que es la atención psicológica en contexto de CCPP.

En específico, el Dr. Roberto Opazo presenta un análisis sobre la aproximación a la conceptualización de Búsqueda de Sentido que decanta en 2 vías principales, la Avenida Material-Monista y la Avenida Espiritual-Dualista. En primera instancia el Dr. Opazo se hace una importante aclaración: “preferimos el nombre *Búsqueda de Sentido* al de *Dimensión Espiritual ...* por considerarlo más neutral en términos valóricos, y más completo en términos conceptuales” (Opazo, 2017, p. 943). Esta precisión resulta relevante en términos de que aporta una perspectiva, si se quiere, más cercana a una definición operacional que puede ser orientada a resolver el problema sobre la definición de espiritualidad planteada por el Ministerio de Salud en el documento de Orientación Técnica revisado anteriormente.

Profundizando en la conceptualización sobre la Función de Búsqueda de Sentido, una de las perspectivas que presenta el Dr. Opazo la describe como “Avenida Material-Monista”, en específico se señala que desde esta perspectiva “cualquier creencia en lo inmaterial aquí pasa a ser superstición, (...) o bien derivan del que aún no se han descubierto las explicaciones materialistas correspondientes” (Opazo, 2017, p. 950). Continuando con esta visión, se agrega que “desde un contexto *monista-materialista*, es posible también ir extrayendo sentidos de vida profundos, trascendentes, y aportativos. Por ejemplo, el desarrollo personal, la autorrealización, el desarrollo de la solidaridad con otros, la búsqueda de justicia social, la búsqueda de sabiduría, etc.” (Opazo, 2017, p. 951). Por lo anterior, es posible comprender que esta propuesta destaca que se puede llegar a abarcar en gran profundidad el sentido de vida de una persona, incluso en términos espirituales, sin hacer referencia

necesariamente a una creencia en *el más allá* o a un marco de creencias religiosas. Lo destacable de esta perspectiva es que aproxima lo propiamente humano, quizás común y corriente, y encuentra un sentido profundo y trascendente en ello. Por esta razón considero, tal como lo menciona el Dr. Opazo, que el concepto de *Búsqueda de Sentido* y *Avenida Material-Monista* aporta enormemente a la comprensión de la espiritualidad e introduce elementos nuevos que forman una perspectiva más amplia y concreta, un gran aporte especialmente en materia de CCPP.

La segunda perspectiva sobre la función de *Búsqueda de Sentido* presentada por el Dr. Opazo es descrita como la *Avenida Espiritual-Dualista*, de la cual indica “si asumimos lo *espiritual* en su acepción más amplia, con y sin *más allá*, tenemos que precisar que la avenida espiritual-dualista sí asume la existencia de un *más allá*. En este contexto, espiritual involucra necesariamente algo inmaterial” (Opazo, 2017, p. 952). Esta perspectiva contrasta con la presentada anteriormente y amplía la mirada sobre otro ámbito en el cual se puede apreciar la *Búsqueda de Sentido*, en aspectos inmatrimales que se alejan de las explicaciones que puede dar la ciencia, como lo menciona el Dr. Opazo “la creencia, la convicción, derivan primariamente de la fe... y no de proceso lógico-argumentativo. Tampoco de un análisis de evidencias” (Opazo, 2017, p. 952). Se agrega que “en el contexto de la avenida espiritual-dualista, sentidos de vida tales como amar al prójimo, desarrollo personal, consistencia con los propios valores, y calidad humana, adquieren una enorme relevancia” (Opazo, 2017, p. 954). Lo que considero destacable de esta perspectiva es que se aproxima a lo desconocido, permite aproximarse al mundo de significados de la persona a quien vamos a atender con conceptos y herramientas que nos facilitarán su comprensión. Logra facilitar la elaboración y expresión de un sentido de vida en un contexto de atención en salud mental. Por esta razón considero, que el concepto de *Búsqueda de Sentido* y *Avenida Espiritual-Dualista* aporta a la comprensión de

la espiritualidad e introduce elementos que forman una perspectiva hacia lo desconocido, el terreno de las creencias y la fe, un terreno sumamente relevante en materia de CCPP y la perspectiva del Dr. Opazo puede aportar a que los equipos de atención psicológica logren aproximarse a este fenómeno con la preparación y las herramientas conceptuales adecuadas.

Análisis específico Funciones del sistema Self - Función de Conducción de Vida en la Práctica Clínica.

Con respecto a la función de Conducción de Vida, el Dr. Opazo señala una idea que tiene profunda relevancia en términos de la atención psicológica en CCPP:

En un sentido existencial, la buena conducción de vida resulta esencial para el *buen hacer*, para el *buen sentir*, para el *buen vivir*. Pero resulta esencial, también para el *buen morir*. De este modo, pasa a ser relevante que nuestra muerte nos sorprenda con la fundamentada sensación - y con la fundamentada convicción - de que hemos conducido bien nuestra propia vida (Opazo, 2017, pp. 986-987).

Es parte del trabajo de los equipos de atención y de los profesionales en salud mental de CCPP trabajar sobre la idea del *buen morir*, lo cual nos remite casi directamente hacia la experiencia de vida de los pacientes y se les suele presentar casi de forma espontánea dicho cuestionamiento “¿he conducido bien mi vida?”. Por supuesto que las respuestas son muy variadas, pero es importante que el profesional y el equipo esté preparado para manejar la situación en conjunto con el paciente, en este sentido existe mucho trabajo psicológico que se puede realizar con técnicas surgidas desde el EIS (como la reelaboración biográfica, trabajo sobre fotografías, entre otras); pero considero que la perspectiva del profesional será determinante, si el profesional cuenta con formación suficiente y logra integrar las distintas dimensiones de la atención psicológica en este contexto, podrá formar una perspectiva sobre elementos como la Función de Conducción de Vida del paciente, como una función del

mismo self e intervenir de forma oportuna y significativa.

El Dr. Opazo también aborda la idea de la esperanza, que resulta ser uno de los elementos más complejos al momento de trabajar en CCPP, en este sentido indica: “en relación a lo que no hemos hecho, o a lo que hicimos mal, a lo que estamos haciendo mal, la máxima mientras haya vida hay esperanza... pasa a tener cabida aquí” (Opazo, 2017, p. 987). Tal como se mencionó anteriormente, uno de los objetivos de CCPP es favorecer que las personas puedan vivir de forma digna, hasta el momento de su fallecimiento. Es por esto que, a pesar de que el tiempo sea reducido en muchas oportunidades, es importante que el equipo de atención y los profesionales en salud mental tengan una perspectiva amplia, conozcan sobre la función de conducción de vida, para que puedan comprender y luego intervenir adecuadamente. Por esta razón considero, que el concepto de *Función de Conducción de Vida y su aplicación en la práctica* clínica aporta de forma integral a lo que es la atención en CCPP, logra ampliar la mirada y favorece la comprensión que puedan tener los equipos de atención y los profesionales a cargo de la atención psicológica sobre el proceso que vive cada paciente.

CONCLUSIONES

De lo presentado anteriormente, es posible concluir que la aplicación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) a la atención psicológica en Cuidados Paliativos es posible y puede constituir un aporte relevante a la atención de las necesidades específicas de los pacientes en este contexto. Centrando el análisis en dos funciones del Sistema Self que se ven especialmente interpeladas al final de la vida, como lo son *Búsqueda de Sentido y Conducción de Vida*.

A modo de conclusión, considero que el trabajo de los psicólogos en Cuidados Paliativos exige que el

profesional cuente con una amplia preparación y con una muy buena formación en materia de atención psicológica. La atención en CCPP es un contexto donde los psicólogos se enfrentarán a situaciones de alta vulnerabilidad multifactorial, en términos de salud, redes de apoyo, factores de riesgo, precariedad, posibilidades de atención y decisiones a tomar; por lo que la mayoría de las situaciones suelen ser difíciles de manejar y especialmente desafiantes. En este sentido, una visión de la psicología acotada a una sola perspectiva, o incluso basada en la evidencia, pero sin un marco conceptual coherente que integre el conocimiento válido, sin dichos recursos que favorezcan una mirada amplia y precisa será más desafiante aún. Lo que en última instancia puede llegar a comprometer la calidad de la atención que recibe la población consultante. Es por esto que considero que el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS constituye un aporte sumamente significativo, desde sus fundamentos epistemológicos hasta los conceptos y herramientas que se han diseñado dentro del EIS, son un aporte en términos de lograr una mejor atención psicológica en Cuidados Paliativos.

Perspectivas a Futuro

Se espera, en futuros proyectos académicos y de investigación continuar profundizando en la aplicación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS al contexto de atención psicológica en Cuidados Paliativos. Resulta sumamente relevante aportar a la formación de profesionales en salud mental y también contribuir al desarrollo y constante actualización del Enfoque.

Referencias

Textos Citados Directamente

Bagladi, V. (2016). *Dos décadas de la Psicoterapia Integrativa EIS al servicio de la Comunidad: Necesidades, Resultados y Desafíos.* Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa (AcPI), Vol. VIII. Pp. 162-200.

Knaul, F., Farmer, P., Krakauer E. (2017). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2017; (published online Oct 11.) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)

MINSAL (2022). *Garantías Explícitas en Salud*. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>

MINSAL (2023). “Nueva ley consagra como un derecho universal el acceso a los cuidados paliativos para todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves”. Recuperado de <https://www.minsal.cl/nueva-ley-consagra-como-un-derecho-universal-el-acceso-a-los-cuidados-paliativos-para-todas-las-personas-que-padecen-enfermedades-terminales-o-graves/>

MINSAL (2023). *Orientación técnica Cuidados Paliativos Universales. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad - División de Prevención y Control de Enfermedades*. Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile.

Opazo, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS, Profundizando la Comprensión Potenciando el Cambio*.

Congresos Citados

Rodríguez, A., López, J., Muñoz, I. & Wenk, R. (12 de abril de 2018). *Incorporación de la asignatura medicina paliativa en el curriculum de pregrado: ¿Cuál es el camino?* [Sesión de conferencia]. IX Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos., Santiago, Chile.

Textos Citados Indirectamente

* **Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G. (2011).** *Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer*. *Indian J Cancer*. 48(1):55. En MINSAL (2023). *Orientación técnica Cuidados Paliativos Universales. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad - División de Prevención y Control de Enfermedades*. Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile.

* **Peres, MFP., Arantes, AC de LQ., Lessa. PS Caous CA. (2007).** *A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos*. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 34:82-7. En MINSAL (2023). *Orientación técnica Cuidados Paliativos Universales. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad - División de Prevención y Control de Enfermedades*. Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile.